

A tájékoztatás szerepe a kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő halálesetek elkerülésében

2008 augusztus elején hét nap alatt összesen kilenc kábítószer-túladagolással összefüggő haláleset történt Magyarországon. A tragédiák kapcsán nagyon sok hír, nyilatkozat bukkant fel a hazai médiában, cikkek tucatjai keresték a magyarázatokat, mérlegelték, hogy kiknek mit, s hogyan kellene másképp tenniük, hogy a jövőben elkerülhetőek legyenek az ehhez hasonló megrázó esetek. A fokozott reakció érthető, hiszen az események gondolkodásra készítettek a mindennapok emberét is arról, hogy mi minden létezik közvetlen szomszédságában, ám mégis észlelési horizontján kívül.

Érdeemes elgondolkodnunk azon, hogy mi jut eszünkbe elsőként, amikor azt a szót meghalljuk: kábítószerfüggő. Mennyire része a mindennapi realitásunknak, hogy ő is itt él köztünk? Szomszédként vajon gondoltuk-e, hogy a fiatal nő a budapesti Szőlő utcai házban, vagy a férfi a miskolci Avasi lakótelepen ilyen végzet felé sodródik?

A kábítószer-túladagolással összefüggő halálesetek megjelenése a magyar médiában

A halálesetek hírének kirobbanását követően a hazai médiában egyből elindultak a találgatások arra vonatkozóan, hogy vajon milyen tényezők játszottak szerepet a tragédiákban. Már kezdetben felmerült, hogy a kábítószer minőségének döntő szerepe lehetett a halálozásokban, valamint az is, hogy az áldozatoknak valamilyen közük lehetett egymáshoz. Egy-egy helyen megjelent olyan üzenet, amely kifejezetten a heroin-fogyasztókat célozta meg, és rendőrségi nyilatkozatra hivatkozva fokozott óvatosságra intette őket a tragédiák elkerülése érdekében. A hírekben megjelentek olyan feltételezések is, hogy a heroinon kívül más tényező, például más szerekkel (alkohollal és az úgynevezett helyettesítő terápia során alkalmazott metadonnal) kombinált használat is közrejátszhatott a halálesetek bekövetkeztében.

Tanulságokat rejt magában az, hogy a média eleinte jellemzően csak a rendőrséget kérdezte meg a halálesetek kapcsán; a szakemberek megkeresésére, a szakmai álláspont közvetítésére csak napok múltán került sor. A szakemberekkel készített interjúkon és szakmai dokumentumokon alapuló cikkek a hangsúlyt a biztonságos szerhasználat feltételeinek javítására és az összehangolt cselekvésre helyezték. Megállapították, hogy fontos lenne erősíteni a rendőrség, a mentők és a droghasználók együttműködését a tragédiák elkerülése érdekében. A szakmai álláspontokon alapuló cikkek beszámoltak arról is, hogy létezik olyan ellenszer, amellyel a heroin hatása blokkolható, és gyors beavatkozással a túladagolt életét meg lehet menteni. Ehhez ugyanakkor elengedhetetlen a heroin-fogyasztók bevonása, valamint a társadalom széles körű tájékoztatása és a társadalmi felelősségvállalás mértékének növekedése.

A cikkek túlnyomó többsége arról számolt be, hogy a heroint „kifejezetten a lecsúszott réteg” használja, és az országba elsősorban „török és albán bűnözők” hozzák be, valamint arról is, hogy a drogot a terjesztési lánc minden láncszeme „gátlástalanul szennyezi”, így „egy kiló tiszta heroinból nyolc-tíz kiló méreg lesz, mire az utcára kerül”. A méreggel hígított heroin híre számos hírforrásban megjelent. A heroin sajátosságai különösen alkalmasak arra, hogy a szerhez vonzzák és összesűrítsék mindazokat a sztereotípiákat, amelyek a drogokkal kapcsolatban élnek a közgondolkodásban. Sokszor a gyilkosság elkövetőjeként, megszemélyesítve utalnak rá a főcímek. Íme néhány példa: „Afgán heroin ölt Budapesten”, „Miskolcon is ölt a heroin”, „Miskolcon is szedett áldozatokat a heroin”. A heroin úgy jelenik meg, mint piszkos szer, „gyilkos drog”, a társadalom perifériájára sodródott, s egyben a társadalom számára veszélyes emberek kábítószerre. Hordozza mindazokat a jellemzőket, amelyekre a drogokkal kapcsolatos kollektív félelmek vonatkoznak, és ez a kapcsolat érzékletesen megjelenik azokon a képeken is, amelyeket a média az eset kapcsán illusztrációként alkalmazott. Az esetet közvetítő cikkek képi illusztrációiban jellemzően magukat éppen könyökhajlaton szűrő, szakadt és koszos öltözékű, piszkos kezű férfiak láthatók, amint kétséges higiéniai körülmények közepette, egy szétzilált élet kellékei közt adják be maguknak a heroint. Megjelennek a képeken a szerhasználat eszközei is, mindenekelőtt a fecskendő, amelynek látványa az intravénás heroin-fogyasztókat kivéve az emberek nagy részéből borzongást és viszolygást vált ki.

Ezzel szemben az augusztusi halálesetekkel kapcsolatos feltáró vizsgálatok azt bizonyítják, hogy az áldozatok nem a többszörösen hátrányos helyzetűek csoportjából kerültek ki. A

hozzátartozók megkérdezésével végzett vizsgálatokból az derült ki, hogy az áldozatok alsó-középosztálybeli fiatalok voltak. Családi körülményeiket tekintve egyetlen esetben sem volt tapasztalható veszélyeztető, elhanyagoló szülői magatartás, habár jellemzően csonka családokban nőttek föl, ahol az erőteljes, túlgondoskodó anya a felnőttkor elérését követően is igyekezett kontrollt gyakorolni gyermeke élete felett. Szerfogyasztói karrierjük tekintetében az utólagos feltáró vizsgálatokból fény derült arra is, hogy a tragikus halál legtöbb esetben egy hosszú évek óta tartó szerfogyasztói életút végállomása volt, s megelőzően az áldozatok többsége számos alkalommal próbálkozott már a leszokással. Néhány esetben akár több éves szermentes időszakok is előfordultak. A vizsgálatokból az is kiderült, hogy a halálesetek a használt szer viszonylag magas hatóanyagtartalmával (úgynevezett tisztaságával), valamint olyan egyéb tényezőkkel állnak kapcsolatban, amelyek a hosszabb ideje tartó intenzív szerfogyasztás szövődményei.

Összességében elmondható, hogy a sajtó, még ha a szenzációs elemeket kiemelve is, de higgadtan és ezzel egyidejűleg az eset fontosságához mért komolysággal reagált a heroinnal összefüggő augusztusi halálesetekre. Mindemellett szerencsés lenne, ha a média nem csak az ehhez hasonló tragikus esetek kapcsán válna közvetítő közeggé a szakemberek és a laikusok között. A társadalom tájékozottságának növelése érdekében elengedhetetlen a szakmai szempontok, irányelvek hétköznapi nyelven való folyamatos közvetítése, amiben a média kiváló csatorna lehetne. Amint azt számos cikkben olvashattuk, a tény- és tudásalapú információk terjedése nagyban hozzájárulna ahhoz, hogy a drogfogyasztásból eredő egyéni és társadalmi kockázatok egyaránt csökkenjenek, és azok, akik segítségre szorulnak, meg tudják találni a számukra legmegfelelőbb segítséget. Kifogásolható kijelentés, de szerencsére egyre ritkábban lehet találkozni vele, hogy a kábítószerket közvetlenül iskolák mellett is kínálják. Valóban előfordul, hogy iskolás gyerekek társaikat az iskolában droggal kínálják. Azonban az a hiedelem, miszerint dílerek az iskolák kapuiban leselkednek, hogy ingyenes „beetető” adagokkal rászoktassák a gyerekeket a kábítószerre, nem felel meg a valóságnak. A drogok kipróbálásának megelőzése tényszerű, hiteles információk átadásával, a valós veszélyforrások felismerésének támogatásával segíthető leghatékonyabban. Ugyanez a helyzet a drogfogyasztással összefüggő ártalmak minimalizálása kapcsán is, ahol az orvosi és pszichoszociális segítségnyújtás mellett a tényszerű, bizonyítékokon alapuló ismeretek átadására kell helyezni a hangsúlyt.

Eltérő szerhasználati módok, eltérő összetétel, eltérő kockázatok

A kábítószerfüggőket érintő legnagyobb kockázat a túladagolás. A bekövetkező tragikus kimenetelű balesetek különösen sürgetővé teszik annak átgondolását, hogy vajon mindent megteszünk-e a halálesetek elkerülése érdekében.

A drogok élettani hatását számos tényező befolyásolja, amelyek négy csoportba sorolhatók. Az első a *drog különböző fizikai és farmakológiai jellemzői*: farmakológiai összetétele, az egyes hatóanyagok (és egyéb összetevők) mennyisége, koncentrációja, de színük, formájuk, szaguk is módosíthatja a hatásukat. A második tényező a *szervezetbe juttatás módja*, ami a drogtól függően történhet szájon át, orrba szippantva, inhalálva, illetve bőr alá vagy intravénásan befecskendezve. A harmadik tényező a *használó fizikai és pszichés jellemzői*. Ide tartoznak a használó elvárásai, korábbi ismeretei és tapasztalatai a droggal kapcsolatban, de befolyásolja a hatást a használó fáradtsága, izgalmi állapota, a gyomor telítettsége (orális használatnál) és egyéb jellemzők is. A negyedik tényező a *fizikai és szociális környezet* jellemzői, azaz, hogy hol, kivel, kikkel történik a használat.

A fentiekben felsorolt tényezők egyaránt befolyásolhatják a droghasználat általános élményét és intenzitását is. Ennek megfelelően a túladagolások esetek okait is ezen tényezők között kell keresnünk. Nyilvánvaló, hogy a túladagolást leginkább az alkalmazott dózis befolyásolja. *Természetesen a dózis tekintetében nem a használt drog mennyisége, hanem az abban található hatóanyag mennyisége a mérvadó.* Ugyanakkor, a szerfogyasztó aktuális fizikai és pszichés állapota ugyanazon dózis esetében is eltérő hatást eredményezhet. Például, detoxifikálást vagy huzamosabb szermentes állapotot követően a korábbiakban megszokott dózis használata életveszélyes kockázatot jelenthet, hiszen a szermentes időszak alatt megszűnik a droggal szemben korábban kialakult tolerancia.

Egyértelmű, hogy az utcai kereskedelemben vásárolt drogok összetétele, illetve a hatóanyag mennyisége a vásárló/használó számára ismeretlen. Bár a szerhasználók gyakran próbálnak egy adott diltől vásárolni, hogy kiküszöbölhessék a hatóanyagkoncentráció-ingadozásból származó kockázatot, természetesen maga a diler is változó minőségű kábítószerhez jut hozzá. *A túladagolás egyik jelentős kockázatát ily módon éppen az adja, hogy a használó nem ismeri az általa megvásárolt drog összetételét és hatóanyagtartalmát.* Ily módon egy nagyobb

hatóanyag-koncentrációjú drog megjelenése a kábítószerpiacon nagyon jelentős túladagolási kockázatot jelent.

Természetesen fokozott kockázatot jelenthet a drog összetevőinek megváltozása is, illetve azok a hígító vagy szennyező anyagok, amelyeket az újabb és újabb eladási pontokon adnak a droghoz a nagyobb anyagi haszon érdekében. A más, legális vagy illegális drogokkal történő egyidejű használat szintén fokozza a túladagolás veszélyét.

A kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálozás alakulása Magyarországon és az Európai Unióban

A kábítószer-használattal összefüggő közvetlen halálozás adatainak ismeretében elmondható, hogy évente mintegy 9000 fő veszti életét az Európai Unió tagállamaiban és Norvégiában túladagolás, mérgezés, illetve az úgynevezett hirtelen droghalál következtében. Ha a lakosságszámra vetítjük a kábítószeres halálozás mértékét, akkor láthatjuk, hogy ez az arány a különböző országokban eltérően alakul. Míg Magyarországon ez az arány 2,5 fő/millió lakos (ami a legalacsonyabb érték Európában), addig Észtországban ennek a húszszorosa, azaz 50 fő/millió lakos.

1. táblázat

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok

Ország	Év	Összesen (eset)	Millió lakosra számolva
Magyarország	2006	25	2,5
Szlovákia	2006	20	3,7
Bulgária	2006	29	3,8
Csehország	2006	42	4,1
Franciaország	2005	295	4,7
Hollandia	2006	112	6,9
Lettország	2006	17	7,4
Lengyelország	2005	290	7,6
Olaszország	2006	517	8,8
Románia	2006	21	11,1
Belgium	1997	123	11,7
Ciprus	2006	10	13
Svédország	2004	135	14,9
Spanyolország	2005	665	15,2
Görögország	2006	173	15,6
Németország	2006	1296	15,7
Málta	2006	7	17,3

Litvánia	2006	62	18,2
Portugália	2006	216	20,4
Szlovénia	2005	44	22
Ausztria	2006	197	23,8
Finnország	2006	138	26,3
Írország	2004	112	26,6
Egyesült Királyság	2005	1979	32,8
Norvégia	2005	163	35,1
Dánia	2005	207	38,1
Luxembourg	2006	19	40,5
Észtország	2006	68	50,6

Ha az elmúlt évek tendenciáit tekintjük, akkor látható, hogy az országok zömében stabilizálódott vagy csökkent a kábítószer-használat következtében elhunytak száma. Magyarországon is enyhe csökkenés volt tapasztalható az utóbbi három évben.

2. táblázat

Kábítószer használattal közvetlenül összefüggő halálozási adatok az Európai Unió tagállamaiban és Norvégiában

Ország	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Belgium	132	137	123									
Bulgária	19	11	16	21	28	41	24	13	15	26	40	29
Csehország				61	79	80	84	44	55	57	62	42
Dánia	214	242	256	243	217	240	221				207	
Németország	1565	1712	1501	1674	1812	2030	1835	1513	1477	1385	1326	1296
Észtország			4	7	22	31	45	86	36	98	57	68
Írország	36	44	78	82	122	113	93	90	96	112		
Görögország	176	222	232	245	265	304	321	259	217	253	314	173
Spanyolország	698	690	711	689	761	705	666	667	643	679	665	
Franciaország	445	377	204	184	193	225	263	237	222	250	295	
Olaszország	1195	1566	1160	1080	1002	1016	825	520	517	653	652	517
Ciprus										14	9	7
Lettország		1	5	3	32	42	36	35	12	14	14	17
Litvánia	9	23	34	32	37	45	35	33	40	38	31	62
Luxembourg	22	17	9	16	17	26	18	11	14	13	8	19
Magyarország		52	47	31	42	38	40		32	34	28	25
Málta	1	2	5	5	5	6	7	8	5	6	8	7
Hollandia	70	108	108	110	115	131	144	103	104	127	122	112
Ausztria	170	191	136	109	128	167	139	139	163	185	191	197
Lengyelország	175	179	253	235	292	310	294	324	277	231	290	
Portugália	198	232	235	337	369	318	280	156	152	156	219	216
Románia							12	3	7	7	6	21
Szlovénia			20	27	33	32	34	38	32	45	44	
Szlovákia										23	17	20
Finnország	51	107	98	84	119	134	110	97	101	135	126	138
Svédország	70	122	133	138	153	191	162	160	152	135		
Egyesült Királyság	3012	3118	3310	3482	3653	3478	3703	3457	3165	3392	3301	
Norvégia	143	195	185	274	237	360	398	291	204	220	163	

A kábítószer-használattal összefüggő halálozás alakulását a korábbiakban már említett konkrét tényezőkhöz kívül nagyban befolyásolja a kezelő-ellátó rendszer fejlettsége, az ellátások hozzáférhetősége és érzékenysége a probléma változó megjelenési formáira.

A túladagolási kockázat csökkentésének lehetőségei

Annak ellenére, hogy Magyarországon – európai összehasonlításban – nem tekinthető kritikusnak a kábítószer-használattal összefüggő halálozási helyzet, feltétlenül vizsgálni szükséges, hogy milyen eszközök, intervenciók révén lehet a létező kockázatokat a leginkább mérsékelni.

Prevenció

A preventációs programoknak is egyfajta ártalomcsökkentő szemlélet kell hordozniuk, vagyis olyan információkat is terjeszteniük kell, amelyekből kiviláglik, hogy a különböző illegális szerek korántsem tekinthetők egyformáknak sem hatásaik, sem kockázataik szempontjából. Ezek feltárása, a vonatkozó készségek, jártasságok fejlesztése megkerülhetetlen feladata a preventációs programoknak is.

Kezelés, ellátás

A kezelésekhez való hozzáférés megkönnyítése, a differenciáltabb, a kliens tényleges igényeit messzemenően figyelembe vevő ellátások biztosítása, a kezelésben maradás mértékének növelése, az alacsony küszöbű szolgáltatások fejlesztése mind hozzájárulhatnak a droghalálozás csökkentéséhez. A közvetlen droghalálozás különös kockázatát jelenti a börtönből vagy intézményes kezelési rendszerekből való kikerülést követő egy-három hét. Ezen ellátások tekintetében *egyre nagyobb figyelmet kell szentelni a kezelésben maradás elősegítésére, valamint a kezelést követő átmeneti támogatások működésére. Ezek közé tartozik a távozók figyelmeztetése a kezelést követő időszak kockázataira, más kezelési opciókba való átvétel megkönnyítése és a szociális támogatási programok rendelkezésre állása. Továbbá a túladagolós esetek ismét felhívják a figyelmet arra is, hogy fontos nagyobb hangsúlyt fordítani az olyan helyettesítő terápiák alkalmazására, amelyek révén az opiáthasználó személy kontrollált minőségű gyógyszerként (Metadon, Suboxone) jut hozzá a számára szükséges, hosszabb távon a szerről történő leállást elősegítő készítményekhez.*

Ártalomcsökkentő programok

A tücsere és egyéb, a szerfogyasztóval közvetlen kapcsolatba kerülő alacsonyküszöbű programok vannak leginkább abban a helyzetben, hogy a szerhasználókat figyelmeztessék az esetleg megjelenő fokozott kockázatokra. Ezek a programok azonban csak akkor képesek erre, ha intenzív információáramlás történik a különböző területeken dolgozó szakemberek között; pl. a rendőrségi laboratóriumokban megjelenő ismeretlen, újszerű összetételű szerekről azonnal információt kapnak azok, akik a szerhasználókkal napi szinten foglalkoznak. Az ilyen típusú információcsere lenne az egyik legfontosabb megnyilvánulási formája az Európai Unió által is támogatott úgynevezett „korai jelzőrendszernek” (Early Warning System).

A kockázat csökkenthető, ha a szerhasználó a túladagolás szempontjából kisebb rizikójú beviteli módok közül választ. *Általában elmondható, hogy az intravénás beviteli mód a legkockázatosabb, hiszen ebben az esetben a szer egyből a véráramba kerül, azaz gyakorlatilag azonnal a teljes bevitt dózis kifejti a hatását.* Az intravénás használat ráadásul minden más szempontból (például fertőzések) is fokozott kockázatot jelent. Az orrnyálkahártya (szippantás vagy inhalálás esetén) szintén viszonylagosan gyors felszívódást biztosít, de a túladagolás kockázata ezzel a módszerrel lényegesen kisebb, mint az intravénás adagolásnál. A legkisebb kockázatot a szájon át történő fogyasztás jelenti.

Több országban működnek úgynevezett *biztonságos injektláló szobák (safer injection rooms)*, amelyekben a használó számára steril felszerelést biztosítanak az általa hozott heroin használatához, illetve, ahol rendelkezésre áll olyan egészségügyi személyzet, amely túladagolás esetén életmentő beavatkozásokra képes. Fontos hangsúlyozni, hogy a túladagolások esetek elsősorban a heroin vonatkozásában fordulnak elő, amely szer esetében rendelkezünk olyan anyaggal (naltrexon), amely képes blokkolni a heroin hatását, s ezáltal megmenthető a használó, ha időben részesül felkészült orvosi segítségben. Léteznek olyan programok is, amelyekben a heroinisták kapnak naloxont annak érdekében, hogy azt szükség esetén be tudják adni túladagolt társuknak, ezáltal életben tartva a túladagolt személyt az orvosi segítség megérkezéséig.

Több országban folynak olyan programok, ahol a krónikus heroin-használóknak ellenőrzött minőségű heroint (diamorfint) biztosítanak, kivédve ezzel nem csupán a társadalmi ártalmakat (beszerzési bűnözés), hanem a túladagolást, valamint azokat a kockázatokat is, amelyeket az utcai drogban a heroin mellett megtalálható szennyezőanyagok jelentenek.

Számos esetben tapasztalható volt, hogy a kábítószer-használatból fakadó rosszullétekhez az érintettek, illetve társaik nem mertek mentőt hívni, félve attól, hogy az orvosi segítséggel együtt a rendőrség is a helyszínre érkezik. Az adatvédelmi ombudsman 1998-ban ajánlásban fogalmazta meg azt, hogy az Országos Mentőszolgálat a segítségért hozzá forduló, rosszullétük miatt gyógykezelésre szoruló drogfogyasztókról nem tehet bejelentést a rendőrségnek. A hatályos jogszabályok a mentősök számára csakis abban az esetben teszik lehetővé a rendőrség riasztását, *ha a mentősök testi épségét közvetlen veszély fenyegeti.* Belátható, hogy például egy túladagolás folytán magatehetetlen, életveszélyes állapotban lévő ember részéről igen csekély az esélye az agresszív megnyilvánulásnak. *Az OMSZ*

főigazgatója az ombudsmani ajánlásnak 2005. május 24-én kelt utasításában eleget tett, és kérte a mentőszolgálat munkatársait, hogy kizárólag abban az esetben kérjenek rendőri segítséget kábítószerrel rosszul lévő beteg ellátása során, ha a beteg részéről támadás éri őket, valamint a rendőrséget is csak az egészségügyi adatok védelméről szóló törvényben foglalt esetekben értesítsék.

A túladagolás kockázatainak csökkentése tekintetében a droghasználók sajátos helyzetéhez igazodó (sürgősségi) elsősegély-nyújtási ismeretekre való felkészítés csakúgy jó eredményhez vezethet, mint a rendőrség, a mentők és a droghasználók közötti együttműködés elősegítése. Mindezeknek döntő szerepük van abban, hogy enyhüljenek a droghasználók félelmei a hatóságokkal való találkozástól, s ezáltal a súlyos veszélyeket jelentő sürgősségi helyzetekben minél gyorsabban eljusson a rászorulóhoz a megfelelő segítség. Kutatások bizonyítják, hogy különböző drogok együttlégyasztása, így az alkohol és a szedatívumok alkalmazása nagymértékben megnövelheti a droghalálozás kockázatait, ezért a politoxikománia kérdésére fokozott figyelmet kell fordítani. A drogfogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek megelőzése tekintetében a droghasználók, valamint a hozzátartozók, sőt a lakosság tájékoztatása is döntő lehet.