DOI:10.14753/SE.2018.2081

Intravénás szerhasználók kockázati magatartása és az azt befolyásoló strukturális tényezők a 2010-2015 közötti időszakban

Doktori értekezés

Csák Róbert

Semmelweis Egyetem
Patológia tudományok Doktori Iskola

Témavezető: Dr. Rácz József, az MTA doktora, egyetemi tanár

Hivatalos bírálók:
Dr. Pikó Bettina, az MTA doktora, egyetemi tanár
Dr. Csépe Péter, PhD, tudományos munkatárs

Szigorlati bizottság elnöke:
Dr. Tringer László, CSc, professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai:
Dr. Szántó Zsuzsa, PhD, egyetemi docens
Dr. Elekes Zsuzsanna, az MTA doktora, egyetemi tanár

Budapest
2017

DOI:10.14753/SE.2018.2081

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék **2**
Rövidítések jegyzéke **4**
1. Bevezetés (irodalmi háttér) **5**
1.1. Előszó 5
1.2. Az intravénás szerhasználat Magyarországon 6
1.3. Tűcsere programok Magyarországon 12
1.4. A kockázati magatartástól a kockázati környezet koncepciójáig 13
1.5. A kockázati környezet egyes elemei – a kockázati magatartást befolyásoló strukturális tényezők 18
1.5.1. A fizikai környezet mikro szintje 29
1.5.2. A fizikai környezet makro szintje 33
1.5.3. A társadalmi környezet makro szintje 35
1.5.4. A gazdasági környezet mikro szintje 39
1.5.5. A gazdasági környezet makro szintje 40
1.5.6. A szabályozási környezet mikro szintje 45
1.5.7. A szabályozási környezet makro szintje 46
2. Célkitűzések **51**
3. Módszerek **53**
3.1. Felhasznált adatbázisok és az adatfelvételek módszerei 54
3.2. A vizsgálati minták jellemzői 59
4. Eredmények **72**
4.1. Szerváltás az intravénás szerhasználók körében 72
4.2. Kockázati magatartások a budapesti intravénás szerhasználók körében 80
4.3. Kockázati magatartást befolyásoló strukturális tényezők változása 87
4.3.1. A fizikai környezet makro szintje 87
4.3.2. A társadalmi környezet mikro szintje 87
4.3.5. A gazdasági környezet mikro szintje 90
4.3.7. A szabályozási környezet mikro szintje 92
5. Megbeszélés **99**
6. Következtetések **113**
7. Összefoglalás **116**

8. Summary 117
9. Irodalomjegyzék 118
10. Saját publikációk jegyzéke 127
Disszertációhoz kapcsolódó publikációk: 127
Disszertációhoz nem kapcsolódó publikációk:..... 128
11. Köszönetnyilvánítás..... 129
12. Mellékletek 130
11.1. A Kék Pont Alapítvány tűcsere programjának regisztrációs adatbázisa (részlet) 130
11.2. A Kék Pont Alapítvány tűcsere programjának forgalmi adatai (részlet)..... 130
11.3. MDPV injektálásra való áttérés jelenségét vizsgáló rövid kérdőív..... 131
11.4. Kérdőív és interjúvázlat a mefedronra való áttérést vizsgáló kutatáshoz..... 132
11.5. Kockázati magatartások kérdőíve a HIV, HCV gyorsteszten résztvevő intravénás szerhasználók körében végzett szűrés és tanácsadáshoz..... 134
11.6. A kockázati környezet operacionalizált elemei és a leírásuknál felhasznált adatok, irodalmak 137

DOI:10.14753/SE.2018.2081

Rövidítések jegyzéke

ANT	actor-network-theory
BRFK	Budapesti Rendőr-főkapitányság
BSZKI	Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
Btk	Büntető Törvénykönyv
DPA	Drogprevenciós Alapítvány
EMCDDA	Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
ESPAD	Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)
HCV	Hepatitis C
KCKT	Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület
MDPV	3,4- metiléndioxipirovaleron
OEK	Országos Epidemiológiai Központ
OLAAP	Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról
Pentedron	β-etil-metkatinon
UPSZ	új pszichoaktív szer

DOI:10.14753/SE.2018.2081

1. Bevezetés (irodalmi háttér)

1.1. Előszó

"There is nothing more difficult to grasp than social ties.
It's traceable only when it's being modified."
(Latour 2005, p.159.)

Az elmúlt években az új pszichoaktív szerek (UPSZ) tömeges megjelenése jelentősen átalakította a hazai kábítószerpiacot, és így jelentősen megváltozott a kutatás fókuszába helyezett intravénás szerhasználati színtér is azóta, hogy belekezdtem a doktori fokozat megszerzésébe. Az UPSZ jelenség előtt viszonylag állandóak voltak az injektált szerek, a döntő többség vagy opiátot vagy amfetamint használt, az intézményrendszer is ezekre a szerhasználókra volt szabva, a beavatkozások is az ilyen szereket használókat célozták – például az opiát szubsztitúció az egyik ilyen klasszikus, intravénás szerhasználókat célzó beavatkozás, de a rehabilitációs központok is zömmel olyan módszerekre épültek, amelyek idősebb, 35-40 éves szerhasználókra voltak szabva, akik sok éves vagy akár évtizedes intravénás szerhasználat után kerültek be ezekbe az intézményekbe. Jelenleg azonban az intravénás szerhasználók többsége új szereket injektál, a színtér korábban meghatározó szereplői, a heroinhasználók szinte teljesen eltűntek, szakembereknek pedig tucatnyi új szer nevét kellett megtanulniuk. Az UPSZ megjelenésével párhuzamosan az ellátórendszerben is nagy átalakulások történtek, szűkültek az állami források, változtak a drogpolitikai prioritások, és 2014-ben bezárt az ország két legnagyobb tűcsere programja.

Ezek az átalakulások nagy kihívás elé állították az egész ellátórendszert és a területen dogozó szakembereket is. Ugyanakkor kutatóként rendkívüli lehetőséget jelentett, hogy a terepen lehetett megfigyelni egy ilyen átalakulást, mert az ilyen nagy változások felszínre hozzák, egyszerűbben megfigyelhetővé és talán nyilvánvalóbbá teszik azokat a tényezőket, amelyek befolyásolhatják az intravénás szerhasználók magatartását. Az elmúlt évek változásai inspiráltak arra, hogy keressek egy olyan keretrendszert, amely segít rendszerezni, értelmezni és magyarázni azokat a változásokat, amelyek az elmúlt években lezajlottak.

1.2. Az intravénás szerhasználat Magyarországon

Az intravénás szerhasználat az egyik legkevésbé kutatott terület a magyarországi drogkutatásokon belül (Demetrovics és Kun 2009), az ellátórendszer hatásossága (az intravénás szerhasználó populáció kockázati magatartásainak, illetve a vér útján terjedő betegségek prevalenciájának csökkenését tekintve) pedig tudományos vizsgálatokkal még kevésbé feltárt témakör (Csák és mtsai 2010a). Ugyanakkor az elmúlt évtizedben végeztek kutatásokat az intravénás szerhasználók kezelésbe jutásának akadályairól (Márványkövi és mtsai 2008, Márványkövi és mtsai 2006, Rácz és mtsai 2010), és több publikáció is született az UPSZ injektálás jelenségével kapcsolatban (Csák és mtsai 2013, Csák és mtsai 2010b, Gyarmathy és mtsai 2016, Gyarmathy és Rácz 2010, Péterfi és mtsai 2014, Rácz és Csák 2014, Rácz és mtsai 2012, Rácz és mtsai 2015, Rácz és mtsai 2016a, Rácz és mtsai 2016b, Tarján és mtsai 2015).

Nagyon rövid történeti áttekintésként azt mondhatjuk el, hogy Magyarországon a rendszerváltás előtt a szerhasználat – akárcsak a kelet-európai régió más országaiban – nagyban eltért a nyugat-európai mintázattól, miután a nemzetközi kábítószer kereskedelem nagyrészt elkerülte a régiót. A rendszerváltás (illetve a rendszerváltás nyomán megnyíló határok) hoztak változást ebben, az illegális szerek használata ezután kezdett nagyobb mértékben terjedni – erre utalnak a 2001-ben készült első országos, nemzetközi drogepidemiológiai kutatások módszertanának megfelelő, teljes lakosság drogérintettségét vizsgáló felmérés (Paksi 2003) adatai is. A 2001-es vizsgálat különböző korcsoportjainak életprevalencia adatait összevetve arra lehet következtetni, hogy a hetvenes-nyolcvanas években a magyar társadalomban az tiltott szerek elterjedtsége minimális volt – körülbelül huszada az ezredfordulón jellemzőnek, de még a nyolcvanas évek végén és a kilencvenes évek elején is viszonylag alacsony volt (Paksi 2009). A középiskolások körében végzett rendszeres országos drogepidemiológiai felmérés (Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól; European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – ESPAD) alapján pontosabb tendenciákat is tudunk erről az időszakról, a kilencvenes évek második felében (a két vizsgálat adatfelvétele 1995-ben illetve 1999-ben készült) a droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke közel megduplázódott, 10%-ról 19,2%-ra növekedett (Elekes 2012, Paksi 2009).

DOI:10.14753/SE.2018.2081

A rendszerváltás megelőzően az intravénás szerhasználat kevéssé volt jellemző, és jórészt házi készítésű drogok fogyasztását jelentette (Csák és mtsai 2010a). Az intravénás heroinhasználat a kábítószer-kereskedelmi útvonalak mentén a volt Jugoszláviában, Bulgáriában volt megtalálható, majd a szerb háború időszakában lett jellemző a volt szocialista országokban, ahogy a háború miatt a csempészútvonalak áttolódtak, illetve felélénkült a feketepiac (Honti és Ban 1998). Összességében a határok megnyílása, a nemzetközi kereskedelem, migráció, gazdasági nehézségek mind hozzájárultak a volt keleti blokkban illetve a volt szovjet tagállamokban az intravénás szerhasználat (és a HIV fertőzés) megjelenéséhez és elterjedéséhez (Rhodes és mtsai 1999). A kábítószerhasználat terjedését a rendszerváltás utáni Magyarországon jól jellemzi, hogy 1995 és 2001 között az illegális és legális szerek káros használata miatt kezeltek aránya megfordult: a korábban jellemző legális szerek használata 67% helyett 35%-ra csökkent 2001-re, míg az illegális szereké 33%-ról 65%-ra nőtt (Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 2002). Szintén az előbb idézett 2002-es Jelentésben írják le, hogy a kábítószer fogyasztás miatt kezeltek legnagyobb része, 36%-a volt opiátfogyasztó – amely döntően intravénás szerhasználót jelent. Az injektáló használat bővülését jelzi, hogy az opiát-használat miatt kezelésbe kerülők egyre nagyobb arányban használták ezt a beviteli módot (Gerevich és Füredi 2001).

1. Táblázat: Injektálók aránya a kezelésben részesültek körében (opiát típus) – OSAP 3. táblák 1995-1999[1] –

Év	%
1995	50%
1996	62%
1997	62%
1998	69%
1999	70%

Mivel a vizsgálat középpontjában álló 8. kerületi tűcsereprogram klienseit tekintve releváns, érdemes megemlíteni, hogy már a 2002-es jelentésben utalnak a szerzők arra a

[1] Gerevich és Füredi 2001, p.108.

jelenségre, miszerint: „A roma szerhasználó népesség körében az intravénás droghasználat növekvő ütemben terjed, és számos egészségügyi következménnyel párosul. Sok esetben „nem tudják biztonságosan injektálni" a szert, előfordul közös fecskendő- és/vagy tűhasználat, ezért a fertőzés rizikója megnövekedett körükben" (Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 2002, p.12.)

Mivel az intravénás szerhasználók köre egy rejtőzködő, nehezen elérhető populáció, a jelenség elterjedtségével kapcsolatban becslésekre kell hagyatkoznunk. Magyarországon 2010-ben illetve 2016-ban végeztek becslést a rejtett intravénás szerhasználó populáció nagyságára vonatkozóan. A disszertáció fókuszában lévő időintervallumban, 2010-2015 között a 2010-es becslés számított érvényes adatnak, a felhasznált források ez utóbbit használták, így itt ismertetem mind a legfrissebb, mind a korábbi adatot. A 2010-ben készített becslést fogás-visszafogás módszerrel végezték, Országos Epidemiológiai Központ (OEK) által 2006 óta a tűcsereprogramok részvételével szervezett, ujjbegyből történt HIV/HCV szűrés kliensforgalmi adatait használták fel (Nemzeti Drog Fókuszpont 2010). A kutatók számításai alapján a 2007-2008-as időszakban 6146 fő, 2008-2009-es időszakra vonatkozóan 5699 fő volt az intravénás szerhasználó populáció nagysága az országban[2] (Nemzeti Drog Fókuszpont 2010, Nemzeti Drog Fókuszpont 2014b). A 2016-ban végzett becslésben ugyanezt a módszert használták, az OEK által végzett epidemiológai vizsgálat 2014-es illetve 2015-ös adatait felhasználva[3]. A kutatók számításai alapján Magyarországon a teljes intravénás szerhasználó populáció nagysága 7799 fő volt a 2014-2015-ös időszakra vonatkozóan (Nemzeti Drog Fókuszpont 2016). A 2015-ben végzett OEK vizsgálat kockázati magatartásokat vizsgáló kérdőíve alapján tudható, hogy a mintában 86% volt az elmúlt 12 hónapban legalább egy alkalommal injektálók aránya, ezt figyelembe véve a kutatók megbecsülték az intravénás szerhasználó populáció nagyságát csak 2015-re vonatkozóan is: számításaik alapján ez 6707 főt jelent. A két becslés közötti hat évben nem készült az intravénás szerhasználó populációra vonatkozó számítás, így a változás dinamikájáról nincs információnk, ugyanakkor a 2008-2009-re illetve a 2014-2015-re vonatkozó becsléseket összevetve az egyértelműen látszik, hogy ebben az időszakban

[2] A becslés pontos módszertanára vonatkozóan lásd: Nemzeti Drog Fókuszpont 2010, 41. old.
[3] A becslés módszerének részletesebb leírását lásd: Nemzeti Drog Fókuszpont 2016, 38. old.

növekedett az intravénás szerhasználók száma (valamivel több, mint 2000 fővel, ami megközelítőleg 37% emelkedést jelent).

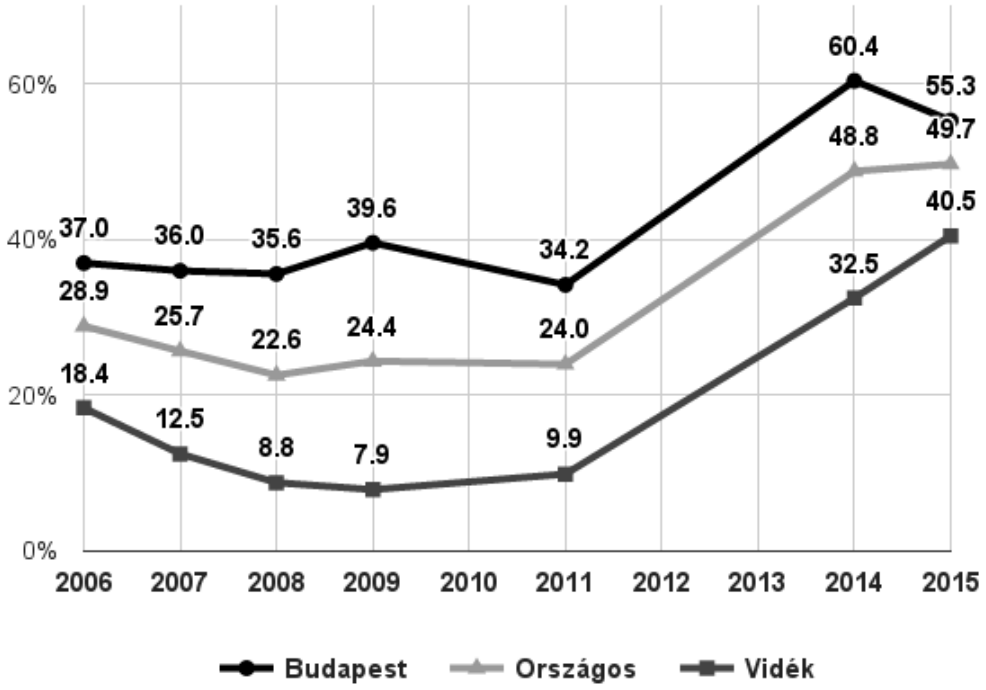
Az intravénás szerhasználók körében az Országos Epidemiológiai Központ 2006 óta végez azonos módszertannal felmérést a HIV és a HCV fertőzések prevalenciájáról. Sajnos az értekezés szempontjából fontos időszakban nem volt minden évben prevalencia vizsgálat (2010-ben, 2012-ben és 2013-ban nem tudott megvalósulni a felmérés), az utolsó elérhető vizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy 2011 és 2014 között duplájára emelkedett a HCV fertőzöttek aránya az intravénás szerhasználók körében (Epinfo 2015, Gyarmathy és Sarosi 2015). A 2014-es eredmények alapján a HCV országos prevalenciája 48,8% (2011: 24,1%), a fővárosban ugyanez az arány jóval magasabb 60,8% (2011: 34,2%) volt (Epinfo 2015).

A HIV fertőzéssel kapcsolatban elmondható, hogy a vírus prevalenciája a populációban elenyésző. Az előzőekben idézett 2014-es prevalencia vizsgálatban ugyanakkor két HIV fertőzött szerhasználót is találtak, amely ugyan nagyon alacsony esetszám, de éppen azért kiemelt fontosságú jelzés, mert az epidemiológiai vizsgálatok kezdete, 2006 óta nem volt még HIV pozitív eset az intravénás szerhasználók körében (Epinfo 2015, Rácz és mtsai 2016b).

A 2015-ös OEK vizsgálat adatai Budapesten a HCV prevalenciában csökkenést mutattak (55,3%-ra), azonban ennek az adatnak az értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy 2014-ben bezárt az ország két legnagyobb tűcsere programja (erről bővebben lásd: 1.5.3. alfejezet), így ez a két helyszín értelemszerűen nem szerepelt a 2015-ös vizsgálatban. Ahogy a két tűcsereprogram megszűnésével romlott az intravénás szerhasználókat célzó alacsonyküszöbű programok lefedettsége (erről bővebben lásd: 1.5.3. alfejezet), úgy az OEK vizsgálatának elérése is változott a két adatfelvételi helyszín kiesésével – az ezeken a helyeken korábban elért populációt valószínűleg 2015-ben nem lehetett ugyanolyan arányban bevonni a vizsgálatba. Így tehát nem teljesen összevethető a 2014-ben illetve 2015-ben mért fertőzöttségi arány, a csökkenés utalhat arra is, hogy a két megszűnt tűcsereprogram miatt egy nagyon magas HCV fertőzöttségű populációt nem tudott a vizsgálat elérni. Kiemelném ugyanakkor, hogy a vidéki prevalencia adatok azt mutatják, hogy ott a HCV fertőzöttek arányának

DOI:10.14753/SE.2018.2081

emelkedése nem állt meg, a vidéki helyszíneken 2011 és 2015 között megközelítőleg négyszeresére, 9,9%-ról 40,5%-ra emelkedett a HCV prevalenciája.



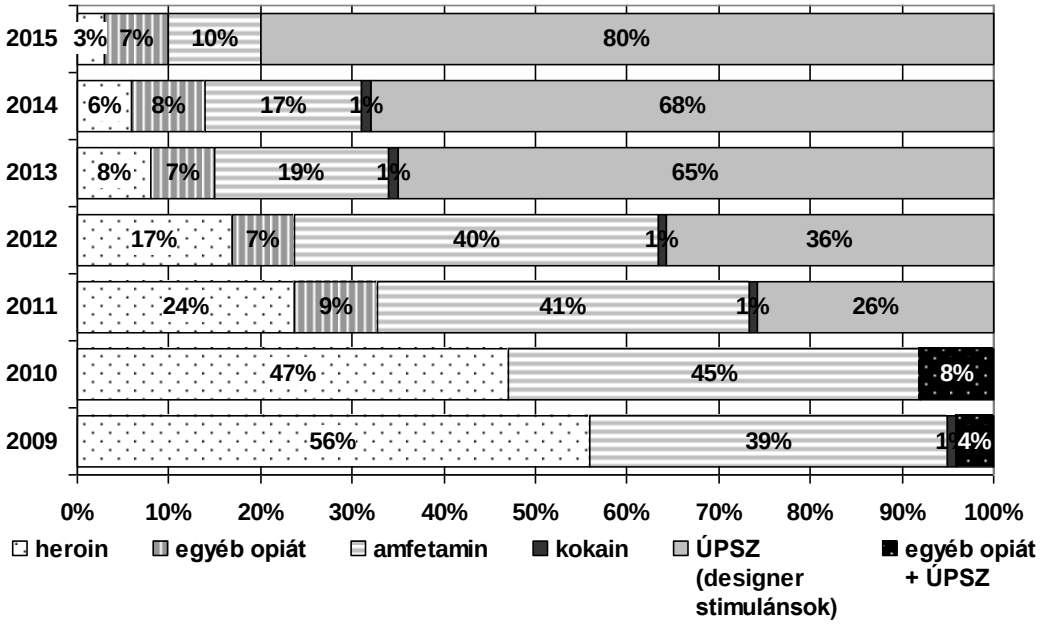
1. Ábra: HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében végzett szűrővizsgálat eredményei alapján 2006-2015 (%)[4]

Sajnos az OEK által végzett epidemiológiai vizsgálat utóbbi éveiből nem hoztak nyilvánosságra szolgáltató szintű adatokat, azt azonban lehet tudni, hogy a 8. kerületi tűcserepogramban végzett felmérések mutatták a legmagasabb HCV prevalenciát a korábbi időszakokban: 2006-2009 között rendre duplája volt a HCV prevalencia a Kék Pont tűcsereprogramjában, mint a város másik részén, a 13. kerületi Hollán Ernő utcában működő Drogprevenciós Alapítvány (DPA) tűcseréjében, sőt 2009-ben több, mint háromszorosa volt a HCV fertőzöttek aránya a Kék Pontnál (69,6%, míg a DPA-nál 20,2%) (Dudás 2010).

[4] Forrás: Dr Dudás Mária: Az intravénás kábítószer-használók HIV, HCV prevalenciája a 2014-es adatgyűjtés alapján http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/dudas_tcs_2015_HIV_HCV_prevalenc.pdf, illetve http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/fertozo-betegsegek/fertozo-betegsegek-tenyek-es-szamok/ (hozzáférés: 2017. 01.08.)

DOI:10.14753/SE.2018.2081

Az injektált szerekkel kapcsolatban a Nemzeti Drog Fókuszpont éves adatgyűjtése alapján vannak információink, amelyekben az országban működő tűcsereprogramok kliensadatait összesítik. A legutolsó publikált jelentésben (Nemzeti Drog Fókuszpont 2016) is leírják az elmúlt évek tendenciáit, melyben meghatározó volt az UPSZ-ek 2010-es megjelenése[5]. 2010 előtt döntően két szert injektáltak az intravénás szerhasználók, amfetamint illetve heroint, de a UPSZ injektálása egyre nagyobb arányban szorította ki a két korábban jellemző szert. Elsőként a heroin használók aránya csökkent, majd az amfetamint is kiszorították az új szerek: 2015-ben mindössze 13% injektálta ezt a két szert, míg 2009-ben ugyanez az arány 95% volt. A szerváltásban több tényező is közrejátszhatott, azonban a folyamat kezdetekor meghatározó körülmény volt, hogy a heroin és az amfetamin tisztasága csökkent az országban, valamint, hogy emellett a szintetikus katinonok ára jóval alacsonyabb volt, mint a korábban használt szereké (Csák és mtsai 2013).



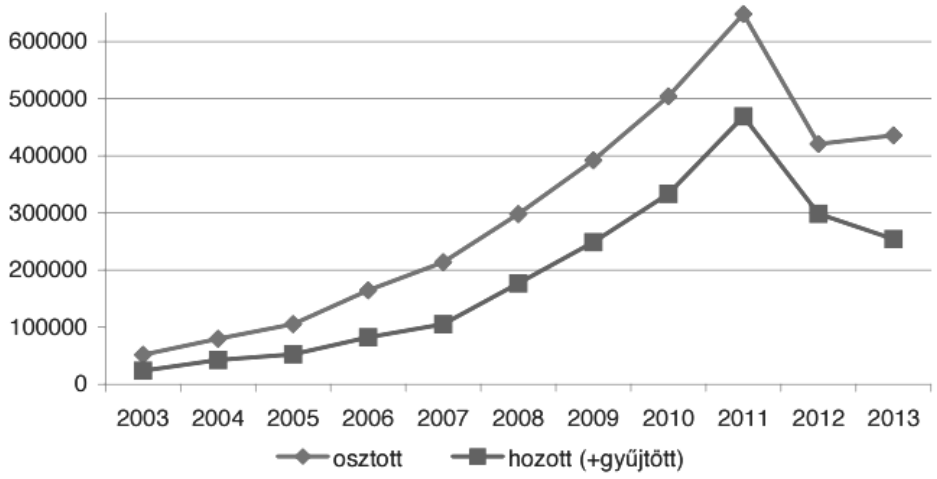
2. Ábra: A magyarországi tűcsere programokban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2015 között[6]

[5] Az adatgyűjtésben 2010-ben még nem volt lehetőség az UPSZ megjelenítésére (előre megadott kategóriák voltak az injektált szereknél), a jelenség hatására magát az adatgyűjtést is át kellett alakítani, 2011-től volt lehetőség az egyéb szerek esetében új kategóriákat megadni, megnevezni az egyes szereket (Nemzeti Drog Fókuszpont 2012)

[6] Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2016, 39. oldal alapján, saját szerkesztés

1.3. Tűcsere programok Magyarországon

Mivel a disszertáció központi vizsgálati populációját egy tűcsere program kliensei adják, röviden összefoglalnám az ellátórendszer intravénás szerhasználókat célzó bavatkozásának magyarországi helyzetét. A tűcsere program kulcsfontosságú beavatkozás az intravénás szerhasználók vér útján terjedő betegségekkel való megfertőződésének megelőzésében (ECDC-EMCDDA 2011, p.12.), emellett megfelelő tudományos bizonyítékok állnak rendelkezésre ahhoz, hogy hatásosnak tekintsük az intravénás szerhasználathoz köthető kockázati magatartások csökkentésében is (Macarthur és mtsai 2014, Palmateer és mtsai 2010). A hazai tűcsereprogramok forgalmáról és kliensadatairól 2003 óta van szisztematikus adatgyűjtés, amely összefoglaló adatait a Nemzeti Drog Fókuszpont tette közzé 2014-ben (Nemzeti Drog Fókuszpont 2014b). Ez alapján elmondható, hogy 2003-2011 között dinamikus bővülés volt a tűcsere programok forgalmában, a magyarországi tűcserék 2003-ban közel 52000 tűt osztottak ki, addig ez a szám 2011-re 650000-re nőtt.



3. Ábra: A magyarországi tűcsereprogramokban kiosztott és begyűjtött fecskendők számának alakulása 2003-2013 között[7]

A 2011-ig tartó növekedést az alacsonyküszöbű és közösségi szenvedélybeteg ellátásra rendelkezésre álló források csökkenése törte meg 2012-ben (Nemzeti Drog Fókuszpont 2014b, p.51.).

[7] Nemzeti Drog Fókuszpont 2014b, p.52.

1.4. A kockázati magatartástól a kockázati környezet koncepciójáig

Az intravénás szerhasználat magyarországi történetének és jellemzőinek rövid áttekintése után az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó kockázati magatartásra vonatkozó elméleti megközelítéseket és magyarázatokat tekintem át. Az intravénás szerhasználat súlyos ártalmakat okoz mind az egyén, mind a társadalom egésze számára, jelen írásban elsősorban a közegészségügyi ártalmakra koncentrálva kockázatként az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó egészségügyi kockázatokat tekintem. Ezek közül kiemelkedik a vér útján terjedő betegségekkel, az AIDS betegséget okozó emberi immunhiány-előidéző vírussal (Human Immunodeficiency vírus, HIV) és a Hepatitis C vírussal (HCV) való megfertőződés, így itt kockázati magatartás alatt olyan cselekedeteket értek, amelyek növelik a HIV-vel illetve HCV-vel való megfertőződés esélyét.

A kockázati magatartás fogalma a szerhasználat kontextusában erősen kötődik a HIV fertőzés megjelenéséhez (lásd például: (EMCDDA 2001, Rhodes 1997). Az 1980-as években Európában az intravénás szerhasználat prevalenciája nagy mértékben növekedett, ugyanakkor ebben az időben kezdett el terjedni a HIV fertőzés is, és sok európai országban azt tapasztalták, hogy a HIV fertőzöttek aránya ugrás szerűen növekedett a szerhasználók körében (EMCDDA 2010). Az akkor létező prevenciós beavatkozások, kezelések elégtelennek bizonyultak a fertőzés terjedésének megállításában, így új válaszokra volt szükség ezen a téren. A jelenség vizsgálata arra a felismerésre vezetett, hogy a HIV fertőzés terjedése az adott populációban nem véletlenszerű, hanem bizonyos magatartásformákhoz kötődik, és a fertőzés terjedésében a kockázati magatartások jelentik a legfontosabb tényezőt, így a HIV tulajdonképpen magatartásos betegségnek is tekinthető (Rhodes 1997, Stimson 1990). Ahogy Rhodes kitűnő elméleti összefoglalójában (Rhodes 1997) kifejti, a kapcsolódó magyarázatok két nagy paradigmába sorolhatóak, az egyik az egyént tekinti a vizsgálat egységeként, és a kockázati magatartást olyan cselekedetnek tartja, ami az egyén ismereteinek, döntéseinek eredőjeként jön létre, a másik magyarázatban a kockázati magatartást úgy tekintik, mint ami az egyes egyének cselekedetei, a körülöttük lévő közösség és a társadalmi környezet közötti kölcsönhatásként jön létre.

Hozzáteszi, hogy a 1990-es évek közepén még az előbbi, individumra koncentráló megközelítés volt uralkodó. A függőséggel, HIV megelőzéssel foglalkozó kutatások többségében a kockázati magatartások egyéni meghatározóit próbálták felmérni arra koncentrálva, hogy az egyén ismeretei és percepciója a kockázatokról hogyan hat a kockázatok elkerülésének szándékára. Összességében a HIV járványra adott korai válaszok az akkoriban uralkodó epidemiológiai megközelítést tükrözték, a cél az volt, hogy minél gyorsabban felmérjék a járvány terjedésének meghatározó tényezőit – és így a kockázatok értelmezésében is az epidemilógiai keretet alkalmazták. Az individuális megközelítéshez kapcsolódó legfontosabb elméleti magyarázatok az indokolt cselekvés elmélete (Ajzen és Fishbein 1980), az énhatékonyság (Bandura 1977, Bandura 1994) illetve a tervezett magatartás (Ajzen 1991). Ugyanakkor ezek az individuális megközelítések, és az ezeken az elméleteken alapuló beavatkozások azt feltételezik, hogy az egyéni cselekedetek tulajdonképpen egy racionális kalkuláció után születnek meg, amelyben az egyén valamiféle költség-haszon számítás alapján mérlegeli a kockázatokat (Rhodes 1997, Rhodes 2002). Emellett fontos hozzátenni, hogy az egyéni döntésre és cselekedetekre koncentráló elméleti megközelítés normatívnak is tekinthető abból a szempontból, hogy feltételezik, hogy létezik a kockázatok elkerülésének valamiféle általános érvényű racionalitása, azaz a kockázatkerülő magatartást tekinti racionálisnak (Rhodes 2002).

A másik megközelítés, amely a társadalmi meghatározottságra és a kockázati magatartás kontextuális beágyazottságára koncentrál, fokozatosan nyert teret a '90-es évek közepe óta a szerhasználattal kapcsolatos kockázatok és a vér útján terjedő betegségek megelőzésével kapcsolatos szakirodalomban. Meghatározó elméleti megközelítéssé vált a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja által kiadott intravénás szerhasználókkal foglalkozó gyakorlati ártalomcsökkentési munkát támogató ajánlásokban (EMCDDA 2001), az észak-amerikai crack-epidémia okainak elemzésében (Bourgois 2003), a Szovjetunió felbomlása utáni, volt tagállamokban kitört HIV járvánnyal kapcsolatban (Rhodes és mtsai 1999), a vancouver-i nyílt színi szerhasználat jelenségének magyarázatában (Small és mtsai 2007), a melbourne-i utcai szerhasználat és szexmunka leírásánál (Moore és Dietze 2005), és a fecskendő szociológiájáról folyó vitában (Vitellone 2015), de a

magyarországi intravénás szerhasználatról szóló publikációkban is (Rácz 2005, Rácz és mtsai 2016b).

A kockázati magatartások kontextusba ágyazottsága kapcsán Rhodes két elméleti megközelítést említ, amely megalapozta, hogy túl lehessen lépni a kockázati magatartások egyéni racionalitásra építő magyarázatain: a helyzetfüggő racionalitást (situated rationality) illetve a társas cselekvés (social action) elméletét (Rhodes 1997). A helyzetfüggő racionalitás abban jelent eltérést az előzőekben bemutatott, az egyén racionalitására építő magyarázatokhoz képest, hogy azt hangsúlyozza, hogy a kockázatok percepciója eltérő lehet az adott körülményektől függően. Itt a kockázatok relativitásának elismerését emeli be Rhodes a helyzetfüggő racionalitás elméletével, azaz azt, hogy a döntéseink nem kontextus nélküli vákuumban (Rhodes 1997) jönnek létre, hanem más kockázatokkal együtt mérlegeljük. Például az injektáló eszköz megosztás vagy az óvszer nélküli szexuális aktus kockázatához képest az adott egyén számára az adott körülmények között létezhetnek közvetlenebb veszélyek vagy olyan hasznok, amelyek ellensúlyozzák a vállalt kockázatot. A kockázati magatartás megértésénél tehát fontos elfogadnunk, hogy nem egy racionalitás létezik és a kockázatok relatívak lehetnek.

A társas cselekvés elméletével Rhodes azt a szempontot adja hozzá a kockázati magatartások értelmezéséhez, miszerint a cselekedeteinknél és a kockázatok értelmezésénél a társas viszonyok illetve a kockázatokkal vagy elvárt viselkedésekkel kapcsolatos társas normák is meghatározó szerepet játszanak. Ez nagyon fontos perspektíva, hiszen nem hagyható figyelmen kívül, hogy a legtöbb kockázati magatartás társas viszonyokban történik, ahol egyrészt gyakran nincsenek egyenlő hatalmi pozícióban a résztvevők (Rhodes itt példaként egy kutatásából idéz, ahol az óvszer használatára azért nem került sor, mert az interjúalany tartott a férfi agressziójától), másrészt az adott cselekedettel kapcsolatos kockázat percepcióját – hogy egyáltalán mit tekintünk kockázatosnak – is társas normák alakítják.

Mindezeken kívül mint gyakorlati, közpolitikai szempont – hiszen a kockázati környezet elméletének kimondott célja, hogy gyakorlati szempontból is hasznosítható keretet adjon a kockázati magatartások értelmezésében (Rhodes 2002, Rhodes 2009) –

meg kell említeni azt is, hogy ahhoz a folyamathoz, ahogy a környezeti tényezők szerepét egyre inkább beépítették a kockázati magatartás értelmezésébe hozzájárult, hogy a közegészségügyi szemléletben, szakpolitikában is változás indult el a '80-as években (Rhodes 2002). Az egyik legfontosabb dokumentum, amely ennek az új népegészségügyi szemlélet elfogadottságának egyik legfontosabb mérföldköve, az Ottawai Egészségfejlesztési Charta (WHO 1986), amelybe már beemelték ennek az újfajta népegészségügyi szemlélet a legfontosabb elveit, miszerint a közegészségügyi helyzet javításához mind az egyén, mind a közösség aktív hozzájárulása szükséges. A charta öt egészségfejlesztési alapelvet állapított meg, az egészséget támogató közpolitika megalkotása, az egészséget támogató környezet kialakítása, az egyéni készségek fejlesztése, a közösségi akciók erősítése és irányváltás az egészségügyi ellátásban (OEFI 2004). Ezek az alapelvek jól mutatják, hogy miben jelent újat ez a szemlélet, hiszen charta alapvetéseiben az a felfogás tükröződik, miszerint a (közegészségügyi) kockázatok csökkentése érdekében komplex beavatkozásra, egyéni, közösségi, szabályozási és környezeti változásokra egyszerre van szükség. Az egészségi állapotért való felelősséget tehát megosztja az egyén és a társadalom között, és a jó egészségi állapotra úgy tekint, mint amihez a megfelelően kialakított környezet elengedhetetlen.

A kockázati környezet koncepciója segíthet abban, hogy az egyén viselkedésváltozására koncentráló drogpolitikai beavatkozások korlátait meghaladjuk, illetve belássuk, hogy a szerhasználathoz kapcsolódó kockázati magatartás nem valami önmagában álló jelenség, hanem az egészséget, a társadalmi sérülékenységet általában meghatározó tényezők metszéspontjában áll (Rhodes 2002), és így ráirányítja a figyelmet a szerhasználatból eredő ártalmakkal foglalkozó gyakorlati illetve elméleti munkában a kontextus szerepére (Rhodes 2009, Strathdee és mtsai 2010). A koncepció lényege tehát, hogy a szerhasználatból eredő károkat azon társas viszonyok, társadalmi környezet termékeként tekinti, amelyben az egyén részt vesz. Fontos implikációja ennek a megközelítésnek az, hogy egyrészt a szerhasználat során a keletkező ártalmakért már nem csupán az egyént tekinti felelősnek, hanem társadalmi, szociális és politikai intézményeket is (Rhodes 2009), mivel a kockázati környezet koncepciója szerint a vonatkozó ártalmak kialakulásában, megtermelésében ezen intézményeknek is lényegi szerepe van. Másrészt ebből következően az ártalmak csökkentésére irányuló

beavatkozások kapcsán sem elegendő az egyénre koncentrálni, hanem ugyanígy célozni kell a kockázati környezet alakító egyéb szereplőket is.

Végül, a témakör szakirodalmi áttekintése kapcsán röviden szólnék a kockázati környezet koncepcióját tágabb értelemben keretező társadalomtudományi elméletekről. A kockázati környezet perspektívája társadalomelméleti szempontból a poszt-strukturalista megközelítések közé sorolható, az elméletek között pedig meg kell említeni a Bourdieu-i habitus fogalmat (Bourdieu 1990), és Bruno Latour nevéhez köthető cselekvő-hálózat-elméletet (actor-network-theory, ANT) (Latour 2005). A habitus fogalma annyiban lényeges szempont, hogy megjeleníti azt a felfogást, miszerint az egyén viselkedése, cselekedete, választásai (Bourdieu-i fogalomhasználattal a praxis) nem véletlenszerűen szerveződnek, hanem azokat a szocializáció során sajátítjuk el, ugyanakkor azt az egyén objektív valóságként érzékeli. Az értékválasztásaink, öltözködésünk, fogyasztásunk egyszerre meghatározott az adott státuszhoz képest, másrészt az adott cselekedetek maguk újra is teremtik azt. Ez azért fontos értelmezés a kockázati környezet szempontjából, mert rávilágít arra, hogy cselekedeteinket, választásainkat nem pusztán az adott helyzetben elvégzett, elvont racionális kalkuláció alapján tesszük meg, hanem azokat szocializáció során tanuljuk meg és az adott társadalmi struktúrában elfoglalt pozíciónkhoz kapcsolódnak.

Az ANT szemlélet szerint ágensek bonyolult, kölcsönösen összefüggő hálózata határozza meg, hogy egy-egy cselekedet hogyan valósul meg, amelyben minden szereplő, legyen az egyén, intézmény, tárgy vagy technológia gyakorlatilag egyenrangú szereplőként lehet meghatározó, a vizsgálat tárgya pedig a közöttük lévő kapcsolat – azaz azt kell vizsgálni, hogy hogyan fejtik ki a hatásukat ezek a szereplők. Ezen értelmezés szerint a szerhasználat, mint cselekedet szintén egy sokszereplős hálózat, amely Gilles Deleuze *assemblage* fogalmával írható le (Duff 2016) – így például a vágy egy szer használatára nem pusztán az egyén cselekedete, hanem egy viszony, amelyben a szer ugyanolyan meghatározó szereplő, hiszen az adott szer használatának vágya nem létezhetne az adott szer nélkül. Azért lényeges ez a kockázati környezet – illetve tágabb értelemben a szerhasználat – szempontjából, mert így egy szerhasználati eseményre (egy injektálásra) úgy tekinthetünk, mint ami egy testek (emberi és nem emberi), helyek és helyszínek, tárgyak, technológiák, anyagok összességéből álló assemblage, és ez az

assemblage határozza meg a karakterét, természetét és hatását ennek a szerhasználati eseménynek (Duff 2016). Ebből pedig az is következik, hogy a szerhasználatból eredő problémákért nem lehet kizárólag az egyént felelőssé tenni, a felelősségnek el kell oszlania az adott assemblage szereplői között.

1.5. A kockázati környezet egyes elemei – a kockázati magatartást befolyásoló strukturális tényezők

A disszertációhoz kapcsolódó vizsgálatok elméleti kereteként a kockázati környezetet fogom használni, mert az elvégzett vizsgálatok pontszerűek és a szerhasználó egyén jellemzőire, viselkedésére koncentrálnak, így önmagukban nem nyújtanak magyarázatot az intravénás szerhasználói színtéren az elmúlt évek során tapasztalt változásokra. A színtéren tapasztalt változásokban (pl. az UPSZ-k térnyerése, a HCV prevalencia emelkedése) az egyénen kívüli tényezők is szerepet játszhatnak, a kockázati környezet tulajdonképpen azon strukturális tényezőket foglalja rendszerbe, amelyek az intravénás szerhasználók kockázati magatartására hatással lehetnek.

Ahogy azt az előzőekben bemutattam, a kockázati környezet keretrendszere széles körben tárgyalt és alkalmazott a kortárs szakirodalomban illetve gyakorlati beavatkozásokra vonatkozó ajánlásokban, így az eredmények kontextusának leírásában, illetve a megfigyelt jelenségek magyarázatában megfelelő hátteret tud adni. Ugyanakkor a kockázati környezet elméleti háttere is megfelelően megalapozott, és beágyazott a társadalomtudományi elméletek szempontjából is, így a kapott eredményekhez mind gyakorlati, mint elméleti szempontból megfelelő keretet tud nyújtani. Mivel a saját vizsgálatok eredményeit szeretném a kockázati magatartást befolyásoló strukturális tényezők kontextusában megjeleníteni, azonban ezeket a hazai tudományos diskurzusban még nem tárgyalták. Ezért a következőkben első lépésben a szakirodalom alapján definiálom a strukturális tényezőket megjelenítő kockázati környezet egyes elemeit, és azokat operacionalizálva meghatározom, hogy milyen adatokat fogok használni a leírásukhoz. Második lépésben a definíciók alapján operacionalizált jellemzők szerint leírom az egyes környezettípusok 2010-2015 közötti tulajdonságait illetve változásait. Célom, hogy így – a harmadik lépésben – az eredmények

tárgyalásánál pontosan lehessen használni ezeket a fogalmakat, illetve a strukturális tényezők vonatkozó jellemzőit.

Rhodes eredeti koncepciójában tehát úgy határozta meg a kockázati környezetet, mint olyan társas vagy fizikai tér, ahol a különböző tényezők kölcsönhatása növeli a szerhasználatból eredő ártalmak előfordulásának esélyét. A kockázati környezeten belül négy alapvető környezet típust határoz meg, a fizikai, társas/társadalmi, gazdasági és politikai/szabályozási környezetet illetve két szintjét a környezeti befolyásnak, a mikro és a makro szintet (Rhodes 2002) – alapvetően erre a definícióra alapozva használja azóta is a szakirodalom a kockázati környezet fogalmát (a teljesség idénye nélkül lásd például: (Moore és Dietze 2005, Rácz 2005, Rácz és mtsai 2016b, Rhodes 2009, Rhodes és Simic 2005, Rhodes és mtsai 2005, Small és mtsai 2007, Strathdee és mtsai 2010).

Az egyes környezet-típusok és szintek meghatározása előtt fontos leszögezni, hogy már az eredeti koncepció szerint sem különíthetőek el egyértelműen a környezet típusok és szintek egymástól. A kockázati környezet kapcsán tehát egy olyan rendszerről beszélhetünk, amelynek egymással folyamatos kölcsönhatásban álló, kölcsönösen egymásra ható elemei vannak (Rhodes és mtsai 2005). Ugyanakkor a tudományos vizsgálat szempontjából szükséges operacionalizálni a kockázati környezet elemeit, így a következőkben sorra veszem a szakirodalomban található definíciókat és meghatározásokat, hogy az egyes elemekre való hivatkozás során a lehető legpontosabban definiált legyen, hogy milyen adatok és információk tartoznak a kockázati környezet egyes elemeihez a modellben.

Rhodes eredeti cikkében (Rhodes 2002) a kockázati környezet definiálásakor nagyon gyakorlatias hozzáállásként kiindulópontként arra bátorít, hogy gondoljuk végig azokat a társas helyzeteket és helyszíneket amelyekben a szerhasználatból eredő ártalmak keletkeznek, ugyanakkor a befolyás szintjével kapcsolatban nem ad konkrét meghatározást, hanem példákat említ ezekre. Így a kockázati környezet szintjeinek általános meghatározása kapcsán Moore és Dietze cikkét (Moore és Dietze 2005) használom, amelyben Rhodes példáit felhasználva alkotnak egy számunkra itt jobban használható definíciót. A kockázati környezetet úgy határozzák meg, mint amit négy,

egymást metsző környezet-típus alkot, és amiben a környezeti befolyásnak két, egymással kölcsönösen összekapcsolódó és kölcsönhatásban lévő szintje van (p.276.):

- A mikro (azaz közeli, közvetlen, helyi) szintje a kockázati környezetnek, amely magában foglalja a csoport normáit, szabályait és értékeit; a társas kapcsolatokat és hálózatokat; sorstárs, kortárs csoportokat és ezek befolyását; a szerhasználat közvetlen társas környezetét; és a környéket.
- A makro (azaz távoli, indirekt, strukturális) szintje a kockázati környezetnek, amely magában foglalja a közpolitikákat, jogi környezetet; gazdasági, nemi és etnikai egyenlőtlenségeket; a kockázatok és ártalmak kulturális meghatározottságait és az egészségügy politikai vonatkozásait, helyzetét.

A kockázati környezet szintjeinél ezt a definíciót tekintem meghatározónak.

A kockázati környezet négy típusát több tanulmányban leírta Rhodes, az itt következő összefoglaló három tanulmány (Rhodes 2002, Rhodes 2009, Rhodes és Simic 2005) összegzése. Felhasználtam még ezen kívül Stradhdee és munkatársainak nagyon alapos, átfogó szakirodalmi áttekintését (Strathdee és mtsai 2010), amely különösen fontos módszertani szempontból, mert minden egyes környezet-típus kapcsán meghatározták azokat a tényezőket, amelyek szerepe és befolyása megfelelően dokumentált a szakirodalomban az intravénás szerhasználat ártalmaival kapcsolatban.

A fizikai környezet

A fizikai környezet talán a legkönnyebben értelmezhető kategória. Itt számos példát lehetne említeni, de az eredeti koncepcióban is egyértelműen megjelenik, hogy ez a szerhasználat közvetlen fizikai környezetét jelenti, amelyet képekkel is illusztrál (Rhodes 2002). Jelen vizsgálatban tehát a fizikai környezet mikro szintjét a tűcsere program környékeként illetve a programba járó kliensek által intravénás szerhasználat kapcsán bejáratott helyszínekként operacionalizálható, hiszen a fizikai környezet, ahol a szerhasználat zajlik meghatározó a steril felszereléshez való hozzáférés szempontjából, de meghatározó abból a szempontból is, hogy mennyire lehet megvalósítani és fenntartani a biztonságosabb injektálás gyakorlatát a mindennapokban (Rhodes és mtsai 2005).

A fizikai környezet makro szintjét jelentheti például, hogy merre futnak a kábítószer csempészés nemzetközi útvonalai. Ezen útvonalak és az intravénás szerhasználat valamint az intravénás szerhasználathoz köthető HIV fertőzések közötti kapcsolatra számos nemzetközi példa van. Brazíliában a kokaincsempészés útvonala hatással volt az intravénás szerhasználathoz köthető HIV fertőzésekre: ahogy a kokain egyre nagyobb mértékben vált elsődlegesen injektált szerré, úgy növekedett a HIV fertőzés prevalenciája; az intravénás szerhasználat diffúziója és a csempészútvonalak között több országban is összefüggést találtak, például Mianmarban, Nigériában és Kenyában is (Rhodes és mtsai 2005).

2. Táblázat: Fizikai környezet az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó kockázatok szempontjából[8]

	Mikro szint	Makro szint
Példa	▪ Szerhasználat, intravénás szerhasználat helyszíne ▪ Nyílt színi szerhasználat helyszíne ▪ Szexmunka helyszíne ▪ Börtönök	▪ Kábítószer kereskedelem útvonalai ▪ Kábítószer kereskedők elhelyezkedése ▪ Populáció geográfiai eloszlása és mozgása
Lehetséges beavatkozások, és befolyásoló tényezők	▪ Biztonságos szerhasználathoz kapcsolódó szolgáltatások (felügyelt szerhasználói szoba, tűcsereprogram) ▪ Biztonságosabb szerhasználat kialakítása (szemetes használt eszközök biztonságos elhelyezésére, közvilágítás) ▪ Börtönökben elérhető ártalomcsökkentő szolgáltatások	▪ Kábítószer kereskedelemre vonatkozó törvények ▪ Határellenőrzések, határokon átnyúló, határ menti programok ▪ Autópálya parkolókban (kamionparkolókban), pályaudvarokon megvalósuló beavatkozások (pl.: óvszerosztás, óvszerautomata)

Strathdee munkája alapján a strukturális tényezők vizsgálatánál a fizikai környezet mikro szintjét a helyi mikroszegregátum (Ladányi 1989), illetve a rejtett szerhasználói színterek bemutatásával illusztrálom. A közép-európai kábítószer csempészési útvonalak feltárása meghaladná jelen írás kereteit, emellett a hazai intravénás szerhasználat elmúlt éveinek meghatározó változása az UPSZ megjelenése, így jelen vizsgálatban a fizikai környezet makro szintjét a kábítószerpiac átalakulásával

[8] Saját szerkesztés, (Rhodes 2002, Rhodes 2009, Rhodes és Simic 2005) alapján)

szemléltetem majd, amelyek részben saját eredmények, részben a Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentései[9].

3. Táblázat: A fizikai környezetben HIV fertőzés megszerzésének kockázatát növelő tényezők az intravénás szerhasználat szempontjából[10]

Mikro szint	Makro szint
▪ Injektálás helyszínei ▪ Hajléktalanság ▪ Börtön, bebörtönzés ▪ Kitettség erőszaknak, traumának ▪ Térbeli egyenlőtlenségek ▪ Helyszín, környék a városon belül	▪ kábítószer kereskedelmi útvonalak* ▪ kereskedelmi útvonalak, populáció mobilitása ▪ népesség földrajzi eloszlásának változása, különböző környékek, vidékek lakosságának keveredése ▪ kitoloncolás ▪ HIV fertőzés epicentrumától való távolság

* Olyan környezeti tényező vagy terület, amely társadalomtudományi kutatásokban és/vagy a HIV kockázati környezet modelljeiben megjelenik, de Stradhdee és munkatársai által áttekintett publikációkban nem jelent meg.

A társadalmi környezet

A társas/társadalmi környezet a szűkebb vagy tágabb közösségben jellemző attitűdök, normák összességét jeleníti meg a kockázati környezeten belül, amelyek befolyásolják azt, ahogyan a szerhasználat mint cselekedet megvalósul. A kockázati környezet koncepciójának lényege az egyénhez képest külsődleges tényezők szisztematikus áttekintése, azaz a szociológiai szemlélet megjelenítése az egészségügyi kockázatok elemzésében, így tulajdonképpen maga a koncepció is – részben – a társadalmi meghatározottságot jeleníti meg. Ezért talán a társas/társadalmi környezet az, amely elkülönítése a legnehezebb, és amely áttételesen a legtöbb környezet-típusra hat, hiszen a szerhasználók stigmatizáltsága, a szerhasználat társadalmi megítélése nyilvánvalóan befolyásolja az adott országban érvényes szabályozásokat, ahogy a fizikai környezet is lényegében társadalmilag konstruált, hiszen emberek cselekedetei hozzák létre, tapasztalása pedig az emberek koncepcióin keresztül szűrve történik meg (Rhodes és mtsai 2005). A szakirodalomban több tényezővel igyekeztek megfogni ezt a típusát a kockázati környezetnek, a szerhasználó közösségre jellemző normák és attitűdök mellett

[9] Az egyes környezetek leírásához használt adatforrások részletes listáját lásd: Melléklet, 11.6. alfejezet
[10] Saját szerkesztés, Strathdee és mtsai 2010 alapján

a jelenséghez kapcsolódó intézmények jellemzői is tükrözni tudják a társadalom egészének felfogását.

Minthogy a vizsgálat tárgyát képező intravénás szerhasználók kockázatokkal kapcsolatos attitűdjéről nem készült vizsgálat így jelen kutatásban ezt csak indirekt változókkal mutatom be saját kutatások alapján, egyrészt a szerváltás kapcsán készült kvalitatív kutatás eredményein, másrészt egy HIV és HCV szűrés és tanácsadás program során használt kockázati magatartásokat felmérő kérdőív eredményein keresztül (módszertant lásd: 3. fejezet).

4. Táblázat: Társas/társadalmi környezet az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó kockázatok szempontjából[11]

	Mikro-szint	Makro-szint
Példa	▪ Társadalmi csoportok és sorstárs csoportok (peer group) normái ▪ Attitűdök a közösségben ▪ Helyi rendőrségi gyakorlat, a „határozott rendőrségi fellépés” milyensége ▪ A helyi egészségügyi és szociális szolgáltatások lefedettsége, hozzáférése és megvalósítása	▪ Társadalmi és kulturális normák és értékek ▪ Nemek közötti egyenlőtlenségek struktúrája, nemekhez kapcsolódó kockázatok ▪ Szerhasználók stigmatizációja, marginalizációja ▪ Civil társadalom ereje, közösségek érdekérvényesítő képessége
Lehetséges beavatkozások, és befolyásoló tényezők	▪ Közösségi beavatkozások, érintettekre, sorstársakra fókuszáló beavatkozások ▪ Rendőrséggel való együttműködések, rendőröknek szóló képzések ▪ Alacsonyküszöbű szolgáltatások kiépítése, fejlesztése, hozzáférés javítása	▪ Kollektív cselekvések támogatása a szabályozások átalakításával kombinálva ▪ Az ártalomcsökkentés népszerűsítése tömegkommunikációs kampányokkal ▪ Civil társadalom erősítése ▪ Egészségügy és a szociális ellátórendszer strukturális átalakítása

A társadalmi környezet mikro szintjével kapcsolatban Strathdee és munkatársai (2010) által meghatározott „helyi egészségügyi és szociális jóléti szolgáltatások milyensége és az ezekhez való hozzáférés szintje” változó kapcsán a tűcsere program lefedettségének változását mutatom be kerületi szinten (módszertant lásd: 3. fejezet), a tűcsere

[11] Saját szerkesztés, Rhodes 2002, Rhodes 2009, Rhodes és Simic 2005 alapján)

programok országos szintű lefedettségével pedig a társadalmi környezet makro szintjénél foglalkozom. Ezen túl a rendőrség tűcsere programokkal való együttműködésének változása is a társadalmi környezet mikro szintjéhez tartozhat, azonban ezt a szabályozási környezet mikro szintjénél fogom tárgyalni, mert ezzel kapcsolatban létezett egy megállapodás a tűcsere programok és a Budapesti Rendőrfőkapitányság között. A társadalmi környezet makro szintjét pedig a szerhasználók marginalizáltságán keresztül jellemzem, a legutóbbi OLAAP[12] vizsgálat eredményei alapján (Felvinczi és mtsai 2015).

5. Táblázat: A társas/társadalmi környezetben HIV fertőzés megszerzésének kockázatát növelő tényezők az intravénás szerhasználat szempontjából[13]

Mikro szint	Makro szint
▪ Társadalmi, sorstárs csoporton belüli normák* ▪ Kapcsolatok, szociális hálózat dinamikája ▪ Szexuális orientáció, szexuális viselkedés ▪ Agresszív, erőszakos helyi rendőrségi gyakorlat ▪ Helyi egészségügyi és szociális jóléti szolgáltatások milyensége és az ezekhez való hozzáférés szintje ▪ Érintettek (peer-ek) által végzett megkereső munka ▪ Képzés, oktatás ▪ Kábítószerek könnyű hozzáférhetősége	▪ Nemi egyenlőtlenségek, nemekhez köthető kockázatok ▪ Szerhasználók marginalizálódása, stigmatizálása* ▪ Egy főre eső rendőrök száma* ▪ Etnikai és kisebbségi egyenlőtlenségek ▪ Háborúknak, természeti csapásoknak való kitettség* ▪ Gyenge civilszféra és gyenge érdekérvényesítő képesség*

* Olyan környezeti tényező vagy terület, amely társadalomtudományi kutatásokban és/vagy a HIV kockázati környezet modelljeiben megjelenik, de Stradhdee és munkatársai által áttekintett publikációkban nem jelent meg.

A gazdasági környezet

A hátrányos helyzet, depriváltság meghatározásában a gazdasági jellemzők mindig megjelennek, a halmozottan hátrányos helyzetű települések[14], városrészek a társadalmi

[12] „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról" (Olaap 2015). Az adatfelvétel 2015 március-április között zajlott, régió, településméret, életkor szerint rétegzett véletlen mintavétellel, a 18-34 évesek felülreprezentálásával. A teljes minta: N=2274, 18-64 éves minta: N=1490, 18-34 éves minta: N=1534

[13] Saját szerkesztés, Strathdee és mtsai 2010 alapján)

[14] Lásd például a települések fejlettségét vizsgáló mutató, amellyel a halmozottan hátrányos településeket határozzák meg: 3. mutatócsoport: Helyi gazdaság és munkaerőpiac; A 18 éves és idősebbek között a legalább középiskolai érettségivel rendelkezők aránya; Nyilvántartott álláskeresők aránya a munkaképes korú állandó népességből; Tartósan - legalább 12 hónapja folyamatosan - nyilvántartott álláskeresők

és gazdasági depriváltság metszéspontjaként alkotják meg a kockázatok és egyenlőtlenségek csomósodását (Rhodes és mtsai 2005). A kockázati környezeten belül a gazdasági környezet mikro szintje a hátrányok ilyen típusú strukturális szerveződését jeleníti meg, a jövedelem, munkaerőpiaci pozíció beemelésével a modellbe. A gazdasági környezet makro szintje pedig egyrészt a gazdaság általános helyzetével kapcsolatos tényezőt tartalmaz (gazdasági bizonytalanság, feketegazdaság mérete) másrészt konkrétan az ellátórendszerre költött forrásokat.

6. Táblázat: Gazdasági környezet az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó kockázatok szempontjából[15]

	Mikro-szint	Makro-szint
Példa	▪ Megélhetés költségei ▪ Egészségügyi ellátás költségei ▪ Megelőzéshez szükséges eszközök költségei ▪ Jövedelem, munkalehetősé hiánya ▪ Helyi gazdaság – informális, szürke-, feketegazdaság	▪ Egészségügyi ellátórendszerre fordított költségek csökkenése vagy hiánya ▪ Feketegazdaság növekedése ▪ Gazdasági bizonytalanság ▪ Foglalkoztatás jellemző módja, illetve ehhez kapcsolódó normák
Lehetséges beavatkozások, és befolyásoló tényezők	▪ Támogatott vagy ingyenes kezelés ▪ Megelőzéshez szükséges eszközök ingyenes hozzáférésének biztosítása ▪ Mikro- és kisvállalkozásokat támogató programok	▪ Az ártalomcsökkentésre költött források növelése ▪ Társadalombiztosítás rendszerének fejlesztése ▪ Alkalmazottak jogaira vonatkozó törvények fejlesztése

A gazdasági környezet mikro szintjét a tűcsere program klienseinek jövedelmi viszonyaival illetve munkaerőpiaci pozíciójával lehet operacionalizálni, amit néhány, a 8. kerületi intravénás közösségben végzett vizsgálat eredményein keresztül fogok bemutatni a későbbiekben, amelyekben szerepeltek iskolai végzettséggel, jövedelemforrásokkal kapcsolatos kérdések. Ezek egyrészt mások által végzett kutatások (Márványkövi és mtsai 2008, Márványkövi és mtsai 2006, Rácz és mtsai

aránya a munkaképes korú állandó népességből; A legfeljebb általános iskolát végzett nyilvántartott álláskeresők aránya; (105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről)

[15] Saját szerkesztés, Rhodes 2002, Rhodes 2009, Rhodes és Simic 2005 alapján

2010), másrészt saját eredmények egy HIV és HCV szűrés és tanácsadás program során használt kockázati magatartásokat felmérő kérdőívből (módszertant lásd: 3. fejezet).

A magyarországi gazdaság alakulása, a 2008-as nemzetközi pénzügyi válság hatása és ennek elemzése meghaladja a szakmai kompetenciámat (és a dolgozat kereteit is) így a gazdasági környezet makro szintjével kapcsolatban ezzel csak utalás szintjén foglalkozom, itt inkább a szerhasználattal összefüggő állami kiadások és az ellátórendszerre fordított források változását mutatom majd be a Nemzeti Drogfókuszpont éves jelentései és az egyes évekre vonatkozó költségvetési törvényekben található adatok illetve a szolgáltatók tapasztalatai alapján (KCKT 2015).

7. Táblázat: A gazdasági környezetben HIV fertőzés megszerzésének kockázatát növelő tényezők az intravénás szerhasználat szempontjából[16]

Mikro szint	Makro szint
▪ A megélhetés költségei* ▪ Az egészségügyi ellátás költségei* ▪ Injektorok ára* ▪ Óvszer ára ▪ Jövedelem és munkalehetőségek alacsony szintje ▪ Túléléshez köthető szexmunka (survival sex trade and work)	▪ Egészségügyi ellátásokra fordított állami források elégtelensége* ▪ Bűnügyi kiadások (börtönökre, elzárásra költött források)* ▪ Szürkegazdaság növekedése* ▪ Gazdasági bizonytalanság*

* Olyan környezeti tényező vagy terület, amely társadalomtudományi kutatásokban és/vagy a HIV kockázati környezet modelljeiben megjelenik, de Stradhdee és munkatársai által áttekintett publikációkban nem jelent meg.

A szabályozási környezet

Talán a szabályozási környezet az a környezet-típus, amely esetében a leginkább magától értetődő, hogy befolyásolni tudja a szerhasználat körülményeit, például a kábítószerfogyasztásra vonatkozó törvényeken, vagy a tűcsere programok engedélyezésén vagy tiltásán keresztül. A letartóztatástól félő intravénás szerhasználók másfélszer nagyobb eséllyel használják mások eszközeit injektáláshoz (Rhodes és mtsai 2005), a szerhasználatot dekriminalizáló Portugáliában pedig szignifikánsan csökkent a

[16] Saját szerkesztés, Strathdee és mtsai 2010 alapján

szerhasználathoz kapcsolódó halálozások valamint a HIV és HCV fertőzések száma (Hughes és Stevens 2010).

A szabályozási környezet mikro szintjét olyan lokális változókkal lehet operacionalizálni, mint a helyi szintű szabályozások, a steril injektorokhoz való hozzáférés, a tűcsere programok lefedettsége, vagy az adott, helyi programok saját szabályai. A szabályozási környezet makro szintje az országos szintű törvényi keretként definiálható. Ebbe a körbe tartoznak a kábítószer birtoklásra és a szerhasználatra vonatkozó jogszabályok, azaz a büntetőtörvénykönyv ezen cselekedetekre vonatkozó rendelkezései, illetve a szerhasználókkal foglalkozó intézményrendszer jogi keretei. Ezen kívül a szabályozási környezet makro szintjéhez tartoznak azok az irányelvek, nemzeti stratégiák, amelyek problémakörrel kapcsolatos hosszabb-, rövidebb-távú célokat, illetve ezek elérésének módjait és lépéseit határozzák meg.

8. Táblázat: Szabályozási környezet az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó kockázatok szempontjából[17]

	Mikro-szint	Makro-szint
Példa	▪ Steril injektorokhoz való hozzáférés, tűcsere programok lefedettsége ▪ Injektáláshoz szükséges eszközök kiosztására vonatkozó program-szintű szabályok ▪ Alacsonyküszöbű illetve szociális lakhatási programokhoz való hozzáférés ▪ Helyi szintű szabályozások, stratégiák	▪ Ártalomcsökkentésre és kezelésre vonatkozó nemzeti közegészségügyi stratégiák ▪ Kábítószer birtoklásra illetve kábítószer kereskedelemre vonatkozó törvények ▪ Emberi jogok illetve az egészséghez való jogok védelmére vonatkozó törvények
Lehetséges beavatkozások, és befolyásoló tényezők	▪ Patikai tűcsere növelése ▪ Másodlagos tűcserét támogató programok ▪ Lakhatási programok ▪ Vér útján terjedő betegségek szűréséhez való (ingyenes) hozzáférés javítása	▪ Ártalomcsökkentő programok terjedését, növekedését támogató szabályozási környezet ▪ Szerhasználók jogait védő szabályozási környezet megteremtése ▪ Nemzeti közegészségügyi stratégiák megváltoztatása

[17] Saját szerkesztés, Rhodes 2002, Rhodes 2009, Rhodes és Simic 2005 alapján)

Az elemzésben később a szabályozási környezet mikro szintjénél a Kék Pont Alapítvány tűcsere programjában az injektorokra vonatkozó szabályok változását a forgalmi adatok elemzésén keresztül mutatom be (módszertant lásd: 3. fejezet).

Az elemzés időkeretében alapvetően két szabályozási dokumentum változott, amelyeket a szakirodalmi meghatározások alapján a strukturális tényezők kapcsán a vizsgálatban tárgyalni kell. A „kábítószer birtoklásra illetve szerhasználathoz kapcsolódó eszközök birtoklására vonatkozó jogszabályok" tényezőhöz kapcsolódva az Országgyűlés által 2012. június 25-én elfogadott és 2013. július 1-én hatályba lépett új Büntető Törvénykönyv kábítószerekre vonatkozó változásait mutatom be; a „tűcsere programokra és ezek jogi státuszára vonatkozó irányelvek és jogszabályok" tényező kapcsán pedig a 80/2013. (X. 16.) Országgyűlési határozattal elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 kapcsolódó jellemzőit, illetve az Alapvető Jogok Biztosának tűcsere programokkal kapcsolatos jelentéseit mutatom be.

9. Táblázat: A szabályozási környezetben a HIV fertőzés megszerzésének kockázatát növelő tényezők az intravénás szerhasználat szempontjából[18]

Mikro szint	Makro szint
▪ Steril injektorokhoz való hozzáférés (lefedettség) ▪ Szerhasználóknak szóló kezelések lefedettsége ▪ HIV tesztelés és tanácsadás lefedettsége ▪ Antiretrovirális kezeléshez való hozzáférés ▪ Injektáló felszerelést nyújtó programok szabályai* ▪ Alacsonyküszöbű, szociális lakhatáshoz való hozzáférés*	▪ Tűcsere programokra és ezek jogi státuszára vonatkozó irányelvek és jogszabályok ▪ Szerhasználóknak szóló kezelésekre vonatkozó irányelvek és jogszabályok* ▪ Antrietrovirális kezelésekre vonatkozó iránylevek és jogszabályok* ▪ Szexmunkára vonatkozó közegészségügyi irányelvek illetve a szexmunka jogi státuszát meghatározó irányelvek és jogszabályok* ▪ Kábítószerbirtoklásra illetve szerhasználathoz kapcsolódó eszközök birtoklására vonatkozó jogszabályok ▪ Bevándorláshoz kapcsolódó iránylevek és jogszabályok* ▪ Emberi jogokat és az egészségre vonatkozó jogokat meghatározó törvények*

* Olyan környezeti tényező vagy terület, amely társadalomtudományi kutatásokban és/vagy a HIV kockázati környezet modelljeiben megjelenik, de Stradhdee és munkatársai által áttekintett publikációkban nem jelent meg.

[18] Saját szerkesztés, Strathdee és mtsai 2010 alapján

A következőkben a fent meghatározottak szerint bemutatom az egyes környezetek illetve azok szintjeinek jellemzőit illetve változásait a magyar helyzetre vonatkozóan. A kockázati környezet operacionalizált elemei és a leírásuknál felhasznált adatok, irodalmak részletes, összefoglaló listája a melléklet 11.6. alfejezetében található. Az itt következő leírásban csak a szakirodalom alapján leírt jellemzők szerepelnek, a saját kutatásokból származó információkkal leírt elemek az eredmények fejezetben kerülnek bemutatásra. Kivétel ez alól a fizikai környezet mikro szintjénél található illusztráció, amely saját gyűjtés, de nem egy szisztematikus tudományos vizsgálatból származik, így itt mutatom be.

1.5.1. A fizikai környezet mikro szintje

A fizikai környezet mikro szintjével kapcsolatban a tűcsere program környezetét, illetve a környék nyílt drogszínterét mutatom be. Belső-Józsefváros Ritter Ildikó egy 2005-ben készített, roma fiatalok és kábítószerhasználat témakörével foglalkozó kutatásban (Ritter 2005) azt találta, hogy az intravénás szerhasználat nagy mértékben elterjedt két budapesti helyszínen, a 9. kerületi Dzsumbujban és a 10. kerületi Hős utcában. A Kék Pont Alapítvány ezen eredmények alapján költöztette át 2006-ban tűcsere programját a 11. kerületből a 8. kerületi Kálvária térre (Rácz és mtsai 2010), a Középső-Józsefvárosba (a 8. kerület József körút és Fiumei út által határolt része). Ez a terület már a rendszerváltáskor a város egyik legrosszabb állapotú, leginkább leromló területe és legalacsonyabb társadalmi státuszú lakossággal rendelkező része volt (Ladányi 1992).

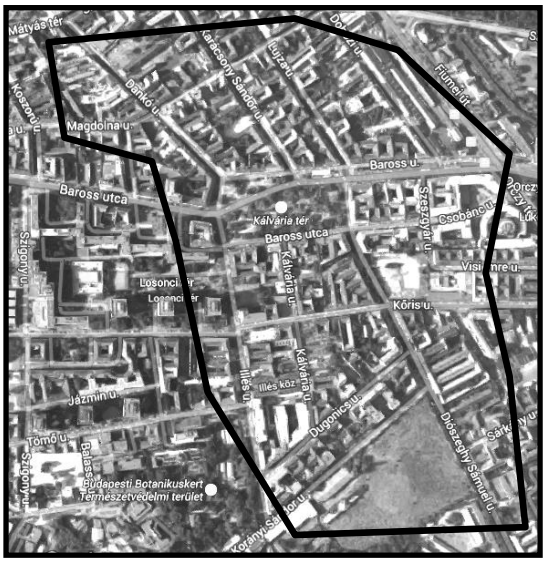
A Középső-Józsefvárosban a szegények és a romák magas aránya jellemző, rossz állapotú, gangos bérházakkal, ahol a gettósodás meghatározó folyamat (Ladányi 1989, Ladányi 1992). Összességében azt mondhatjuk, hogy ez olyan része a városnak, ahol a strukturális egyenlőtlenségek térbeli megjelenéseként az alacsony társadalmi státuszú lakosság térben elkülönülő, de nem összefüggő, kisebb területű úgynevezett „mikroszegregátumokba” tömörül, amelyben leromló lakásállomány, slumosodó részek találhatóak, ahol a jellemző dinamika a magasabb státuszúak elköltözése és az alacsony

DOI:10.14753/SE.2018.2081

státuszúak beáramlása, a lakóhelyi és iskolai szegregáció (Ladányi 1989, Ladányi 1992, Ladányi 2004).

Forrás: Ladányi 1989

Ábra: Magas szegregációs indexű területek, mikroszegregátumok Budapesten



5. Ábra: A tűcsere program klienseinek legjellemzőbb tartózkodási helye[19]

A terület tehát egy évtizedek óta leromló, alacsony társadalmi státuszú lakosság által lakott, szegregált iskolákkal rendelkező terület, minden szempontból a város egyik legrosszabb hírű része. Ehhez adódik a szerhasználat magas aránya, és egy igen jelentős intravénás szerhasználó populáció: a disszertáció fókuszában álló tűcsere program klienseinek döntő része helyi volt, 2014-ben a napi forgalom 85%-t tették ki a kerületben élő kliensek, ami a regisztrációs adatbázis alapján 1192 főt jelent (lásd: 20. Táblázat). A magyarországi intravénás szerhasználók számára vonatkozó becsléshez[20] viszonyítva a tűcsere programban megjelent, kerületben élő kliensek az ország intravénás szerhasználóinak körülbelül ötödét-hatodát teszik ki. Fontos hozzátenni, hogy a lakóhelyre vonatkozó információ a kliensek elmondásán alapul, alacsonyküszöbű, anonim szolgáltatásként a tűcsere program nem kért hivatalos papírokat, így ez semmiféleképpen nem a hivatalos lakcímet jelenti. Ugyanakkor a

[19] Saját szerkesztés

[20] Az intravénás szerhasználó populációra vonatkozó becslés a 2014-2015-ös két éves időszakban 7799 főre, 2015 ben 6707 főre teszi a populáció nagyságát. Lásd bővebben: 8. old.

vizsgálat szempontjából releváns információ, hiszen a kliensek azt mondták meg, hogy aktuálisan hol élnek, jellemzően hol tartózkodnak.

Az évek során a Középső-Józsefvárosban végzett utcai megkereső munka alapján szerkesztett 5. Ábra azt szemlélteti, hogy mely terület a leginkább érintett: a Teleki tér – Fiumei út – Orczy út – Illés utca – Nagy Fuvaros utca által határolt terület, ezen területen belül fordultak elő legnagyobb eséllyel a tűcsere programba járó szerhasználók. Ugyanakkor ez a terület természetesen nem kizárólagos, a határok fluktuálhatnak, mert a környéken injektálásra használt helyszínek folyamatosan változnak, sokan laknak feltört lakásokban, foghíjtelkeken, romházakban, amelyekből időről időre tovább költöznek – 2015-ben például a II. János Pál pápa téren lévő volt MSZP székházba jártak szúrni illetve laktak hosszabb-rövidebb ideig kliensek. A terület nyílt drogszíntérnek tekinthető, amelynek jellemzője a szerhasználat, injekciós szerhasználat, a drog adás-vétele, utcai bűncselekmények, tulajdon illetve vagyon elleni bűncselekmények (Rácz és mtsai 2010).

A szerhasználat közvetlen fizikai környezete jól szemléltethető az alábbi fényképekkel, amelyek az utcai, nyílt színi intravénás szerhasználat tipikus körülményeit mutatják be a vizuális etnográfia (Rácz és mtsai 2010, p. 81.) eszközével[21]. Jellemzően elhagyott épületeket, vagy lezárt, elhagyatott telkeket használnak injektáláshoz. Az egészségügyi kockázatok szempontjából biztonságos injektáláshoz szükséges feltételek egyáltalán nincsenek meg ezeken a helyszíneken, nincs víz (kézmosáshoz, eszközök tisztításához, anyag feloldásához), nincs fertőtlenítve, takarítva a szúrásra használt hely, viszont építési törmelékkel, háztartási hulladékkal, sőt gyakran ürülékkel szennyezettek ezek a helyszínek.

Az otthagyott eszközök (lásd 6. Ábra) maguk is fertőzőek lehetnek, ami önmagában is kockázatot jelent, ugyanakkor az eszközmegosztásra is alkalmat ad, hiszen ha valamilyen eszköz hiányzik (pohár, keverőtálka, érszorító, stb.) akkor az otthagyott eszközöket használhatják is. Nagyon jól illusztrálja az injektálás nem megfelelő

[21] Itt csak néhány saját készítésű fotót használtam fel, Rácz és munkatársainak nyílt színi droghasználatról szóló könyvében (Rácz és mtsai 2010) további vizuális etnográfiai illusztrációk találhatóak a vizsgálat középpontjában álló területre jellemző szerhasználat fizikai környezetéről.

körülményeit a 8. ábra: a szerhasználó a fényt keresve, állva próbálja meg beadni magának a szert, gyakorlatilag egy szemétdomb tetején állva. Ezeken a helyszíneken az élettér és a szerhasználat helye teljesen összemosódhat, sok kliensnek bizonytalan a lakhatása, így ezek az elhagyott helyek gyakran átmeneti szállásként is szolgálnak egy-egy kliens vagy pár számára – a 7. ábrán például a bal szélen egy sátor-szerű tákolmány látható, amelyben hónapokon át laktak klienseink, miközben a jobb szélén álló kanapé volt a „belövőszoba", amelyet rajtuk kívül a környéken járó szerhasználók is napi szinten használtak.

6. Ábra: A szerhasználat helyszínei I.[22]

7. Ábra: A szerhasználat helyszínei II.

8. Ábra: A szerhasználat helyszínei III.

9. Ábra: A szerhasználat helyszínei IV.

[22] A 6-9 ábrák a szerző saját felvételei.

Az elemzés időkeretében, 2010-2015 között a fizikai környezet mikro szintjében nem volt jelentős változás, az illusztrációként bemutatott fényképeket úgy választottam, hogy a vizsgált időszakot lefedjék. A négy kép közül van amelyiket 2015-ben (7. Ábra) van amelyiket 2009-ben (6. Ábra) készítettem. Az aktuálisan használt helyszínek változnak (ahogy szerhasználók feltörik, a tulajdonosok lezárják, azután újra feltörik, újra lezárják...), de az alapvető jellegzetesség, a nyílt drogszíntér, a rossz higiénés körülményekkel jellemezhető, hosszabb-rövidebb ideig használt belövőszobák (shooting gallery-k) megmaradtak.

1.5.2. A fizikai környezet makro szintje

A fizikai környezet makro szintjét a kábítószerpiac alakulásával szemléltetem. A hazai intravénás szerhasználat meghatározó jelensége az UPSZ-ek megjelenése és térhódítása. A tűcsere programban 2010 nyarán kezdett megjelenni az UPSZ injektálás, az első anyag, amit használni kezdtek a kliensek, az a mefedron (4-metilmetkatinon) volt. Az UPSZ-ek megjelenése nem helyi sajátosság, a magyarországi kábítószerpiac egésze átalakult 2010 óta (lásd: 1.2. alfejezet). A szerváltás kapcsán végzett kvalitatív vizsgálatban, amelyben a mefedronra való áttérésről kérdeztük a tűcsereprogram klienseit, azt találtuk, hogy jellemzően nem kellett új beszerzési forrást keresniük a megkérdezetteknek, mindössze ketten jelezték, hogy a mefedron miatt dílert váltottak (lásd részletesen: 4.1. alfejezet). Ez azért lényeges a kockázati környezet szempontjából, mert a tűcsere programot használó kliensek elmondásai alapján a szerhasználaton kívül a drog beszerzése is a környéken zajlik (Diószeghy utca, Magdolna utca, Hős utca), így a kábítószerpiac változásai közvetlenül tudják befolyásolni, hogy milyen szereket injektálnak a kliensek.

A szerváltás kapcsán nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a mefedron megjelenése egybeesett a heroin elérhetőségének és hatóanyagtartalmának csökkenésével (Nemzeti Drog Fókuszpont 2011), míg a megjelenő UPSZ-ek hatóanyagtartalma sokkal magasabb volt. Azaz az UPSZ-ek könnyebben hozzáférhető, és jobb minőségű, erősebb anyagok voltak, ami közvetlenül hozzájárulhatott az intravénás szerhasználók körében tapasztalt szerváltáshoz.

DOI:10.14753/SE.2018.2081

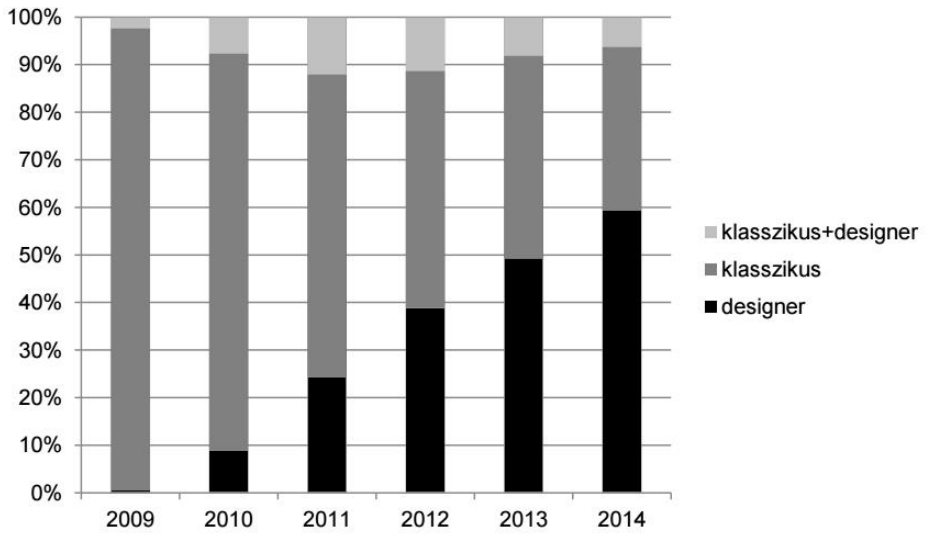
10. Táblázat: Magyarországi heroin és amfetamin lefoglalások száma és mennyisége 2009-2014[23]

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Heroin lefoglalások mennyisége (kg)	124,7	97,8	3,2	2,5	5,7	70,0
Heroin lefoglalások száma	110	73	22	26	32	31
Amfetamin lefoglalások mennyisége (kg)	52,3	71,2	24,1	29,9	74,8	15,9
Amfetamin lefoglalások száma	388	484	483	454	536	598

A kábítószerpiac átalakulása döntően befolyásolta az intravénás szerhasználók által injektált szereket is, sorozatos szerváltások után a vizsgált időszak végére a tűcsere program klienseinek döntő része valamilyen UPSZ-t injektált (vagy konkrét elnevezést elhagyva „bármit” használt). A kábítószerpiac átalakulásával kapcsolatos helyi szintre vonatkozó eredményeket lásd részletesen a 4.1. fejezetben.

Az UPSZ-ek megjelenése nem csak az intravénás szerhasználatot érintette, az egész kábítószer-piacon meghatározó volt az új szerek betörése. Míg 2010 előtt a rendőrségi lefoglalások alig néhány százaléka volt olyan szer, amely nem tartozott a „klasszikus”, az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő szerek közé, addig az azóta eltelt években fokozatosan teret nyertek az új szerek, 2014-ben már körülbelül a lefoglalások kétharmadát az UPSZ-ek tették ki.

[23] Saját szerkesztés, Nemzeti Drog Fókuszpont 2010, Nemzeti Drog Fókuszpont 2011, Nemzeti Drog Fókuszpont 2012, Nemzeti Drog Fókuszpont 2013, Nemzeti Drog Fókuszpont 2014a, Nemzeti Drog Fókuszpont 2015 alapján.



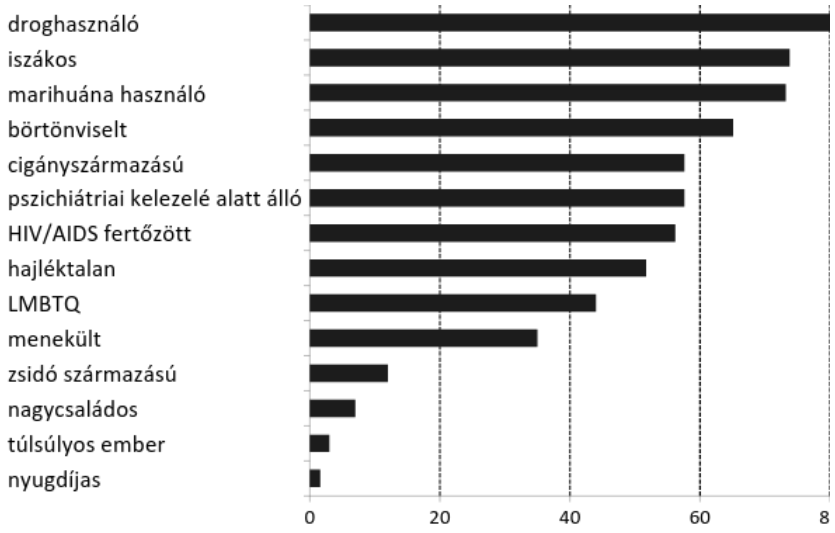
10. Ábra: „Klasszikus”[24] és „designer” szerek előfordulási gyakorisága (%) a rendőrség által lefoglalt anyagok között, 2009-2014 között[25]

1.5.3. A társadalmi környezet makro szintje

A társadalmi környezet makro szintjét a szerhasználókkal kapcsolatos attitűdökként operacionalizáltam, amit a legutóbbi, 2015-ben végzett Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) (Felvinczi és mtsai 2016) vizsgálat szerhasználók marginalizáltságára vonatkozó eredményei alapján mutatok be. Az intravénás szerhasználat társadalmi kontextusának jellemzője, hogy a szerhasználat Magyarországon erősen stigmatizált. Az OLAAP vizsgálatban szociális távolság skálán mért eredményekkel mérték a szerhasználókkal kapcsolatos attitűdöket. Azok aránya, akik nem látnának szívesen a szomszédjukban „drogosokat” 80% volt, ami más marginalizált csoportokhoz képest a legmagasabb érték – azaz a szerhasználók Magyarországon a legelutasítottabb társadalmi csoport. 2001 óta több alkalommal vizsgálták a kérdést, így a korábbi vizsgálatokkal összevetve az is tudható, hogy a droghasználók stabilan a legkedvezőtlenebbül megítélt társadalmi csoport az országban.

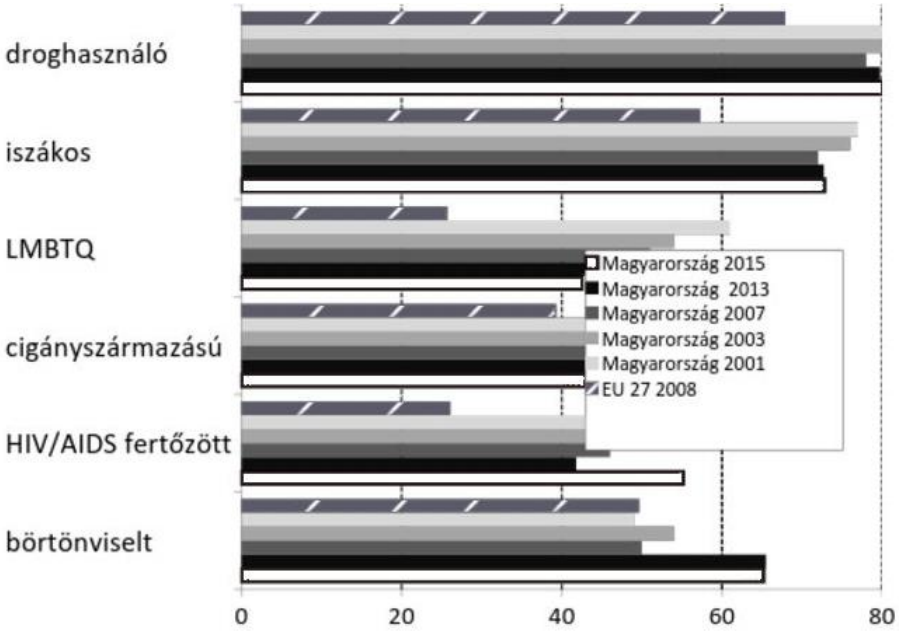
[24] ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő szerek
[25] Nemzeti Drog Fókuszpont 2015, p. 102.

DOI:10.14753/SE.2018.2081



Kérdés: „Ön mennyire látna szívesen a szomszédságában olyan személyt, aki …?”
1 – ellenezné; 2 – inkább nem; 3 – attól függ; 4 – nem befolyásolná; 5 – szívesen látná

11. Ábra: A szociális távolság skálán mért eredmények (18-64 évesek; az 1-es, 2-es válaszkategória, %)26

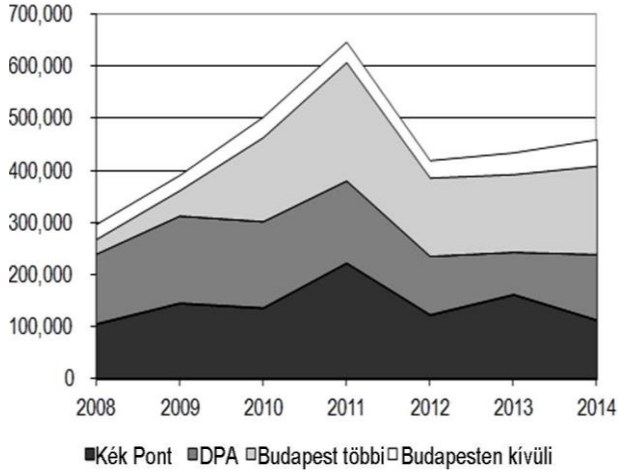


Kérdés: „Ön mennyire látna szívesen a szomszédságában olyan személyt, aki …?”
1 – ellenezné; 2 – inkább nem; 3 – attól függ; 4 – nem befolyásolná; 5 – szívesen látná

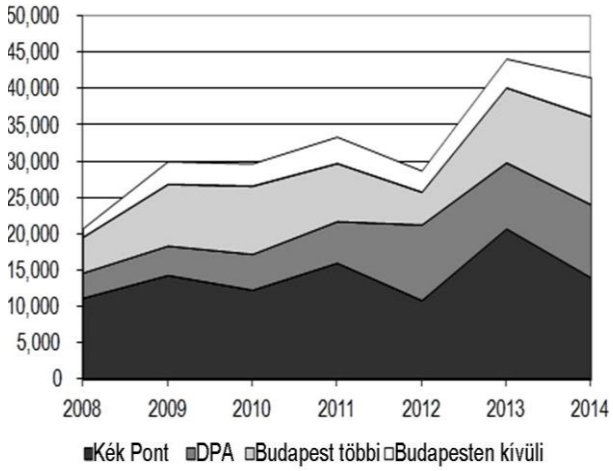
12. Ábra: A szociális távolság skálán mért eredmények változásai 2001-2015 (magyarok: 18-53 évesek, EU 18-64 évesek; az 1-es, 2-es válaszkategória, %)[27]

[26] Felvinczi és mtsai 2016
[27] Felvinczi és mtsai 2016

A kockázati környezet egyes elemeinek meghatározásakor a társadalmi környezet makro szintjéhez tartozik a tűcsere programok lefedettségének változása országos szinten. A steril injektáló eszközökhöz való hozzáférést jelentősen befolyásolta, hogy 2014-ben bezárt két tűcsere program is az fővárosban. A két bezárt szolgáltatás az ország legnagyobb forgalmú tűcsere programjai voltak, mind az eszköz-, mind a kliensforgalom döntő részét ez a két program adta Magyarországon. Még a működésük utolsó, 2014-es évben is (amelyben a Kék Pont tűcsere programja csak augusztusig működött) minden, tűcserék forgalmára vonatkozó indikátornál a mennyiség felét ez a két program adta (Gyarmathy és mtsai 2016). Ha a WHO ajánlásában használt lefedettségre vonatkozó indikátort vesszük, akkor 2014-ben a két bezárt program nélkül az indikátor értéke 39 lett volna (Gyarmathy és mtsai 2016), amely bőven a HIV járvány megelőzéséhez szükséges szint alatt marad (WHO és mtsai 2012).

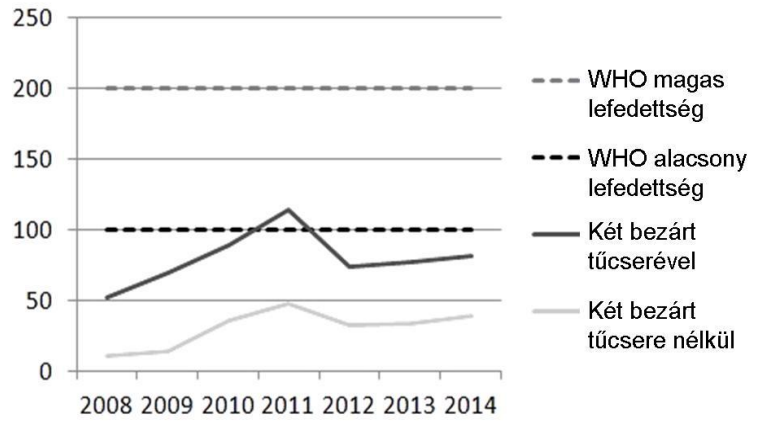


13. Ábra: Kiosztott fecskendők száma Magyarországon a két bezárt szolgáltató részarányával, N=29[28], 2008-2014[29]



14. Ábra: Klienskontaktok száma Magyarországon a két bezárt szolgáltató részarányával, N=29, 2008-2014[30]

[28] A 13-15. ábrákon szereplő N, a 2014-es értékre vonatkozik, az országban működő tűcsere programok száma változó volt az ábrán szereplő időszakban: 2008-ban 18, 2009-ben 21, 2010-ben 23, 2011-ban 24, 2012-2014-között 29 ilyen program volt Magyarországon.
[29] Gyarmathy és mtsai 2016, p. 4.
[30] Gyarmathy és mtsai 2016, p. 4.



15. Ábra: Tűcsere programok lefedettsége Magyarországon a két bezárt szolgáltató részarányával, N=29, 2008-2014[31]

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015-re vonatkozó jelentése (Nemzeti Drog Fókuszpont 2016) tartalmazza a két bezárt tűcsere program nélküli első év forgalmi adatait, amely mind a kiosztott fecskendők, mind a kliensek és a klienskontaktok számában drasztikus visszaesést mutat. A lefedettséggel kapcsolatos WHO indikátor 2015-re vonatkozóan 28, ennyi injektor jutott egy intravénás szerhasználóra ebben az évben, a magyarországi intravénás szerhasználó populáció becsült számát figyelembe véve[32].

11. Táblázat: A magyarországi tűcsere programok forgalmi adatai 2010-2015[33]

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
kiosztott tűk száma	504251	648269	420812	435817	460977	188696
kliensek száma	2810	3373	3357	4624	4442	3436
kontaktszám	29688	33367	28699	44126	41535	24368
Országos WHO indikátor	88	114	74	76	81	28

[31] Gyarmathy és mtsai 2016, p. 5.
[32] 2015-ben új, 2015-re vonatkzó becslést használtak, ami a korábbi évekhez képest nagyobb intravénás szerhasználó populációt eredményezett. Az indikátor Magyarországra vonatkozó kiszámításával kapcsolatban a részleteket lásd: Nemzeti Drog Fókuszpont 2016, p. 106.
[33] Nemzeti Drog Fókuszpont 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 alapján

1.5.4. A gazdasági környezet mikro szintje

Ahogy azt a kockázati környezet egyes elemeinél a fejezet elején a szakirodalom alapján meghatároztam, a gazdasági környezet mikro szintjét az elemzésben a tűcsere program klienseinek iskolai végzettségével, jövedelmi viszonyaival illetve munkaerőpiaci pozíciójával mutatom be. Ehhez néhány, a disszertáció fókuszában lévő 8. kerületi színtér intravénás közösségében végzett vizsgálatot használok fel, amelyekben szerepeltek a legmagasabb iskolai végzettséggel, illetve jövedelemforrásokkal kapcsolatos kérdések. A következőkben idézett Márványkövi és munkatársai által készített kutatásban (Márványkövi és mtsai 2008, Márványkövi és mtsai 2006) adatfelvételi pont volt a Kék Pont alapítvány tűcsere programja[34], ezért használom itt, mint közvetett adatforrás a fókuszban lévő színtér jellemzésére a vizsgált időszak kezdetére vonatkozóan.

Márványkövi 2006-os kutatásában (Márványkövi és mtsai 2006) a minta szociodemgoráfiai jellemzőivel kapcsolatban négy tényezőt említenek, amelyek jelen vizsgálat szempontjából relevánsak lehetnek. A legmagasabb iskolai végzettséggel kapcsolatban leírják, hogy a minta homogén volt ebből a szempontból: több, mint felének nem volt középiskolai végzettsége; a befejezett iskolai osztályok átlagos száma 10 volt; azok körében, akik az adatfelvételkor nem vettek részt semmilyen képzésben közel 60% volt azoknak az aránya, akiknek középfokúnál alacsonyabb iskolai végzettsége volt. A munkaerőpiaci státusszal kapcsolatban a megkérdezettekről azt írták le, hogy jelentős részének nem volt állandó munkája és/vagy alkalmi munkából tartotta el magát. Harmadsorban az is tudható a vizsgálatban résztvevőkről, hogy a válaszadók közel kétharmada ellen már indítottak büntetőeljárást, 30% pedig már ült börtönben, átlagosan 2,2 évet. Végül érdemes megemlíteni, hogy a mintába bekerültek között 22,4% vallotta roma származásúnak magát. Ez utóbbi két tényező abból a szempontból fontos, hogy mind a börtönviseltek, mind a romák erősen marginalizált csoportok – ahogy azt az előzőekben bemutatott OLAAP vizsgálat eredményei is megerősítik. Így tehát a szerhasználaton kívül két olyan jellemző is kapcsolódik a kérdéses populációhoz,

[34] A 2006-ban készített kutatásnál még három adatfelvételi pont volt (Baptista Szeretetszolgálat mobil, Drogprevenciós Alapítvány fix telephelyű tűcsere programja, valamint a Drog Stop Alapítvány), a 2008-ban készített kutatásnál még egy adatfelvételi pont (Drogprevenciós Alapítvány fix telephelyű tűcsere programja) volt a józsefvárosi tűcsere programon kívül.

amely azon felül, hogy szerhasználóként eleve a legelutasítottabb társadalmi csoportba tartoznak, további stigmatizáltsággal, marginalizáltsággal jár, tovább rontva a munkaerőpiaci pozíciójukat.

A roma és nem roma szerhasználók kezelésbe jutásának akadályait vizsgáló felmérés (Márványkövi és mtsai 2008) részletesebb iskolai végzettséggel kapcsolatos jellemzőit Rácz és munkatársai (2010) idézik (p. 19.), amely megerősíti, hogy a kérdéses populációra az alacsony iskolai végzettség jellemző: kétharmaduk (66,5%) nem rendelkezett középiskolai végzettséggel, de a 8 általános vagy annál alacsonyabb végzettséggel rendelkezők aránya is nagyon magas volt, 42,9%.

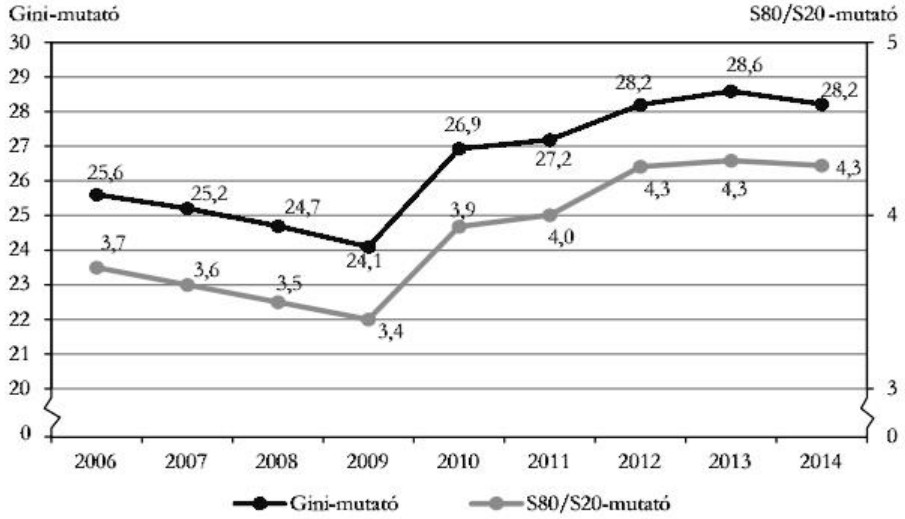
12. Táblázat: Legmagasabb iskolai végzettség, N=140 (Rácz és mtsai 2010)

	%
kevesebb, mint nyolc általános	13,6
8 általános	29,3
befejezetlen szakmunkás, szakközépiskola	20,0
befejezetlen gimnázium	3,6
befejezett szakmunkás, szakközépiskola	21,4
befejezett gimnázium	6,4
OKJ-képzés	3,6
befejezetlen főiskola, egyetem	1,4
főiskola, egyetem	0,7

1.5.5. A gazdasági környezet makro szintje

A gazdasági környezet makro szintjén a 2008-as pénzügyi világválság és annak hatásai meghatározó tényezők voltak a vizsgált időszakban. 2009-ben a magyarországi GDP jelentősen csökkent, majd ezt követően a válság hatására a társadalmi egyenlőtlenség növekedett, ami mind a népesség jövedelemeloszlásának egyenlőtlenségét mutató Gini-együttható, mind a népesség felső és alsó ötödének jövedelme közötti arányt mutató S80/S20 alapján egyértelműen látszik (KSH 2015). Az egyenlőtlenségek növekedése azt is jelzi, hogy a válság negatív következményei nem egyenletesen oszlottak el a társadalomban, az alacsonyabb társadalmi státuszú csoportokat inkább érintették ezek a

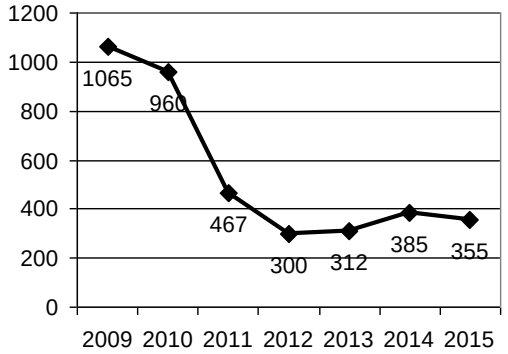
hatások, mint a magasabb státuszú csoportokat. Ahogy azt az előzőekben, a gazdasági és a társadalmi környezet kapcsán bemutattam, a vizsgálat fókuszában álló intravénás szerhasználók egyértelműen a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok között vannak (rossz munkaerőpiaci pozíció, társadalmilag elutasított, marginalizált csoport) így ez a populáció nagy eséllyel abba a csoportba tartozik, amelyben a válság következményeit erősen megérezték.



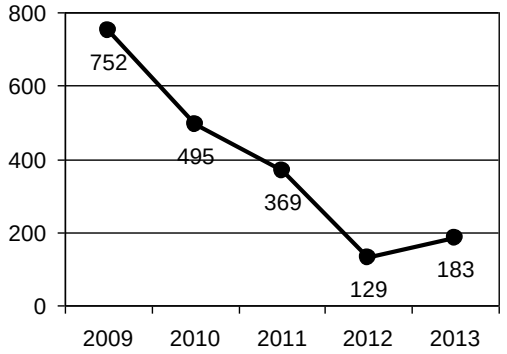
16. Ábra: A jövedelemeloszlás társadalmi egyenlőtlensége a Gini-, illetve az S80/S20-mutatók alapján (KSH 2015)

A 2008-as pénzügyi válság következményeként Magyarországon bevezetett megszorítások a kábítószer használattal összefüggő állami kiadásokat is érintették. A területre szánt források – adott évi költségvetésben a területre előirányzott összeg – nagy mértékben csökkentek, 2012-ben a költségvetésben a „kábítószer fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatok” soron szereplő összeg mindössze a 2009-es összeg 28%-a volt. A célzottan szerhasználathoz kapcsolódó pályázatokon kiosztott forrásokat tekintve még drasztikusabb a csökkenés: 2012-ben már csak a 2009-es összeg 17%-t osztották ki a pályázó szervezeteknek. Érdemes megemlíteni, hogy a pályázat feltételei is változtak: 2011 előtt az volt a gyakorlat, hogy egy szolgáltató indulhatott (és nyerhetett) több pályázattal is egy kategóriában, ezt azonban megváltoztatták, egy szervezet egy kategóriában csak egy pályázatot adhatott be. Ez a változás főként a nagyobb szervezeteket érintette, akik több programot üzemeltettek – a Kék Pont Alapítvány számára ez nagy nehézséget okozott a 2010-2015 közötti

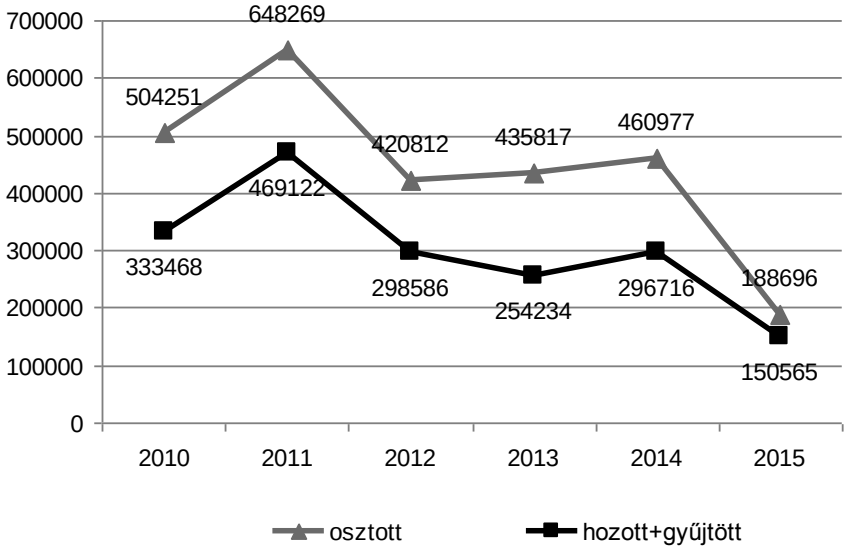
időszakban, mert több kerületben (3., 8., 9. kerület) is működtetett programokat, így a felvázolt folyamatok közvetlenül érintették a disszertáció központjában álló program számára rendelkezésre álló forrásokat.



17. Ábra: A „kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatok” soron szereplő összegek a központi költségvetésről szóló törvényekben, millió Forint (2009-2015)



18. Ábra: A célzottan kábítószerügyi pályázati kiíráshoz kapcsolódó megítélt támogatások összege, millió Forint (2009-2013[35])



19. Ábra: A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2015 között[36]

[35] Nemzeti Drog Fókuszpont 2010, 2011, 2012, 2013, 2014a. A Nemzeti Drogfókuszpont jelentéseinek struktúrája átalakult, a 2015-ben készült, 2014-re vonatkozó adatokat tartalmazó jelentésben már máshogy gyűjtötték az költségvetési forrásokkal kapcsolatos adatokat, így az a korábbiakkal nem volt összevethető.

[36] Nemzeti Drog Fókuszpont 2015, p. 85.; Nemzeti Drog Fókuszpont 2016, p. 110.

A tűcsere programokkal kapcsolatban közvetlen hatása volt a források csökkenésének, ezeket a szolgáltatókat különösen érzékenyen érintette a szűkülés, hiszen itt az eszközök beszerzése nagy költséget jelent. Ennek következtében 2012-ben a Magyarországon kiosztott tűk száma jelentősen visszaesett, a 2011-ben lecsökkent források miatt 2012-ben jóval kevesebb injektort tudtak a tűcserék kiosztani. Ez jelentősen csökkentette a programok lefedettségét. A lefedettség bemutatására viszonyszámként a WHO vonatkozó ajánlásában (WHO és mtsai 2012) szereplő indikátort használom, amely az egy intravénás szerhasználóra egy évben jutó fecskendők számával mér[37]. Az ajánlás szerint ennél az indikátornál a lefedettség 100 tű/szerhasználó/év alatt alacsony, 100-200 között közepes, és 200 felett magas. A WHO indikátor országosan először 2011-ben haladta meg az alacsony lefedettséget (114 tű/intravénás szerhasználó/év), azonban az indikátor pozitív alakulását a finanszírozás zsugorodása megtörte, 2012-ben és az utána következő években rendre alatta maradt ennek a szintnek[38]. A csökkenő forrásoknak tehát közvetlen hatása volt a tűcsere programok lefedettségére. Itt kell megemlíteni, hogy a szűkülő források következtében fellépő eszközhiány kapcsán a szakmai szervezetek egyeztetést kezdeményeztek az Emberi Erőforrások Minisztériumával, amely eredményeképp a minisztérium 2013 és 2014 között egyedi támogatás keretében két alkalommal, összesen 13 millió forinttal támogatta a legnagyobb forgalmú tűcsere programokat, amely 553.400 fecskendő (Nemzeti Drog Fókuszpont 2015) beszerzését tette lehetővé.

A tűcsere programok lefedettségének csökkenését megerősíti egy 2015 júniusában készült vizsgálat, amelyben az ártalomcsökkentésben dolgozó szakértők segítségével mérték fel az ártalomcsökkentés helyzetét az országban (KCKT 2015). A résztvevők véleménye szerint a fertőző betegségek prevalenciájának csökkentésére irányuló beavatkozások elérhetősége, hozzáférhetősége igen alacsony Magyarországon. A tűcsere programokkal kapcsolatban a felmérés azt mutatta, hogy annak elérhetősége a

[37] Az indikátor (NSP.C.1c) alapvetően országos szint mérésére szolgál, így az adott országban összesen egy év alatt kiosztott fecskendők számát osztja a teljes intravénás szerhasználó populáció (becsült) számával. Itt én a programba megjelenő kliensekre számítottam ki az indikátort, azaz az adott évben kiosztott fecskendők számát osztottam el az adott évben megjelent kliensek számával.
[38] Pontos számokat lásd: 11. Táblázat, Az indikátor Magyarországra vonatkozó kiszámításával kapcsolatban a részleteket lásd: Nemzeti Drog Fókuszpont 2016, p. 106.

ritka illetve a korlátozott[39] között van az országban, azaz a többség nem tud hozzáférni a szolgáltatáshoz. A gazdasági környezettel kapcsolatban fontos, hogy a vizsgálatban megkérdezett szolgáltatók az egyik legnagyobb problémaként a finanszírozás elégtelenségét említették (KCKT 2015). Probléma, hogy a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatására kötött finanszírozási szerződések feltételeit nem, vagy csak nagyon nehezen lehet teljesíteni a biztosított összegből – a résztvevő szolgáltatók egyike sem tudta megoldani a tűcsere program működtetését az aktuális finanszírozásból. Az ártlomcsökkentő programok tehát nem tudják eltartani önmagukat, ezek működtetését csak más szolgáltatásokból átcsoportosított forrásokkal lehet megoldani. Mindemellett további gondot jelent a finanszírozás bizonytalansága, a finanszírozási időszak vége előtt fél évvel még nem lehetett tudni, hogy fog-e folytatódni az adott finanszírozási forma, és ha igen hogyan és milyen feltételek mellett és milyen összeggel. A következő idézetek a vizsgálat kvalitatív részéből származnak (KCKT, 2015, p. 65-66).

> *„Abból a finanszírozásból, amiben vagyunk, 3,5 embert kellene foglalkoztatni, 2 emberre nem elég az a pénz, amit kapunk. Innentől kezdve megöli ez az egész munkánkat."*
>
> *„Maga az alacsony küszöb elég bizonytalan lett. Amit tavaly megcsináltak, az hogy augusztusban derült ki, hogy 2015 végéig meghosszabbították a szerződést. Most is június van, és nem tudom ki tudja a jövőjét ezzel kapcsolatosan..."*
>
> *„Nálunk azért van még alacsony küszöbű szolgáltatás el lehet mondani, mert integrálódtunk [egy nagyobb intézménybe], különben nem lenne, finanszírozás nem elég semmire."*
>
> *„Tárgyi feltételekre nem tudunk pályázni, infrastrukturális fejlesztések teljesen eltűntek. Csináljuk az utcai megkereső munkát egy mikrobusszal, több mint 300 ezer km van benne, volt hogy menet közben elment a fék, össze-vissza van törve az autó, nincs forrás arra, hogy megkereső munkát tudjunk csinálni."*

[39] A részvevőknek az EMCDDA sturktuált kérdőíve alapján kialakított kérdések egy részére kérdőíven kellett válaszolniuk, ahol az egyes beavatkozások elérhetőségét öt fokú skálán kellett megadniuk. A skálán szereplő értékek definíciója: 5 - Teljes – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá meg tudná kapni; 4 - Kiterjedt – a többség, de nem mindenki meg tudná kapni; 3 - Korlátozott – több, mint néhány személy hozzá tud férni, de a többség nem; 2 - Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni; 1 - Nincs – nem létezik;

1.5.6. A szabályozási környezet mikro szintje

A helyi szabályozások körébe tartoznak az önkormányzat részéről meghozott döntések a tűcsere programmal kapcsolatban. A Józsefvárosi Önkormányzat és a Kék Pont Alapítvány között 2010-ben (az önkormányzat által, egy 2009 végén tartott sajtótájékoztató[40] után kezdeményezett tárgyalások eredményeképp) született egy együttműködési szerződés, amelyet az önkormányzat 2014 januárjában felmondott[41], mert álláspontja szerint az alapítvány szerződést szegett – itt tehát a program „legitimitását", kerületi működését keretező megállapodás megszűnt. Ezután egy 2014 áprilisában született döntéssel a Józsefvárosi Önkormányzat képviselőtestülete nem foga nem fogadta el a Kék Pont Alapítvány 2013-as szakmai beszámolóját, amely következtében az alapítvány által az önkormányzattól bérelt helyiség bérleti díját megemelték. Ez az emelés olyan nagy összeget jelentett[42], amelynek folyamatos finanszírozását az alapítvány nem tudta vállalni.

Fontos, helyi szabályozási környezet változásába tartozó esemény még ezen felül a rendőrség és a tűcsere programok közötti együttműködés alakulása. A Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) és a tűcsere programokat üzemeltető szolgáltatók között 2004-ben létrejött egy együttműködési megállapodás (BRFK 2004), amely megállapodás értelmében a BRFK nem végzett célzott ellenőrzéseket a tűcsere programok közelében, valamint nem tekintette bűnjelnek a steril illetve használt injektorokat. A tűcsere programot üzemeltető szolgáltatók 2012-13 folyamán próbálták megújítani ezt a megállapodást, de a próbálkozás sikertelen volt, a BRFK 2013 végén felmondta ezt az együttműködést[43]. Ennek következtében egyrészt a tűcsere programok helyzete bizonytalanabbá vált, másrészt ez negatívan hathat a programok

[40] 2009-ben a nemzetközi AIDS világnapon tartott az alapítvány sajtótájékoztatót a tűcsere programban tapasztalt helyzetről. Lásd bővebben például: http://drogriporter.hu/narkogetto

[41] A program bezárásához vezető eseményekkel kapcsolatban lásd részeltesen: http://kekpont.hu/blog/2014-05-28-megszunhet-a-tucsere-dacara-annak-hogy-megvan-az-elso-hiv-pozitiv-kliens/

[42] Az alapítvány két helyiséget bérelt a kerületben, a tűcsere program által használt helyiség bérleti díja 22.212 Ft-ról 100.862 Ft-ra emelkedett, melyet visszamenőleg 2014 januártól kellett az alapítványnak kifizetnie, azaz májusban egy összegben 415.462 Ft-ot kellett kifizetnie az alapítványnak. A másik helyiség bélreti díját 80.394 Ft-ra emelték, így a két helyiségért összesen 181.256 Ft-t kellett fizetnie havonta az alapítványnak, amelyet nem tudott finanszírozni.

[43] Lásd például a Kék Pont Alapítvány sajtóközleményét: http://kekpont.hu/blog/2014-05-28-megszunhet-a-tucsere-dacara-annak-hogy-megvan-az-elso-hiv-pozitiv-kliens/

eredményességére, elérésére is (ha egy tűcsere program közelében rendőrök végeznek ellenőrzéseket, az elriaszthatja a szerhasználókat, illetve a fecskendő bűnjelként való kezelése ronthatja a használt fecskendők begyűjtésének esélyét, hiszen azt kockázatos lesz magánál tartaniuk).

1.5.7. A szabályozási környezet makro szintje

A szabályozás makro szintjeként az országos szintű törvényi kereteket vizsgálom. Ebben a „kábítószer birtoklásra illetve szerhasználathoz kapcsolódó eszközök birtoklására vonatkozó jogszabályok" tényezőhöz kapcsolódva az Országgyűlés által 2012. június 25-én elfogadott és 2013. július 1-én hatályba lépett új Büntető Törvénykönyv (Btk.) kábítószerekre vonatkozó változásai hoztak lényegi változást a szabályozási környezet makro szintjében. A korábban érvényes Btk.-hoz (Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény) képest több ponton is szigorodott a kábítószerrel való visszaélésre vonatkozó törvény[44]. A kábítószer-kereskedelem esetében megszűntették a csekély mennyiséget, mint enyhébb tételt, illetve szintén a kábítószer-kereskedelem szigorúbb büntethetősége kapcsán a birtoklás tényállásnál (termeszt, előállít, megszerez, tart, ország területére behoz, onnan kivisz, azon átszállít) egy újabb kategóriát vezettek be, a különösen jelentős mennyiséget (csekély mennyiség kétszázszorosa), amely még szigorúbb büntetést von maga után, 10-15 évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető. A korábbi Btk.-ban csak három kategória volt, csekély, alapeseti és jelentős, ez utóbbi a csekély mennyiség húszszorosa és 5-10 évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető.

A használókra vonatkozó törvények is szigorodtak. Külön tényállásként lett nevesítve a kábítószer-fogyasztás, amely két év szabadságvesztéssel büntetendő – bár a fogyasztás miatt korábban is büntethető volt valaki a megszerzésre és birtoklásra vonatkozó törvényeken keresztül, önálló tényállásként 2003-2013 között nem szerepelt a Btk.-ban. Emellett a fogyasztókat vallomásra ösztönzik, az új Btk. alapján korlátlanul enyhíthető annak a fogyasztónak a büntetése, aki részletes beismerő vallomást tesz, vagy ahogy a törvény szövegében szerepel, a „vádemelésig lehetővé teszi a kábítószert értékesítő

[44] A Btk-ra vonatkozó részben nagyban támaszkodtam a 2014-es jelentés (Nemzeti Drog Fókuszpont 2014a) 1.2. fejezetére.

személy kilétének megállapítását". A fogyasztók számára megmaradt a lehetőség, hogy a büntetőeljárás alternatívájaként úgynevezett „elterelésben"[45] vegyenek részt, azonban ennek feltételeit szigorították, nem veheti igénybe az elterelés intézményét az, aki az elmúlt két év során már vett részt elterelésben, vagy kábítószer birtoklással, -kereskedelemmel kapcsolatban a büntetőjogi felelősségét megállapították. Ez leginkább a függők vagy hátrányos helyzetű fogyasztók esetében jelent problémát, hiszen ők kerülnek gyakrabban kapcsolatba a rendőrséggel. A függőkre a korábbi Btk.-ban enyhébb szabályok vonatkoztak, amelyet szintén megszűntettek az új Btk.-ban, így a bíróság annak hatálybalépése után már csak enyhítő körülményként értékelheti a büntetés kiszabásánál a szenvedélybetegséget, a kedvezőbb szabályok megszűntek. Emellett szigorították a köznevelési vagy közoktatási intézményre vonatkozó törvényeket is: a korábbi Btk.-ban az a 18. életévét betöltött személy, aki köznevelési vagy közoktatási intézményben csekély mennyiségű kábítószert tart magánál vagy szerez meg, elterelésen vehetett részt, az új Btk. szerint azonban három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Bár korábban is súlyosabb büntetés járt, ha 18. életévét betöltött személy 18. évét be nem töltött személynek adott át kábítószert, ezt is szigorították az új Btk.-ban: aki 18. életévét betöltött diákként egy iskolai rendezvényen átad kábítószert (marihuánás cigarettát) 17 éves osztálytársának, az a régi Btk. szerint két évig terjedő szabadságvesztéssel, az új Btk. szerint azonban egytől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Végül az új Btk.-ban újra nevesítették a kóros szenvedélykeltést (amely 2003 előtt, a fogyasztáshoz hasonlóan szintén nevesítve volt) , ami alapján büntethető az is, ha valaki eredménytelenül próbál valakit rábeszélni kábítószer fogyasztására.

A szabályozási környezettel kapcsolatban itt kell megemlíteni, hogy az UPSZ megjelenése kapcsán új törvényt alkottak. A 2012. április 2-án hatályba lépett 66/2012. (IV. 2.) kormányrendelet hozta létre az ún. C-listát és definiálta törvényben az UPSZ-t. A C-listán már nem csak egyes anyagok, hanem vegyületcsoportok is szerepelhetnek, illetve gyorsabban felkerülhetnek rá az egyes szerek. Korábban, például a mefedron és az MDPV egyenesen a kábítószerek jegyzékébe került fel, a C-lista létrehozása után erre kerülnek be az új szerek, majd kockázatértékelés után születik meg a döntés egy-

[45] Fél éves kezelés, amely módját a függőség súlyosságától függően állapítják meg. Amennyiben valaki elvégzi a fél éves programot, úgy ellene a büntető eljárást megszűntetik, és nem lesz priusza sem.

egy anyag kábítószerek jegyzékébe való bekerüléséről. Az UPSZ-re enyhébb büntetési tételek vonatkoztak, azonban az új Btk. ebben is szigorítást hozott. Az új Btk. bővült az „Új Pszichoaktív anyaggal visszaélés" című szakasszal, melyben az előző szakaszok struktúráját követve, azonban enyhébb büntetési tételekkel szabályozza a területet, emellett korábban az UPSZ fogyasztása nem volt büntetendő, az új Btk.-val viszont a megszerzés és tartás szabálysértésnek minősül. A Btk. változásai összességében egy kriminalizáló, büntetésre építő drogpolitikai hozzáállást tükröznek.

A szabályozási környezet makro szintjével kapcsolatban a Btk. változásai mellett a „tűcsere programokra és ezek jogi státuszára vonatkozó irányelvek és jogszabályok" tényező kapcsán a 80/2013. (X. 16.) Országgyűlési határozattal elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégiáról illetve az Alapvető Jogok Biztosának témakörben hozott jelentésit mutatnám be röviden. A stratégia teljes szakmai elemzése meghaladná a dolgozat kereteit, azonban a stratégia alapvető irányultságát jól illusztrálja, hogy az elnevezése „Nemzeti Drog*ellenes* Stratégia" (szerző kiemelése) az alcím pedig „Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen", a jövőkép és célkitűzés fejezetben pedig célként jelölik meg a kábítószermentes Magyarország elérését 2020-ra. A tűcsere programok szerepével a dokumentum csak elnagyoltan foglalkozik, maga a „tűcsere" kifejezés csupán két helyen szerepel benne, egy bekezdésben az aktuális helyzetet leíró fejezetben (itt a forgalmi adatokat sorolják fel), majd a fogalomtárban az ártalomcsökkentésről szóló szócikkben példaként. Az „VI.1. Alapvetés" című fejezetben a tűcsere programokat nem nevesítve, de leírják, hogy *„Az ártalomcsökkentő programok a fertőző betegségek terjedésének, a bűnözés kockázatának mérsékléséhez és a túladagolás okozta halálesetek megakadályozásához is hozzájárulnak. Lényeges azonban, hogy a különböző ártalomcsökkentő szolgáltatások integrálódjanak a felépülés-központú komplex programokba és szorosan működjenek együtt a gyógyító-rehabilitáló intézményekkel."*. Emellett a „VI.2. Feladatok a kezelés, ellátás, felépülés területén" fejezetben egy helyen konkrétan utalnak a szolgáltatásra, amikor leírják, hogy *„Meg kell erősíteni az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségek elleni védekezést szolgáló kezelő-ellátórendszer elemeit"*, egy helyen pedig áttételesen utalnak rá *„elő kell segíteni az alacsonyküszöbű programokba való könnyebb és stigmatizáció-mentes bekapcsolódást. Ezek az ellátások mintegy „első lépcsőként" illeszkedjenek a felépülés-központú programokhoz. Az alacsonyküszöbű programok*

fejlesztését a rejtőzködő szerhasználók felkutatása és kezelésbe-ellátásba vonása, fertőző betegségeik megelőzése, szűrése és kezelése is indokolja.". Az indikátoroknál is megjelennek áttételesen a tűcsere programok, itt szerepel egy „Ártalomcsökkentő tevékenység" indikátor, amely definíciója szerint az országban ártalomcsökkentéssel foglalkozó intézmények számát, és forgalmi adatait kell tartalmazza. A fertőző betegségek kapcsán a HCV-t két helyen említik, egyszer a helyzetképnél írnak a HCV prevalenciáról, majd az indikátoroknál a „Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek" indikátornál jelenik meg.

Mindemellett meg kell említeni a Nemzeti Drogellenes Stratégiával kapcsolatban azt is, hogy a vizsgált időszak nagy részében nem volt olyan érvényes drogpolitikai dokumentum, amely intézkedésekben, cselekvési tervekben megjelent volna. 2009-ben ugyan az Országgyűlés elfogadott egy Nemzeti Drogstratégiát, azonban a kormányzati kommunikációban ezt 2010-ben visszavonták (hivatalosan nem vonták vissza, de az abban vállaltakat nem vették figyelembe), és hozzáfogtak egy új stratégia kidolgozásába. Az új stratégiát 2013. októberében fogadták el, így három évig nem volt olyan szakpolitikai dokumentum, amely keretet biztosított volna az országban ezen a területen folyó munkának. Emellett a stratégiában megfogalmazott irányelveket gyakorlati tevékenységekre egy cselekvési program tudja lefordítani, amely konkrét indikátorokat és azokhoz rendelt forrásokat is tartalmaz – ilyen dokumentum csak 2015 végén került elfogadásra[46].

Ugyanakkor a tűcsere programok működésének törvényi feltételei adottak voltak a vizsgált időszakban. Az Alapvető Jogok Biztosa két esetben is jelentést adott ki a tűcsere programokkal kapcsolatban, a 8. kerületi illetve a 13. kerületi tűcserék bezárása után (az AJB-1131/2013. és AJB-7541/2013. számú valamint az AJB-1271/2015. számú ügyekben). A Kék Pont Alapítvány tűcseréjének kapcsán kiadott jelentésben részletesen leírja, hogy mely törvényekben szabályozott a tűcsere programok működése: a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (szociális törvény) 65/A. §-a az ártalomcsökkentő programokat alacsonyküszöbű programként a közösségi ellátások körébe sorolja; a 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelettel módosított

[46] 2010/2015. (XII. 29.) Korm. határozata a Nemzeti Drogellenes stratégia 2016. év végéig szóló szakpolitikai programjáról

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet értelmében pedig a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű magában foglalja az egészségügyi ártalmak csökkentését, így különösen a tűcsere programok körében a szerhasználat, illetve függés járulékos ártalmainak, káros következményeinek csökkentését. Az Alapvető Jogok Biztosa a 8. kerületi helyzettel kapcsolatban készített jelentésében megállapítota, hogy *„Józsefváros Önkormányzatának a Kék Pont Alapítvánnyal szemben megtett intézkedései, a tűcsere program megszűnése kiemelt szociális és egészségügyi kockázatainak nem megfelelő szakmai érvek alapján történő mérlegelése, együttesen teremtették meg az egészséghez és az egészséges környezethez való jog sérelme bekövetkeztének közvetlen veszélyét.”*.

2. Célkitűzések

A disszertációmban célom megválaszolni, hogy a 2010-2015 között az intravénás szerhasználó populációban miért duplázódott meg a HCV prevalencia, másképp fogalmazva miért növekedett a kockázati magatartások előfordulása, azaz a szerhasználathoz kapcsolódó egészségügyi kockázatok mértéke ebben az időszakban. Ehhez példaként a 8. kerületi intravénás szerhasználói színteret fogom használni, amelyben több vizsgálatot is készítettem ebben az időszakban. A disszertációmban ezen tapasztalatok szintetizálására törekszem úgy, hogy az eredmény általánosítható, a kockázati magatartások csökkentését célzó beavatkozások tervezésénél releváns tanulságokkal tudjon szolgálni. A vizsgálat során a következő hipotéziseket szeretném igazolni:

- Az új szerek megjelenése szerváltással járt, azaz a korábban már injektáló szerhasználók korábban használt szerükről valamilyen UPSZ-re váltottak.
- A vizsgált időszakban az intravénás szerhasználókra jellemző használt szerek köre megváltozott, az UPSZ használat vált dominánssá az intravénás szerhasználók körében.
- Az új szerek injektálása és a HCV prevalencia között összefüggés van.
- A vizsgált időszakban az intravénás szerhasználat körülményeit befolyásoló strukturális tényezők olyan irányba változtak, ami növelte a kockázati magatartások előfordulásának esélyét.

Annak pontosabb megértése, hogy a strukturális tényezők a szerhasználathoz kapcsolódó ártalmak létrejöttében milyen szerepet játszanak, az elmúlt évek szakirodalmában visszatérő, hangsúlyos problémakör (Carlson 2000, Rácz és mtsai 2016b, Rhodes 2002, Rhodes és mtsai 2005, Small és mtsai 2007, Strathdee és mtsai 2010), ugyanakkor a fertőző betegségek terjedése és az intravénás szerhasználat közötti kapcsolat miatt ez fontos közegészségügyi kérdés is. Ezen tényezők hatását jeleníti meg a kockázati környezet keretrendszere, amely megjelent már magyarországi szerhasználattal kapcsolatos publikációkban is (Rácz 2005, Rácz és mtsai 2015, Rácz és mtsai 2016b), mint az eredmények interpretálásában alkalmazott elmélet. Jelen vizsgálat újszerűsége, hogy disszertációmban arra teszek kísérletet, hogy a kockázati környezet

eddigi felhasználásán túllépve, a keretrendszer egyes elemeit definiálva leírjam és jellemezzem a szerhasználatra ható strukturális tényezőket, és – a rendelkezésre álló adatok függvényében – rendszerszerűen, a maga teljességében jelenítsem meg magát a kockázati környezetet, azaz a kockázati magatartásokra ható strukturális tényezők rendszerét. Célom, hogy a vizsgálat eredményeképp le tudjuk írni, hogy pontosan milyen jellemzői vannak az egyes, Rhodes (2002) által meghatározott környezettípusoknak, és milyen változások következtek be a kockázati környezetben 2010-2015 között.

A kockázati környezet alkalmazásában újszerű emellett, hogy a szerhasználat jelenségének értelmezésében a hazai társadalomtudományi diskurzusban eddig nem használt poszt-strukturalista elméleti megközelítésen alapul.

3. Módszerek

Az intravénás szerhasználók egy olyan populáció, amely tagjai jellemzően nem rendelkeznek állandó lakcímmel vagy telefonnal, és amely tagjairól nem áll rendelkezésre egy teljes lista, így például valószínűségi mintavételen alapuló eljárások ennek a körnek a vizsgálatánál nem használhatóak. Emellett az intravénás szerhasználat prevalenciája nagyon alacsony (2015-re vonatkozó becslés alapján az országban 6707 fő intravénás szerhasználó van), így a nagy mintás, teljes lakosságra vonatkozó, kifejezetten a szerhasználatot, vagy egészségmagatartást vizsgáló felmérések sem tudnak releváns adatokkal szolgálni erről a populációról. Az intravénás szerhasználattal foglalkozó kutatások jellemzően azokat a programokat használják a populáció eléréséhez, amelyek aktív intravénás szerhasználókat célozzák (mobil és fix telephelyű tűcsere programok, utcai megkereső munkát végző programok), az disszertációmban használt vizsgálatok is ezt a megközelítést alkalmazták.

A disszertációm készítése során a kutatási cél vizsgálatához a szolgáltatóknál eleve rendelkezésre álló adatokat elemeztem, emellett kifejezetten kutatási céllal végzett adatfelvételeket is felhasználtam. Az utóbbi kategóriába tartozik a szerváltás jelenségét vizsgáló rövid „snapshot” vizsgálat, amelynél az UPSZ megjelenése kapcsán a tűcsereprogramban tapasztalt változások miatt külön erre a célra készített kérdőívvel végeztünk adatfelvételt, illetve a mefedron használatra való áttérés kapcsán végzett kvalitatív vizsgálat, ahol kifejezetten a téma vizsgálatára készültek interjúk intravénás szerhasználókkal. Bár az elemzés során több féle módszerrel készült vizsgálatokat, adatokat is felhasználtam, a kutatás nem nevezhető „mixed method” kutatásnak, mert azzal együtt, hogy azonos témakört vizsgáló kutatásokról van szó, azonban ezek különálló vizsgálatok, így a kutatási tervek, az elemzések nem azonos megközelítéssel készültek, ez pedig szükséges ahhoz, hogy mixed method vagy multimethod kutatásról beszélhessünk (Tariq és Woodman 2013).

A disszertációmban négy vizsgálatot használok fel, a későbbi egyszerűbb érthetőség, és követhetőség kedvéért az egyes vizsgálatokra a következő elnevezéseket fogom használni:

13. Táblázat: A felhasznált saját vizsgálatok rövid nevei

Vizsgálat	Elnevezés
1. Adatelemzés – A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány tűcsere programjának kliens és forgalmi adatainak elemzése; 2006-2014	Tűcsere_adatelemzés
2. Interjúelemzés – kvalitatív vizsgálat a mefedronra való áttérésről; 2010.	Mefedron_interjú
3. Kérdőíves vizsgálat - MDPV injektálásra való áttérés jelenségét vizsgáló rövid kérdőív; 2011.	MDPV_kérdőív
4. Adatelemzés – gyorsteszt és tanácsadáson résztvevő intravénás szerhasználók kockázati magatartásra vonatkozó jellemzőinek elemzése; 2015.	Tanácsadás_adatelemzés

3.1. Felhasznált adatbázisok és az adatfelvételek módszerei

3.1.1. Tűcsere_adatelemzés

A tűcsere program klienseiről illetve a szolgáltatás forgalmi jellemzőiről a program működése során készített adatbázisok felhasználásával készítettem elemzéseket. Ez két adatbázist jelent, a regisztrációs adatbázist illetve a napi forgalmi adatokat tartalmazó adatbázist (lásd: Melléklet: 11.1. és 11.2.). A vizsgálathoz az adatbázisok tisztítását, illetve az adatelemzést végeztem el.

A regisztrációs adatbázisban a programban első alkalommal megjelenő kliensek úgynevezett anonim kódját rögzítik – az anonim kód lényege, hogy a kliens valódi személyazonossága nem visszakereshető belőle, ugyanakkor a kód alapján egyértelműen beazonosítható egy-egy kliens. Ez a kód tartalmaz egy kódnevet (becenevet), a kliens születési évét, nemét, az édesanyja keresztnevének első betűjét. Ezeken kívül rögzítésre kerül a regisztrálás alkalmával a kliens aktuális lakóhelye – csak a kerület száma, valamint az általa elsődlegesen injektált szer. Az elemzésekben alapvetően ebből az adatbázisból származó változók adták a független változókat, a nemet, életkort, lakóhelyet és az elsődlegesen injektált szert.

A regisztrációs adatbázison kívül használtam az elemzésekben a tűcsere program forgalmi adatait is, amelye egy napi rendszerességgel vezetett forgalmi napló. Ez utóbbiba a dátum mellett bekerült minden egyes, az adott napon a tűcsere programban megjelent kliens anonim kódja, valamint rögzítésre kerül a kliens által visszahozott illetve elvitt fecskendők száma, a kerület ahol lakik, illetve ezeken kívül a működés utolsó éveiben az UPSZ megjelenésére reagálva az aktuálisan használt szer (korábban ennek rögzítése nem volt indokolt napi szinten, hiszen a szerhasználók döntően ugyanazt a szert használták, a szerváltás nem volt jellemző). A következőkben részletesen bemutatom a kliensek jellemzőit a fenti adatbázisok alapján. Mivel a disszertációban egy hosszabb időszak elemzésére teszek kísérletet, az alapvető demográfiai jellemzőkről idősoros adatokat is bemutatok.

3.1.2. Kvalitatív_mefedron

A vizsgálat során összesen 17, félig strukturált interjút készítettünk a Kék Pont Alapítvány tűcsere programját látogató kliensekkel. Az interjúkat a tűcsere program olyan munkatársai készítették, akik több, intravénás szerhasználókat célzó kvalitatív és kvantitatív kutatás adatfelvételében részt vettek már, így gyakorlottak voltak az interjúzás technikájában. Az interjúfelvételt egy tájékoztató előzte meg, majd az interjúkészítők (5 fő) első interjúit megbeszélve alakítottuk ki a végleges interjúszerkezetet. Az interjúkészítők az interjúra kiválasztott személyeket minimum 3–4 hónapja ismerték. A kiválogatás menetét az határozta meg, hogy a megkérdezettek a tűcsere program klienseit reprezentálják a nem, az életkor és a használt szer tekintetében, ugyanakkor a ez nem jelentette azt, hogy a kiválasztott személyek a program teljes klienskörére reprezentatívak lettek volna, inkább „teoretikus mintavétel” történt a drogváltás „elmélete” tekintetében. A kiválasztás tekinthető privilegizált hozzáférésen alapuló elérésnek (Griffiths és mtsai 1993): a program munkatársai készítették az interjúkat az általuk már ismertszemélyekkel. A félig strukturált interjú kérdései három nagyobb témakört öleltek fel, egyrészt az intravénás mefedronhasználat kezdetét, az „áttérés”, az első használat körülményeit, másrészt az aktuális használatot, harmadik témakörként pedig a használat következményeit beszéltük át. Az interjúkat

2010 december és 2011 február között rögzítettük, a vizsgálatba kerülés kritériuma az elmúlt 30 nap során legalább egyszeri mefedron injektálás volt (ezt egy szűrőkérdőívvel állapítottuk meg).

Az interjúk egyenként körülbelül 30 percet vettek igénybe és diktafonnal rögzítettük, majd szó szerinti legépelésre kerültek, az elemzést a legépelt interjúkból végeztük. Az interjúkat tematikusan kódoltuk, amit az interjús munkacsoportból három személy és a kutatásvezető végzett. A kódolás során mindenki minden interjút kódolt a tematikus blokkok szerint, majd ezeket közösen megbeszéltük. A további kódolás – a tranzíció előtérbe állításával – ezután folytatódott a rendszeres megbeszélésekkel együtt. A kódolást addig folytattuk, amíg a tematikus kódok már nem szolgáltattak lényegesen új információkkal (elméleti szaturáció). A mintavételnél (teoretikus mintavétel) és a kódolásnál (elméleti szaturáció) a grounded theory (Glaser és Strauss 1967, Strauss 1987) fogalmait használtuk, a vizsgálat nem erre a kutatói elrendezésre épült. A kódok esetében igyekeztünk figyelembe venni, hogy egy-egy kód más interjúknál mennyire működőképes vagy megbízható, mennyire lehet a tapasztalatokat az interjúalanyok egy csoportja (pl. korábbi heroinhasználók) transzferálni az interjúalanyok más részére (pl. korábbi amfetaminhasználók).

A kutatáshoz az etikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság adta meg

A vizsgálatban részt vettem az adatfelvételben, majd az interjúk elemezésében illetve az eredmények alapján készült publikációk (Rácz és mtsai 2012, Rácz és mtsai 2015) megírásában is közreműködtem.

3.1.3. MDPV_kérdőív

Az adatfelvétel a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány tűcsere programjában történt, Budapest 8. kerületében, egy egy hónapos időszak alatt, 2011. szeptember 13. és 2011 október 15. között. Az adatfelvétel saját szerkesztésű kérdőívvel történt (lásd: Melléklet, 11.3.), a korábbi kutatási tapasztalatok alapján egy

rövid, három kérdésből álló kérdőívet készítettem, mert ezt a populációt nehéz bevonni kérdőívek kitöltésébe (motivációs jutalom nélkül), így egy ennél hosszabb kérdőív erősen rontotta volna a válaszadási hajlandóságot. Az első kérdés az elmúlt 30 napban injektált szerre vonatkozott – ha egynél több anyagot említett, akkor a használat gyakorisága alapján kellett rangsorolnia. A második kérdés arra vonatkozott, hogy hány éves korában kezdett el rendszeresen intravénásan szert használni, a harmadik kérdésben pedig arra kérdeztünk rá, hogy mi volt az az anyag, amit először injektált rendszeresen. A további jellemzőket (nem, életkor, elsődlegesen injektált szer és lakóhely) az előzőekben már említett, a szolgáltató által folyamatosan vezetett kliens regisztrációs adatbázisból gyűjtöttem ki.

Az adatfelvétel időszaka alatt a programba betérő minden klienst megkértünk, hogy töltse ki a kérdőívet. A részvétel önkéntes és anonim volt, sem a részvétel sem annak elutasítása nem befolyásolta semmilyen módon a kliens részvételét a programban. Az egy hónap során összesen 461 intravénás szerhasználó jelent meg a programban, közülük 183 kliens vállalkozott a kérdőív kitöltésére, a válaszadási hajlandóság tehát 39,7% volt. Az adatgyűjtést a tűcsere program munkatársai végezték egy rövid képzés után.

A kutatást az ELTE Egyetemi Etikai Testülete hagyta jóvá, az eredményeket SPSS programmal elemeztem.

A vizsgálatban szereplő kérdőívet én készítettem, a tűcsere programban dolgozók adatfelvételre való felkészítését is én végzetem, és részt vettem az adatfelvételben is. Az adatbevitelt valamint az adatok elemzését is én végeztem el. Az eredmények alapján készült publikációt közösen írtuk szerzőtársaimmal (Csák és mtsai 2013).

3.1.4. Tanácsadás_adatelemzés

Az adatok, amelyeket felhasználtam egy Norvég Civil Támogatási Alap támogatásával létrejött program keretében végzett HIV, szifilisz és HCV gyorsteszt és tanácsadás beavatkozás során készült kérdőívekből származnak. A kérdőív elsősorban a tanácsadást

segítő eszközként került kialakításra (hogy a tanácsadást végzőt segítse azzal, hogy szisztematikusan végigmegy a szerhasználathoz illetve szexuális élethez kapcsolódó kockázati magatartásokon, és így személyre szabott tanácsadást tudjanak végezni), ugyanakkor utólagos elemzésre is alkalmas volt. A résztvevők a tanácsadást végzőktől tájékoztatást kaptak a beavatkozás minden elemével kapcsolatban, majd egy beleegyező nyilatkozat aláírása után vette kezdetét a szűrés és tanácsadás – amely része volt a kérdőív kitöltése is.

Az elemzésben felhasznált kérdőíveket 2015 június-november között Budapesten, Miskolcon, Pécsen és Szegeden intravénás szerhasználók illetve szexmunkások körében elvégzett HIV, szifilisz és HCV gyorstesztekhez kapcsolódóan a tanácsadást és szűrést végző munkatársak vették fel. A szűrésen való részvétel önkéntes volt, bár az első 200 szűrést motivációs csomaggal támogattuk (a motivációs csomagban nem utalvány, hanem a steril eszközök, vitaminos pezsgőtabletta illetve zsebkendő és víz volt), hogy a kockázati csoportba tartozó, de kevésbé motiváltakat is be lehessen vonni a programba.

A szűrés és tanácsadás beavatkozás négy városban folyt, a budapesti adatok három, tűcserével illetve intravénás szerhasználókat célzó utcai megkereső munkával foglalkozó szervezetnél készült kérdőívekből származnak. Mindhárom szervezet, amelyik részt vett Budapestről az adatfelvételben, nagyjából azzal a közösséggel dolgozik, amellyel a Kék Pont Alapítvány 8. kerületi tűcsere programja is dolgozott. Emellett a Kék Pont Alapítvány tűcsere programja az adatfelvétel idején már nem működött, az adatfelvételben részt vevő ártalomcsökkentő szolgáltatások voltak azok, amelyeket a megszűnt tűcsere program kliensei a legkönnyebben el tudtak érni (2015-ben Budapesten az adatfelvételben résztvevő programokon kívül tűcsere program csak a kérdéses 8. kerületi színtértől távol, Budán, a Csaba utcában, illetve Csepelen és Újpesten üzemelt). Az adatfelvétel is a megszűnt program vonzáskörzetében, a 8. kerületi intravénás szerhasználó szintér közvetlen közelében történt (Népliget parkolójában a Vajda Péter utca és a Könyves Kálmán körút sarkán egy mobil tűcsere programban valamint a 7. kerületben a Rottenbiller utca és a Péterfy Sándor utca sarkán lévő fix telephelyű tűcsere programban). Az adatfelvétel fizikai helyszínei alapján, valamint az alapján, hogy az adatfelvételben résztvevő ártalomcsökkentő programok voltak azok, amelyeket a 8. kerületi intravénás szerhasználók legkönnyebben el tudtak

érni, feltételezhető, hogy a tanácsadásban résztvevő szerhasználók jellemzői jól közelítik a disszertáció fókuszában lévő, 8. kerületi kockázati környezetben élő intravénás szerhasználó közösségre jellemző kockázati magatartásokat.

Az adatokat a titoktartást és a résztvevők anonimitásának biztosítását maximálisan figyelembe véve kezeltük, a szűrési eredményeket a kérdőívektől külön adatbázisban tároltuk, azokat csak a személyek beazonosítására alkalmas információk eltávolítása után egyesítettük.

Az elemzésben használt, a gyorsteszt és tanácsadás beavatkozás során használt kérdőívet én készítettem (lásd: Melléklet, 11.5.), az intravénás szerhasználat kockázati magatartásaira vonatkozó részhez felhasználtam az EMCDDA Evaluation Instruments Bank adatbázisban megtalálható „Injecting Risk Questionnaire-t”[47]. Részt vettem az adatfelvételben, valamint én végeztem el az adatrögzítést, adattisztítást illetve az adatelemzést (SPSS programmal).

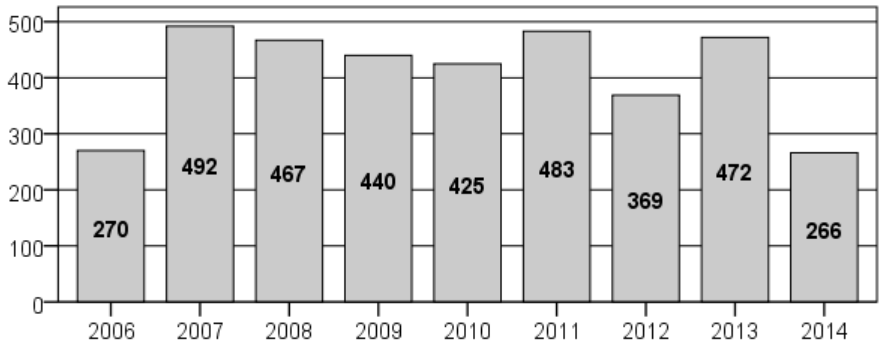
3.2. A vizsgálati minták jellemzői

3.2.1. Tűcsere_adatelemzés

A programba regisztrált kliensek száma, azaz a regisztrációs adatbázisban szereplő kliensek száma a zárás napján, 2014 augusztus 26-án 3687 volt. A programba folyamatosan érkeztek új kliensek 2006-2014 között, azonban az új kliensek számával kapcsolatban trend-szerű megállapítást nem lehet tenni. A többi évhez viszonyítva alacsonyabb számú (400-nál kevesebb) új regisztrált 2006-ban, 2012-ben és 2014-ben volt, mindhárom évben kevesebb, mint 12 hónapot volt nyitva a program. 2006-ban az indulás miatt (2006 júliusában indult el a tűcsere szolgáltatás a 8. kerületben), 2012-ben költözés miatt (április-május során 3 hétig zárva volt a program), 2014-ben pedig augusztus végén zárt be végleg a program.

[47] A kérdőív megtalálható: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4386EN.html (hozzáférés: 2017. 01. 05.)

DOI:10.14753/SE.2018.2081



20. Ábra: A tűcsere programba regisztráló új kliensek száma év szerinti bontásban (N=3684)

A nemek arányát tekintve az összes regisztrált körében, és az egyes éveket tekintve is a férfiak voltak többségben. 2010-ig nagyjából a regisztrálók háromnegyede volt férfi, 2011 után pedig valamivel kevesebb, mint kétharmaduk. A nők arányában bekövetkező emelkedésben szerepet játszott, hogy – a nők alacsony arányára reagálva – 2010-től speciális, nőknek szóló program indult el a tűcsere keretein belül.

14. Táblázat: Regisztrált kliensek nemi eloszlása a regisztráció éve szerinti bontásban

		Neme		Összesen
		férfi	Nő	
2006	N	218	47	265
	%	82,3%	17,7%	100,0%
2007	N	382	110	492
	%	77,6%	22,4%	100,0%
2008	N	337	130	467
	%	72,2%	27,8%	100,0%
2009	N	335	105	440
	%	76,1%	23,9%	100,0%
2010	N	306	119	425
	%	72,0%	28,0%	100,0%
2011	N	307	175	482
	%	63,7%	36,3%	100,0%
2012	N	229	139	368
	%	62,2%	37,8%	100,0%
2013	N	307	165	472
	%	65,0%	35,0%	100,0%
2014	N	186	80	266
	%	69,9%	30,1%	100,0%
Összesen	N	2607	1070	3677
	%	70,9%	29,1%	100,0%

DOI:10.14753/SE.2018.2081

Az életkor tekintetében elmondható, hogy az új regisztrálók átlagéletkora 28,9 év volt, a legfiatalabb regisztrált életkora 13 év, a legidősebbé 67 év volt. Az egyes évek összevetésében a 40 éves vagy annál idősebb korosztály aránya folyamatos emelkedést mutatott (khi-négyzet=167,440, p=0,000).

15. Táblázat: A regisztráció évében érvényes életkorra vonatkozó jellemzők az összes regisztrált körében

Átlag	Medián	Std. Szórás	Minimum	Maximum	N
28,9144	28,0000	8,54705	13,00	67,00	3669

16. Táblázat: Regisztrált kliensek életkora a regisztrációkor a regisztráció éve szerinti bontásban

		19 éves vagy fiatalabb	20-24 éves	25-29 éves	30-34 éves	35-39 éves	40 éves vagy idősebb	Össz.
2006	N	29	80	80	38	23	13	263
	%	11,0%	30,4%	30,4%	14,4%	8,7%	4,9%	100,0%
2007	N	66	129	132	82	40	42	491
	%	13,4%	26,3%	26,9%	16,7%	8,1%	8,6%	100,0%
2008	N	66	98	135	89	44	35	467
	%	14,1%	21,0%	28,9%	19,1%	9,4%	7,5%	100,0%
2009	N	42	109	107	95	47	40	440
	%	9,5%	24,8%	24,3%	21,6%	10,7%	9,1%	100,0%
2010	N	57	96	88	81	53	48	423
	%	13,5%	22,7%	20,8%	19,1%	12,5%	11,3%	100,0%
2011	N	52	110	95	106	54	65	482
	%	10,8%	22,8%	19,7%	22,0%	11,2%	13,5%	100,0%
2012	N	63	85	68	54	43	55	368
	%	17,1%	23,1%	18,5%	14,7%	11,7%	14,9%	100,0%
2013	N	53	90	84	91	64	87	469
	%	11,3%	19,2%	17,9%	19,4%	13,6%	18,6%	100,0%
2014	N	21	59	34	54	38	60	266
	%	7,9%	22,2%	12,8%	20,3%	14,3%	22,6%	100,0%
Összesen	N	449	856	823	690	406	445	3669
	%	12,2%	23,3%	22,4%	18,8%	11,1%	12,1%	100,0%

2014-ben, amikor utoljára nyitva volt a program, január és augusztus között összesen 1529 kliens kereste fel a tűcsere programot legalább egyszer. Ezek a kliensek összesen 14004 alkalommal voltak a programban. A tűcserét 2014-ben legalább egy alkalommal felkereső 1529 kliens adja az adott évre vonatkozó aktív kliensek körét. Az aktív kliensek demográfiai eloszlásával kapcsolatban tudható, hogy döntő részben férfiak, az

aktív kliensek között a 30% volt a nők aránya. Az aktív (a tűcsere programot legalább egyszer felkereső) kliensek átlagéletkora 2014-ben 32,56 év volt, a szórás ebben viszonylag nagy (standard szórás: 9,176), a legfiatalabb kliens 15 éves a legidősebb kliens 74 éves volt.

17. Táblázat: Nemek aránya 2014-ben az aktív kliensek körében

	N	%
férfi	1064	69,6
nő	465	30,4
Össz.	1529	100,0

18. Táblázat: Nemek aránya 2014-ben a napi forgalomban (klienskontaktok arányában)

	N	%
férfi	8849	63,2
nő	5153	36,8
Össz.	14002	100,0

19. Táblázat: Életkor az aktív kliensek körében 2014-ben

	N	%
19 vagy fiatalabb	92	6,0
20-24	239	15,6
25-29	275	18,0
30-34	327	21,4
35-39	250	16,4
40 vagy idősebb	346	22,6
Össz.	1529	100,0

N	1529
Nem ismert	0
Átlag	32,5644
Medián	32,0000
Módusz	33,00
Std. Szórás	9,17607
Minimum	15,00
Maximum	74,00

Ha a lakóhelyet vizsgáljuk, akkor a Kék Pont Alapítvány tűcsere programja esetében tulajdonképpen egy helyi programról beszélhettünk. 2014-ben az aktív kliensek körében 78% volt a 8. kerületiek aránya, míg a napi forgalomban a 8. kerületiek aránya még magasabb: 85%. A 8. kerületen kívül jelentősebb arányban csak a környező kerületek szerepeltek a kliensek lakóhelyei között, a napi forgalom 7%-t tették ki olyan kliensek, akik nem 7.-8.-9.-10. kerületben élnek. A kliensek további jellemzőit az eredmények fejezetben mutatom be.

20. Táblázat: Lakóhely az aktív kliensek körében (2014)[48]

	N	%
7. ker.	44	2,9
8. ker.	1192	78,0
9. ker.	59	3,9
10. ker.	60	3,9
nem környékbeli	151	9,9
nem Bp	17	1,1
hajléktalan	3	0,2
nem ismert	3	0,2
Össz	1529	100,0

21. Táblázat: Lakóhely a a napi forgalom arányában (2014)[49]

	N	%
7. ker.	227	1,6
8. ker.	11902	85,0
9. ker.	333	2,4
10. ker.	542	3,9
nem környékbeli	943	6,7
nem Bp	37	0,3
hajléktalan	10	0,1
nem ismert	10	0,1
Össz	14004	100,0

Itt kell hozzátennem, hogy 2008-2014 között a tűcsere program munkatársaként dolgoztam, a forgalmi adatokból évente készítettem elemzést, amelyek a Kék Pont Alapítvány szakmai beszámolóinak részét képezték (ezek megtalálhatóak az alapítvány honlapján: http://kekpont.hu/kozhasznusag/). A forgalmi adatokat illetve az ezekből készült statisztikai elemzéseket a szakmai beszámolókon kívül több publikációban is felhasználtuk (Csák és mtsai 2013, Csák és mtsai 2010b, Gyarmathy és mtsai 2016, Rácz és Csák 2014, Rácz és mtsai 2012, Rácz és mtsai 2015, Rácz és mtsai 2016a).

3.2.2. Mefedron_interjú

A mintába 8 férfi és 9 nő került be, az életkorral kapcsolatban elmondható, hogy a többség (12 fő) a 20 és 34 közötti korosztályból került ki, a legfiatalabb éppen a 18. életévét töltötte be, a legidősebb pedig a kérdezéskor 62 éves volt. A szűrőkérdőívben a foglalkoztatásra vonatkozó kérdésnél 13-an munkanélkülinek vallották magukat, két személy nyilatkozta, hogy van munkája (teljes, vagy részmunkaidőben), egy megkérdezett választotta a tanuló. egy pedig az egyéb kategóriát választotta ennél a kérdésnél. Három személynek volt fizetett állása vagy vállalkozása, egy

[48] Aktív kliensnek számít az a kliens, aki az adott évben legalább egy alkalommal felkereste a tűcsere programot. A "nem környékbeli" kategória Budapest összes, külön nem nevesített kerületét jelöli.
[49] A napi forgalom az összes adott évi klienskontaktot jelöli. Egy klienskontakt azt jelenti, amikor egy regisztrált kliens bejön a program helyiségébe. Egy kliens egy nap csak egyszer használhatta a programot, azaz napi szinten duplikációszűrt az adat.

betegállományban volt, hét személyt a házastárs, család,vagy barátok tartottak el, hatan pedig áruk adás-vételéből éltek, hárman lopást, ketten gyermektámogatást és egy személy a szexmunkát nevezte meg jövedelemforrásként. Iskolai végzettség tekintetében hárman 8 általános iskolai osztálynál kevesebbel, heten 8 általános iskolai osztállyal, hárman befejezetlen szakmunkás iskolai végzettséggel rendelkeztek és négy megkérdezettnek volt befejezett középiskolai végzettsége. Az amfetamint az interjúalanyok közül mindenki használta már életében, közülük 14-en injektálták is, a heroint 10-en próbálták valaha, és közülük 6-an injektálták is. A megkérdezettek közül 10-en használtak amfetamint is a mefedron mellé, hárman heroint. A mefedront egy személy kivételével mindenki 2010-benpróbálta ki.

22. Táblázat: Nemek aránya az interjúalanyok körében

	N
Férfi	8
Nő	9
Összesen	17

23. Táblázat: Életkori eloszlás az interjúalanyok körében

	N
19 éves vagy fiatalabb	1
20-24 éves	4
25-29 éves	5
30-34 éves	3
35-39 éves	2
40 éves vagy idősebb	2
Összesen	17

24. Táblázat: Legmagasabb iskolai végzettség az interjúalanyok körében

	N
Kevesebb, mint 8 általános	4
8 általános	6
Befejezetlen szakmunkás, szakközépiskola	3
Befejezett szakmunkás, szakközépiskola	3
Befejezett gimnázium	2
Összesen	17

25. Táblázat: Amfetamin, heroin, mefedron használat az interjúalanyok körében

	Valaha	Jelenleg (elmúlt 30 nap)	Intra-vénásan
Amfetamin	17	10	14
Heroin	10	3	7
Mefedron	17	17	14

DOI:10.14753/SE.2018.2081

26. Táblázat: Munkaerőpiaci helyzet az interjúalanyok körében

	N
Munkanélküli	13
Van munkája (teljes, rész...)	2
Tanuló	1
Egyéb: vállalkozás	7

27. Táblázat: Elmúlt 30 nap jövedelemforrásai az interjúalanyok körében (több választ meg lehetett jelölni)

	N
Fizetett állás, fizetés, vállalkozás	3
Betegállomány	1
Munkanélküli segély	1
Házastárs, család, barát segítsége	7
Áruk adás-vétele	8
Gyermektámogatás	1
Lopás	2
Szexmunka	1

3.2.3. MDPV_kérdőív

A mintavétel jellege miatt statisztikailag nem beszélhetünk reprezentativitásról, ugyanakkor a válaszadókat az adott évben megjelent kliensekkel (n=1774) összevetve azt találtunk, hogy a minta nem, kor és lakóhely tekintetében nem tér el szignifikánsan a 2011-ben a tűcsere programban megjelent kliensek jellemzőitől. A mintában a férfiak aránya 71,2%, az aktív kliensek körében ugyanez az arány 70,2% (khi-négyzet=0,068, p=0,435); az életkort tekintve a mintában az átlagéletkor 30,9 év, a standard szórás=8,8, míg az aktív kliensek körében az átlagéletkor 30,2 év a standard szórás=8,1 (khi-négyzet=2,884, p=0,718). A lakóhely tekintetében kerület ismert, a válaszadók döntő része, közel kétharmada a 8. kerületből érkezett, ami nem tért el szignifikánsan az aktív kliensekre jellemző lakóhelytől (khi-négyzet=5,468, p=0,243). Ez alapján tehát a vizsgálat mintáját úgy tekinthetjük, mint ami jól közelíti a tűcsere programban 2011-ben aktív, tehát az év során legalább egy alkalommal megjelent kliensek jellemzőit.

28. Táblázat: Nemek aránya a mintában

	N	%
Férfi	121	71,2
Nő	49	28,8
Összesen	170	100,0

29. Táblázat: Lakóhely a mintában

	N	%
7. ker.	3	2,0
8. ker.	99	67,3
9. ker.	17	11,6
10. ker.	5	3,4
Nem környékbeli	23	15,6
Összesen	147	100,0

DOI:10.14753/SE.2018.2081

30. Táblázat: Életkori eloszlás a mintában

	N	%
19 éves vagy fiatalabb	10	5,5
20-24 éves	42	23,0
25-29 éves	32	17,5
30-34 éves	46	25,1
35-39 éves	24	13,1
40 éves vagy idősebb	29	15,8
Összesen	183	100,0

31. Táblázat: Nemi arányok a válaszadók és a 2011-ben aktív kliensek szerinti bontásban

		Neme		Összesen
		Férfi	Nő	
válaszadók	N	121	49	170
	%	71,2%	28,8%	100,0%
2011-ben aktív kliensek	N	848	360	1208
	%	70,2%	29,8%	100,0%
Összesen	N	969	409	1378
	%	70,3%	29,7%	100,0%

32. Táblázat: Életkori eloszlás a válaszadók és a 2011-ben aktív kliensek szerinti bontásban

		Életkor						Össz.
		19 éves vagy fiatalabb	20-24 éves	25-29 éves	30-34 éves	35-39 éves	40 éves vagy idősebb	
válaszadók	N	10	42	32	46	24	29	183
	%	5,5%	23,0%	17,5%	25,1%	13,1%	15,8%	100,0%
2011-ben aktív kliensek	N	73	258	257	302	167	150	1207
	%	6,0%	21,4%	21,3%	25,0%	13,8%	12,4%	100,0%
Összesen	N	83	300	289	348	191	179	1390
	%	6,0%	21,6%	20,8%	25,0%	13,7%	12,9%	100,0%

33. Táblázat: Életkorra vonatkozó jellemzők a válaszadók és a 2011-ben aktív kliensek szerinti bontásban

	Átlag	Medián	Std. Szórás	Minimum	Maximum	N
válaszadók	30,9454	30,0000	8,80480	16,00	57,00	183
2011-ben aktív kliensek	30,2278	30,0000	8,07153	15,00	61,00	1207

34. Táblázat: Lakóhely szerinti eloszlás a válaszadók és a 2011-ben aktív kliensek szerinti bontásban

		7. ker.	8. ker.	9. ker.	10. ker.	Nem környékb.	Össz.
válaszadók	N	3	99	17	5	23	147
	%	2,0%	67,3%	11,6%	3,4%	15,6%	100,0%
2011-ben aktív kliensek	N	43	635	105	49	228	1060
	%	4,1%	59,9%	9,9%	4,6%	21,5%	100,0%
Összesen	N	46	734	122	54	251	1207
	%	3,8%	60,8%	10,1%	4,5%	20,8%	100,0%

3.2.4. Tanácsadás_adatelemzés

A mintában összesen 201 szűrés és kérdőív eredménye szerepel, a dolgozatomban csak az intravénás szerhasználókra vonatkozó eredményeket használom fel. A minta körülbelül fele (47,8%) Budapesten készült, közel negyede (24,4%) Miskolcon, 13%-a Pécsen, és 15%-a Szegeden. A helyszínek kiválasztásánál alapvetően az érintettséget volt a fő szempont, így kapott nagyobb súly Budapest és Miskolc. A szűréseket és az adatfelvételt Budapesten az Alternatíva Alapítvány és a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront mobil programjaiban illetve az Artéra Alapítvány fix telephelyű tűcsere programjában, Miskolcon a Drogambulancia Alapítvány és a Laurus Egyesület fix telephelyű tűcsere programjaiban, Pécsen az Indit Közalapítvány Tisztás programjában valamint Szegeden a Dr Farkaszinszky Terézia Drogcentrumban végezték el.

35. Táblázat: A minta megoszlása helyszínek szerint

	N	%
Alternatíva Alapítvány - Budapest	38	18,9
Artéra Alapítvány - Budapest	20	10,0
Baptista Szeretetszolgálat - Budapest	38	18,9
Drogambulancia Alapítvány - Miskolc	24	11,9
Laurus Egyesület - Miskolc	25	12,4
Indit Közalapítvány - Pécs	26	12,9
Dr Farkasinszky Terézia Drogc. - Szeged	30	14,9
Összesen	201	100,0

36. Táblázat: A minta megoszlása városok szerint

	N	%
Budapest	96	47,8
Miskolc	49	24,4
Pécs	26	12,9
Szeged	30	14,9
Összesen	201	100,0

A mintába bekerültek kétharmada (67,7%) férfi és egyharmada (32,3%) nő. A tűcsere programokban, illetve a szenvedélybetegek nappali ellátásába tartozó szolgáltatásokban – ahol a mintavétel történt – általában felülreprezentáltak a férfiak, így ez az arány megfelel az ilyen szolgáltatásokat látogatókra jellemző nemi eloszlásnak. A vizsgálatban résztvevő városok között nem volt szignifikáns eltérés a nemek arányában (p=0,263).

37. Táblázat: Nemek aránya a mintában

	N	%
férfi	136	67,7
nő	65	32,3
Össz.	201	100,0

38. Táblázat: Nemek aránya városok szerinti bontásban

		Város				Összesen
		Budapest	Miskolc	Pécs	Szeged	
férfi	N	59	38	18	21	136
	%	61,5%	77,6%	69,2%	70,0%	67,7%
nő	N	37	11	8	9	65
	%	38,5%	22,4%	30,8%	30,0%	32,3%
Összesen	N	96	49	26	30	201
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A résztvevők átlagéletkora 31,9 év volt, a legfiatalabb résztvevő 16 éves, a legidősebb pedig 50 éves volt. A többség (59,7%) 35 évnél fiatalabb volt, a városok között nem volt jelentős eltérés (p=0,045), a budapestiek valamivel idősebbek voltak (átlagéletkor: 33,4 év), a miskolciak pedig valamivel fiatalabbak voltak (átlagéletkor: 29,6 év), mint a teljes mintára jellemző átlag.

39. Táblázat: Életkori jellemzők a mintában

	N	%
24 éves vagy fiatalabb	43	21,4
25-29 éves	32	15,9
30-34 éves	45	22,4
35-39 éves	39	19,4
40 éves vagy idősebb	41	20,4
Összesen	200	99,5
nincs inf.	1	,5
Összesen	201	100,0

N	200
nincs inf.	1
Átlag	31,9900
Medián	32,5000
Módusz	40,00
Std. Szórás	7,70172
Minimum	16,00
Maximum	50,00

40. Táblázat: Életkori jellemzők városok szerinti bontásban

	Átlag	Medián	Minimum	Maximum	Std. Szórás	N
Budapest	33,3750	33,0000	18,00	50,00	7,80722	96
Miskolc	29,5625	28,5000	16,00	46,00	7,59032	48
Pécs	31,5769	33,0000	18,00	40,00	6,53711	26
Szeged	31,8000	34,0000	17,00	45,00	7,80097	30
Összesen	31,9900	32,5000	16,00	50,00	7,70172	200

Az iskolai végzettséget tekintve a többség, 41,3% 8 általánost vagy annál kevesebbet végzett el, de a középfokú végzettséggel nem rendelkezők összesen a minta valamivel több, mint felét teszik ki (51,4%). Valamilyen középfokú szakmai végzettsége 22%-nak volt, míg érettségivel 21% rendelkezett, felsőfokú végzettséggel pedig mindössze 9-en rendelkeztek. Az iskolai végzettség tekintetében a szegedi válaszadók valamivel magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek a többi válaszadónál, körükben volt a legalacsonyabb a nyolc általánossal vagy kevesebbel rendelkezők aránya, és a legmagasabb az érettségivel vagy magasabb végzettséggel rendelkezők aránya (p=0,020).

41. Táblázat: Legmagasabb iskolai végzettség a válaszadók körében

	N	%	válaszadók %
8 általánosnál kevesebb	15	7,5	7,7
8 általános	66	32,8	33,7
befejezetlen középiskola	20	10,0	10,2
szakma (középfokú)	44	21,9	22,4
érettségi	42	20,9	21,4
főiskola, egyetem	9	4,5	4,6
Összesen	196	97,5	100,0
NT/NV	5	2,5	
Összesen	201	100,0	

42. Táblázat: Legmagasabb iskolai végzettség városok szerinti bontásban

		legmagasabb iskolai végzettség			Össz.
		8 általános vagy kevesebb	szakma (középfokú)	érettségi vagy magasabb	
Budapest	N	55	21	18	94
	%	58,5%	22,3%	19,1%	100,0%
Miskolc	N	29	9	11	49
	%	59,2%	18,4%	22,4%	100,0%
Pécs	N	10	5	8	23
	%	43,5%	21,7%	34,8%	100,0%
Szeged	N	7	9	14	30
	%	23,3%	30,0%	46,7%	100,0%
Össz.	N	101	44	51	196
	%	51,5%	22,4%	26,0%	100,0%

A résztvevő intravénás szerhasználók döntő többsége (77,1%) valamilyen új pszichoaktív szert injektált, a második legnagyobb csoport 15,3%-al az opiát injektálók (heroin 9,7%, metadon 5,6%), és 6% jelezte, hogy elsődlegesen amfetamint használt. A tanácsadásban részvevők által elsődlegesen használt szerek eloszlása nagyon hasonló mintát mutat, mint az általános magyarországi szerhasználati struktúra: a Nemzeti Drog Fókuszpont 2014-re vonatkozó adatai szerint (Nemzeti Drog Fókuszpont 2015) a tűcsere programokba járó kliensek 68%-a használ valamilyen UPSZ-t, 17% amfetamint, míg 14% valamilyen opiátot.

43. Táblázat: Elsődlegesen injektált szer (elmúlt 30 napban)

	N	%
kristály	83	57,6
zene	16	11,1
heroin	14	9,7
egyéb UPSZ	12	8,3
amfetamin	9	6,3
metadon	8	5,6
kokain	1	,7
mdma	1	,7
Összesen	144	100,0

44. Táblázat: Elsődlegesen injektált szer UPSZ és hagyományos szerek szerinti bontásban

	N	%
UPSZ	111	77,1
hagyományos szerek	33	22,9
Összesen	144	100,0

3.2.5. A hipotézisek vizsgálatához használt statisztikai módszerek

Az egyes hipotézisek vizsgálatában az adatokban mutatkozó összefüggéseket khi-négyzet próbával teszteltem, a különbséget szignifikánsnak tekintettem, ha $p<0,05$.

Khi-négyzet próbát alkalmaztam a szerváltásra vonatkozó hipotézis kapcsán az MDPV_kérdőív adataiban az első rendszeresen injektált szerhez képest történt változás, a szerváltókat és az elsődlegesen injektált szerüket megtartók tulajdonságainak különbözőség vizsgálatánál, a tűcsere_adatelemzés adataiból a regisztrációkor megadott szer és a regisztráció éve közötti összefüggést, a nemek közötti illetve életkor szerinti különbséget a használt szerek szempontjából vizsgálva. Az új szerek injektálása és a HCV fertőzöttség közötti kapcsolat kapcsán khi-négyzet próbával vizsgálatam a

tanácsadás_adatelemzés adataiban a résztvevő városok illetve az egyes adatfelvételi helyszínek és a HCV fertőzöttség közötti összefüggést, az intravénás szerhasználat, a szexmunkában való részvétel és a HCV fertözöttség közötti összefüggést, az UPSZ használat és a HCV fertőzöttség közötti összefüggést valamint a kockázati magatartások és a HCV fertőzöttség közötti összefüggést.

4. Eredmények

4.1. Szerváltás az intravénás szerhasználók körében

A szerváltás jelenségét három vizsgálattal próbáltuk feltérképezni. A vizsgálatokat időrendben mutatom be az UPSZ jelenség kibontakozását követve, elsőként a mefedron_interjúk kvalitatív vizsgálat eredményeit, majd az MDPV_kérdőív kérdőíves vizsgálat eredményeit. Ezután tűcsere_adatelemzés több évet átfogó, áttekintő adataival illusztrálom a szerváltás jelenségét.

A tűcsere programban 2010 nyarán kezdett megjelenni az UPSZ injektálás (lásd: 22. Ábra), az első anyag, amit használni kezdtek a kliensek, az a mefedron (4-metilmetkatinon) volt. A szerváltás kapcsán végzett kvalitatív vizsgálatban (mefedron_interjúk), amelyben a mefedronra való áttérésről kérdeztük a tűcsereprogram klienseit, azt találtuk, hogy jellemzően nem kellett új beszerzési forrást keresniük a megkérdezetteknek, a 17 interjúalanyból mindössze ketten jelezték, hogy a mefedron miatt dílert váltottak. Az új szer beszerzése az interjúk alapján tehát nem igényelt különösebb utánajárást, az könnyen hozzáférhető volt számukra.

Nagyon fontos volt a szerváltás narratívájában, hogy egy nagyon jó élményt adott a szer: *„Az az igazság, hogy a mefedront szúrva nem tudom mihez hasonlítani. Szerintem még a kokainnak sincs olyan hatalmas flashe.”*, *„Az eddigi drogokhoz képest ez a legjobb drog.”*, *„egész életemben ezt az érzést kerestem és megtaláltam”*, és sokan említettek egyéni jóérzést is: *„boldogabb leszel”*, *„megnyugvás, szeretet, boldogság”*, *„ellazít, melegség, boldogság”*.

A mefedronra való áttérés konkrét körülményeivel kapcsolatban az interjúkban azt találtuk, hogy a szerváltás maga (a mefedron első használata) társaságban, az injekciós szerhasználati közösségben történt. A tűcsere programot látogatók jellemzői (lásd 3.2. alfejezet, tűcsere_adatelemzés) alapján a helyi, 8. kerületi színtéren egy nagy számú intravénás szerhasználó populáció él, amelyre az interjúk alapján egy erős közösségi szerhasználat jellemző: a 17 megkérdezett közül mindössze 2 interjúalany volt, aki esetenként használt mefedront egyedül is, és csak egy interjúalany volt, aki döntően

egyedül injektált mefedront. Bár a mefedronnal kapcsolatban kifejezetten hangsúlyosan jelent meg az interjúkban, hogy együtt, társaságban használták, a közösségi szerhasználat egyébként is jellemzője ennek a színtérnek: „*Mindegyiket jobb. Barnát is jobb közösségben csinálni, mert ha neadjisten valami történik, túlnyomod magad, akkor ott a segítség. A fűvel is így van, beszívtok, jobban elmegy az idő, elkacarásztok, elhülyéskedtek. Szóval mindenféle drogot jobb közösségben csinálni, mint egyedül."*.

A fogyasztás körülményei az előzetes feltételek alakulásától is függnek a beszámolók alapján, azaz attól, hogy milyen a társaság, hogy sikerült összeszedni a pénzt a szerre, hogyan és hol lehetett hozzájutni. A mefedron használat kapcsán mind a kockázati narratíva (a mefedronhoz kapcsolódó negatív hatások, problémák), mind az élvezeti narratíva (mefedronhoz kapcsolódó pozitív hatások) egy injektáló közösség kontextusában jelentek meg. A megkérdezett mefedronhasználóknak szinte kizárólag intravénás szerhasználókkal voltak kapcsolatai, a közeli és távoli ismerősök mind injekciós szerhasználók, a környezetükben nem szerhasználó kapcsolatként gyakorlatilag egyedül a tűcsere program munkatársai jelentek meg.

A mefedron pszichotróp anyagok listájára[50] kerülése (2011. január 1.) után újbóli szerváltás történt, ahogy a mefedron eltűnt a piacról a tűcsereprogram kliensei körében az MDPV használata terjedt el (lásd: 22. Ábra). 2011 végén egy rövid kérdőíves vizsgálatot készítettünk (MDPV_kérdőív) amelyben az első rendszeresen injektált szerhez képest jelentős változást találtunk (khi-négyzet=19,372; p=0,022). MDPV-re váltott a korábbi amfetamin használók és a korábbi opiát használók közel fele (45,1% az amfetamin használók illetve 41,7% az opiát használók esetében), az egyéb szereket (kokain, mefedron) használóknak pedig 78,6%-a (lásd: 45. Táblázat).

[50] Lásd: 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet

DOI:10.14753/SE.2018.2081

45. Táblázat: Szerváltás az elsődlegesen injektál szerekben a tűcsere kliensei körében – 2011 vége

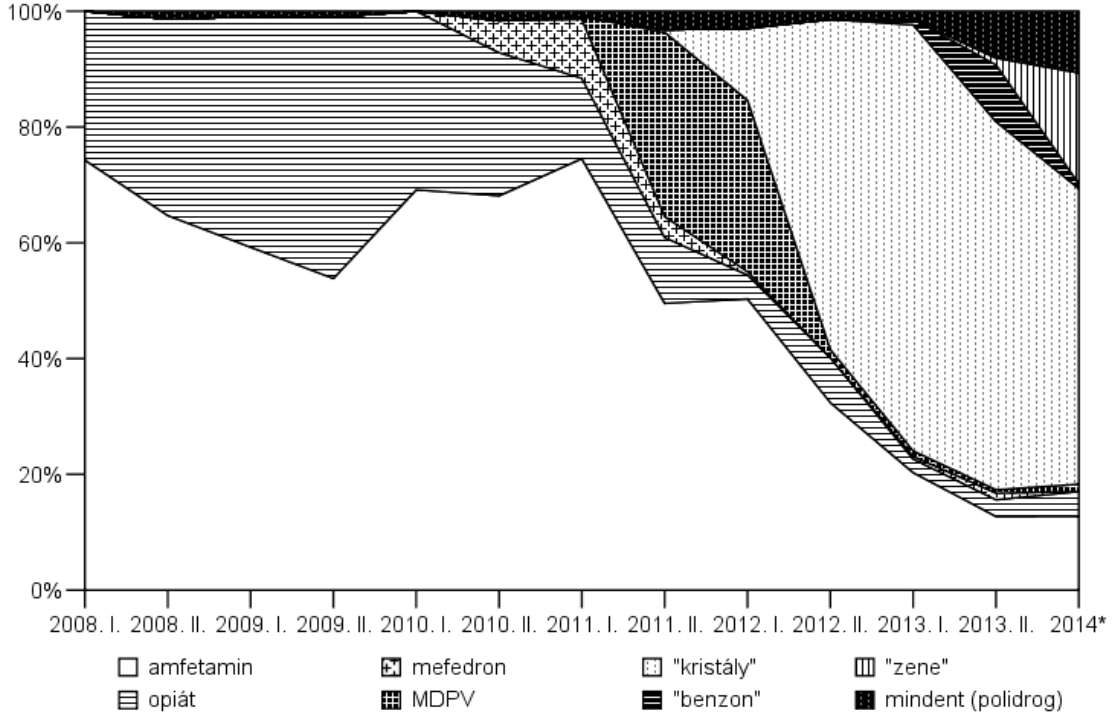
Először rendszeresen injektált szer		A vizsgálatkor aktuálisan injektált szer				Össz.
		amfetamin	MDPV	opiát	egyéb	
amfetamin	N	71	64	4	3	142
	%	50,0%	45,1%	2,8%	2,1%	100,0%
MDPV	N	0	3	0	0	3
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
opiát	N	10	10	4	0	24
	%	41,7%	41,7%	16,7%	0,0%	100,0%
egyéb	N	3	11	0	0	14
	%	21,4%	78,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Össz.	N	84	88	8	3	183
	%	45,9%	48,1%	4,4%	1,6%	100,0%

A szerváltókat és az elsődlegesen injektált szerüket megtartókat összevetve azt találtuk, hogy szerváltók inkább férfiak (khi-négyzet=5,435; p=0,02) és hosszabb intravénás szerhasználói múlttal rendelkezők: az 5 évnél régebb óta injektálók 66,1%-a, az ennél rövidebb ideje injektálók 43,7%-a váltott másik szerre (khi-négyzet: 8,923; p=0,03). Összességében tehát úgy tűnik a kliensek körében a szerváltásban nem játszott igazán szerepet az UPSZ-ek legális státusza, a kvantitatív vizsgálatban megkérdezettek már korábban is, átlagban 8,7 éven keresztül injektáltak kábítószert, a kvalitatív vizsgálatból pedig tudjuk, hogy döntően nem kerestek új forrást a szerváltás miatt – az új szerek egyszerűen olcsóbbak és könnyebben hozzáférhetőek voltak a tűcsere programot látogató kliensek számára, mint a korábban használt szerek (heroin, amfetamin).

Azt a dinamikát, ahogy a kábítószer piac változása hatott a kliensek körében használt szerre, jól szemlélteti az 21. Ábra az új kliensek által a regisztráció során megadott elsődlegesen injektált szerről (az alábbi adatok a tűcsere_adatelemzésből származnak). Míg 2010 előtt viszonylag állandó volt az elsődlegesen injektált szerek struktúrája (körülbelül egy harmad heroint, két harmad amfetamint injektált), addig az UPSZ-ek megjelenése gyökeresen átalakította azt. Az is megfigyelhető, hogy a legális státusszal párhuzamosan egyes szerek eltűnnek, és helyettük új szerek jelennek meg. Miután a mefedron 2011 január 1-én felkerült tiltott szerek listájára, ezután gyakorlatilag el is tűnt a kliensek által megadott szerek közül, viszont megjelent az MDPV, ami 2012

DOI:10.14753/SE.2018.2081

január 1-én került fel a tiltott szerek listájára[51], ezután szintén eltűnt. A 2012-ben megjelenő „kristály” nevű szer a következő időkben minden más szernél nagyobb arányban fordult elő a kliensek körében. Óriási népszerűsége egy nagyon fontos jelenségre mutat rá. Ez a név feltehetőleg a pentedront (β-etil-metkatinon) jelentette eredetileg, de az újabb és újabb szerek megjelenése követhetetlen volt egy idő után, így a kristály elnevezés után már nem is igazán lett új utcai neve az újabb szereknek. A mefedronnál még volt megkülönböztető utcai név („kati”) az MDPV-nél szintén („empé”) bár ez esetben már több variáció is előfordult (pl.: „mp4”), de 2012 második felére már gyakorlatilag minden „kristály” volt. Bár pontos információink nincsenek[52], a kliensek beszámolói alapján az ilyen a néven vásárolt szerek nagyon különböző hatású porokat takartak. Ennek a jelenségnek a hatása az is, hogy 2014-re nagyon megnövekedett azoknak az aránya, akik már a regisztrációkor sem mondtak konkrét szert, hanem elsődlegesen injektált szerrel kapcsolatban csak annyit mondtak, hogy „bármit”, „mindent”, „ami van”.



* 8 hónapos időszak, mert a tűcsere program 2014 augusztusában zárt be

21. Ábra: Elsődlegesen injektált szer az új kliensek körében
2008 január és 2014 augusztus között, fél éves bontásban, N=2596

[51] Lásd: 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet
[52] Kábítószerek bevizsgálására csak a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézetnek (BSZKI) van lehetősége Magyarországon

DOI:10.14753/SE.2018.2081

A regisztrációkor megadott szer és a regisztráció éve között szignifikáns összefüggés van (khi négyzet=1146,964 p=0,000). Ha az évek szerinti bontásban az UPSZ-t egy kategóriaként kezeljük, akkor trend-szerűen látszik, ahogyan egyre nő az ilyen szerek aránya az új regisztrálók körében, az utolsó években már gyakorlatilag az új kliensek háromnegyede valamilyen UPSZ-t injektált elsődlegesen. A hagyományos szereket, amfetamint, és heroint használók aránya ezzel párhuzamosan folyamatosan csökkent, az utolsó két évben amfetamint már csupán a regisztrálók körülbelül hatoda használt, míg heroin (vagy más opiát) használatát mindössze 10-12 új regisztráló jelezte. Emellett – ahogy azt az előzőekben is leírtam – érdemes megjegyezni az UPSZ jelenség kibontakozásával párhuzamosan a konkrét szert már nem említő, bármit/mindent injektáló kliensek arányának folyamatos emelkedését is.

46. Táblázat: A regisztrációkor megadott elsődlegesen injektált szer a regisztráció éve szerinti bontásban

		Elsődlegesen injektált szer				Össz.
		amfetamin	heroin, opiátok	új pszichoaktív szerek	politox. (minden, bármi)	
2006		76	178	0	2	256
		29,7%	69,5%	0,0%	0,8%	100,0%
2007		305	141	0	4	450
		67,8%	31,3%	0,0%	0,9%	100,0%
2008		298	128	0	3	429
		69,5%	29,8%	0,0%	0,7%	100,0%
2009	N	237	178	0	4	419
	%	56,6%	42,5%	0,0%	1,0%	100,0%
2010	N	263	107	10	3	383
	%	68,7%	27,9%	2,6%	0,8%	100,0%
2011	N	270	55	102	9	436
	%	61,9%	12,6%	23,4%	2,1%	100,0%
2012	N	134	17	163	10	324
	%	41,4%	5,2%	50,3%	3,1%	100,0%
2013	N	67	12	299	17	395
	%	17,0%	3,0%	75,7%	4,3%	100,0%
2014	N	30	10	170	25	235
	%	12,8%	4,3%	72,3%	10,6%	100,0%
Össz.	N	1680	826	744	77	3327
	%	50,5%	24,8%	22,4%	2,3%	100,0%

Az új regisztráltakhoz hasonlóan az UPSZ-t injektálók adták a 2014-ben a tűcsere programot felkereső intravénás szerhasználók döntő többségét. Az UPSZ-ek megjelenése előtt domináns amfetamin és heroin használók összesen 13%-t tették ki az aktív klienseknek, míg az UPSZ-t használók alkották közel háromnegyedüket (74,1%). Ez utóbbi csoporton belül az általános „kristály" elnevezésű anyagot használták a legtöbben, de ezek a kliensek adták az összes aktív kliens többségét is (55,7%).

47. Táblázat: Elsődlegesen injektált szer a tűcsere program aktív (év során legalább egy alkalommal megjelenő) kliensei körében 2014-ben

	N	%
amfetamin	147	10,2
heroin/opiát	40	2,8
kristály	805	55,7
zene	223	15,4
benzó	29	2,0
MDPV	15	1,0
minden/politox.	183	12,7
egyéb	4	0,3
Összesen	1446	100,0

A kábítószer piac gyökeres átalakulásával (lásd: 10. Ábra) párhuzamosan a tűcsere programot az UPSZ-ek megjelenése előtt már látogató szerhasználók is átváltottak az új szerekre. Ezt már a 2011-ben végzett kérdőíves felmérés (MDPV_kérdőív) eredményei is megmutatták, azonban 2014-re a szerváltás jelensége sokkal erőteljesebben megmutatkozott. Ha megvizsgáljuk azokat a klienseket, akik 2010-ben vagy korábban regisztráltak a programba, de 2014-ben is aktív kliensek voltak (N=336), akkor azt találjuk (46. Táblázat), hogy 2014-re 72,6%-uk valamilyen UPSZ-t használt, 11,3% pedig már konkrét szert sem adott meg, hanem „bármit" vagy „mindent" használt (ami a gyakorlatban szintén valamilyen UPSZ injektálását jelenti). A regisztrációkor elsődlegesen amfetamint injektálók 14,5%-a maradt eredeti szerénél, míg ugyanez az arány az opiát használók esetében 7,2% volt – ez a két csoport összesen a 336 fő 11,8%-t teszi ki. Ez tehát azt jelenti, hogy azon klienseknek, akik az UPSZ-ek megjelenésének évében vagy azelőtt már intravénás szerhasználó voltak és 2014-ben is felkeresték a tűcsere programot, közel kilenc tizede használt más szert 2014-ben, mint amit regisztráláskor elsődlegesen injektált szerként megadott.

DOI:10.14753/SE.2018.2081

48. Táblázat: A 2010-ben vagy korábban regisztrált kliensek eloszlása a regisztrációkor megadott illetve a 2014-ben használt szer alapján

2014-ben használt szer a forgalmi adatok alapján		Regisztrációkor megadott elsődlegesen injektált szer				Össz.
		amfetamin	heroin, opiátok	új pszichoaktív szer	politox. (minden, bármi)	
amfetamin	N	32	10	0	0	42
	%	14,5%	9,0%	0,0%	0,0%	12,5%
heroin/opiát	N	4	8	0	0	12
	%	1,8%	7,2%	0,0%	0,0%	3,6%
új pszichoaktív szer	N	162	77	1	4	244
	%	73,6%	69,4%	100,0%	100,0%	72,6%
politox. (minden, bármi)	N	22	16	0	0	38
	%	10,0%	14,4%	0,0%	0,0%	11,3%
Össz.	N	220	111	1	4	336
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ha a nemek közötti különbségeket vizsgáljuk a használt szerek szempontjából, akkor a 2014-ben aktív kliensek körében azt találjuk, hogy csak nagyon gyenge összefüggés van a két változó között (p=0,023; phi=0,081), és az eltérés leginkább az UPSZ-en kívüli kategóriákban látszik (heroin, amfetamin és politoxikomán használók körében valamivel magasabb a férfiak aránya, mint a teljes mintában). Az életkor és a szerek közötti összefüggés is hasonlóan alakul, szintén van különbség az egyes korcsoportok között, de a kapcsolat viszonylag gyenge (p=0,029; phi=0,099). Életkor szerint különbség, hogy az amfetamin jellemzőbb 35 év alattiakra, a heroin pedig inkább 25 éves kor felett jellemző, a bármit vagy mindent használók pedig inkább 35 év felettiek, az UPSZ használók körében viszont az összes aktív klienssel gyakorlatilag megegyező a korcsoportok szerinti eloszlás. Az UPSZ-ek tehát dominánssá váltak a teljes intravénás szerhasználó közösségben mindkét nem és minden korcsoport esetében.

DOI:10.14753/SE.2018.2081

49. Táblázat: Elsődlegesen injektált szer a 2014-ben aktív kliensek körében nem szerinti bontásban

		Elsődlegesen injektált szer				Össz.
		amfetamin	heroin/opiát	új pszichoaktív szer	politoxikomán	
férfi	N	114	33	737	137	1021
	%	77,6%	82,5%	68,8%	74,9%	70,8%
nő	N	33	7	335	46	421
	%	22,4%	17,5%	31,2%	25,1%	29,2%
Össz.	N	147	40	1072	183	1442
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

50. Táblázat: Elsődlegesen injektált szer a 2014-ben aktív kliensek körében életkor szerinti bontásban

		Elsődlegesen injektált szer				Össz
		amfetamin	heroin/opiát	új pszichoaktív szer	politoxikomán	
24 vagy fiatalabb	N	39	4	238	28	309
	%	26,5%	10,0%	22,2%	15,3%	21,4%
25-34	N	64	18	422	72	576
	%	43,5%	45,0%	39,4%	39,3%	39,9%
35 vagy idősebb	N	44	18	412	83	557
	%	29,9%	45,0%	38,4%	45,4%	38,6%
Össz	N	147	40	1072	183	1442
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.2. Kockázati magatartások a budapesti intravénás szerhasználók körében

A kockázati magatartások és az injektált szer kapcsolatát egy 2015-ben, HIV és HCV gyorsteszt és tanácsadás kapcsán felvett kérdőívek adatai alapján mutatom be (tanácsadás_adatelemzés). Ahogy azt az 1.5. alfejezetben írtam, kockázati magatartás alatt olyan cselekedeteket értek, amelyek növelik a HIV-vel illetve HCV-vel való megfertőződés esélyét. Mivel az adatok forrása egy olyan beavatkozás, amelynek része volt a résztvevők HIV, szifilisz és HCV szűrése is, így a kockázati magatartások leírását a HCV fertőzöttségi[53] jellemzők bemutatásával kezdem[54]. A résztvevő városok adatait összevetve egyértelműen látszik, hogy Budapesten a legmagasabb a HCV fertőzöttek aránya, itt szignifikánsan magasabb volt a fertőzöttség mindhárom másik városnál (khi négyzet: 28,798; p=0,000), ami a budapesti szerhasználó közösség nagy kitettségét jelzi, és egy intenzívebb kockázati környezet jelenlétére utal. Az egyes adatfelvételi helyszíneket vizsgálva szintén az látszik, hogy a budapesti helyszínek felülreprezentáltak a HCV pozitív eredményű résztvevők körében (khi négyzet: 28,019; p=0,000).

51. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye városok szerinti bontásban az intravénás szerhasználók körében[55]

		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
Budapest	N	25	59	84
	%	29,8%	70,2%	100,0%
Miskolc	N	23	22	45
	%	51,1%	48,9%	100,0%
Pécs	N	12	8	20
	%	60,0%	40,0%	100,0%
Szeged	N	19	2	21
	%	90,5%	9,5%	100,0%
Össz.	N	79	91	170
	%	46,5%	53,5%	100,0%

[53] A vizsgálatban használt gyorstetsztek a szervezetben jelenlévő, a fertőzések hatására termelődő ellenanyagokat mutatják ki. A HCV gyorsteszt esetében ez például azt jelenti, hogy a teszt pozitív eredményt ad akkor is, ha valaki sikeres kezelésen vett részt, vagy a szervezete spontán legyőzte a vírust. Emellett fontos kiemelni, hogy a gyorstesztek eredményét vénából vett vérrel végzett laboratóriumi teszttel is meg kell erősíteni, a diagnózis ezután lesz hivatalos. Mindezen fentartásokat figyelembe kell venni, azonban az egyszerűség kedvéért a továbbiakban itt a fertőzöttség kifejezést fogom használni.

[54] a HIV és a szifilisz prevalenciája a tanácsadáson résztvevők körében nagyon alacsony volt, a gyorsteszt 2 esetben lett pozitív HIV-re és 7 esetben szifiliszre. Az alacsony elemszámok miatt ezek elemzése nem lehetésges, így itt csak a HCV-re vonatkozó adatokat mutatom be.

[55] A gyorsteszt és tanácsadás program célcsoportja az intravnás szerhasználók és a szexmunkások voltak, az itt bemutatott adatokban ez utóbbi csoport nem, csak az intravénás szerhasználók (valaha injektálók) szerepelnek.

DOI:10.14753/SE.2018.2081

52. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye szervezetek szerinti bontásban az intravénás szerhasználók körében

		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
Alternatíva Alapítvány - Budapest	N	12	24	36
	%	11,7%	25,5%	18,3%
Artéra Alapítvány - Budapest	N	7	13	20
	%	6,8%	13,8%	10,2%
Baptista Szeretetszolgálat - Budapest	N	14	23	37
	%	13,6%	24,5%	18,8%
Drogambulancia Alapítvány - Miskolc	N	12	11	23
	%	11,7%	11,7%	11,7%
Laurus Egyesület - Miskolc	N	14	11	25
	%	13,6%	11,7%	12,7%
Indit Közalapítvány - Pécs	N	18	8	26
	%	17,5%	8,5%	13,2%
Dr Farkasinszky Terézia Drogc. - Szeged	N	26	4	30
	%	25,2%	4,3%	15,2%
Össz.	N	103	94	197
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Az eredmények alapján a helyszínen kívül HCV szempontjából kockázatnak tűnik az intravénás szerhasználat is. A pozitív HCV teszt eredménnyel rendelkezők közében felülreprezentáltak azok, akik valaha életükben használtak már szert injektálva (khi négyzet: 16,804; p=0,000). Összehasonlításképpen a tanácsadás másik célcsoportjára, a szexmunkásokra ugyanez az összefüggés nem igaz (khi négyzet: 0,029; p=0,505). Ha csak a budapesti résztvevőket nézzük, akkor is ugyanezt találjuk, HCV szempontjából az intravénás szerhasználat kockázatot jelent (khi négyzet: 12,414; p=0,001), míg a szexmunkában való részvétel nem mutat ilyen összefüggést (khi négyzet: 0,918; p=0,241).

DOI:10.14753/SE.2018.2081

53. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye intravénás szerhasználat szerinti bontásban

Használt-e intravénásan szert valaha		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
igen	N	79	91	170
	%	76,7%	96,8%	86,3%
nem	N	24	3	27
	%	23,3%	3,2%	13,7%
Össz.	N	103	94	197
	%	100,0%	100,0%	100,0%

54. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye szexmunkában való részvétel. szerinti bontásban

Dolgozott-e szexmunkás-ként valaha		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
igen	N	19	17	36
	%	19,0%	20,0%	19,5%
nem	N	81	68	149
	%	81,0%	80,0%	80,5%
Össz.	N	100	85	185
	%	100,0%	100,0%	100,0%

55. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye intravénás szerhasználat szerinti bontásban - Budapest

Használt-e intravénásan szert valaha		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
igen	N	25	59	84
	%	75,8%	98,3%	90,3%
nem	N	8	1	9
	%	24,2%	1,7%	9,7%
Össz.	N	33	60	93
	%	100,0%	100,0%	100,0%

56. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye szexmunkában való részvétel. szerinti bontásban - Budapest

Dolgozott-e szexmunkás-ként valaha		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
igen	N	10	12	22
	%	33,3%	23,5%	27,2%
nem	N	20	39	59
	%	66,7%	76,5%	72,8%
Össz.	N	30	51	81
	%	100,0%	100,0%	100,0%

A gyorsteszt és tanácsadás adatai alapján az UPSZ használat önmagában kockázati tényezőt jelent a HCV fertőzöttség szempontjából, az ilyen szereket injektálók körében jóval magasabb volt a HCV pozitív tesztek aránya, mint a más (hagyományos) szereket használók körében (khi négyzet: 8,750; p=0,003). Ha csak a budapesti adatokat nézzük, akkor az UPSZ injektálók körében még magasabb fertőzöttséget találunk, 79,7%-t, ami sokkal magasabb, mint a hagyományos szereket injektálók körében (khi négyzet: 6,789; p=0,014), bár ez utóbbi kategória esetében viszonylag alacsony az elemszám.

DOI:10.14753/SE.2018.2081

57. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye használt szer jellege szerinti bontásban – teljes minta

		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
UPSZ	N	36	72	108
	%	33,3%	66,7%	100,0%
hagyományos szerek	N	20	12	32
	%	62,5%	37,5%	100,0%
Össz.	N	56	84	140
	%	40,0%	60,0%	100,0%

58. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye használt szer jellege szerinti bontásban – Budapest

		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
UPSZ	N	13	51	64
	%	20,3%	79,7%	100,0%
hagyományos szerek	N	8	7	15
	%	53,3%	46,7%	100,0%
Össz.	N	21	58	79
	%	26,6%	73,4%	100,0%

A kérdőívben volt arra vonatkozó kérdés is, hogy átlagosan hányszor használtak egy injektort az elmúlt 30 nap folyamán. Az eredmények alapján a megkérdezettek kisebbsége, valamivel kevesebb, mint negyedük mondta azt, hogy – a kockázatok minimalizálásához szükséges – egy alkalommal használta átlagosan az injektorait az elmúlt hónap során. A mintában szereplő intravénás szerhasználók átlagosan 2,6 alkalommal használnak egy fecskendőt, és harmaduk háromszor vagy annál is többször használ egy injektort, ami mindenképpen egészségügyi kockázatot jelent (a közös használatot nem számítva is fertőzések kockázatának teszik ki magukat, az egyszer használatos tűk pedig tompákká válnak a többszöri használattal, így sokkal jobban károsítják az ereket).

59. Táblázat: Egy injektor átlagos használata az elmúlt 30 nap során – Budapest

	N	%
1-szer használja	19	23,5
2-szer használja	33	40,7
3-szor használja	12	14,8
4-szer vagy annál többször	17	21,0
Össz.	81	100,0

N	81
Átlag	2,59
Medián	2,00
Módusz	2
Std. Szórás	1,794
Minimum	1
Maximum	12

Ha az emberek számát nézzük, akikkel bármilyen módon használt közösen valamilyen injektáláshoz használt eszközt, akkor azt láthatjuk, hogy a válaszadók háromnegyede (74%) megosztott valamilyen felszerelést másokkal, ami a vér útján terjedő fertőzések szempontjából a legerősebb kockázati magatartásnak tekinthető. A többségük (37,7%) csak egy emberrel tette ezt, ugyanakkor a válaszadók valamivel több, mint ötöde (22,1%) három, vagy annál több emberrel használt közösen injektáló felszerelést.

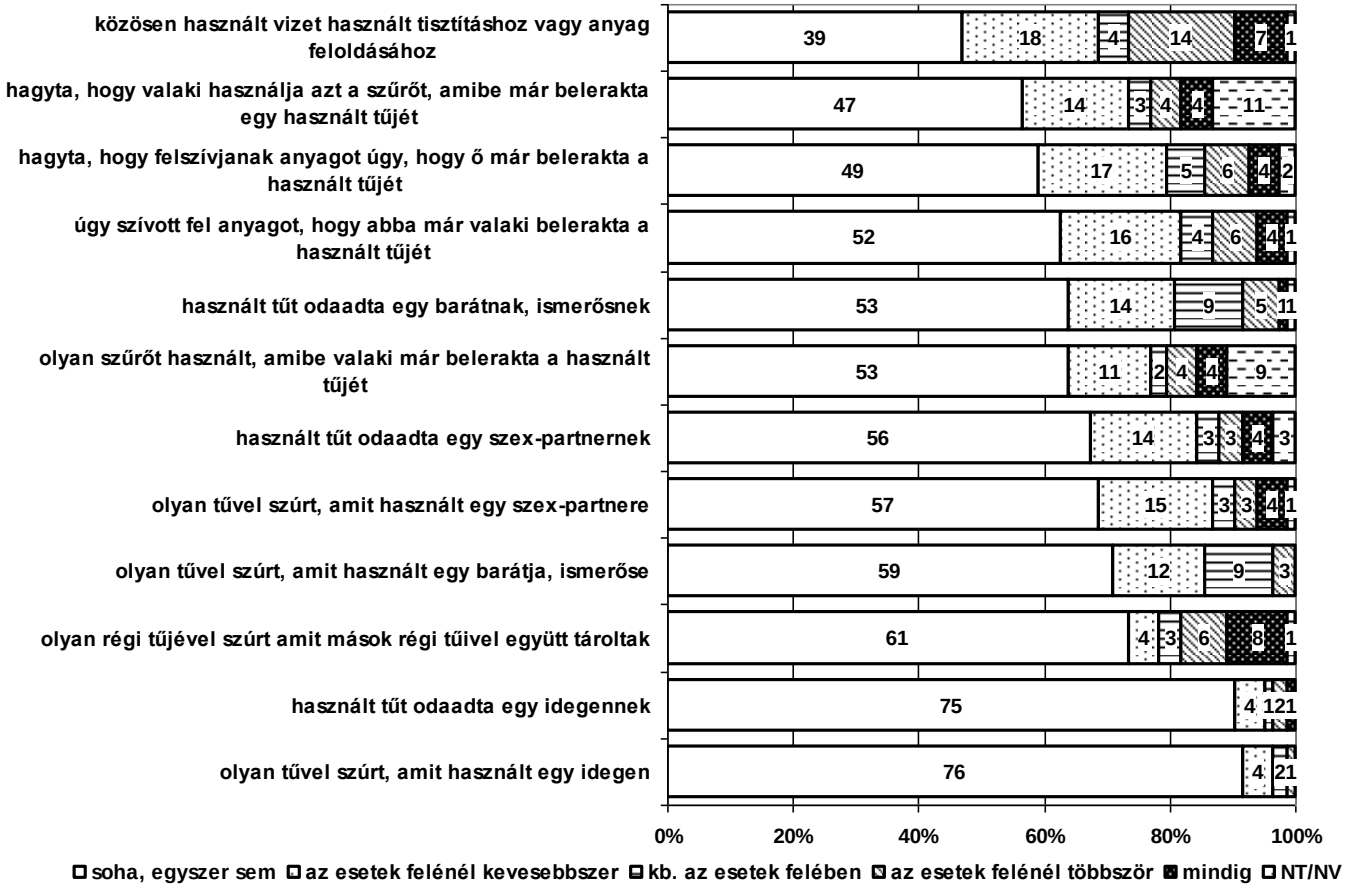
60. Táblázat: Azon emberek száma, akikkel az elmúlt 30 nap során megosztott bármilyen injektáláshoz használt eszközt – Budapest

	N	%
eggyel sem	20	26,0
1 emberrel	29	37,7
2 emberrel	11	14,3
3 vagy annál több emberrel	17	22,1
Össz.	77	100,0

N	57
Átlag	2,28
Medián	1,00
Módusz	1
Std. Szórás	1,998
Minimum	1
Maximum	10

A tanácsadás során használt kérdőívben összesen 12 féle eszközmegosztásra kérdeztünk rá, ezek láthatóak a következő ábrán (22. Ábra). A válaszok alapján azok a kockázati magatartások fordultak elő leggyakrabban, amik a szerhasználat közösségi jellegére utalnak (azaz, amikor közösen oldják fel a megvásárolt szert, és azt közösen injektálják). A legjellemzőbb kockázati magatartás a közös víz használata – amely a fertőzések átadása szempontjából nagy kockázatot tud jelenteni, hiszen ha egy HCV fertőzött egy már használt tűjével a közös edényből szívja fel a vizet, úgy gyakorlatilag a víz minden jelenlévő és további használója megfertőződhet.

DOI:10.14753/SE.2018.2081



22. Ábra: Kockázati magatartások a budapesti intravénás szerhasználók körében (N=83)

A közösségi injektálásra utalnak a további, legjellemzőbben előforduló kockázati magatartások. Az anyag felszívása úgy, hogy abba már a megkérdezett vagy más belerakta a használt tűjét, illetve a szűrő közös használata azért szerepelhet a lista elején, mert – a kliensek, illetve a tanácsadásban résztvevők beszámolói alapján – az anyag feloldása és elosztása úgy zajlik, hogy a közösen vásárolt szert feloldják (ha műanyag tasakban vásárolták, akkor nem is szedik ki, hanem abban oldják fel), majd azt valaki felszívja egy injektorba, ahonnan egyenlő arányban szétosztják egymás között.

A szerhasználat közösségi jellegét mutatja az is, hogy a lista legalján szerepelnek azok a kockázati magatartások, amelyekben az injektor idegenekkel való megosztása szerepel. Bár a logika lehetne az is, hogy inkább egy idegennek adom oda az injektoromat, mint hogy egy szex-partneremet vagy egy barátomat fertőzzem meg, az idegenekkel való eszközmegosztás alacsony aránya arra utalhat, hogy itt inkább a szerhasználat intim, bizalmi jellege dominálhat. Ezen kívül azt sem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy az is

szerepet játszhat ebben az eredményben, hogy a közösségen belüli kapcsolatok olyan sűrűek, hogy jellemzően nem, vagy csak nagyon ritkán kerülnek kapcsolatba teljesen ismeretlen emberekkel (lásd mefedron_kavlitatív vizsgálat eredményeit a 4.1. fejezetben).

A budapesti válaszadók körében a döntő többség (77,1%) esetében valamilyen eszközmegosztás előfordult az elmúlt 30 nap során, a legtöbben 2 kockázati magatartás-típusról számoltak be, de átlagosan a felsorolt eszközmegosztások közül 4,5-t említettek. Ez alapján az injektáláshoz szükséges eszközök megosztása nagyon elterjedt, így valószínűleg az intravénás szerhasználóknál ez megszokott, mindennapi gyakorlat az injektálás során. Az előforduló kockázati magatartások száma a teljes mintában szignifikáns összefüggést mutat a HCV fertőzöttséggel (khi négyzet: 12,844; p=0,005). A budapesti válaszadókra szűkítve (lásd: 61. Táblázat) a kapcsolat a két változó között már nem látszik ilyen erősnek (khi négyzet: 5,006; p=0,082), azonban a mintában annyira magas a HCV fertőzöttek aránya, hogy a negatív eredményűek körében a bontás már nagyon alacsony elemszámokat produkál.

61. Táblázat: Előforduló kockázati magatartások száma az elmúlt 30 napban – Budapest

	N	%
egy sem	19	22,9
1-2	23	27,7
3-6	21	25,3
7 vagy annál több	20	24,1
Össz.	83	100,0

N	64
Átlag	4,52
Medián	4,00
Módusz	2,00
Std. Szórás	2,83959
Minimum	1
Maximum	12

62. Táblázat: HCV gyorsteszt eredménye a kockázati magatartások száma szerinti bontásban – Budapest

		HCV gyorsteszt eredménye		Össz.
		negatív	pozitív	
egy sem	N	7	12	19
	%	36,8%	63,2%	100,0%
1-2	N	9	14	23
	%	39,1%	60,9%	100,0%
3 vagy annál több	N	6	32	38
	%	15,8%	84,2%	100,0%
Össz.	N	22	58	80
	%	27,5%	72,5%	100,0%

4.3. Kockázati magatartást befolyásoló strukturális tényezők változása

Ahogy azt a célkitűzéseknél leírtam, a kockázati környezet elemeinek definiálásával (lásd: 1.5. alfejezet) a szerhasználathoz kapcsolódó ártalmakat befolyásoló strukturális tényezőket operacionalizáltam, a kockázati környezetben 2010-2015 között bekövetkezett változások bemutatásával pedig ezen strukturális tényezők rendszerének alakulását szeretném bemutatni. A kockázati környezet operacionalizált elemei és a leírásuknál felhasznált adatok, irodalmak részletes összefoglaló listája a mellékletben, a 11.6. alfejezetben található, a következőkben e mentén haladva mutatom be azon környezet típusok és szintek jellemzőit, amelyeket a saját vizsgálatokból származó adatokkal szemléltetek a vizsgált időszakra vonatkozóan (a nem saját adatokkal illusztrált strukturális tényezők leírásai a bevezetés 1.5. alfejezeteiben találhatóak).

4.3.1. A fizikai környezet makro szintje

A kockázati környezet ezen elemét a kábítószer-piac 2010-2015 közötti alakulásaként operacionalizáltam, az ide vonatkozó saját eredmények a 4.1 alfejezetben találhatóak.

4.3.2. A társadalmi környezet mikro szintje

A társadalmi környezet mikro szintjét a társas közösségben uralkodó normák, attitűdök jelenítik meg. Ezt itt a szerváltás jelenségét vizsgáló kvalitatív kutatás (mefedron_interjú) eredményein illetve a HIV és HCV szűrés és tanácsadás program során használt kockázati magatartásokat felmérő kérdőív eredményein (tanácsadás_adatelemzés) keresztül mutatom be.

Ahogy a szerváltás kapcsán a kvalitatív vizsgálat eredményeinél (4.1. fejezet) már volt erről szó, az intravénás szehasználó közösség jellegét jól illusztrálja, hogy tagjainak szinte kizárólag intravénás szerhasználó kapcsolatai vannak, és a szerhasználat is jellemzően másokkal együtt történik (a szerváltás, az UPSZ kipróbálása is általában

társaságban, más intravénás szerhasználókkal együtt zajlott). A szerhasználó közösség kiterjedtségével kapcsolatban itt utalnék vissza a tűcsere program kliensadataiból (tűcsere_adatelemzés) a programot látogatók életkorára, miszerint a legfiatalabb kliens 15 éves, a legidősebb 74 éves volt – egész családok, szülők, nagyszülők, testvérek, gyerekek jártak együtt a tűcsere programba steril eszközökért, azaz itt egy többgenerációs szerhasználó közösségről beszélhetünk.

A szerhasználó közösség szinte kizárólagos jellegét mutatja az is, hogy a mefedron_interjú résztvevői által elmondottak alapján a mefedronhasználók ugyanannak az injekciós populációnak a tagjai maradtak, legfeljebb megnövekedtek a társas tevékenységeik, de szintén e populáció tagjaival, amely ugyanúgy a Középső-Józsefvárosban, ugyanazokon a színtereken élt, mint a heroin- vagy az amfetaminhasználó injekciós szerhasználók a szerváltást megelőzően. Ugyanakkor a beszerzési forrás is ugyanitt volt, a korábbi – heroin és amfetamin – dílerek az esetek többségében nem változtak, a mefedront is tőlük szerezték be, akik sok esetben nem egy térben elkülönülő társaságot alkottak, hanem maguk is a közösség tagjai voltak.

A közösségben uralkodó értékrenddel kapcsolatban érdemes kiemelni, hogy az interjúk alapján a szerhasználó közösségben belüli hierarchiában meghatározó, hogy ki milyen szert használ, a mefedronra váltás narratívájában pozitívumként jelent meg, hogy a heroinhasználóból mefedronhasználóvá válik valaki: *„A heroinisták büdösek”*, *„befordulsz, nem érdekel semmi”* (a herointól), viszont a mefedrontól *„tisztán gondolkodom”* (céltudatosabban), *„másképp látom az embereket”* (jobb színben). Ez a pozitívum illetve az élvezeti narratíva tulajdonképpen ellensúlyozta a kockázati narratívát, a szerhasználat negatív következményeit jellemzően csak külön kérdésre mondták el, azok teljesen külön narratívaként jelentek meg az interjúkban. Habár a vér útján tejredő betegségek szempontjából az új szerek mindenképpen nagyobb kockázatot jelentenek (mert a napi injektálások száma a mefedront használók körében – és később a többi UPSZ esetében is a – akár a napi 10-15 alkalmat is elérte, míg a hagyományos szerek esetében jellemzően napi 1-3 injektálás volt a jellemző), a megnövekedett kockázat szempontként nem jelent meg egyik interjúban sem. A mefedron kipróbálásával kapcsolatban elmondott történetekben visszatérő elem, hogy a mefedront már használók rávették a többieket a mefedron kipróbálására, sőt esetenként

megtévesztéssel is, azaz úgy injektálták be egy-egy társuknak a mefedront, hogy az más szerre (amfetamin, heroin) számított. Ez egyrészt a közösség nyomását is illusztrálja, másrészt valamennyire utal az (egészségügyi) kockázatok megítélésére is, hiszen elfogadhatónak, „viccesnek" tartották, ha valakinek teljesen felkészületlenül egy teljesen új anyagot injektálnak. Bár részletekben menően nem lehet az interjúk alapján a kockázatokkal kapcsolatos attitűdöket feltérképezni, annyi állítható a példák alapján, hogy a kockázatok speciális hierarchiája érvényes a vizsgált közösségben, az adott szerhez kapcsolódó státusz (amfetamin>heroin, mefedron>heroin később amfetamin>kristály, stb.) fontosabb lehet, mint az adott szerhez kapcsolódó egészségügyi kockázatok, vagy a kapcsolódó elvonási tünetek.

A kockázati magatartásokkal kapcsolatban végzett vizsgálat (tanácsadás_adatelemzés) eszközmegosztásra vonatkozó adatai alapján szintén úgy tűnik, hogy a szerhasználat sokszor társaságban zajlik. A válaszadók körében az eszközmegosztás nagyon elterjedt (több, mint háromnegyedük megosztott valamilyen eszközt az elmúlt 30 nap folyamán), ami arra utal, hogy ez megszokott, elfogadott viselkedésmód a közösségben (a vonatkozó eredményeket lásd részletesen: 4.2. fejezet).

Szintén a társadalmi környezet mikro szintjéhez tartozó operacionalizált jellemző a tűcsere program lefedettségének változása kerületi szinten. Ezt a tűcsere_adatelemzés felhasználásával mutatom be. A Kék Pont tűcsere programja az ország egyik legnagyobb forgalmú programja volt, amely egy jelentős helyi intravénás szerhasználó populációt szolgált ki. A lefedettség bemutatására viszonyszámként a bevezetőben már használt WHO indikátort számítottam ki[56], a programban adott évben kiosztott steril injektorok és az adott évben a programot látogató kliensek számát figyelembe véve. A 61. Táblázat adatai alapján jól látszik, hogy az egy kliensre jutó steril injektor számában 2010-ben illetve 2012-14 között volt visszaesés. A 2010-es visszaesésben két tényező játszott szerepet, egyrészt a források szűkössége miatt az év első felében csak olcsóbb, kevésbé jó minőségű fecskendőt tudott vásárolni az alapítvány, másrészt az önkormányzat egy 2009 decemberi, 8. kerületi intravénás szerhasználati színtérről szóló sajtótájékoztató miatt egyeztetést kezdeményezett az alapítvánnyal, amelyben a

[56] Részleteket lásd: 1.3. alfejezet, p. 16.

program megmaradásának feltételeként az eszközkiadás korlátozását szabta meg (a tűcsere programban érvényes szabályokkal kapcsolatban lásd részletesebben a szabályozási környezetről szóló 4.3.5. alfejezetet). Ezen két tényező miatti csökkenés után csak az év második felére sikerült a forgalomban a korábbi szintet elérni.

63. Táblázat: A Kék Pont tűcsere programjának forgalmi adatai 2008-2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
kiosztott tűk száma	105526	145294	136207	222164	122902	161909	112898
aktív kliensek száma	833	1128	1332	1260	1188	2085	1529
kontaktszám	11200	14340	12303	16039	10863	20789	14004
kontakt/kliens	13,45	12,71	9,24	12,73	9,14	9,97	9,16
tű/kliens (WHO indikátor)	126,68	128,81	102,26	176,32	103,45	77,65	73,84

A 2012-2014 közötti időszakban szintén csökkent a programban egy kliensre jutó steril injektor száma, amelyben szintén az anyagi és a politikai tényezők játszottak szerepet.

4.3.5. A gazdasági környezet mikro szintje

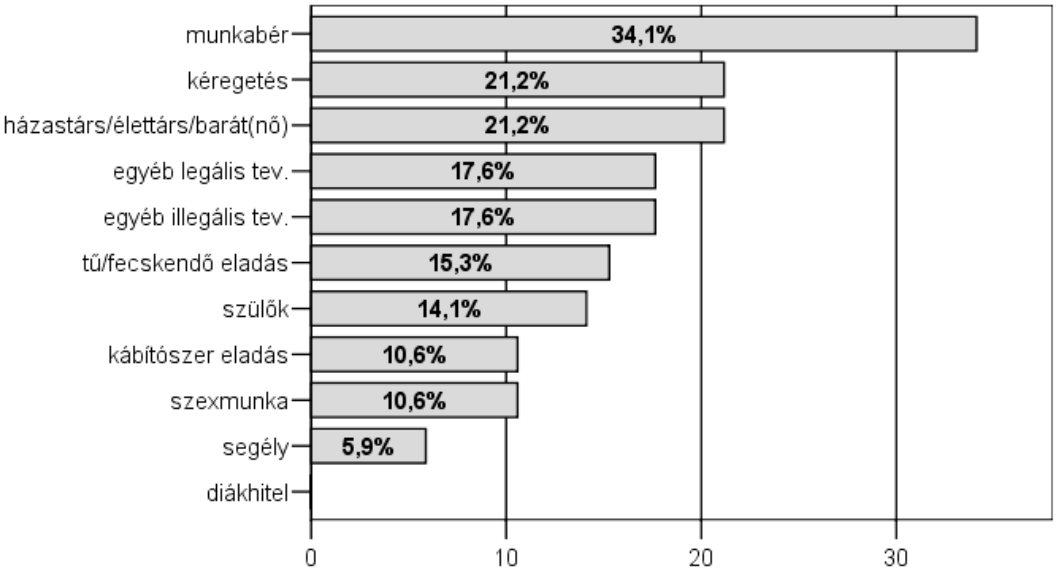
Ahogy azt a kockázati környezet egyes elemeinél meghatároztam (lásd 1.5. fejezet), a gazdasági környezet mikro szintjét az elemzésben a tűcsere program klienseinek iskolai végzettségével, jövedelmi viszonyaival illetve munkaerőpiaci pozíciójával mutatom be, néhány, helyi intravénás közösségben végzett vizsgálaton keresztül, amelyekben szerepeltek a legmagasabb iskolai végzettséggel, illetve jövedelemforrásokkal kapcsolatos kérdések. Itt csak a saját vizsgálat eredményeit mutatom be, amely a vizsgált időszak végére vonatkozóan ad információt. A felhasznált adatforrás a tanácsadás_adatelemzés.

A HIV és HCV szűrés és tanácsadás adatai (módszertant lásd: 3. fejezet) szerint a mintában a válaszadók valamivel több, mint fele (51,8%) rendelkezett 8 általános vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel, míg összességében közel kétharmad (62,4%) volt azoknak az aránya, akik nem rendelkeztek középfokú végzettséggel. A kérdőívben szerepelt kérdés azzal kapcsolatban is, hogy az elmúlt 30 nap folyamán milyen

jövedelemforrásai voltak a megkérdezetteknek. Ez alapján (lásd: 23. Ábra) szintén rossz munkaerőpiaci pozíció rajzolódik ki: bár a munkabér volt a legmagasabb arányban szereplő válasz, mindössze harmaduknak (34,1%) volt bevétele valamilyen munkabérből. Ezzel együtt mindössze 5,9% jelezte, hogy kapott valamilyen segélyt az elmúlt hónap során, ennél sokkal gyakrabban előforduló válasz volt a bevételi forrásoknál a kéregetés, a házastárs/élettárs/barát(nő)-től kapott támogatás és az egyéb (felsorolásban nem szereplő) legális vagy illegális tevékenység. A segélyt kapók alacsony aránya arra is utal, hogy a szociális ellátórendszer sem képes nagy arányban elérni ezeket az embereket.

64. Táblázat: Legmagasabb iskolai végzettség a budapesti intravénás szerhasználók körében, N=85 (Csák 2015)

	N	%
8 általánosnál kevesebb	9	10,6
8 általános	35	41,2
befejezetlen középiskola	9	10,6
szakma (középfokú)	19	22,4
érettségi	10	11,8
főiskola, egyetem	3	3,5
Össz.	85	100,0



23. Ábra: Jövedelemforrások a budapesti intravénás szerhasználók körében az elmúlt 30 napban, N=85 (Csák 2015)

4.3.7. A szabályozási környezet mikro szintje

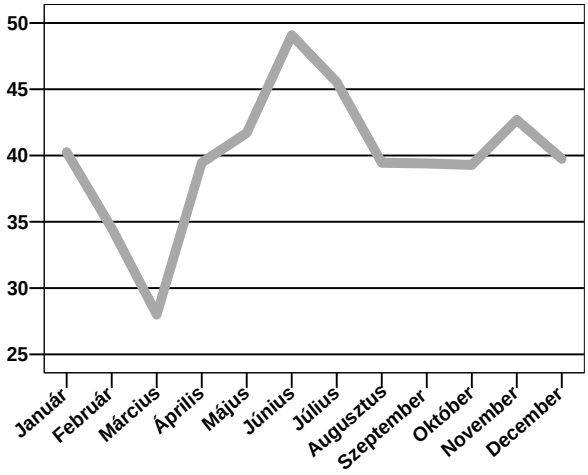
A következőkben a szabályozási környezet mikro szintjét a Kék Pont Alapítvány tűcsere programjában az injektorok kiadására vonatkozó szabályokkal (mint lokális szabályozás) és azok változásával mutatom be a program kliens és forgalmi adatainak (módszertant lásd: 3.1. alfejezet) felhasználásával. A szabályok változásának pontos ismertetéséhez a szakmai beszámolókhoz készített éves elemzéseket[57] is használtam. A program indulásától az injektorok kiadására vonatkozó szabály az volt, hogy minden regisztrált kliens naponta egyszer elvihetett 5 steril injektort. Ezen felül, ha visszahozott használt fecskendőt akkor ezeket korlátlan mennyiségben becserélte a program steril injektorra (azaz, ha valaki visszahozott 10 használt tűt, akkor összesen 15 steril tűt vihetett el).

A becserélés szabályain először 2010 elején változtatott a program. 2010-es visszaesésben két tényező játszott közre. Egyrészt korlátozni kellett a kliensenként kiadható injektorok számát, 5 db helyett csak 2 db injektort kaphatott egy kliens, ha nem hozott vissza fecskendőt. Ennek oka az volt, hogy a helyi önkormányzat az előző év végén tartott „Narkógettó" sajtótájékoztató[58] után egyeztetést kezdeményezett az alapítvánnyal, amelyben a program megmaradásának feltétele az eszközök kiadásának korlátozása volt. Emellett a források szűkössége miatt az év első felében csak rosszabb minőségű injektort tudott vásárolni az alapítvány, amely a kliensek egy része számára nem volt megfelelő, így kevesebben jöttek, illetve kevesebb használt fecskendőt cseréltek be (hiszen csak „rossz" injektort tudtak kapni érte). Ez a két tényező összességében jelentősen visszavetette a program forgalmát. Az év második felére azonban sikerült a korábbi szintre visszahozni a program forgalmát. Egyrészt az év második felében már jó minőségű injektorokat tudott beszerezni a program, másrészt a kiadható injektorokra vonatkozó szabályokon fokozatosan enyhíteni lehetett a programban, mert az önkormányzattal való tárgyalások folyamán sikerült jobb alkut kötni (utcai drogszemét begyűjtésében aktív szerepet vállalt az alapítvány, a kerületi

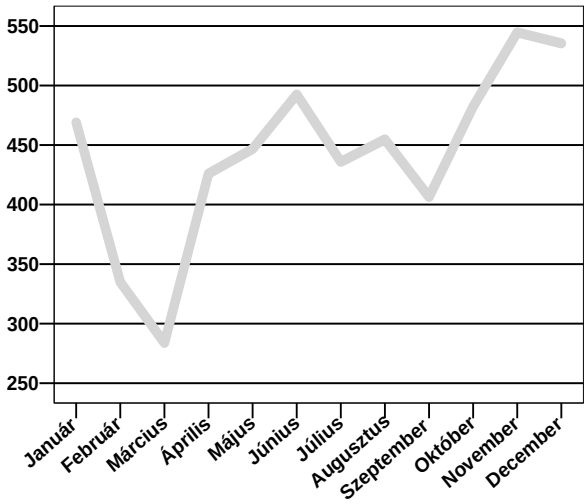
[57] Az itt felhasznált szakmai beszámolókhoz az adatelemzést a tűcsere program munkatársaként a szerző készítette. A szakmai beszámolók a Kék Pont Alapítvány honlapján elérhetőek: http://kekpont.hu/kozhasznusag/

[58] 2009-ben a nemzetközi AIDS világnapon tartott sajtótájékoztatót az alapítvány a tűcsere programban tapasztalt helyzetről. Lásd bővebben például: http://drogriporter.hu/narkogetto

közterület fenntartóknak szóló képzésekkel, és az általuk begyűjtött drogszemét megsemmisítésének vállalásával valamint az alapítvány vállalta a rejtett szerhasználó tereken végzett drogszemét begyűjtését).



24. Ábra: Átlagos napi kliensszám, havi bontás, 2010



25. Ábra: Elvitt injektorok átlagos napi száma, havi bontás, 2010

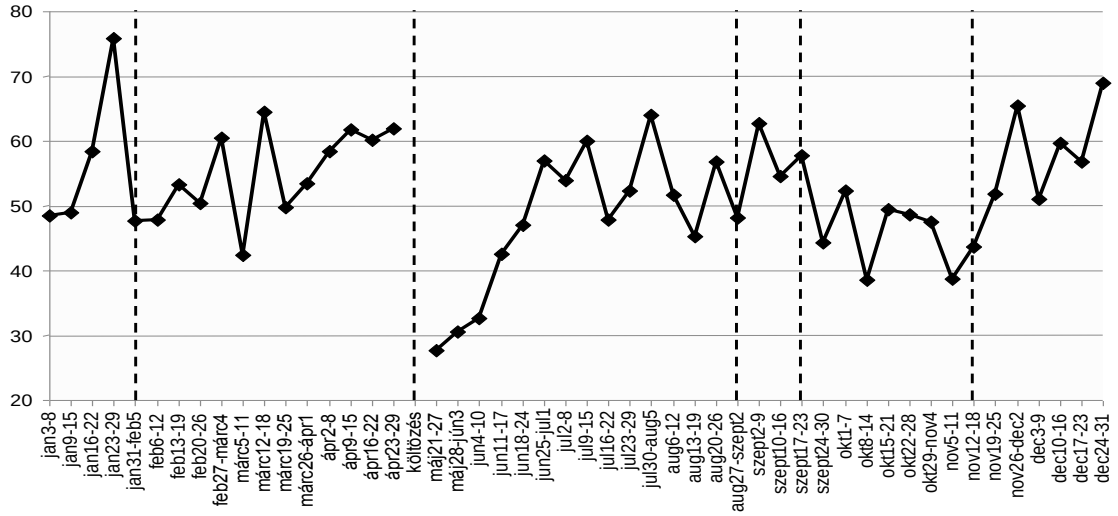
Ezután 2012-ben kellett újból változtatni a programban érvényes szabályokon, amelyet a gazdasági környezetnél (lásd: 1.5.5. alfejezet) leírt forráscsökkenés tette szükségessé. A 2012-es beszámolóban részletesen leírták a tűcserére vonatkozó szabályok változását:

> *„- februártól: 5 emberrel kevesebb a team létszáma, így **megszűnt a hétvégi nyitvatartás**. Az eszközvásárlásra rendelkezésre álló pénz csökkenése miatt februártól kezdve **nem adtuk ki előre az eszközöket zárvatartási napokra** (korábban a kliensek a szünnap/ünnepnap előtti ügyeleti napon elvihették a kimaradó napra vagy napokra járó injektorokat és eszközöket);*
>
> *- április-május: 3 hétig zárva volt a program költözés, illetve az új helyiség felújítása miatt;*
>
> *- augusztus 29-től: a kliensek korábban csere nélkül 5 injektort vihettek el, efölött korlátlan mennyiségben becserélhették a használt injektorokat sterilekre (azaz mindenki annyi tűt cserélhetett, amennyit visszahozott) – ezt a lehetőségek szűkülése miatt kénytelenek voltunk megszűntetni, alapból 5 injektor járt ezután is, de **becserélhető használt eszközök számát 5-re korlátoztuk** (természetesen ennél többet is visszahozhattak, azok megsemmisítéséről továbbra is gondoskodott a program, de maximálisan 5 darab tűt kaphattak cserébe);*
>
> *- szeptember 20-tól: további korlátozásokat voltunk kénytelenek bevezetni, ettől a naptól **2 injektor járt alapból** a klienseknek, ha hoztak vissza használt tűket, akkor ezen felül még **1 darab steril injektort tudtunk becserélni**;*

DOI:10.14753/SE.2018.2081

- november 13-tól: a forgalmi adatokat és a rendelkezésre álló injektorok számát folyamatosan figyelemmel kísértük, így további számítások után arra jutottunk, hogy lazíthatunk valamelyest a korábbi korlátozásokon, ettől a naptól ***3 injektor jár alapból és maximálisan 2 használt tű becserélhető*** *(a programban jelenleg [2013 év eleje] is ez a szabály van érvényben).”*

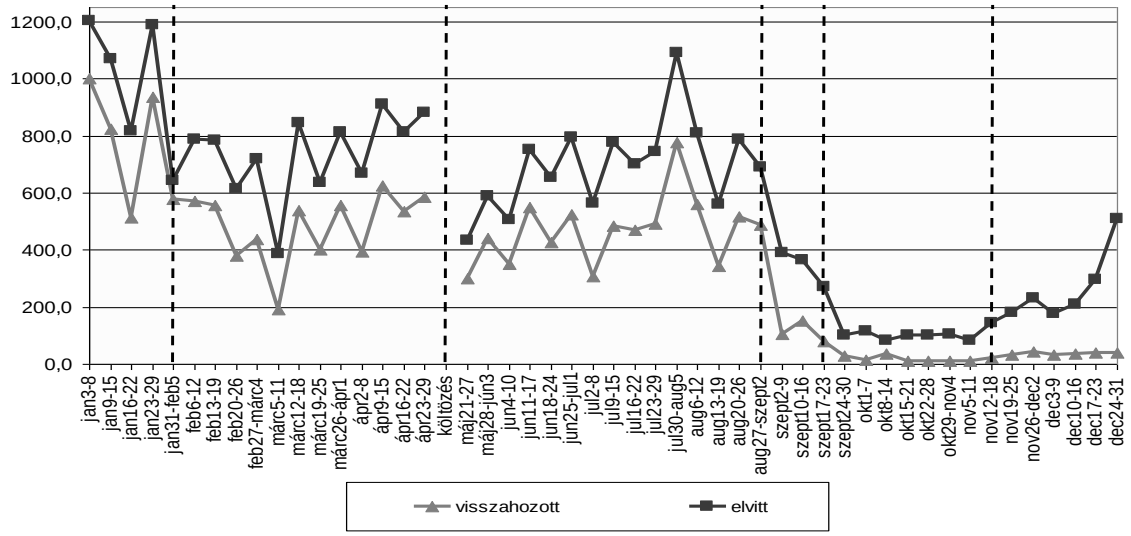
Ha az átlagos napi kliensszámot illetve az elvitt és visszahozott fecskendők számát nézzük az év folyamán, akkor jól látszik, hogy milyen hatása volt a felsorolt korlátozásoknak. Az első korlátozás bevezetése után drasztikusan lecsökkent a kiadott tűk száma, azonban a forgalom és a készletek folyamatos monitorozása alapján további korlátozásokat vezettek be, mert a rendelkezésre álló raktárkészlet hetek alatt elfogyott volna, ha továbbra is a korábbi szabályrendszer marad érvényben. A nyitvatartási napok februári csökkentése az átlagos napi kliensszámon is meglátszott, néhány hét alatt azonban a forgalom visszatért a korábbi átlagosan napi 50-60 kliensre. A következő változás, a program költözése természetesen a forgalom csökkenésével járt, hiszen egyrészt három hétig zárva volt a program, másrészt a klienseknek meg kellett találnia az új helyet – ezzel együtt június végére sikerült nagyjából a régi helyszínen megszokott átlagos napi kliensszámot elérni. A nyár végére viszont egyértelmű lett, hogy a rendelkezésre álló források csökkenése miatt a program nem tudja biztosítani a szükséges mennyiséget steril eszközökből, így újból csökkentették a kiadható injektorok számát.



26. Ábra: Átlagos napi kliensszám, heti bontás, 2012[59]

[59] Az ábrán a szaggatott vonalak jelzik az egyes változások bevezetésének időpontját.

DOI:10.14753/SE.2018.2081



27. Ábra: Elvitt és visszahozott injektorok átlagos napi száma, heti bontás, 2012[60]

A következő lépésben bevezetett korlátozás (alap 2 db injektor és maximum 1 db cseréje) után a korábban átlagosan visszahozott napi 4-500 használt injektor helyett már csak naponta átlagosan 9-10 db használt tűt hoztak vissza a kliensek. Ez a korlátozás már olyan szinten csökkentette a steril eszközökhöz való hozzáférést, hogy az a kliensek átlagos számára is hatással volt: a szeptember 20. és november 13. közötti időszak átlagos napi kliensszámát megnézve egy lassan csökkenő tendencia látszik, az intravénás szerhasználók számára a napi 2 steril injektor nem nyújtott elegendő vonzerőt ahhoz, hogy felkeressék a programot. Novemberben lehetségessé vált a szabályok enyhítése, ami után a kliensforgalom növekedni kezdett, és napi átlagos kliensszám decemberben már a költözési előtti szinten volt.

2013-ban újból változtak a kiadható és becserélhető fecskendőkre vonatkozó szabályok a tűcsere programban. A legnagyobb forgalmú tűcserék számára egyedi támogatás keretében biztosított steril fecskendők lehetőséget adtak a szabályok enyhítésére. A 2013-as beszámolóból idézve a következő változások léptek életbe:

> *„- Az év elején a tavalyi szabályokkal folytattuk a munkát:* ***kliensenként 3 injektor*** *járt alapból, amely felett még fejenként maximálisan* ***2 db használt fecskendőt tudtunk becserélni*** *steril injektorra – így fejenként legfeljebb 5 db tűt vihettek el a kliensek*

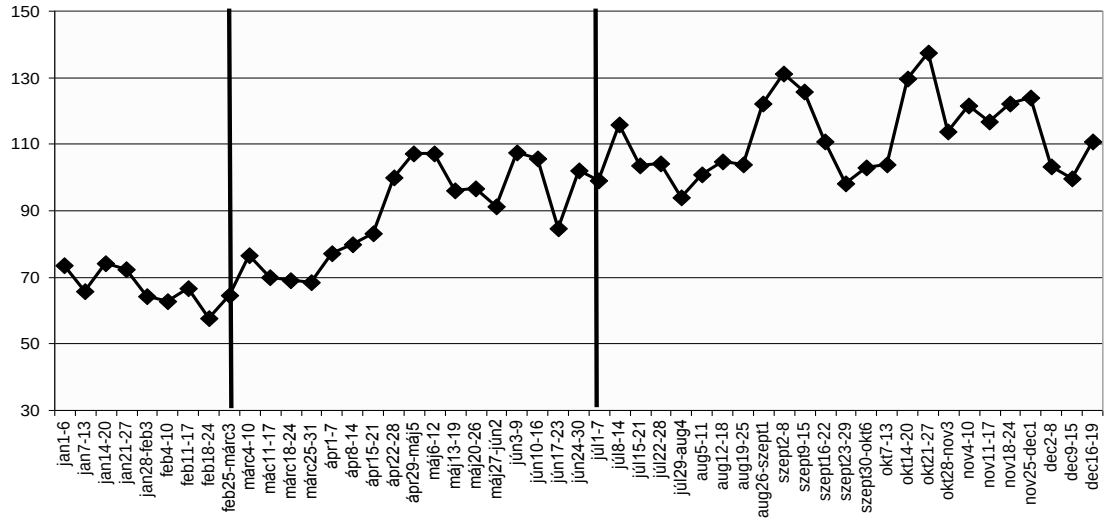
[60] Az ábrán a szaggatott vonalak jelzik az egyes változások bevezetésének időpontját.

DOI:10.14753/SE.2018.2081

- Március 1-től megemeltük a limitet, ettől a naptól ***kliensenként 5 injektor*** *járt alapból, és efelett fejenként* ***5 használt fecskendőt cseréltünk be*** *steril injektorra – így fejenként legfeljebb 10 db tűt vihettek el a kliensek*

- Július 1-től újabb lazítást vezethettünk be: a ***kliensenkénti 5 injektor*** *maradt, azonban a fejenként maximálisan* ***becserélhető használt fecskendők számát 10-re emelhettük****"*

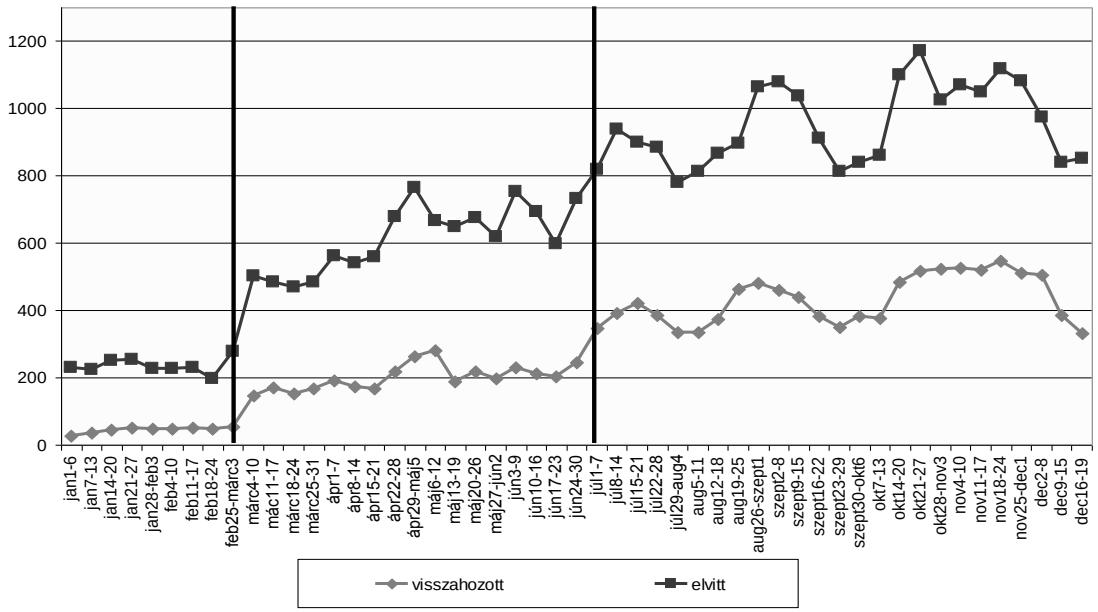
Az elvihető illetve becserélhető injektorok számának növelése a forgalom emelkedésével járt, a legerősebb korlátozással elindult csökkenő tendenciát sikerült megállítani. A korlátozások enyhítése jelentős hatással volt mind a naponta betérő kliensek számára, mind a becserélt és elvitt injektorok számára. Itt nem pusztán arról van szó, hogy ha növeljük az egy kliensnek naponta kiadható eszközök számát, akkor ezzel nyilván növekszik a kiadott eszközök száma, mert a korlátozások enyhítése önmagában nem okozna folyamatos emelkedést az átlagos napi fecskendőforgalomban. A napi kliensszámra vonatkozó ábrán jól látszik az emelkedő tendencia, azaz a növekedésben a kliensszám emelkedése is szerepet játszott, úgy tűnik tehát, hogy a hozzáférhető eszközök mennyisége (a programban érvényes szabály) befolyásolja azt is, hogy mennyire tud vonzó lenni maga a tűcsere program.



28. Ábra: Átlagos napi kliensszám, heti bontás, 2013[61]

[61] Az ábrán a függőleges vonalak jelzik az egyes változások bevezetésének időpontját.

DOI:10.14753/SE.2018.2081



29. Ábra: Elvitt és visszahozott injektorok átlagos napi száma, heti bontás, 2013[62]

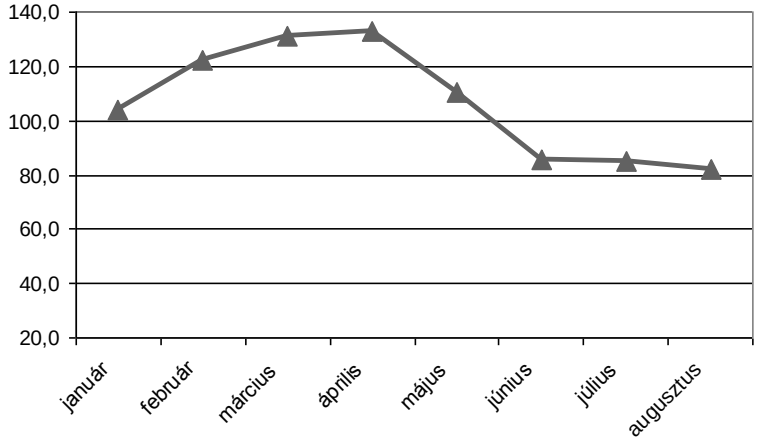
2014-ben a kiadható tűkre vonatkozó szabályok csak egyszer változtak, a 2014-es beszámolóból idézve:

> *„- Az év során májusig a programban az előző évben hozott korlátozás maradt érvényben, azaz* ***5 darab steril injektor*** *járt alapból minden kliensnek, emellett maximum* ***10 darab használt tűt/fecskendőt lehetett steril eszközre becserélni****, azaz egy kliens maximum 15 darab injektort tudott elvinni alkalmanként.*
>
> *- Május 27-től korlátozni kellett a becserélhető tűk számát, ettől a naptól kezdve* ***maximum 2 darab használt tűt cserélhettek*** *steril injektorra. A korlátozás oka az volt, hogy a meglévő készleteket nem tudta pótolni a szervezet, így a meglévő raktárkészletet be kellett osztani a zárásig tartó 3 hónapra.”*

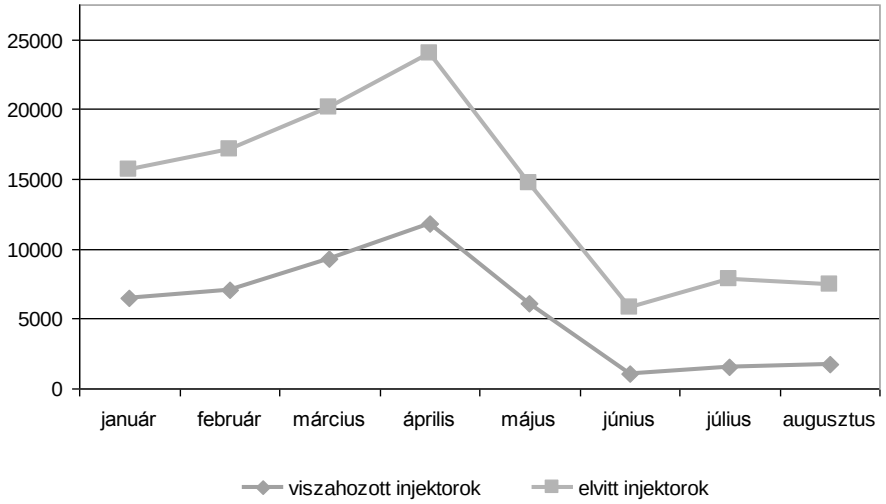
A korlátozás következtében – ahogy az előző évek hasonló korlátozásainál is megfigyelhető volt – mind a napi átlagos kliensszám, mind az eszközfogalom csökkent, és így romlott a program lefedettsége is.

[62] Az ábrán a függőleges vonalak jelzik az egyes változások bevezetésének időpontját.

DOI:10.14753/SE.2018.2081



30. Ábra: Átlagos napi kliensszám, havi bontás, 2014



31. Ábra: Elvitt és visszahozott injektorok összesített száma, havi bontás, 2014

5. Megbeszélés

A célkitűzésekben megfogalmazott hipotézisek, miszerint az új szerek megjelenése szerváltáshoz vezetett, valamint, hogy az UPSZ-ek használata vált dominánssá az intravénás szerhasználó közösségben, a 4.1 fejezet eredményei alapján igazolhatóak. 2014-ben a tűcsere programot használó, az UPSZ jelenség előtt már injektáló szerhasználók döntő többsége átváltott valamelyik új szerre (lásd: 46. Táblázat), de az összes, 2014-ben a tűcsere programot használó kliens döntő többsége is valamilyen UPSZ-t használt (lásd: 47. Táblázat). A szerhasználati struktúrát korábban jellemző mintázat (miszerint az intravénás szerhasználók jellemzően amfetamint vagy heroint használnak) gyökeresen átalakult a vizsgált időszak végére (lásd: 21. Ábra). A szerváltás fontos sajátossága, hogy az a korábbi szerhasználó közösségen belül történt meg, a közösségi szerhasználat, mint alkalom, és az új szerekhez való könnyű hozzáférés a megszokott környezetben facilitálta a szerváltást. Ki kell emelni, hogy az UPSZ-ek megjelenése több szempontból is átfogó változást hozott. Egyrészt nem csak a korábban stimulánst használók tértek át az új szerekre (amelyek döntően a stimulánsok közé tartozó szintetikus katinon származékok), hanem a korábban a depresszánsok kategóriájába tartozó heroin használók is váltottak ezekre a szerekre (lásd: 21. Ábra, 46. Táblázat). Másrészt az UPSZ-ek használata dominánssá vált a teljes intravénás szerhasználó közösségben mindkét nem és minden korcsoport esetében.

A HCV prevalencia és az új szerek injektálása közötti összefüggésre vonatkozó hipotézis szintén igazolhatónak látszik a 4.2. fejezet eredményei alapján. Az UPSZ használat kockázatnak tűnik a HCV fertőzöttség szempontjából, mind a teljes mintában, mind a budapesti UPSZ használók körében szignifikánsan magasabb volt a HCV fertőzöttek aránya (lásd: 55., 56. Táblázat), így a hipotézis igazolható. Ezen túl érdemes kiemelni, hogy az intravénás szerhasználat önmagában is erős kockázati tényezőnek látszik a fertőzöttség szempontjából (mind a teljes mintában, mind a budapesti adatok szerint, lásd: 51., 53. Táblázat). Bár a disszertáció központjában a középső-józsefvárosi szerhasználói színtér áll, a tanácsadás_adatelemzés említésre érdemes eredménye, hogy a helyszín önmagában is összefüggésben áll a HCV fertőzöttséggel. A vizsgálatban három vidéki helyszín is részt vett, a résztvevő városok közül Budapesten

szignifikánsan magasabb volt a fertőzöttség a többi városhoz képest, ami a budapesti intravénás szerhasználó résztvevők nagy kitettségét jelzi (lásd: 49., 50. Táblázat).

A hipotézis, miszerint a vizsgált időszakban az intravénás szerhasználat körülményeit befolyásoló strukturális tényezők olyan irányba változtak, ami növelte a kockázati magatartások előfordulásának esélyét, szintén igazolhatónak látszik. A 8. kerületi nyílt szerhasználói színtér (Rácz és mtsai 2010) 2010-2015 közötti jellegzetességeit a kockázati környezet szempontjából sorra véve több olyan változás is mutatkozik, amelyek eredményeképp az intravénás szerhasználat kockázatai növekedhettek a vizsgált időszakban.

A fizikai környezet mikro szintjén nem történt jelentős változás a vizsgált időszakban, azonban az 2010-ben sem volt kedvező, a környezet kockázati jellegét erősítette. A 8. kerületet általánosságban is mikroszegregátumok jellemzik, alacsony társadalmi státuszú lakosság, leromló lakásállomány (Ladányi 2004). A nyílt szerhasználói színtér szintén jelen volt már 2010-ben is (Rácz és mtsai 2010), az ilyen helyszíneken való injektálás szerhasználathoz kapcsolódó egészségügyi ártalmak (tályogok, sérült vénák, fecskendő-megosztás, HCV fertőzés, túladagolás) magasabb kockázatát hordozza magában (Small és mtsai 2007). A színtér ezen jellege megmaradt a vizsgált időszak során.

65. Táblázat: Fizikai környezet operacionalizált jellemzői és azok jellege 2010-2015 között

kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	2010	2015
1) Fizikai körny. mikro szint	▪ A szerhasználat közvetlen fizikai környezete, belső-józsefvárosi mikroszegregátum ▪ A tűcsere program környékeke illetve a programba járó kliensek által intravénás szerhasználat kapcsán bejáratott helyszínek (nyílt színi szerhasználat) jellemzői	▪ Alacsony társadalmi státuszú lakosság térben elkülönülő mikroszegregátuma, leromló lakásállomány, slumosodó részek ▪ Nyílt drogszíntér, a rossz higiénés körülményekkel jellemezhető injektáló helyszínek elhagyott telkeken ▪ Kis területen koncentrálódó intravénás szerhasználó közösség.	▪ Alacsony társadalmi státuszú lakosság térben elkülönülő mikroszegregátuma, leromló lakásállomány, slumosodó részek ▪ Nyílt drogszíntér, a rossz higiénés körülményekkel jellemezhető injektáló helyszínek elhagyott telkeken ▪ Kis területen koncentrálódó intravénás szerhasználó közösség
2) Fizikai körny. makro szint	▪ A kábítószerpiac alakulása 2010-2015 között	▪ „Klasszikus” szerek, amfetamin és heroin injektálása	▪ Sorozatos szerváltások után döntően UPSZ injektálás, „bármit” injektálók megnövekedett aránya

Itt utalnék vissza, hogy a 4.2. alfejezetben bemutatott kockázati magatartásokra (23. Ábra), ahol a vizsgálat résztvevői körében a legelterjedtebb eszközmegosztás a közös víz használata, amely párhuzamban van a szerhasználat 1.5.1. alfejezetben bemutatott közvetlen fizikai helyszínének jellemzőjével, hogy nincs folyóvíz, és így a víz szűkös erőforrás. A tanácsadás_adatelemzés eredményeiben leírt legjellemzőbben előforduló eszközmegosztások mind olyan jellegű cselekedetek, amelyek a közösségi szerhasználat erős jelenlétére mutatnak, hiszen az anyag feloldásához használt víz, a szűrő közös használata szerepelnek a lista elején. Ezek a kockázati magatartások a szer feloldásának, és azután az oldat szétosztásának olyan gyakorlatából adódnak, amelyben gyakran valamelyik szerhasználó fecskendőjéből adagolva osztják szét az egyes jelenlévőknek járó részt. Ezt a szerhasználati módot már a '90-es évek elején dokumentálták a szakirodalomban (Grund és mtsai 1996, Jose és mtsai 1993) és egyértelműen kockázatos a vér útján terjedő betegségek szempontjából. Ugyanakkor a közösségi szerhasználattal kapcsolatban a már idézett interjúkból (mefedron_interjú) is tudjuk, hogy a praktikusságon túl anyagi motivációk is szerepet játszanak a kialakulásában. „Közösen sokszor gazdaságosabban lehet beszerezni az anyagot, de ezen túl a közösség

tagjai ki is segítik egymást: akkor is lehet csatlakozni a társasági szerhasználathoz, ha valaki éppen nem tud semmit beleadni a közösbe." (Rácz és mtsai 2012, p. 39.)

A fizikai makro környezetben végbement, kockázatokat növelő változások közé sorolhatjuk az új pszichoaktív szerek megjelenését és elterjedését. Ezt Duff már 2009-ben (Duff 2009) példaként említi azzal kapcsolatban, hogy a modern városi környezetre jellemző társas és térbeli viszonyok átalakulása hatni tud az illegális szerhasználat mintázatára, és hozzájárul új szerhasználati problémák megjelenéséhez: ahogy a térbeli közelség meghatározó szerepe csökken, a globális kereskedelmi hálózatokon keresztül villámgyorsan tudnak eljutni gyakorlatilag akárhová az UPSZ-ek. A makro szintű változások a lokális kábítószerpiacon is gyorsan megjelennek (lásd: 22. Ábra), de a színtéren tapasztalt gyors szerváltáshoz önmagában egy új szer megjelenése valószínűleg nem lett volna elegendő. Itt különféle tényezők együttes jelenlétének eredőjeként állhatott elő az a helyzet, amelyben két év alatt teljesen át tudott alakulni a szerhasználati struktúra úgy, hogy közben sokan teljesen más típusú szerekről váltottak át (depresszáns használók tértek át stimuláns használatra) (Csák és mtsai 2013). Ahhoz, hogy ez a helyzet kialakuljon időben össze kellett találkoznia több tényezőnek: egyrészt a heroin piac szűkült (lásd: 10. Táblázat), így a mefedron megjelenése egybeesett a heroin elérhetőségének és hatóanyagtartalmának csökkenésével (Nemzeti Drog Fókuszpont 2011, p.32.), míg a megjelenő UPSZ-ek hatóanyagtartalma sokkal magasabb volt; másrészt egy olyan szerhasználói közösségben jelentek meg az UPSZ-ek, ahol kínálati piac volt (ugyanazoktól a kábítószer kereskedőktől vásárolták az új szereket, akiktől korábban a heroint vagy az amfetamint – lásd: 4.1. alfejezet), amely egyben azt is jelentette, hogy az adott közösségben könnyű volt hozzáférni ezekhez az új szerekhez; harmadrészt a szerhasználókra a közösségi használat volt jellemző, amelyben facilitálták az új szerek kipróbálását (Rácz és mtsai 2012). Azaz a tűcsere programban 2010 közepétől lezajló szerváltásban összességében szerepet játszott, hogy az UPSZ-ek könnyebben hozzáférhető, és jobb minőségű, erősebb anyagok voltak, ugyanakkor a szerváltás dinamikájához nagyban hozzájárult a helyben jellemző közösségi szerhasználat.

Bár azt találtuk, hogy a szerek törvényi státusza, nem befolyásolta a tűcsere program klienseit a szerváltásban, áttételesen ez is közrejátszhatott a szerváltásban a

kereskedőkön keresztül. Ugyan a kínálati oldal motivációiról készült kutatást nem ismerek, annyi talán túlzott spekuláció nélkül állítható, hogy a kábítószer-kereskedők számára a legális szerekkel való kereskedés kisebb kockázatot jelentett, így esetükben szerepe lehetett az új szerek legalitásának abban, hogy milyen termékeket árulnak. Itt érdemes hozzátenni, hogy az UPSZ-ek elterjedésében, forgalmában az internet szerepe jelentős volt (EMCDDA 2011, Winstock és mtsai 2011), az UPSZ-ek online történő megrendelése, beszerzése 2010-2011-ben még viszonylag nagy mennyiségben is egyszerű volt.

Az UPSZ jelenségre reagálva változott a szabályozási környezet makro szintje is. Első lépésként egyenként vették fel a kábítószer listára a piacon felbukkanó új anyagokat, majd létrehozták a C-listát, hogy az UPSZ-ek gyorsabban kontroll alá kerülhessenek. A törvényi környezet változásának nem szándékolt következményeképp azonban felgyorsult a piacon elérhető szerek cserélődése – ahogy az egyik szer felkerült a listára, úgy jelentek meg más szerek (bár itt csak a szintetikus katinonokról beszélünk, ugyanez a dinamika jellemző az UPSZ-ek másik nagy kategóriájára a szintetikus kannabinoidokra is (Nemzeti Drog Fókuszpont 2016, p.131-132). A kábítószerpiac ilyen gyors változása ugyanakkor önmagában is növelte a szerhasználathoz kapcsolódó kockázatokat, hiszen egy idő után nem volt tudható, hogy adott néven mit vásárolnak a szerhasználók (lásd a „kristály" név univerzális elnevezéssé válása), emellett a folyamatosan megjelenő új szerek esetében az adagolás is változó lehet[63], amelyek összességében az UPSZ egészségügyi kockázatait növelik (Zamengo és mtsai 2014). A piacon elérhető szerek dinamikus változása ugyanakkor a szolgáltató szempontjából is problémát jelent, hiszen a szerek ismerete, a szer használatához kapcsolódó rövid vagy hosszútávú következményekkel kapcsolatos tudás nélkül megfelelő ártalomcsökkentő információ sem adható – az információhiányt még 2015-ben is a hatékony munkavégzés akadályai között első helyen említették az ártalomcsökkentéssel foglalkozó szolgáltatók (KCKT 2015). Az UPSZ-ek megjelenése óta eltelt évek klinikai tapasztalatai ezen felül azt mutatják, hogy az UPSZ-ek használata nagyon magas egészségügyi kockázatokkal jár, az ilyen szerek fogyasztói nagyon gyakran kerülnek kapcsolatba az egészségügyi

[63] Erre jó példa a mefedron és az MDPV, amely két szer egymást követte a piacon, ugyanakkor a két szer dozírozásában jelentős, nagyságrendi eltérés van. Erről bővebben például: https://www.erowid.org/chemicals/4_methylmethcathinone/4_methylmethcathinone_dose.shtml valamint https://www.erowid.org/chemicals/mdpv/mdpv_dose.shtml

ellátórendszerrel fizikai vagy mentális problémákkal (gyakori a drog indukálta pszichózis), amelyek nagyon súlyosak, akár életveszélyesek is lehetnek (Szily és Bitter 2013).

Mindezen változások egy olyan térben zajlottak, ahol a fizikai környezet jellemzői a helyszínt egyértelműen a kockázati tényezők közé sorolják. Az ott élők számára az utcai szerhasználat általában a közbiztonságot veszélyeztető jelenséget, a környék élhetőségét negatívan befolyásoló tényezőt jelent (Small és mtsai 2007). A nyílt színi droghasználat ugyanakkor a szerhasználók számára egészségügyi kockázatot is jelent, mert jellemzően arra kényszeríti az intravénás szerhasználókat, hogy gyorsan, sietve készítsék el és adják be maguknak az anyagot (Small és mtsai 2007), amiben közrejátszik a lebukástól, a rendőri zaklatástól való félelem (Burris és mtsai 2004).

Adott tehát egy olyan helyzet, amikor új szerek bukkannak fel a kábítószerpiacon, és elindul egy szerváltás egy amúgy is kockázatosnak tekinthető színtéren, ahol az intravénás szerhasználók egy kockázatosabb szercsoportot kezdenek el használni, amelyet ráadásul a korábban használt szerekhez képest sűrűbben injektálnak, akár napi 10 vagy több alkalommal is (Rácz és mtsai 2012). Ezzel párhuzamosan a makro szinten olyan változások zajlanak, amelyek tovább erősítik a kockázati környezetet: a gazdasági recesszió egyrészt növeli az egyenlőtlenségeket (KSH 2015), másrészt csökkenti az ellátórendszer forrásait: 2011-ben jelentősen csökkentették azokat a forrásokat, amelyek a következő évekre meghatározták a szerhasználattal kapcsolatos szolgáltatások állami finanszírozását. Ez a Kék Pont tűcsere programjának esetében azzal járt, hogy 2012 év elején a munkatársak jelentős részétől meg kellett válni, és így a nyitvatartási napok is csökkentek (megszűnt a hétvégi nyitvatartás). Ezen túl a kiadott eszközök számát is korlátozni kellett, mert a csökkenő forrásokkal párhuzamosan az UPSZ-ek terjedésével egyre több injektorra volt igény – itt főként a használt eszközök korlátlan becserélésének[64] megszűnése volt jelentős hatással a kiosztott tűk számára, hiszen így nem volt lehetőség arra, hogy valaki egyszerre nagy mennyiségben vigyen el steril

[64] A korlátlan becserélés azt jelentette, hogy amennyi használt fecskendőt hozott vissza valaki, annyi steril eszközt kapott. Ha valaki 100 használt injektort hozott vissza, akkor 100 steril injektor kapott. Ennek azért van jelentősége, mert alapesetben csere nélkül fejenként 5 db fecskendőt kaphatott egy kliens (ez később a korlátozásokkal még kevesebb lett), tehát ha valaki egy nagyobb társaságnak vitt fecskendőt (másodlagos tűcsere), vagy nem akart naponta bejárni a programba az csak ezzel a lehetőséggel volt megoldható.

eszközt. Itt tehát két módon is csökkent a lefedettség, hiszen mind a nyitvatartási idő szűkülése, mind a kiadható fecskendők számának korlátozása negatívan hatott.

66. Táblázat: Gazdasági környezet operacionalizált jellemzői és azok jellege 2010-2015 között

kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	2010	2015
5) Gazdasági körny. mikro szint	▪ Intravénás szerhasználók munkaerőpiaci pozíciója (jövedelem, legmagasabb iskolai végzettség)	▪ Rossz munkaerőpiaci pozíció: döntő többségüknek nincs állandó munkája, és a többségnek középfokúnál alacsonyabb az iskolai végzettsége	▪ Rossz munkaerőpiaci pozíció: döntő többségüknek nincs állandó munkája, és a többségnek középfokúnál alacsonyabb az iskolai végzettsége
6) Gazdasági körny. makro szint	▪ Magyarországi népesség jövedelem eloszlásának változása ▪ Kábítószerhasználattal összefüggő illetve az ellátórendszerre fordított állami kiadások alakulása	▪ Csökkenő GDP, pénzügyi válság ▪ A költségvetésben Kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatokra: 960millió Ft ▪ Célzottan kábítószerügyi pályázati támogatások: 495millió Ft	▪ A válság negatív hatása a hátrányos helyzetű csoportokat erősebben érintette, a társadalmi egyenlőtlenség nőtt ▪ A költségvetésben Kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatokra: 355millió Ft ▪ Célzottan kábítószerügyi pályázati támogatások: 183millió Ft (2013-ban)

A költségvetési források csökkenésével kapcsolatban a társadalmi környezet makro szintjének jellemzőit se lehet figyelmen kívül hagyni: a szerhasználók, mint társadalmi csoport erős marginalizáltsága, elítéltsége gyakorlatilag konstans jellemzője a magyar társadalomnak, amely hathat arra is, hogy a döntéshozók hogyan mérlegelnek a költségvetési források elosztásánál. A területre szánt költségvetési összegek csökkenése[65] a Kék Pont Alapítvány tűcsere programjában olyan hiányt okozott, hogy a szolgáltatásban módosítani kellett a tűcserére vonatkozó szabályokat, amely következtében a szolgáltatás lefedettsége csökkent. Ez azonban nem csupán helyi szinten (Józsefváros) volt érzékelhető, a források csökkenése országos szinten is

[65] Az ártalomcsökkentés alulfinanszírozottsága nemzetközi probléma (Cook és mtsai 2014), itt csak jelzés szinten említeném meg, hogy a gazdasági környezet makro szintjén a hazai szolgáltatók anyagi ellehetlenülésében szerepe van például annak, hogy az ártalomcsökkentést nemzetközi szinten támogató Global Fund forrásaira magyarországi szervezetek nem pályázhatak, mert a szervezet fókuszában a fejlődő világhoz tartozó területek vannak. A Global Fund kivonulása a régióból egyébként több kelet-közép-európai országban (pl.: Bulgária, Románia, Szerbia, Montenegró) okozott problémát az ártalomcsökkentéssel foglalkozó szervezetek fenntarthatóságában, ahol az adott ország kormányai által biztosított források nem voltak elegendőek ezen szolgáltatások finanszírozásához.

rontotta a tűcsere programok lefedettségét – azaz a helyi szintű fecskendőhiányt más szolgáltatók esetleges bevonása sem kompenzálhatta volna.

A józsefvárosi tűcsere programban bevezetett korlátozás (az egy kliensnek adható eszközök számában) tehát nem szakmai döntés következménye volt, a gazdasági környezetben végbement változások eredője lett a tűcsere programban alkalmazott szabályok megváltoztatása. Itt figyelhető meg talán a legegyértelműbben, hogy a kockázati környezet az egyes környezet-típusok kölcsönösen összefüggő, egymásra ható hálózata (Rhodes és mtsai 2005): a gazdasági környezet makro szintje a szabályozási környezet mikro szintjén okoz változást, ugyanakkor a társadalmi környezet makro szintjétől (lásd a 11. Ábrát a szerhasználók marginalizáltságára vonatkozó OLAAP adatokról) nem függetlenül alakul az, hogy a költségvetésben mely területeken csökkentik a forrásokat. A bevezetett korlátozások következtében csökken az intravénás szerhasználó populációban elérhető steril eszközök száma, ugyanakkor a fizikai környezet makro szintjén végbement változás – szerváltás az injekciós szerhasználók körében – következtében növekszik a napi szúrások száma, amely így összességében egy erősödő kockázati környezetet jelent. A különféle környezetek kölcsönösen összekapcsolódó, egymásra ható rendszere egy olyan szituációt hoz létre, amelyben a vér útján terjedő betegségek prevalenciájának növekedése szinte elkerülhetetlen. A Rhodes (2002) a járvány receptjeként hivatkozik egy nagyon hasonló helyzetre, a vancouver-i 1997-es HIV járvány kirobbanására. Ebben leírja, hogy a helyi intravénás szerhasználói színtéren megfigyelhető volt egy hasonló szerváltás heroinról kokainra, amely szintén sűrűbb injektálással járt, az intravénás szerhasználó populáció egy viszonylag kis területen koncentrálódott, ez erősítette az eszközmegosztást, mindeközben a tűcsere programok finanszírozását csökkentették, és így csökkent a programok lefedettsége, a HIV tesztelés és tanácsadás hiánya pedig késleltette a járvány kirobbanásának észlelését. Ez utóbbi szintén érvényes a józsefvárosi (és magyarországi) helyzettel kapcsolatban, mert az OEK által az intravénás szerhasználók körében végzett epidemiológiai vizsgálat pont a vizsgált időszakban maradt el, 2006-2009 között évente ismételték, azonban 2010 és 2015 között csupán két alkalommal került sor a vizsgálatra, 2011-ben és 2014-ben (lásd: 1. Ábra), ráadásul a 2014-es vizsgálat eredményeit csak 2015 május 8-án hozták nyilvánosságra (Epinfo 2015), így majdnem egy év telt el, mire kiderülhetett, hogy a HCV prevalencia közel duplájára emelkedett az országban.

A gazdasági környezet hatása, a források szűkülése emellett továbbgyűrűzik úgy is, hogy a tűcsere programban bevezetett korlátozások befolyásolják azt is, hogy mennyire vonzó maga a tűcsere program – ahogy a szabályozási környezet mikro szintjénél bemutatott forgalmi adatokból látszik, a nagyon alacsony számú fecskendő mellett csökkent a napi látogatók száma a programban, majd az elvihető eszközök számának emelésével újra növekedni kezdett a napi kliensszám. Ez kulcsfontosságú, hiszen a tűcsere program csak akkor tudja betölteni az első lépcsőfok szerepét a magasabb küszöbű ellátások felé, ha be tudja vonzani az amúgy nehezen elérhető, rejtőzködő szerhasználó populációt. A steril eszközök megfelelő mennyisége elengedhetetlen ahhoz, hogy megjelenjenek a szerhasználók a programban. Ha ez nem történik meg, akkor a kezelésbe, rehabilitációs intézménybe eljutás is akadályokba ütközik, hiszen a „kezelési lánc első láncszeme" (Csák és mtsai 2010a) hiányozni fog– ez pedig a szerhasználó perspektívájából azt jelenti, hogy csökken az ellátórendszerhez való kapcsolódás esélye, azaz a szerhasználat maga egy erősödő kockázati környezetben valósul meg.

A kockázatok növekedése felé hatottak a szabályozási környezetben bekövetkezett változások is. Miközben romlott a tűcsere programok lefedettsége, a 2013-ban hatályba lépett új Btk. kriminalizálta a szerhasználatot és szigorította a büntetési tételeket (Nemzeti Drog Fókuszpont 2014a, p.8-10), valamint ugyanebben az évben a rendőrség felmondta a tűcsere programokkal korábban kötött együttműködési megállapodást, ezzel párhuzamosan erősödik a 8. kerületi tűcsere program kritikája az önkormányzat részéről[66] is. Így a vizsgált időszakban a társadalmi környezetre jellemző stigmatizáltsága a szerhasználatnak, szerhasználóknak konkrét közpolitikai cselekedetekben is megjelenik, a szabályozási környezet olyan irányba változtatva, ami hozzájárul az intravénás szerhasználat kockázatainak növekedéséhez. A rendőrségi gyakorlaton keresztül ezen változások közvetlenül tudnak hatni az egészségügyi kockázatokra azzal, hogy befolyásolják, hogy hol, mikor és kivel, milyen kontextusban injektálnak a szerhasználók. A rendőrségi zaklatások, a letartóztatástól való félelem

[66] 2013 második felétől egyre erősödő támadások érték a programot, amely végül a tűcsere bezárásához vezetett. Erről részletesebben: http://kekpont.hu/blog/2013-09-18-jozsefvaros-felbontja-egyuttmukodeset-a-kek-ponttal/ illetve http://kekpont.hu/blog/2014-05-28-megszunhet-a-tucsere-dacara-annak-hogy-megvan-az-elso-hiv-pozitiv-kliens/

miatt az intravénás szerhasználók sietve injektálnak és kevésbé figyelnek oda a higiénés körülményekre, amely hozzájárulhat fertőzések sebek kialakulásához (Rhodes és mtsai 2006); emellett indirekt módon azzal is befolyásolják a kockázatokat, hogy a használt fecskendők bűnjelként kockázatot jelentenek, így azokat a szerhasználók mielőbb eldobják, és nem viszik el például a tűcsere programokba (Burris és mtsai 2004, Strathdee és mtsai 2010); valamint az is hozzájárul a fertőző betegségek terjedéséhez, hogy a szerhasználók a rendőrségi zaklatások elől a biztonságosnak ítélt rejtett szerhasználói terekben gyűlnek össze, amely elősegíti a különböző szerhasználó közösségek keveredését, és így a vírusok terjedését is (Rhodes és mtsai 2005).

67. Táblázat: Szabályozási környezet operacionalizált jellemzői és azok jellege 2010-2015 között

kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	2010	2015
7) Szabályozási körny. mikro szint	▪ Kék Pont Alapítvány tűcsere programjában érvényes injektor kiadási szabályok változása ▪ BRFK és a budapesti tűcsere programok közötti együttműködés	▪ Bár év elején szigorúbb szabályok, az év közepére kliensenként 5 db injektor és korlátlan becserélés ▪ Van aláírt együttműködés a BRFK és a tűcsere programok között	▪ 2014-ben bezárt a program, de éveken át limitálva volt az egy kliensnek járó illetve becserélhető injektorok száma. Utolsó szabály: kliensenként 5 db injektor és maximum 2db cseréje ▪ 2013-ban a BRFK felmondja az együttműködést
8) Szabályozási körny. makro szint	▪ Btk. szerhasználatra vonatkozó rendelkezései ▪ Tűcsere programokra és ezek jogi státuszára vonatkozó irányelvek és jogszabályok	▪ Kábítószer-fogyasztás nem szerepel önálló tényállásként, elterelés nincs korlátozva ▪ A 2009-ben elfogadott drogstratégiát elfogadhatatlannak minősítik, új stratégiai dokumentum készül	▪ 2013-ban új Btk: több ponton is szigorodott a vonatkozó törvény, fogyasztás önálló tényállás, elterelés csak korlátozottan választható ▪ A vizsgált időszak nagy részében nincs érvényes szakpolitikai dokumentum ▪ Az Alapvető Jogok Biztosa két jelentése problémásnak ítéli a tűcsere programok, megszűnését

A társadalmi környezet mikro szintjén az önkormányzat felől érkező támadások és végül a tűcsere program bezárása 2014-ben, a Józsefvárosi színtéren a kockázati környezet további súlyosbodását hozta el. Egyrészt a tűcsere program bezárásával a steril eszközökhöz való hozzáférés nagyon leszűkült (Gyarmathy és mtsai 2016),

másrészt az önkormányzat támadásai nem csupán a szerhasználók már meglévő marginalizáltságát mélyítették, de kiterjesztették azt a velük foglalkozó szervezetekre is (pl.: 2014 januárjában egy helyi szervezet tüntetést szervezett a tűcsere program ellen[67]). Egy 2015 júniusában készült vizsgálatban, amelyben az ártalomcsökkentésben dolgozó szakértők segítségével mérték fel az ártalomcsökkentés helyzetét az országban (KCKT 2015), a résztvevők megfogalmazták, hogy a döntéshozók, politikusok részéről nagy az elutasítottsága ezeknek a programoknak. Jól illusztrálják ezt a résztvevők által elmondottak (p. 69.):

> *„Vannak olyan programjaink, amit a politikusok elfogadnak és vannak olyan programok, amit működtetünk, de nem beszélünk róla[...] háttérben maradunk, mert [...] a helyi politikai erő is megy vele szemben, fel akarja számolni, el akarja tüntetni."*
>
> *„Ártalomcsökkentés szerintem szitokszóvá vált, teljesen elveszítette azt a progresszivitását, amit jelentett, és amin évekig dolgoztunk, bizonyos szövegekből kihagyjuk[...] meglepődök, hogy milyen bátran írtam ezelőtt tíz évvel és mennyire megfontoltam teszek be más-más szavakat az ártalomcsökkentés helyett. Egyértelműen sokkal rosszabb lett [a helyzet]."*
>
> *„Nálunk nem volt különös változás, ugyanúgy zajlik a tűcsere, ugyanúgy van automata, egyszerűen nem kommunikáljuk, hogy van, de attól csináljuk, hogy így… a kliensek tudnak róla..."*

Érdemes megemlíteni, hogy a társadalmi környezet mikro szintjén (kerületi önkormányzat és a tűcsere program közötti viszony) bekövetkezett változás hatása nem maradt helyi szinten. Bár itt közvetlen ok-okozati összefüggést nehéz lenne megállapítani, a 13. kerületben 1999 óta ugyanazon a helyszínen működő tűcsere programot a helyi önkormányzattal zajló több hónapos tárgyalás után 2015 februárjában bezárni kényszerültek. A két tűcsereprogram bezárása súlyos közegészségügyi következményekkel járhat, hiszen ez volt a két legnagyobb tűcsere program az országban, amely a hazai tűforgalom jelentős hányadát bonyolította le. A két tűcsere program nélkül Magyarországon a WHO tűcserék lefedettségére vonatkozó indikátora bőven az alacsony lefedettségű zónába esik, amely komoly járványügyi kockázatot jelent (Gyarmathy és mtsai 2016, WHO és mtsai 2012). Emellett a társadalmi környezet makro szintjén 2015-re a szerhasználókkal foglalkozó szervezetek is elutasítottakká váltak, a tűcsere programok bezárása, illetve az ártalomcsökkentés szerepének

[67] A tüntetésről bővebben: http://kekpont.hu/blog/2014-01-18-1390058236/

csökkenése a vonatkozó stratégiai dokumentumokban, a területre szánt források zsugorodása jelzi ezt a folyamatot.

68. Táblázat: Társadalmi környezet operacionalizált jellemzői és azok jellege 2010-2015 között

kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	2010	2015
3) Társadalmi körny. mikro szint	▪ Intravénás szerhasználó közösségben jellemző attitűdök – kockázati magatartások, szerváltás a közösségben ▪ Tűcsere program lefedettségének változása – kerületi szint	▪ Intenzív közösségi szerhasználat jellemző, szerváltás az injektáló közösségen belül történik, színteret nem hagyják el ▪ Kockázatok speciális hierarchiája, egészségügyi kockázatok nem elsődlegesek ▪ WHO indikátor: 102,26 tű/iv. szerhasználó	▪ Intenzív közösségi szerhasználat jellemző ▪ Eszközmegosztás magas aránya (77,1%), szerhasználat közösségi jellegére utaló kockázati magatartások a legjellemzőbbek ▪ WHO indikátor: 0 tű/iv. Szerhasználó (a program megszűnt)
4) Társadalmi körny. makro szint	▪ Magyarországi attitűdök a szerhasználókkal kapcsolatban – szerhasználók marginalizáltsága ▪ Tűcsere programok lefedettségének változása – országos szint	▪ A szerhasználók a legelutasítottabb társadalmi csoport Magyarországon ▪ WHO indikátor: 88 tű/iv. szerhasználó	▪ A szerhasználók a legelutasítottabb társadalmi csoport Magyarországon ▪ Az elutasítottság kiterjed a szerhasználókkal foglalkozó szervezetekre is; a két legnagyobb tűcsere programot megszűntetik ▪ WHO indikátor: 28 tű/iv. szerhasználó

Ugyanakkor a tűcsere program megszűnése a lefedettség drasztikus csökkenésén túl a támogató környezet (enabling environment) (Duff 2009) sérülését is jelenti, amely szükséges ahhoz, hogy az ártalomcsökkentő programokban közvetített üzeneteket, gyakorlatokat (pl.: „használj steril eszközöket”) a gyakorlatba is átültessék a szerhasználók (Moore és Dietze 2005). A 2015 során végzett terepmunkám során több beszélgetésben számoltak be szerhasználók arról, hogy a tűcsere program bezárása után az addig megtartott szokások és gyakorlatok erodálódtak – ebben nem csupán annak lehetett szerepe, hogy a tűcsere program által biztosított, a környezettől védett, nyugodt beszélgetést, tanácsadást lehetővé tevő tér megszűnt, hanem annak is, hogy az intravénás szerhasználó közösségben élők között sokak számára a kapcsolataik között szinte kizárólag a tűcsere munkatársai voltak nem szerhasználók (Rácz és Csák 2014).

Ha a kockázati környezetet mint a szerhasználathoz kapcsolódó strukturális tényezőket megjelenítő elméleti keret alkalmazhatóságát tekintjük, akkor az egyes környezetekbe tartozó tényezők jellemzőinek leírása kapcsán (1.5. és 4.3. alfejezetek) is szembetűnő a kockázati környezet koncepciójának alapvető jellegzetessége, miszerint a kockázati környezet az egyes környezet típusok illetve tényezők egymással folyamatos, kölcsönös összefüggésben álló, egymást metsző rendszerének eredménye (Rhodes és mtsai 2005). A legjobb példa talán a szabályozási környezet mikro szintjénél a tűcsere programban érvényes szabályok leírása: a különféle változások bevezetése mögött álló indokok „átérnek" a többi környezet típushoz, azok csak nehezen volnának leírhatóak például a gazdasági környezetben zajló folyamatok nélkül. Azzal együtt, hogy az egyes elemek ilyen mechanisztikus elválasztása öncélú lenne, és maga az alapkoncepció sem indokolta volna, ez egy olyan jellegzetessége az elemzési keretnek, amely a gyakorlati alkalmazásban nehézséget jelent. Különösen akkor válik nyilvánvalóvá a különféle környezet típusok elkülönítésének problémája, ha időben vizsgáljuk az eseményeket: az évek során változó szabályok a tűcserében függvényei a gazdasági környezetnek, amelyet a politikai döntések befolyásolnak (pl.: rendelkezésre álló források). Ugyanakkor a kockázati környezet koncepciójának ez tulajdonképpen az előnye is, mert azzal, hogy a szerhasználat ártalmait és azok keletkezését nem próbálja leegyszerűsíteni egy dimenzióra, hanem azt átfogóan szemléli, azzal rákényszerít a szerhasználat gyakorlati megvalósulását befolyásoló tényezők szisztematikus vizsgálatára – az ártalmak keletkezésének körülményeit meghatározó emberi és nem emberi, közvetlen és közvetett tényezők teljes sorát figyelembe veszi. Ezen tényezők közötti kapcsolódás, a stabilitás és átalakulás vizsgálata az assemblage szemlélet egyik legfontosabb hozadéka az empirikus kutatások számára (Duff 2016), így a kockázati környezet koncepciójának erősségét mutatja, ha alkalmazva ezek a kapcsolódási pontok a változásokat vizsgálva nyilvánvalóvá válnak.

Bár a kockázati környezet hasznos módszertani eszköz a 2010-2015 közötti magyarországi (budapesti) változások elemzéséhez, mert rákényszerít arra, hogy a kockázati magatartást befolyásoló tényezőket átfogóan vizsgáljuk meg, a koncepció maga inkább heurisztikus jellegű (Strathdee és mtsai 2010), a konkrét ok-okozati összefüggések operacionalizált változói nincsenek meg – ezek meghatározása további

kutatások feladata lehet. Konkrét ok-okozati összefüggéseket azonban – ha elfogadjuk az assemblage szemlélet társadalomfilozófiai megközelítését – csak a szerhasználat konkrét gyakorlati megvalósulását vizsgálva lehet megtalálni. A különféle környezet típusokban felsorolt tényezők egyszerre vannak jelen és egy bonyolult hálózat (az assemblage) kapcsolódási pontjain keresztül hatnak arra, hogy az adott egyén adott szerhasználati epizódja pontosan hogyan fog megvalósulni. Ha fel akarjuk tárni, hogy egy adott kockázati környezetben (pl.: józsefvárosi intravénás UPSZ használó esetében) milyen tényezők milyen kapcsolódások hálózatán keresztül hatnak, akkor azt is figyelembe kell venni, hogy a különféle tényezők hatása más és más, assemblage-enként eltérő lehet, mert a tényezők közötti hatás az egyedi összetalálkozások függvénye (Duff 2016) – UPSZ-ek minden európai országban elérhetőek, ugyanakkor a jelenség különbözőképpen alakult országonként, magas kockázatú intravénás használata ezeknek a szereknek csak Magyarországon és Romániában ismert (EMCDDA 2015)(, p.64.). A pontos megértéshez a szereplőket magukat kell megkérdezni arról, hogy milyen kapcsolatok meghatározóak a jelenség szempontjából (Latour 2005)(, p.32.), azaz a továbblépéshez az adott helyszínen a szerhasználat gyakorlati megvalósulását vizsgáló kvalitatív, akár etnográfiai módszereket használó kutatásokra lenne szükség.

6. Következtetések

A Középső-Józsefváros intravénás szerhasználói színterén 2010-2015 között végzett vizsgálatokkal sikerült megmutatni a szerváltás jelenségét illetve a szerváltás néhány jellegzetességét. Az UPSZ-ek megjelenésével jelentősen átalakult, hogy a helyi intravénás szerhasználók milyen szereket injektálnak – a korábban használt szertől, az életkortól és a nemtől függetlenül lettek dominánsak az UPSZ-ek. Ugyanakkor a kapcsolódó egészségügyi kockázatok is növekedtek, a vizsgált időszak végén végzett HIV és HCV tanácsadásból származó adatok azt mutatták, hogy az UPSZ-t injektálók körében szignifikánsan nagyobb a HCV fertőzöttek aránya. Az elvégzett vizsgálatok azonban nem tudnak önmagukban magyarázatot adni a HCV fertőzöttek arányának drasztikus emelkedésére, így a kapcsolódó elméletek alapján az intravénás szerhasználat kockázatait befolyásoló strukturális tényezőket is vizsgáltam.

A fizikai, társadalmi, gazdasági és szabályozási környezet egyes elemeit sorra véve az látszik, hogy 2010-2015 között ezekben olyan változások történtek, amelyek úgy alakították az intravénás szerhasználat kontextusát, hogy a kapcsolódó kockázatok növekedtek. Ezen változások, illetve egyes eleve kedvezőtlen jellegű környezetek összejátszása, egymást erősítő hatása hozzájárulhattak ahhoz, hogy a vizsgált időszakban közel megduplázódott a HCV fertőzöttek aránya a populációban. Fontos látni, hogy ezen strukturális tényezők esetében nem várható, hogy a hatások lineáris, direkt módon hassanak a vér útján terjedő betegségek prevalenciájára (Rhodes és mtsai 2005), a különféle tényezők eredőjeként sokszor nem kívánt, előre nem látott következmények is kialakulhatnak. A kockázati környezet elméleti keretét szisztematikusan alkalmazva a vizsgált időszakban, a strukturális tényezők hatása a szerhasználat kockázataira világosan látszik. A módszeresen vizsgált környezeti elemek gyakorlatilag minden eleme vagy már negatív környezeti jellemzőkkel bírt (fizikai környezet mikro szintje, a társadalmi környezet mikro és makro szintje) vagy a vizsgált időszakban változott negatívan (fizikai környezet makro szintje, gazdasági környezet makro szintje, szabályozási környezet makro szintje), és/vagy más környezet típusokban végbement változások következtében alakultak negatív irányba (fizikai környezet makro szintje, gazdasági környezet mikro szintje, szabályozási környezet mikro szintje).

A kockázati környezet koncepciója rávilágít arra, hogy az aktuális helyzet eredményes kezeléséhez pusztán a szerhasználóknak szóló szolgáltatások elérésének javítása (pl.: ártalomcsökkentő programok finanszírozásának emelésén keresztül) nem elegendő, olyan komplex beavatkozásra van szükség, amely a kockázati környezet különféle elemeit célozza. A fizikai környezetben például a nyílt színi szerhasználat rendőrségi eszközökkel való kezelése önmagában nem megfelelő eszköz, sőt kontraproduktív lehet (Burris és mtsai 2004, Moore és Dietze 2005). Ha ezt a jellemzőt akarjuk befolyásolni, akkor az ezt célzó beavatkozásoknak két szempontot kell egyszerre figyelembe vennie, egyrészt javítani kell az ott élő közösség biztonságérzetét, ugyanakkor olyan megoldást kell találni, ami emellett figyelembe veszi a közegészségügyi szempontokat is, és nem marginalizálja továbbá az amúgy is a társadalom peremén élő intravénás szerhasználókat, hanem támogatja ezt a populációt az ellátórendszerhez való minél könnyebb kapcsolódásban.

Szükség lehet az intravénás szerhasználókkal foglalkozó szervezetek elfogadottságának javítására, de a rendőrség és a tűcsere programok közötti együttműködés felújítása mindenképp fontos lenne, hiszen ezen programok eredményes működéséhez elengedhetetlen a kliensek hozzáférésének javítása, ami a biztonságérzet, bizalom visszaállítása nélkül nagyon nehézkes lenne. Ezen túl a járványügyi helyzet monitorozása is elengedhetetlen, pontosan azért, hogy a 2011-2014 közötti óriási emelkedéshez hasonló folyamatok minél előbb észlelhetőek legyenek. Ebben a HIV és HCV tesztek célpopulációhoz való eljuttatásának fontosságát nem lehet túlhangsúlyozni. Emellett fontos lehet a HCV kezelésre vonatkozó feltételek enyhítése is (jelenleg a kezelés feltétele az absztinencia, és a kevesebb mellékhatású, rövidebb ideig tartó interferon mentes kezelés elérhetővé tétele első kezelésként), mert enélkül a már megfertőződött szerhasználók folyamatosan növelik az új fertőzöttek számát – a nemzetközi ajánlásokban az intravénás szerhasználók az egyik elsődleges célpopuláció a HCV kezelés szempontjából[68].

[68] Lásd: Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection, 2014: http://www.who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-c-guidelines/en/
Recommendations on treatment of hepatitis C 2015: http://www.easl.eu/research/our-contributions/clinical-practice-guidelines/detail/recommendations-on-treatment-of-hepatitis-c-2015
ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, 2011: http://www.emcdda.europa.eu/publications/ecdc-emcdda-guidance

Ugyanakkor a helyzet monitorozása szempontjából fontos lenne az egészségügyi kockázatokat növelő környezeti tényezők (pl.: ellátórendszer finanszírozása, ártalomcsökkentő programok megítélése, kábítószerpiac illetve szerhasználati mintázatok alakulása, rendőrségi gyakorlat változásai) figyelemmel kísérése, hogy a megfelelő strukturális prevenciós lépéseket meg lehessen valósítani. Ehhez pedig a közegészségügyi, epidemiológiai kutatásokban olyan vizsgálatokra lenne szükség, amelyek a közvetlen ok-okozati modellek mellett többváltozós, indirekt összefüggésekkel is dolgoznak. A kockázati környezet koncepciójának itt a tényezők heurisztikus felsorolásán túllépve a tényezőket összekapcsoló folyamatok, hatások modelljeinek kialakítása felé kell elmozdulnia (Strathdee és mtsai 2010). Olyan kvalitatív, kvantitatív, etnográfiai módszereket használó kutatásokra van szükség, amelyek fel tudják térképezni a rendszer résztvevőinek (rendőrség, szerhasználók, döntéshozók, stb.) mindennapi gyakorlatát, hogy láthatóvá váljon milyen kapcsolódások hálózatán keresztül tudnak hatni a különféle tényezők.

A kialakult helyzet, az intravénás szerhasználók körében 2010-2015 között megduplázódó HCV prevalencia kezelése számtalan lépést tesz szükségessé, de a kockázati környezet koncepciója, a szerhasználat ártalmait befolyásoló strukturális tényezők feltérképezése rá tud világítani arra, hogy a szerhasználók egyéni kockázataira koncentráló, a szerhasználók edukálását, viselkedésük megváltoztatását célzó, beavatkozásoknál eredményesebbek lehetnek a kockázatok termelődésére ható társadalmi, környezeti tényezőket célzó komplex beavatkozások (Burris és mtsai 2004, Moore és Dietze 2005), még akkor is, ha ezek a tényezők nehezen fordíthatóak le közegészségügyi jellemzőket közvetlenül befolyásoló okokra (Rhodes és mtsai 2005). Ez ugyanakkor felhívja a figyelmet arra is, hogy az adott egyén által megvalósított szerhasználati események következményeiért nem lehet egyedül az egyén felelőssé tenni. Ha hosszútávon hatásosan szeretném kezelni a szerhasználathoz kapcsolódó egészségügyi kockázatokat, akkor elengedhetetlen a szerhasználati problémákat befolyásoló strukturális, környezeti tényezők monitorozása, és olyan komplex válaszlépések kialakítása, amelyek a kockázati környezettel szemben a támogató környezet megteremtését segítik.

7. Összefoglalás

A disszertációmban a 2010-2015 között az intravénás szerhasználat színterén végbement változásokat elemzem a kockázati környezet perspektívájából. A vizsgált időszakban megduplázódott a HCV fertőzöttek aránya az intravénás szerhasználók körében, így ezen változások elemzése a megfelelő közegészségügyi válaszlépések megtalálása szempontjából hasznos információkkal szolgálhat. A bevezetőben röviden áttekintem az intravénás szerhasználat magyarországi történetét, illetve bemutatom a kockázati magatartás magyarázatait az individuális változókra koncentráló magyarázatoktól a társadalmi meghatározottságra és a kockázati magatartás kontextuális beágyazottságára, a kockázati környezetre koncentráló magyarázatokig.

A disszertációhoz kapcsolódó kutatásban a 2010-2015 között az intravénás szerhasználó színtéren végbement szerváltás kapcsán végzett vizsgálataim szintézisére törekedtem. Bemutattam, hogy az UPSZ-ek megjelenése szerváltáshoz vezetett a vizsgált intravénás szerhasználó populációban tekintet nélkül a korábban használt szerre, életkorra és nemre. A vizsgálatok alapján UPSZ-t injektálók körében magasabb a HCV fertőzöttség, ugyanakkor ez a szerhasználat ártalmait befolyásoló strukturális tényezők nélkül nem magyarázható. Ezen tényezőket összefoglaló kockázati környezet elmélete alapján sorra véve az egyes tényezőket az látszik, hogy 2010-2015 között olyan változások történtek, amelyek eredőjeként az intravénás szerhasználat kockázatai növekedtek. Ezek egymást erősítő hatásai hozzájárulhattak ahhoz, hogy a vizsgált időszakban közel megduplázódott a HCV prevalenciája a populációban. A kockázati környezet koncepciója alapján végzett vizsgálat rávilágít arra, hogy a szerhasználók egyes viselkedéseinek megváltoztatását célzó beavatkozásoknál eredményesebbek lehetnek a kockázatok termelődésére ható társadalmi, környezeti tényezőket célzó komplex beavatkozások. A koncepció előnye továbbá, hogy a szerhasználat ártalmait és azok keletkezését nem próbálja leegyszerűsíteni egy dimenzióra, hanem azt átfogóan szemléli, az ártalmak keletkezésének körülményeit meghatározó emberi és nem emberi, közvetlen és közvetett tényezők teljes sorát figyelembe veszi – rákényszerítve a szerhasználat gyakorlati megvalósulását befolyásoló tényezők szisztematikus vizsgálatára.

8. Summary

In my thesis I analysed the changes occurred in the injecting drug use scene between 2010-2015. I drew upon the risk environment as the theoretical framework for my thesis. As the HCV prevalence has doubled among people who inject drugs (PWID) during this period, the results of the analysis could have relevance in terms of public health interventions needed in this field. In the introduction I presented a short history of injecting drug use in Hungary. Thereafter I presented the theories on risk behaviours (behaviours increasing the chance of acquiring HCV, HIV), from theories concentrating on individualistic factors to theories focusing on social determinants and contextual factors, the theories risk environment framework was based on.

In the dissertation I tried to synthesise the researches I worked on between 2010-2015 in the field of injecting substance use. I presented the transition to new psychoactive substances (NPS) among PWIDs, and showed that this transition happened regardless of sex, age and the previously injected substance. According to the results, PWIDs injecting NPSs have higher HCV prevalence, though this could not be explained without understanding how the structural factors influencing the risks of injecting drug use have changed. Based on the risk environment framework, I presented the characteristics of the physical, social, economic and policy environments. Considering the changes in these environments between 2010-2015, we could assume, that these changes could result in increased risks for PWIDs. The mutually reinforcing effects of these factors could have contributed to a nearly doubled prevalence of HCV in the population.

The analysis based on the risk environment framework could underline, that complex interventions aiming the social, environmental factors influencing the risks of substance use could be more effective, than interventions aiming to change the behaviour of the individual. Another advantage of the concept of the risk environment could be, that it does not simplify the harms of substance use to one dimension, but try to understand it in its complexity, as an assemblage of human and non-human, direct and indirect factors. This perspective force us to systematically examine the factors influencing the practice of substance use.

9. Irodalomjegyzék

[1] Ajzen I. (1991) Theories of Cognitive Self-RegulationThe theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50: 179-211.

[2] Ajzen I és Fishbein M. (1980) Understanding attitudes and predicting social behavior: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

[3] Bandura A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 84: 191-215.

[4] Bandura A. (1994) Social cognitive theory and excercise of control over HIV infection. In: DiClemente RJ és Peterson JL (szerk.), Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions. New York, Plenum Press.

[5] Bourdieu P. (1990) The Logic of Practice. Stanford: Stanford University Press.

[6] Bourgois P. (2003) Crack and the political economy of social suffering. Addiction Research & Theory, 11: 31-37.

[7] BRFK. (2004) Együttműködési megállapodás a tűcsere-programokkal kapcsolatos közös teendők ellátására. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tucsere_brfk_megallapodas_2004.pdf (hozzáférés: 2017. 01.).

[8] Burris S, Blankenship KM, Donoghoe M, Sherman S, Vernick JS, Case P, Lazzarini Z és Koester S. (2004) Addressing the "risk environment" for injection drug users: the mysterious case of the missing cop. Milbank Q, 82: 125-156.

[9] Carlson R. (2000) Shooting Galleries, Dope Houses, and Injection Doctors: Examining the Social Ecology of HIV Risk Behaviors Among Drug Injectors in Dayton, Ohio. Human Organization, 59: 325-333.

[10] Cook C, Bridge J, McLean S, Phelan M és Barrett D. (2014) The funding crisis for harm reduction: Donor retreat, government neglect and the way forward. London: International Harm Reduction Association

[11] Csák R. (2015) HELYZETKÉP – NCTA-2014-10194-F pályázat során végzett gyorsteszt és tanácsadás adatai. Budapest. Kézirat.

[12] Csák R, Demetrovics Z és Rácz J. (2013) Transition to injecting 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) among needle exchange program participants in Hungary. J Psychopharmacol, 27: 559-563.

[13] Csák R, Gyarmathy VA, Varga M és Honti J. (2010a) Tűcsereprogramok. Addiktológiai ellátások fejlesztése - Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Budapest, SZMI.

[14] Csák R, Gyékiss R, Márványkövi F, Vadász V és Rácz J. (2010b) Magyarországi intravénás mefedronhasználat a tűcsere szolgáltatók tapasztalatai alapján. Addiktológia, 9: 281-288.

[15] Demetrovics Z és Kun B. (2009) Drogkutatások Magyarországon. In: Felvinczi K és Nyírádi A (szerk.), Drogpolitika számokban. Budapest, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, L'Harmattan.

[16] Dudás M. (2010) Az intravénás kábítószerhasználók HIV, HBV, HCV prevalenciája Magyarországon a 2009-es vizsgálatok alapján. Tűcsere szolgáltatók szakmai találkozója – 2010. december 7. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/dudas_maria_preval_2009.pdf.

[17] Duff C. (2009) The drifting city: the role of affect and repair in the development of "Enabling Environments". Int J Drug Policy, 20: 202-208.

[18] Duff C. (2016) Assemblages, territories, contexts. International Journal of Drug Policy, 33: 15-20.

[19] ECDC-EMCDDA. (2011) Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm: ECDC.

[20] Elekes Z. (2012) ESPAD 2011 - Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól OTKA, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet

[21] EMCDDA. (2001) Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of AIDS: EMCDDA.

[22] EMCDDA. (2010) Trends in injecting drug use in Europe: EMCDDA.

[23] EMCDDA. (2011) Online sales of new psychoactive substances/‘legal highs’: summary of results from the 2011 multilingual snapshots. Technical reports. Lisbon: EMCDDA.

[24] EMCDDA. (2015) European Drug Report: EMCDDA.

[25] Epinfo. (2015) Az intravénás kábítószer-használattal összefüggő hazai HIV-, illetve HCV-prevalencia 2014-ben. Epinfo, 22: 6.

[26] Felvinczi K, Paksi B, Magi A és Demetrovics Z. (2015) Pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi attitűdök a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) című vizsgálat első eredményei tükrében. In: Felvinczi K, Eisinger A és Demetrovics Z (szerk.), A Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa - Előadáskivonatok, MAT.

[27] Felvinczi K, Paksi B, Magi A és Demetrovics Z. (2016) A droghasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások más marginalizált társadalmi csoportokkal kapcsolatos vélekedések kontextusában, az OLAAP 2015 vizsgálat alapján [Social attitudes towards drug users in the context of attitudes towards other marginalized social groups, results of the OLAAP 2015 study]. A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Országos Tudományos Nagygyűlése. Budapest: MPT.

[28] Gerevich J és Füredi J. (2001) A tűcserélés szakmai iránylevei. Psychiatria Hungarica, 16: 3.

[29] Glaser GB és Strauss AL. (1967) The Discovery of Grounded Theory USA: Aldine Trsaction.

[30] Griffiths P, Gossop M, Powis B és Strang J. (1993) Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. Addiction, 88: 1617-1626.

[31] Grund JP, Friedman SR, Stern LS, Jose B, Neaigus A, Curtis R és Des Jarlais DC. (1996) Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. Soc Sci Med, 42: 691-703.

[32] Gyarmathy VA, Csák R, Balint K, Bene E, Varga AE, Varga M, Csiszér N, Vingender I és Rácz J. (2016) A needle in the haystack - the dire straits of needle exchange in Hungary. BMC Public Health, 16: 157.

[33] Gyarmathy VA és Rácz J. (2010) A hepatitis C-vírus es az emberi immunhiányt okozóvírus járványtana magyarországi injektáló kábítószer-használók körében. – hogyan tovább? . Orvosi Hetilap, 151: 365-371.

[34] Gyarmathy VA és Sarosi P. (2015) Hepatitis C prevalence among people who inject drugs in Hungary. The Lancet. Infectious diseases, 15: 1261-1262.

[35] Honti J és Ban P. (1998) The first outreach needle exchange program in Hungary. International Journal of Drug Policy, 9: 97-100.

[36] Hughes CE és Stevens A. (2010) What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? British Journal of Criminology, 50: 999-1022.

[37] Hungarian Central Statistical Office. (2015) A háztartások életszínvonala, 2014 [Living standards of households, 2014]. Budapest, https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/hazteletszinv/hazteletszinv14.pdf: KSH.

[38] Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Grund JP, Goldstein MF, Ward TP és Des Jarlais DC. (1993) Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. AIDS (London, England), 7: 1653-1660.

[39] KCKT. (2015) Élő jelentés a magyarországi droghelyzetről. Budapest: Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület.

[40] Ladányi J. (1989) A lakásrendszer változásai és a cigány népesség térbeni elhelyezkedésének átalakulása Budapesten. Valóság: 79-89.

[41] Ladányi J. (1992) Gondolatok a Középső- Józsefváros rehabilitációjának társadalmi összefüggéseiről. [Thinking about the social consequences of city rehabilitation in Central Józsefváros]. Tér és Társadalom 75-88.

[42] Ladányi J. (2004) Társadalmi és etnikai csoportok közötti lakóhelyi szegregáció Budapesten a posztkommunista átment időszakában.[Housing segregation of social and ethnical groups in Budapest during the postcommunist transition] Web: 9-16.

[43] Latour B. (2005) Reassembling the social : an introduction to actor-network-theory. New York: Oxford University Press.

[44] Macarthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, Taylor A, Roy K, Aspinall E, Goldberg D, Rhodes T, Hedrich D, Salminen M, Hickman M és Hutchinson SJ. (2014) Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. Int J Drug Policy, 25: 34-52.

[45] Márványkövi F, Melles K, Légmán A és Rácz J. (2008) A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten. Addiktológia, 7: 28.

[46] Márványkövi F, Melles K és Rácz J. (2006) A kezelésbe és tűcserébe jutás akadályai problémás droghasználók körében Budapesten. Addiktológia, 5: 22.

[47] Moore D és Dietze P. (2005) Enabling environments and the reduction of drug-related harm: re-framing Australian policy and practice. Drug Alcohol Rev, 24: 275-284.

[48] Nemzeti Drog Fókuszpont. (2010) 2010-es éves jelentés az EMCDDA számára - "Magyarország" Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

[49] Nemzeti Drog Fókuszpont. (2011) 2011-es éves jelentés az EMCDDA számára - “Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

[50] Nemzeti Drog Fókuszpont. (2012) 2012-es éves jelentés az EMCDDA számára - “Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

[51] Nemzeti Drog Fókuszpont. (2013) 2013-as éves jelentés az EMCDDA számára - “Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

[52] Nemzeti Drog Fókuszpont. (2014a) 2014-es éves jelentés (2013-as adatok) az EMCDDA számára - “Magyarország” Új fejlemények, trendek Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

[53] Nemzeti Drog Fókuszpont. (2014b) A kábítószer-helyzet Magyarországon, 2004-2014 : a Nemzeti Drog Fókuszpont jubileumi összefoglaló kiadványa. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

[54] Nemzeti Drog Fókuszpont. (2015) 2015-ös éves jelentés (2014-es adatok) az EMCDDA számára - "Magyarország". Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

[55] Nemzeti Drog Fókuszpont. (2016) 2016-os éves jelentés (2015-ös adatok) az EMCDDA számára - "Magyarország". Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

[56] Nemzeti Drogmegelőzési Intézet. (2002) Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről - 2002. Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.

[57] OEFI. (2004) Az egészségfejlesztés alapelvei - az egészségfejlesztés nemzetközi alapdokumentumai Budapest: OEFI.

[58] Paksi B. (2003) A felnőtt népesség droghasználata Magyarországon. Addiktológia, 2: 22.

[59] Paksi B. (2009) Populációs adatok alakulása. In: Felvinczi K és Nyírádi A (szerk.), Drogpolitika számokban. Budapest, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, L'Harmattan.

[60] Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T és Goldberg D. (2010) Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. Addiction, 105: 844-859.

[61] Péterfi A, Tarján A, Horváth GC, Csesztregi T és Nyírády A. (2014) Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones. Drug testing and analysis, 6: 825-831.

[62] Rácz J. (2005) Injecting drug use, risk behaviour and risk environment in Hungary: A qualitative analysis. International Journal of Drug Policy, 16: 353-362.

[63] Rácz J és Csák R. (2014) Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében. Orvosi Hetilap, 155: 1383-1394.

[64] Rácz J, Csák R, Karátson R és Vadász V. (2012) A drogváltás jelensége injekciós droghasználókkal készített interjúkban. Psychiatria Hungarica, 27: 29-47.

[65] Rácz J, Csák R és Lisznyai S. (2015) Transition from "old" injected drugs to mephedrone in an urban micro segregate in Budapest, Hungary: a qualitative analysis. Journal of Substance Use, 20: 178-186.

[66] Rácz J, Csák R, Tóth KT, Tóth E, Rozmán K és Gyarmathy VA. (2016a) Veni, vidi, vici: The appearance and dominance of new psychoactive substances among new participants at the largest needle exchange program in Hungary between 2006 and 2014. Drug & Alcohol Dependence, 158: 154-158.

[67] Rácz J, Gyarmathy VA és Csák R. (2016b) New cases of HIV among people who inject drugs in Hungary: False alarm or early warning? International Journal of Drug Policy, 27: 13-16.

[68] Rácz J, Márványkövi F, Melles K és Vadász V. (2010) Út a túléléshez. Nyílt színi droghasználat és „belövőszobák" Budapesten. Az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos megfontolások. [Road to survival. Open drug scene and shooting galleries in Budapest. Considerations on harm reduction]. Budapest: L'Harmattan.

[69] Rhodes T. (1997) Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of 'risk behaviour'. Sociology of Health & Illness, 19: 208-227.

[70] Rhodes T. (2002) The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. International Journal of Drug Policy, 13: 85-94.

[71] Rhodes T. (2009) Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. Int J Drug Policy, 20: 193-201.

[72] Rhodes T, Ball A, Stimson GV, Kobyshcha Y, Fitch C, Pokrovsky V, Bezruchenko-Novachuk M, Burrows D, Renton A és Andrushchak L. (1999) HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. Addiction, 94: 1323-1336.

[73] Rhodes T, Kimber J, Small W, Fitzgerald J, Kerr T, Hickman M és Holloway G. (2006) Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. Addiction, 101: 1384-1393.

[74] Rhodes T és Simic M. (2005) Transition and the HIV risk environment. BMJ, 331: 220-223.

[75] Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR és Strathdee SA. (2005) The social structural production of HIV risk among injecting drug users. Social Science & Medicine, 61: 1026-1044.

[76] Ritter I. (2005) Roma fiatalok és kábítószerek - Kutatási beszámoló Egységes Ifjúságért Alapítvány - Országos Kriminológiai Intézet. Budapest. Kézirat.

[77] Small W, Rhodes T, Wood E és Kerr T. (2007) Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. Int J Drug Policy, 18: 27-36.

[78] Stimson GV. (1990) AIDS and HIV: the challenge for British drug services *. British Journal of Addiction, 85: 329-339.

[79] Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, Rhodes T, Booth R, Abdool R és Hankins CA. (2010) HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. Lancet, 376: 268-284.

[80] Strauss AL. (1987) Qualitative analysis for social scientists: Cambridge University Press.

[81] Szily E és Bitter I. (2013) Designer drugs in psychiatric practice - A review of the literature and the recent situation in Hungary. Neuropsychopharmacol Hung, 15: 223-231.

[82] Tariq S és Woodman J. (2013) Using mixed methods in health research. JRSM Short Reports, 4.

[83] Tarján A, Dudás M, Gyarmathy VA, Rusvai E, Tresó B és Csohán A. (2015) Emerging Risks Due to New Injecting Patterns in Hungary During Austerity Times. Substance use & misuse, 50: 848-858.

[84] Vitellone N. (2015) Syringe sociology. The British Journal of Sociology, 66: 373-390.

[85] WHO. (1986) The Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.

[86] WHO, UNODC és UNAIDS. (2012) Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision. Genf: WHO.

[87] Winstock AR, Mitcheson LR, Deluca P, Davey Z, Corazza O és Schifano F. (2011) Mephedrone, new kid for the chop? Addiction, 106: 154-161.

[88] Zamengo L, Frison G, Bettin C és Sciarrone R. (2014) Understanding the risks associated with the use of new psychoactive substances (NPS): high variability of active ingredients concentration, mislabelled preparations, multiple psychoactive substances in single products. Toxicol Lett, 229: 220-228.

10. Saját publikációk jegyzéke

Disszertációhoz kapcsolódó publikációk:

Csák R, Demetrovics Z és Rácz J. (2013) Transition to injecting 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) among needle exchange program participants in Hungary. J Psychopharmacol, 27: 559-563.

Csák R, Gyarmathy VA, Varga M és Honti J. (2010a) Tűcsereprogramok. Addiktológiai ellátások fejlesztése - Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Budapest: SZMI.

Csák R, Gyékiss R, Márványkövi F, Vadász V és Rácz J. (2010b) Magyarországi intravénás mefedronhasználat a tűcsere szolgáltatók tapasztalatai alapján. Addiktológia, 9: 281-288.

Gyarmathy VA, Csák R, Balint K, Bene E, Varga AE, Varga M, Csiszér N, Vingender I és Rácz J. (2016) A needle in the haystack - the dire straits of needle exchange in Hungary. BMC Public Health, 16: 157.

Rácz J és Csák R. (2014) Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében. Orvosi Hetilap, 155: 1383-1394.

Rácz J, Csák R, Karátson R és Vadász V. (2012) A drogváltás jelensége injekciós droghasználókkal készített interjúkban. Psychiatria Hungarica, 27: 29-47.

Rácz J, Csák R és Lisznyai S. (2015) Transition from „old" injected drugs to mephedrone in an urban micro segregate in Budapest, Hungary: a qualitative analysis. Journal of Substance Use, 20: 178-186.

Rácz J, Csák R, Tóth KT, Tóth E, Rozmán K és Gyarmathy VA. (2016a) Veni, vidi, vici: The appearance and dominance of new psychoactive substances among new participants at the largest needle exchange program in Hungary between 2006 and 2014. Drug & Alcohol Dependence, 158: 154-158.

Rácz J, Gyarmathy VA és Csák R. (2016b) New cases of HIV among people who inject drugs in Hungary: False alarm or early warning? International Journal of Drug Policy, 27: 13-16.

DOI:10.14753/SE.2018.2081

Disszertációhoz nem kapcsolódó publikációk:

Csák R, Forstner M, Márványkövi F és Rácz J. (2008) Kvalitatív panelvizsgálat a budapesti elektronikus zenei partiélet szereplői, valamint a drogpolitika megvalósítói körében. In: Demetrovics Zs, Rácz J (szerk.), Partik, drogok, ártalomcsökkentés: Kvalitatív kutatások a partiszcénában. Budapest, L'Harmattan Kiadó, 2008. 225-290.

Csák R. (2008) Családsegítők és a munkanélküliség problémája. Kapocs: A Nemzeti Család- És Szociálpolitikai Intézet folyóirata, 6: 40-48.

11. Köszönetnyilvánítás

Elsősorban szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Prof. Dr. Rácz Józsefnek, hogy meglátta a kutatót bennem, és elindított ezen az úton, és külön azért, mert nem csak témavezetőként, hanem a Kék Pont Alapítvány vezetőjeként is támogatott és a gyakorlati munka mellett teret adott kutatói tevékenykedéseimnek.

Köszönetet mondanék Dr. Gyarmathy V. Annának a Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health adjunktusának, számos publikáció nem jött volna létre az ő segítsége és munkája nélkül.

Köszönet Dr. Dányi Endrének, a frankfurti Goethe Egyetem szociológia szakáról a beszélgetésekért, és hogy a kezembe adta Bruno Latour könyvét.

Köszönet szeretnék mondani ezen felül a Kék Pont Alapítvány tűcsere programjában dolgozó minden kollégának, sokat tanultam tőlük.

Köszönet illeti az Alternatíva Alapítványt, hogy felhasználhattam azokat az adatokat, amelyek a Norvég Civil Támogatási alap által finanszírozott projektben születtek.

Végül köszönet a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának, hogy támogatták részvételemet a Contemporary Drug Problems konferencián, amely meghatározó állomás volt a disszertációm szempontjából.

DOI:10.14753/SE.2018.2081

12. Mellékletek

11.1. A Kék Pont Alapítvány tűcsere programjának regisztrációs adatbázisa (részlet)

SORSZÁM	Anyja	NEM	Szül. év	Kód	Anyag	Regisztráció	kerület
3443	OG	1	79	ALFI	K	2013.12.19	7
3444	ÁG	1	80	ZOLI80	ZENE	2013.12.19	10
3445	VA	1	86	KUVASZ	MINDEN	2013.12.19	8
3446	IL	2	80	ILONY	SP	2014,01.03.	8
3447	KA	1	78	FRENKI	SP	2014,01.03.	8
3448	ÉV	1	76	KAKAS76	SP	2014.01.03.	8
3449	ÉV	1	84	GYUFA	SPEED	2014.01.07	8
3450	ER	1	77	PEMA	KR	2014.01.10.	16
3451	LI	1	83	ZSELÉ	SP	2014.01.10.	8
3452	ZI	1	97	ERIK97	MÁSNAK	2014.01.10.	13
3453	AM	1	85	ZSÉ	ZENE	2014.01.10.	7
3454	BA	2	87	NAPSUGÁR	KR	2014.01.10.	10
3455	JU	1	73	BÉKA	KRISTÁLY	2014.01.14.	8
3456	MÁ	2	89	dORINÁM	KR	2014.01.20	8
3457	MA	2	95	LÁNYOM95	ZENE	2014.01.28	9
3458	ET	2	90	CSERELMEM	ZENE	2014.01.28	8
3459	ER	1	81	O3O6	MINDEN	2014.01.28	8
3460	AN	1	72	RIDIK	KR, KOKAIN	2014.01.28	8

11.2. A Kék Pont Alapítvány tűcsere programjának forgalmi adatai (részlet)

	anyja	nem	szülév	kód	ker	anyag	hozott	vitt
1.2.2014	VE	2	78	ROLLA	7	K		1
	ZSU	1	70	KRIFÓ	7	K		2
	PI	1	71	PIETRO	8	K	50	15
		1	89	HUNCUTKA	8	K	50	15
	NO	1	77	ALEX77	8	K		5
	ET	1	93	BOXINGER	8	K	10	15
	JU	2	90	PETRA	8	K	5	10
	MA	1	92	HERCEG38	8	K		5
	MA	1	94	AMFETAMINHERCEG	8	K		5
	KR	2	89	CINCI	8	MP		5
	MA	1	76	MÁGUS	7	K		5
	IL	1	93	BOGYI	15	MINDEN		5
	KL	1	83	RETRO83	20	ZENE		5
	MA	1	76	RYSC	11	K		5
	KA	1	83	HG	8	K		5
	RO	1	61	FÖNÖK	8	K	2	7
	KR	1	59	BOBISZ	8	K		5
	JU	2	69	JUTKA	20	SPURI		5

DOI:10.14753/SE.2018.2081

11.3. MDPV injektálásra való áttérés jelenségét vizsgáló rövid kérdőív

Klienskód: …… születési év: [ ] [ ] [ ] [ ]

1.) Mit szúrsz mostanában?
[*elmúlt 30 napban*, leggyakrabban i.v. használt=1, második legyakrabban használt=2, harmadik=3 stb]

[ ] Amfetamin
[ ] Empé (MDPV)
[ ] Egyéb dizájner:……..
[ ] Gyógyszer
[ ] Inhaláns
[ ] Egyéb…….
[ ] Heroin
[ ] Kati, 4mec
[ ] Kokain
[ ] Marihuana
[ ] Metadon

2.) Hány éves korod óta szúrsz rendszeresen?
[rendszeres = *legalább kéthetente*]
[ ] [ ]

3.) Mit szúrtál rendszeresen először?
[ ] Amfetamin
[ ] Empé (MDPV)
[ ] Egyéb dizájner:……..
[ ] Egyéb……..
[ ] Heroin
[ ] Kati, 4mec
[ ] Kokain
[ ] Metadon

DOI:10.14753/SE.2018.2081

11.4. Kérdőív és interjúvázlat a mefedronra való áttérést vizsgáló kutatáshoz

Intravénás mefedron használók
kérdőív és interjúvázlat

1 Kérdőív

Az interjúkészítő neve:	
Az interjúkészítés dátuma:	
Az interjúkészítés kezdete:	
Az interjúkészítés vége:	
A megkérdezett beceneve:	

1. Neme (Karikázz)
1 - Férfi
2 - Nő

2. Életkor

99 – Nem tudja, nem válaszol
Ha már korábban megadta életkorát (Szűrőkérdőív), nem kell újra megkérdezni, csak ide újra beírni.

3. Hogyan jellemeznéd jelenlegi foglalkozási helyzetedet?
1 - Munkanélküli
2 - Van munkája (teljes vagy rész munkaidő, vállalkozás, stb.)
3 - Teljes időben háztartásbeli
4 - Tanuló
5 - Munkaképtelen (rokkantnyugdíjas, stb.)
6 - Egyéb:……
99 - Nem tudja, nem válaszol
*A kérdezett **jelenlegi** (elmúlt 30 nap) foglalkozási státuszát szeretnénk megtudni. Ha egyik válasz sem fedi le jelenlegi státuszát, azt az 'Egyéb' kategóriába kell feljegyezni. Csak egy válasz adható.*
*A **seftelés, okoskodás, üzletelés** tevékenység mehet az egyéb kategóriába, csak legyen odaírva, hogy melyik tevékenység.*

4. Az elmúlt 30 napban milyen jövedelemforrásaid voltak?
1 - Fizetett állás, fizetés, vállalkozás
2 - Segély
3 - Betegállomány
4 - Munkanélküli segély
5 - Házastárs, család, barát
6 - Áruk adás- vétele (seftelés)
7 - Lopás
8 - Gyermektámogatás
9 - Prostitúció
10 - Egyéb: ……..
99 - Nem tudja, nem válaszol
Azt kérdezzük, hogy jelenleg milyen forrást, forrásokat használ a megkérdezett a megélhetéshez. Ha dolgozik, nem számít, hogy ez a munka bejelentett-e vagy sem, van-e munkaszerződése vagy sem.
Ha valaki nem illik egyik fenti kategóriába sem, az jegyezzük fel az egyéb válaszok közé. Ez különösen az illegális tevékenységeknél lehet fontos. Több válasz is adható.

'segély': ami nem munkanélküli segély
'házastárs, barát, család': ezek közül tartja el valaki
'Áruk adás-vétele': seftelés
'tarhálás, 'okosság', vasazás: egyéb kategória

5. Mi a legmagasabb iskolai végzettséged?
1 - Kevesebb mint 8 általános
2 - 8 általános
3 - Befejezetlen szakmunkás, szakközépiskola
4 - Befejezetlen gimnázium
5 - Befejezett szakmunkás, szakközépiskola
6 - Befejezett gimnázium
7 - OKJ képzés
8 - Befejezetlen főiskola, egyetem
9 - Főiskola, egyetem
10 - Egyéb:…..
99 - Nem tudja, nem válaszol
Csak egy *válasz adható. 'Befejezetlen': elkezdte, de valamilyen oknál fogva nem végezte el tanulmányait.*

6. Hogyan jellemeznéd a jelenlegi lakhatási helyzetedet?
1 - Saját tulajdonú lakásban
2 - Más lakásában
3 - Albérletben
4 - Önkormányzati lakásban
5 - Hajléktalanszállón
6 - Utcán
7 - Foglalt lakásban
8 - Egyéb: .....
99 - Nem tudja, nem válaszol
Azt kérdezzük, hogy jelenleg (az elmúlt 30 napban) hol él a megkérdezett. Ha egyik válasz sem fedi le jelenlegi státuszát, azt az 'Egyéb' kategóriába kell feljegyezni. ***Csak egy*** *válasz is adható.*
'saját tulajdonú': tisztázzuk az illetővel, hogy valóban saját tulajdonú lakásról van-e szó (nem a szüleié például)

7. Használod –e, használtad – e az alábbi szereket?

	Valaha 0 – Nem 1 – Igen 99 – Nem tudja	Jelenleg (elmúlt 30 nap) 0 – Nem 1 – Igen 99 – Nem tudja	Injektálod –e? 0 – Nem 1 – Igen 99 – Nem tudja	Utóbbi 48 órában hányszor injektáltad?	Az első használat életkora
Amfetamin					
Heroin					
Mefedron					

2 Interjú

8. **Mikor kezdtél el mefedront intravénásan használni?**
9. **El tudod mesélni az első intravénás mefedron használatodat (kivel, hol, hogyan)?**
10. **Miért váltottál mefedronra? (pl. anyagi, hatásbeli, beszerzési okok)**
11. **Melyik szerről váltottál át?**
12. **Jelenleg csak mefedront használsz intravénásan, vagy mást is? Ha csak mefedront, miért? Ha mást is, mire használod a másik (3., 4.) szert, szereket?**
13. **Hogyan alakul a használat (napi gyakoriság, dózis)?**
14. **Milyen, a használathoz kötődő tünetekről tudnál beszámolni?)Tünetek - tünettartományok: pörgés, eufória, sóvárgás, stb.)**
15. **Hasonlítsd össze ezeket a tüneteket az Ecstasy-val, a kokainnal, az amfetaminnal, a heroinnal! Mennyiben más, mennyiben hasonló?**
16. **Honnan szerzed be a mefedront (régi – új díler, más módon)?**
17. **Mit tudnál mondani a költségekről (kezdetben és most: változott-e, költséghatékonyabb-e, mint amit korábban használt? (pl. iv amfetamin)**

DOI:10.14753/SE.2018.2081

11.5. Kockázati magatartások kérdőíve a HIV, HCV gyorsteszten résztvevő intravénás szerhasználók körében végzett szűrés és tanácsadáshoz

Ezt a kérdőívet azért készítettük, hogy felmérjük a HIV és HCV fertőzéshez kapcsolódó kockázatokat
A kérdőív teljesen anonim, a válaszokat csak kutatási célra használjuk fel, és csak összesítve mutatjuk be.

Demográfia			
1. kódnév, azonosító	2. Neme [1] Férfi [2] Nő	3. Szül. év: [ ][ ]	4. Legmagasabb isk. végzettsége: .....
5. Az elmúlt 30 napban melyek voltak a jövedelemforrásai (mind legális és illegális)? Többet is választhat *[addig kérdezd, amíg már nem ad több választ: "Volt-e valami más?"]*	[ ] Szülők [ ] Segély [ ] Tű/fecsk. eladása [ ] Kábítószer eladása	[ ] Szexmunka [ ] Diákhitel [ ] Munkabér [ ] Kéregetés	[ ] Házastárs/Élettárs/Barát(nő) [ ] Egyéb illegális tev. [ ] Egyéb legális tev. [ ] NT/NV

Egészség				
E1. Ön szerint jelenleg az egészségi állapota:	[1] kiváló [2] jó [3] elégséges [4] rossz [8] nem tudja [9] NV			
E2. Volt már **HIV** teszten?	soha [ ]	hónapja [ ][ ]	E2.2. Megkapta az eredményt?	[1] Igen → [2] Nem [1] poz [2] neg [9] NT/NV
E3. Volt már **HepaC** teszten?	soha [ ]	hónapja [ ][ ]	E3.2. Megkapta az eredményt?	[1] Igen → [2] Nem [1] poz [2] neg [9] NT/NV
E4. Volt egyéb szűrővizsgálaton az elmúlt 1 évben?	[ ] Igen → [ ] Nem	Milyenen:.....		

Szerhasználati kockázatok		
D1. Használt valaha kábítószert szúrva?	[1] igen	[2] nem *→ugrás a szexuális életre*
D2. Hány éves kora óta szúr rendszeresen? *rendszeres = min. kéthetente*	[ ][ ] éves korom óta	
D3. Mit szúrt rendszeresen először?	.....	
D4. Az **utolsó 30 napban** milyen gyakran injektált bármilyen kábítószert? *Ha egyszer sem akkor ugrás a szexuális életre*	[0] soha / egyszer sem [1] havonta egyszer [2] havonta 2-3 alkalommal [3] kb. hetente egyszer [4] hetente 2-3 alkalommal [5] hetente 4-6 alkalommal	[6] kb. naponta egyszer [7] naponta 2-3-szor, szinte minden nap [8] naponta 4-9-szer, szinte minden nap [9] naponta min. 10-szer, szinte minden nap [98] Nem tudja [99] Nem válaszol
D5. Az elmúlt **30 nap során** az Ön által használt fecskendők hány százaléka volt **új, steril, amit még nem használt senki**? *(ő sem)*	[ ][ ][ ] %	[ ] NT/NV
D6. Átlagosan hányszor használt egy tűt az **elmúlt 30 nap** során?	[ ][ ][ ] alkalommal	[ ] NT/NV
D7. Milyen szert szúrt az **elmúlt 30 napban**?	D6.1. elsődleges szer:.....	D6.2. egyéb szer(ek):.....

D8. Az elmúlt 30 napban milyen gyakran osztott meg (használt valakivel közösen) szúráshoz használt felszerelést?	soha, egyszer sem [0]	az esetek felénél kevesebbszer [1]	kb az esetek felében [2]	az esetek felénél többször [3]	mindig [4]	NT/NV [9]

DOI:10.14753/SE.2018.2081

D9. Az **elmúlt 30 napban** milyen gyakran volt olyan, hogy:	soha, egyszer sem	az esetek felénél kevesebb-szer	kb az esetek felében	az esetek felénél többször	mindig	NT/NV
1. egy használt tűjét odaadta a **szex-partnerének**	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
2. egy használt tűjét odaadta a **barátjának, ismerősének**	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
3. egy használt tűjét odaadta egy **idegennek**	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
4. olyan tűvel szúrt amit használt előtte a **szex-partnere**	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
5. olyan tűvel szúrt amit használt előtte egy **barátja, ismerőse**	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
6. olyan tűvel szúrt, amit használt előtte egy **idegen**	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
7. **úgy szívott fel anyagot**, hogy abba már előtte valaki belerakta a használt tűjét?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
8. hagyta, hogy **valaki felszívjon anyagot**, hogy abba ön már belerakta használt tűjét	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
9. **olyan szűrőt használt**, amibe valaki már belerakta a használt tűjét	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
10. hagytad, hogy **valaki használja azt a szűrőt**, amibe te már beleraktad egy használt tűdet	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
11. **használt olyan vizet (tisztításhoz, vagy anyag feloldásához)**, amit más már használt	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
12. **szúrt olyan régi tűjével**, amit mások régi tűivel **együtt tároltak**?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
D10. Az elmúlt 30 napban hány különböző emberrel osztott meg szúráshoz használt felszerelést? [ ][ ][ ] emberrel						

Szexuális élethez kapcsolódó kockázatok						
S1. Hány szexuális partnere volt az **elmúlt évben**? *(nem szexmunka)* [ ][ ] db			S1.2 Hány volt ezek közül **alkalmi partner**? [ ][ ] db			
S2. Élt szexuális életet az **elmúlt 30 napban**? [1] igen [2] nem *→tovább szexmunkára*						
S3. Hány szexuális partnere volt az **elmúlt 30 napban**? *(nem szexmunka)* [ ][ ] db			S3.2 Hány volt ezek **közül alkalmi partner**? [ ][ ] db			
S4. Az **elmúlt 30 napban** milyen gyakran használt gumióvszert az:	soha, egyszer sem	az esetek felénél kevesebb-szer	kb az esetek felében	az esetek felénél többször	mindig	NT/NV
1. állandó parnterével	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
2. alkalmi partnerekkel	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
S5. Ön: [1] heteroszexuális [2] meleg/leszbikus [3] biszexuális [4] egyéb [9] NT/NV						

DOI:10.14753/SE.2018.2081

Szexmunka				
M1. Nyújtott valaha szexuális szolgáltatást pénzért vagy drogért?	soha, egyszer sem [0]	egyszer-kétszer [1]	előfordul néha [2]	gyakran [3]
M2. Dolgozott valaha szexmunkásként?	[1] igen	[2] nem →*tovább a kuncsaftra*		
M3. Hány éves korában kezdte el?	[ ][ ] éves koromban			
M4. Hány évig dolgozott szexmunkásként?	[ ][ ] éven keresztül VAGY [88] most is dolgozom			
M5. Az **elmúlt 30 napban** dolgozott szexmunkásként?	[1] igen	[2] nem →*tovább a kuncsaftra*		
M6. Egy átlagos napon kb hány kuncsaftja van?	[ ][ ][ ] db kuncsaft			

Az **elmúlt 30 napban**	soha, egyszer sem	az esetek felénél kevesebb-szer	kb az esetek felében	az esetek felénél többször	mindig	NT/NV
M7. Milyen gyakran használt gumióvszert a kuncsaftokkal?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
M8. Fogyasztott drogot az ügyfelével?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
M9. Szúrt együtt az ügyfelével?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
M10. Ha szúrt együtt ügyfelével milyen gyakran osztottak meg szúráshoz használt felszerelést?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

M11. Az elmúlt 30 napban hány különböző kuncsafttal osztott meg szúráshoz használt felszerelést? [ ][ ][ ] emberrel

M12. *Ha fogyasztottak együtt drogot:* Milyen szert? szúrva:..... nem szúrva:.....

Szexmunka – kuncsaft				
K1. Igénybe vett valaha szexuális szolgáltatást pénzért vagy drogért?	soha, egyszer sem [0]	egyszer-kétszer [1]	előfordul néha [2]	gyakran [3]
K2. Az **elmúlt 30 napban** volt ilyen?	[1] igen	[2] nem →*vége*		

Az **elmúlt 30 napban**	soha, egyszer sem	az esetek felénél kevesebb-szer	kb az esetek felében	az esetek felénél többször	mindig	NT/NV
K3. Milyen gyakran használt gumióvszert ilyenkor?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
K4. Fogyasztottak drogot együtt?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
K5. Szúrtak együtt?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
K6. Ha szúrtak együtt milyen gyakran osztottak meg szúráshoz használt felszerelést?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

K7. Az **elmúlt 30 napban** hány különböző szexmunkással osztott meg szúráshoz használt felszerelést? [ ][ ][ ]

K8. *Ha fogyasztottak együtt drogot:* Milyen szert? szúrva:..... nem szúrva:.....

Köszönjük a segítséget!

11.6. A kockázati környezet operacionalizált elemei és a leírásuknál felhasznált adatok, irodalmak

kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	Felhasznált adat/irodalom*
1) Fizikai körny. mikro szint	▪ A szerhasználat közvetlen fizikai környezete, belső-józsefvárosi mikroszegregátum	Ladányi 1989, 1992, 2004
	▪ A tűcsere program környékeke illetve a programba járó kliensek által intravénás szerhasználat kapcsán bejáratott helyszínek (nyílt színi szerhasználat) jellemzői	fotóetnográfia, saját gyűjtés
2) Fizikai körny. makro szint	▪ A kábítószerpiac alakulása 2010-2015 között	tűcsere_adatelemzés, mefedron_interjú, MDPV_kérdőív Nemzeti Drog Fókuszpont 2010, 2011, 2012, 2013, 2014a, 2015
3) Társadalmi körny. mikro szint	▪ Intravénás szerhasználó közösségben jellemző attitűdök – kockázati magatartások, szerváltás a közösségben	mefedron_interjú, tanácsadás_adatelemzés
	▪ Tűcsere program lefedettségének változása – kerületi szint	tűcsere_adatelemzés
4) Társadalmi körny. makro szint	▪ Magyarországi attitűdök a szerhasználókkal kapcsolatban – szerhasználók marginalizáltsága	Felvinczi és mtsai 2016
	▪ Tűcsere programok lefedettségének változása – országos szint	Gyarmathy és mtsai 2016; KCKT 2015
5) Gazdasági körny. mikro szint	▪ Intravénás szerhasználók munkaerőpiaci pozíciója (jövedelem, legmagasabb iskolai végzettség)	Márványkövi és mtsai 2006; Rácz és mtsai 2010 tanácsadás_adatelemzés
6) Gazdasági körny. makro szint	▪ Magyarországi népesség jövedelem eloszlásának változása	KSH 2015
	▪ Kábítószer használattal összefüggő illetve az ellátórendszerre fordított állami kiadások alakulása	központi költségvetésről szóló törvények 2009-2015; Nemzeti Drog Fókuszpont 2010, 2011, 2012, 2013, 2014a; KCKT 2015
7) Szabályozási körny. mikro szint	▪ Kék Pont Alapítvány tűcsere programjában érvényes injektor kiadási szabályok változása	tűcsere_adatelemzés A program szakmai beszámolóihoz készített éves elemzések
	▪ BRFK és a budapesti tűcsere programok közötti együttm.	BRFK 2004;
8) Szabályozási körny. makro szint	▪ Btk. szerhasználatra vonatkozó rendelkezései	Nemzeti Drog Fókuszpont 2014a
	▪ Tűcsere programokra és ezek jogi státuszára vonatkozó irányelvek és jogszabályok	80/2013. (X. 16.) Országgyűlési határozattal elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia; Alapvető Jogok Biztosának AJB-1131/2013. és AJB-7541/2013.; ill. AJB-1271/2015. jelentései

*a szürke mezők a disszertációhoz kapcsolódó saját vizsgálatokból származó adatforrásokat jelölik