

Epinfo

Epidemiológiai Információs Hetilap

[A kelet-közép-európai droghelyzet II.](#)

[Tájékoztatás szakmai rendezvényről](#)

[Fertőző betegségek adatai](#)

Aerobiológiai jelentés

(lásd: www.antsz.hu/oki/oki14.htm)

[Impresszum](#)

A KELET-KÖZÉP-EURÓPAI DROGHELYZET II.

PREVENCIÓ – Prevenációs stratégiák és beavatkozások

Hosszú távon gondolkodva fontos emlékeznünk arra, hogy **az átfogó és szisztematikus drog-prevenációs politika a legtöbb kelet-közép-európai országban viszonylag új keletű.** Bár Lengyelországban elfogadták a kábítószer-visszaélések preveníójáról szóló 1985. évi törvényt, a '90-es évek közepéig csupán Magyarországon és a Cseh Köztársaságban születtek országos szintű, kifejezetten drog-prevenációs stratégiák, melyek azóta már felülvizsgálatra kerültek, és más országokhoz hasonlóan ezekben is újabb prevenációs stratégiákat alakítottak ki. Gyakran azonban nehéz megállapítani, hogy az egyes éves jelentésekben és a koncepcióról szóló dokumentumokban hivatkozott programok milyen mértékben és milyen módon kerülnek gyakorlati bevezetésre.

Az EU-tagországokhoz hasonlóan, a kelet-közép-európai régióban is az iskolai prevenációs tevékenységek a leggyakoribbak. A '80-as évek végén Magyarország fektetett a legtöbbet az iskolai programokba (bár ezek még így sem fedték le a diákság összességét), annak ellenére, hogy Lengyelországban a kábítószer-visszaélések preveníójáról szóló 1985. évi törvény értelmében a kábítószerrel kapcsolatos ismeretanyag bekerült a hivatalos iskolai tananyagba, és Bulgáriában, 1988-ban tanárok számára indultak a kábítószerrekről szóló képzési programok. Az 1990-es évek elején ezekben és más országokban program-modellek és helyi kezdeményezések kerültek bevezetésre. Így a '90-es évek közepéig néhány megállapítást tehetünk a helyzetről.

Sok esetben a drog-prevenáció inkább információs, mint pedagógiai alapon folyt, ami nem zárta ki, hogy a tanárok erkölcsi kérdést formáljanak abból, hogy a kábítószer-fogyasztás nemkívánatos. Akkoriban általános gyakorlat volt, hogy az Egyesült Államokban és a nyugat-európai országokban saját használatra kifejlesztett prevenációs segédanyagok kerültek lefordításra anélkül, hogy azokat a helyi körülményekre és szükségletekre alakították volna. A programok bevezetése legtöbbször informális volt, és gyakran a holisztikus megközelítés kifejlesztése helyett a tanárok képzésétől remélte a tanterekben folyó oktatás hatékonyabbá válását, jóllehet néhány ország kiválasztott iskolái részt vettek a WHO „egészségfejlesztő iskolák” hálózatában.

Azóta több országban elkezdődött a holisztikusabb és pedagógiaileg megalapozott, gyakran az egészségnevelés és a személyes döntéshozatal tágabb fogalomkörébe integrált iskolai programok kidolgozása. Sajnos az ilyen programok bevezetésének módja és mértéke, vagy eredménye még

mindig ritkán kerül értékelésre.

Bár néhány közép-kelet-európai országban folytak kábítószerrel kapcsolatos társadalmi célú kommunikációs kampányok – gyakran az Európai Drog-prevenációs Hét eseményeihez kapcsolódva – ezek kialakításáról és megvalósulásáról kevés információ áll rendelkezésünkre. Úgy tűnik, a kábítószer-kezelését illetően a médiában is jelentős fejlesztésre van szükség a – még inkább a tényeken alapuló és körültekintőbb – hírközlés, valamint az átgondoltabb, kevésbé moralizáló elemzések népszerűsítésének érdekében.

Az utóbbi években néhány országban a közösség-alapú prevenciós tevékenységek változatainak jelentős fejlődése volt megfigyelhető. Ezek alapját általában helyi vagy regionális szintek képezik, és az egyes projektek végrehajtását civil szervezetek, vagy helyi kábítószer-koordinációs szakemberek decentralizált hálózata végzi. Némelyikük bizonyos csoportokat – börtönbüntetésüket töltő elítélteket, vagy rekreációs kábítószer-fogyasztókat – céloz meg, míg mások inkább az információs szolgáltatáson és helyi szakemberek képzésén keresztül képzeli el a prevenció hatékonyságának fokozását, megint mások pedig a tevékenységek széles skálájának a fiatalok körében történő népszerűsítését szorgalmazzák. A különböző országokban a kockázatcsökkentés és a prevenció aspektusain dolgozó, nem-kormányzati szervek közötti információcsere és hálózatként történő működés ösztönzését hivatottak elősegíteni a PHARE Kábítószerkereslet-csökkentő Programja által finanszírozott projektek is.

Kérdések és feladatok

A kábítószer-fogyasztás elterjedtsége egyre jobban megközelíti a nyugat-európai országokban jellemző mértéket, és a fogyasztás mintázatai gyakran nagyon hasonló okokat mutatnak, még akkor is, ha a jellemző történeti és háttérelmek mind a helyi folyamatokra, mind pedig a veszélyeztetett népesség és a helyzet jellemzőire hatással voltak. A feladat abban áll, hogy a kábítószer-fogyasztás realitását tudomásul vegyük és olyan, kiegyensúlyozott módon válaszoljunk rá, amely se nem tagadja, se nem túlozza el a kockázatokat, s így realiztikus, elérhető célokat jelöl ki.

Szintén fontos, hogy olyan **szemlélet** honosodjon meg, mely a kábítószer-fogyasztás mintáit is formáló, társadalmi és kulturális dimenziókat tiszteletben tartja és **a kábítószer-fogyasztást egy olyan általános életmód részeként**, és fogyasztó-orientált jelenségként értelmezi, melyben egyesek valószínűleg **komolyabb problémákkal szembesülnek, mint mások**. Ez a szemlélet ellentétben áll azokkal a nézetekkel, melyek

szerint a kábítószer-fogyasztás betegség és kívülről jövő probléma. Ez viszont a kockázatra és a veszélyeztetettségre vonatkozó koncepciók differenciált pedagógiai és közegészségügyi megközelítését feltételezi.

A leghatékonyabb megközelítés részben a szóban forgó **szertípustól**, részben pedig ezek **fogyasztási mintáitól függ**. A legszélesebb körben fogyasztott illegális szer a **kannabisz**, melynek **fogyasztásából a legtöbb embernek nem származik** semmilyen egészségügyi vagy szociális **problémája**, és a kannabisz-fogyasztással kapcsolatban felmerülő egyéni és társadalmi költségek, más szerekkel összehasonlítva, viszonylag alacsonyak, jóllehet néhány sebezhető fiatalnak nehézségeket okoznak. Az adatok szerint a kannabisz-fogyasztás életprevalenciája a havi vagy az éves prevalencia többszöröse, ami azt jelzi, hogy a folytatódó és rendszeres kannabisz-fogyasztás viszonylag ritka még az úgynevezett magas prevalencia értékkel jellemezhető területeken is. A „**party drogok**” mint az ecstasy vagy az amfetaminok rekreációs célból történő fogyasztása **több kockázattal** és magasabb esetleges költségekkel járhat, különösen akkor, ha az többféle szer gyakoribb fogyasztására vonatkozó minta része (habár a kannabiszhoz hasonlóan ezeket a szereket is inkább kísérleti és időszakos jelleggel, mint intenzíven használják). Mindezekkel ellentétben az **ópiát**-, különösen a **heroin-függőség** a főképpen **intravénás használattal párosulva magas egészségügyi kockázatot jelent** és jelentős költségeket ró az egészségügyre és a társadalomra. A közép-kelet-európai országokban mért magas intravénás szer**fogyasztási** prevalencia-értékből következően az ópiát-fogyasztás és az intravénás szerfogyasztás, valamint az ezek által okozott **károsodások mértékének csökkentése az egyik alapvető feladat**.

Végül az illegális szerek használatánál **gyakoribb és elterjedtebb** a legális szerek, különösen **az alkohol és a dohány fogyasztása** és nagyobb valószínűséggel folytatódik felnőttkorban is. A **gyógyszerek**, különösen, az altató és nyugtató szerek nem orvosi rendelvényre történő fogyasztásának aránya is viszonylag magas a közép-kelet-európai országokban.

Ezektől az általános témáktól eltekintve, **fontos helyi különbségek** vannak az egyes országokon belül és között, nemcsak az alkohol- és a kábítószer-fogyasztás mintáit és hagyományait tekintve, de a megfigyelhető kockázati tényezők alakulásában, összeállításában is. **A válaszoknak figyelembe kell venniük** a helyi körülményeket csakúgy, mint a **demográfiai és kulturális adottságokat, a társadalmi-gazdasági helyzetet** vagy a **bűnözés mértékét**. Az ellátó intézmények és hálózatok is kialakították sajátos helyi működési és kapcsolattartási stílusukat. Míg a prevenció pedagógiai megközelítésének iskolai egészségnevelési

programok tágabb keretein belül történő kifejlesztésére és gyakorlati alkalmazására vonatkozó országos szintű erőfeszítések néhány országban eredményt mutatnak, ennél is nagyobb kihívást jelent az igények felmérése, a prioritások felállítása, és a helyi viszonyoknak megfelelő rugalmas válaszok kialakítása.

Míg a prevenciók erőfeszítések gyakran az iskolai beavatkozásokra összpontosítanak, addig fontos, hogy a magas kockázattal járó szerhasználati minták néhány, nem iskolás csoportban figyelhetők meg, és hogy a kábítószer-fogyasztás magasabb prevalencia-értéke az idősebb az iskolás korból kinőtt fiatalok körében jellemző. Ez különösen igaz az olyan szerekre, mint a heroin, az amfetaminok és a kokain. Ezért is fontos ösztönözni és építeni a szélesebb körű és átfogóbb közösségi szintű akciókra. Néhány országban számos érdekes program fut, melyeket azonban szükséges lenne kiterjeszteni és szélesebb körben végrehajtani.

Kiemelt feladat meghatározni a megfelelő stratégiákat és válaszokat, és egy, megbízható információkon alapuló, átfogó és **integrált megközelítés** érdekében konszenzust (társadalmi szolidaritás) kiépíteni. Ez az integrált megközelítés olyan **témákat** ölel fel, mint a nyilvánosság és a szakemberek kábítószerrel és kábítószer-problémákkal kapcsolatos attitűdjei és ismeretei; hogyan használjuk a releváns információkat és képzési elveket a gyakorlatban; hogyan alakítsunk ki olyan válaszokat, melyek inkább elfogadóak, mint megbélyegzők és kirekesztők; hogyan koordináljunk hatékonyan, és hogyan vonjuk be a civil társadalmat konstruktívabban. A média szerepe szintén döntő fontosságú.

Végül, de nem utolsó sorban, fontos kihívást jelent **az adatgyűjtés és kutatás minőségének javítása** annak érdekében, hogy a koncepciókat és válaszokat a bizonyítékok biztosabb alapjára helyezhessük. Az információ gyűjtés ki kell terjedjen a fiatalok körében tapasztalható kábítószer-fogyasztás mintáinak és a trendek nyomon követésének és megértésének érdekében alkalmazott kvantitatív és kvalitatív módszerekre csakúgy, mint a különböző prevenciók intézkedések végrehajtásának és hatékonyságának vizsgálatára. Habár **a prevalencia és a trendek** nyomon követésére alkalmas mutatók **javuló tendenciát mutatnak**, az egyes országokban még mindig sok a tennivaló, és a hatásvizsgálat is alacsony szinten áll. Időközben a meglévő ismeretanyag és a kutatás alapú bizonyítékok folyamatosan bővülnek, és így sokat segíthetnek a koncepciók, a stratégiák és a beavatkozások kidolgozásában.

KEZELÉS

A kábítószer-fogyasztók kezelését végző intézmények típusai és az ellátás kiterjedtsége

A csatlakozó országokban fennálló kábítószerhelyezetről szóló 2002-es jelentés (EMCDDA, 2002a) részletesen beszámol az ellátó intézményekről. **Hagyományosan a kezelés kórházi fekvőbeteg-ellátás keretében,** pszichiátriai vagy addiktológiai osztályon – gyakran kötelező jelleggel – végrehajtott **detoxikációból áll.** Az ismert fogyasztókat a hatóságok, főként a rendőrség regisztrálja, nyomon követi és ellenőrzi. Csak Lengyelországban létesültek nem-kormányzati, bentlakásos terápiás intézetek a kábítószer-fogyasztók kezelésére. 1989 után a **kényszer-gyógykezelés** öröksége az állami pszichiátriai kezelés iránti, széles körben elterjedt bizalmatlanság lett. A '90-es évek közepére ez a rendszer az egészségügyi reformok nyomására hirtelen **összeomlott.** A privatizáció és a biztosítás-alapú koncepciók bevezették a profit-orientált ellátást, új rendszerek jöttek létre, gyakran változatlan személyi állománnyal, így a **függők iránti egyéni attitűdökben nem feltétlenül következett be gyors változás.**

A közép-kelet-európai **országok többségében** (pl. Bulgária, a Cseh Köztársaság, Magyarország, Szlovákia és Szlovénia) a kábítószer-fogyasztók **ambuláns ellátása** a '90-es években folyamatosan fejlődött, általában a közegészségügyi rendszer részeként a pszichiátriai osztályokhoz csatolva, de ritkán a privát szektorban is. Már országokban a kezelés továbbra is a fekvőbeteg-ellátás kereteiben végzett detoxikációt jelenti. Néhány országban bevonásra kerültek az egészségügyi alapellátást biztosító intézmények is, de szerepük legtöbbször csekély.

A fenntartó – különösen a **metadonnal** folytatott – **kezelések fejlődése** lassúnak bizonyult. Az első (kísérleti) metadon-program Szlovéniában vette kezdetét 1990-ben, melyet továbbiak követtek a Cseh Köztársaságban (1992) és Lengyelországban (1993). A többi országban az első metadon-programok kezdetének dátuma 1995-re vagy még későbbre tehető, bár 2001-re az összes országban elindult került legalább egy. A programok száma azonban, Szlovéniát kivéve, korlátozott és lefedettségi arányuk szintén meglehetősen alacsony. Szlovéniában egy országos hálózat biztosít fenntartó metadon kezelést a becsült heroin-függő népesség megközelítően 20%-ának. Az összes többi országban a lefedettség nem éri el az 5%-ot, sok helyen 0-2%-os. Ezzel ellentétben, az EU-tagállamokban a szubsztitúciós kezelések általi lefedettség átlagos aránya 30% fölötti. Néhány országban korlátozott mértékben léteznek egyéb farmakológiai szerekekkel, úgymint **naltrexone**-nal és **buprenorphine**-nal, történő fenntartó kezelések, de ezekről rendszerezett információ nem áll rendelkezésre.

A civil szervezetek bevonása is igen lassú volt a legtöbb országban, bár néhol (a Cseh Köztársaságban, Magyarországon, Lengyelországban és

Szlovéniában) a nem-kormányzati szervezetek fontos szerepet játszanak a kábítószer-fogyasztóknak szóló tanácsadásban és az ellátás biztosításában. Lengyelországban a civil szervezetek ezen tevékenysége már majdnem 20 éves múltra tekint vissza, Magyarországon az 1980-as évek végére nyúlik vissza, míg a Cseh Köztársaságban és Szlovéniában a non-profit szervezetek kiterjedt hálózata a '90-es években alakult ki. Napjainkban a civil szervezetek néhány más országban is fontos és egyre növekvő szerepet kezdenek játszani.

Kérdések és feladatok

Elfogadott, hogy a problémás kábítószer-fogyasztók számára kialakított hatásos kezelési rendszer nemcsak a kábítószer-fogyasztók és közvetlen környezetük, hanem a szélesebb társadalom számára is komoly előnyökkel járhat a betegségekből és bűnözésből származó társadalmi költségek csökkentése révén. Bár néhány ország látványos fejlődést produkált, Közép-Kelet-Európa legnagyobb részén jelentős kihívást jelent a problémás kábítószer-fogyasztók által elérhető kezelések változatosságának, kapacitásának és hatásosságának növelése.

Ez szorosan kapcsolódik a különböző szükségleteket kielégítő, különböző kezeléseket biztosító, átfogó ellátó-rendszerre alapozó, hosszú távú stratégiai tervezés szükségességéhez. Bár a részletek a nemzeti és helyi viszonyoktól függenek, **egy átfogó rendszer tartalmazhat**

- strukturált programokat és egyéni, valamint családterápiát kínáló ambuláns ellátást;

- a fenntartást és detoxikációt biztosító metadon-programokat;

- a fekvőbeteg-ellátásban elvégzett detoxikációt és hosszú távú terápiás közösségeket;

- az oktatást, a szakképzést és a relapszus-prevenциót felölelő rehabilitációs programokat;

- önsegítő csoportokat;

- célzott ellátást (pl. nőknek, utcagyerekeknek, etnikai kisebbségek tagjainak, migránsoknak, börtönbüntetésüket töltő elítélteknek);

- szakember-képzést és az egészségügyi dolgozók képzését, különösen a téma iránti megértés növelése és a szakmai szttenderdek javítása érdekében.

Ahhoz, hogy az ellátórendszerek képesek legyenek megküzdeni a jelenleg sok országban megfigyelhető magas prevalenciaszint hosszú távú következményeivel, néhány fontos **feladatot** kell megoldaniuk.

Az **első** fontos feladat a hozzáférhető kezelési lehetőségek **választékának** szélesítése és a kezelésbe való **felvételi esélyek** javítása. Ez a folyamat

elkezdődött, de további megerősítésekre van szüksége. Az egészségügyi ellátás modelljei az egyes országok tekintetében különbözőek, de a civil társadalom és a nem-kormányzati szervek ezen a téren fontos szerephez juthatnak, és tevékenységük különösen alkalmas lehet az egyes országokban elérhető kezelések választékának szélesítésében. Alapvetően szükséges a kezelési programok **lefedettségének és kapacitásának** jelentős **növelése** és az, hogy a különböző csoportok szükségleteire alakított megfelelő kezelőprogramok rendelkezésre álljanak. A fenntartó metadon-kezelések fontos szerepet játszhatnak a heroinnal és az egyéb ópiátokkal kapcsolatos problémák megoldásában. Egyes politikai és szakmai körökben tapasztalt ellenállás ellenére klinikai tapasztalatok és tudományos kutatások igazolják, hogy a szakértő irányítás alatt kivitelezett programok hatásos részei lehetnek a heroinfüggőség kezelésére alkalmazott átfogó terápiának. A problémás kábítószer-fogyasztással járó marginalitás és megbélyegzés miatt fontos az **orvosi etika** elveinek (mint pl. a magánszférához való jog, a titoktartási jog) és a **betegjogok** (az ellátáshoz és kezelés megválasztásához való jog) gyakorlati **érvényesítése**, és – tágabb értelemben – az ellátás fejlődésének és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelemnek az összekapcsolása.

Alapvető fontosságú, hogy a prevalenciáról, a problémákról és szükségletekről szerzett **információk minősége javuljon** a megfelelően célzott ellátás érdekében, és hogy a biztosított kezelés **értékelésre kerüljön** a hatékonyság növelése érdekében.

EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK

Kábítószerrel kapcsolatos fertőző megbetegedések

A problémás kábítószer-fogyasztás – és különösen az intravénás kábítószer-fogyasztás – legsúlyosabb egészségügyi következményei a fertőző megbetegedések, úgymint a HIV/AIDS, a hepatitis B és C, valamint a tuberkulózis.

A '80-as években és a '90-es évek elején az intravénás kábítószer-használók körében a **HIV-fertőzés** prevalenciája nagyon alacsony volt az összes közép-kelet-európai országban, kivéve Lengyelországot, ahol a 'lengyel heroin'-t fogyasztók között a '80-as évek végén felütötte fejét a fertőzés. Egyébként az alacsony prevalenciát mutató kép hasonlóan alakult az EU északi és központi fekvésű országaiban, de eltért a néhány déli EU-tagország intravénás kábítószer-fogyasztóinak körében tapasztalt magas fertőzöttségi aránnyal jellemezhető képtől.

A '90-es évek folyamán, de különösen az évtized vége felé, a fertőződés módjai egyre differenciáltabbá váltak. Lengyelországban az éves

incidencia 1991-től csökkent, és 1995-2002 között egy viszonylag alacsony szinten stagnált. Ennek eredményeképpen az intravénás fogyasztók között a HIV-fertőzések prevalenciája – bár 10% fölötti, de – stabil.

A '90-es évek végén a HIV-fertőzés prevalenciájának ugrásszerű növekedéséről számolt be Észtország és Lettország, Litvániából pedig lassú emelkedésről szóló híreket kaptunk. A szomszédos Finnország intravénás kábítószer-fogyasztói között a HIV-fertőzöttek száma 1999-ben szintén hirtelen megugrott, de ezután a fertőzés mértéke szinte nullára esett vissza, ami a fertőzés terjedésének megfékezésére utal.

A többi, olyan közép-kelet-európai országban, ahol adatok állnak rendelkezésre, az intravénás kábítószer-fogyasztók körében a HIV-prevalencia továbbra is nagyon alacsony szintű (Romániából nincsenek adataink).

A Balti Államokban és Bulgáriában az intravénás kábítószer-fogyasztók körében a **hepatitis C** vírus (a továbbiakban: HCV) prevalenciája magas (70-80% vagy annál is több), de – bár Romániából és Lengyelországból nincsenek adataink – a többi országban a HCV-prevalencia alacsonyabb (az EU-országokra jellemzőnél is kisebb). Néhány országban, mint például a Cseh Köztársaságban, az új fertőzöttek száma talán csökken, míg máshol, mint például Magyarországon, a fiatalabb intravénás kábítószer-fogyasztók körében ugyanez a szám növekedni látszik.

A közép-európai és balkán régió más országaiban az intravénás kábítószer-fogyasztás aránya a '90-es évek során növekedett, a heroin-fogyasztásnak itt ez a legáltalánosabb módja. Mint ahogy a Balti Államokban is, az intravénás adagoláshoz szükséges eszközök egymás közötti megosztása ebben a régióban is meglehetősen gyakori, bár ez a rizikófaktor jelentős mértékben csökken Szlovéniában, és szintén visszaszorulni látszik a Cseh Köztársaságban. Néhány további ország is határos a magas HIV-prevalenciával jellemezhető területekkel (mint ahogy Magyarország, Románia és Szlovákia Ukrajnával). Az azonban, hogy ezen országok intravénás kábítószer-fogyasztói milyen intenzív kapcsolatban állnak a határon túli fogyasztókkal, nem egyértelmű. Szlovénia határos Olaszországgal és bizonyos, a határon túlmutató kapcsolatok itt is mindig léteztek, bár az Olaszországban jellemző arányok csökkenő tendenciát mutatnak. Továbbá ezekben az országokban a heroin fogyasztása és intravénás használata gyakran dominánsabb egyes szociálisan problémás területeken, valamint léteznek fokozottabb veszélynek kitett kisebbségi csoportok (pl. roma ifjúság, utcagyerekek, elítéltek).

Így egy sor komoly rizikófaktor meglétének ellenére (úgy mint intravénás adagolás, injekciós tűk egymás közötti megosztása, magas HIV-

prevalenciával jellemezhető területek közelsége, sebezhető populáció), a HIV-fertőzés prevalenciája ezekben az országokban továbbra is alacsony (Romániáról nincsenek adataink). Erre egyfajta magyarázattal szolgálhat, hogy Szlovénia, a Cseh Köztársaság, de Lengyelország és bizonyos mértékig Litvánia is gyorsabban kezdett a kábítószer-fogyasztók körében terjedő fertőző betegségek feltartóztatását szolgáló információs, nevelő és ártalomcsökkentő tevékenységekbe. Más országokban – a lassabb vagy korlátozott válaszreakciók ellenére – a szerencse is közrejátszhatott, miszerint a náluk meglévő intravénás kábítószer-fogyasztó csoportok zártabbak és viszonylag ritkább kapcsolatban állnak más olyan csoportokkal, melyekben a HIV- és HCV-fertőzés elterjedtebb, ugyanis minden országban van bizonyíték a folyamatos kockázatos viselkedésre (mint például az injekciós felszerelés egymás közötti megosztására is). Ezt a megállapítást támasztja alá a HCV-fertőzés Bulgáriában magas, máshol közepes (40%-ot nem meghaladó) aránya az intravénás droghasználók körében.

KÁBÍTÓSZERREL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK

A legtöbb országban a kábítószerrel kapcsolatos halálesetekre vonatkozó adatok köre korlátozott és az egyes országok adatai nem hasonlíthatók össze egymással. Az esetlegesen meglévő **trend** adatok a legtöbb országban **növekedést** mutatnak, leginkább a heroin intravénás fogyasztásával összefüggésben.

Amennyiben az egyre növekvő arányú intravénás kábítószer-fogyasztás (különösen heroin-fogyasztás) jelenlegi „forgatókönyve” marad érvényben, együtt az alkohol és a depresszáns pszichoaktív szerek széles körben elterjedt fogyasztásával, úgy a kábítószerrel kapcsolatos halálesetek számának jelentős megszorodásával kell számolni, mint ahogy az a nyugat-európai országokban is történt a '80-as évek során és a '90-es évek elején. A korlátozott mennyiségben rendelkezésre álló adatok ebbe az irányba mutatnak, ezért **megfontolandó a túladagolás csökkentésére koncentráló beavatkozások fejlesztése és a monitorozás javítása.**

Sejthető, hogy a kábítószer-fogyasztó – különösen az intravénás kábítószer-fogyasztó – populációban a nem csupán véletlen túladagolásokból, hanem a balesetekből, az öngyilkosságokból, az AIDS és más fertőző betegségek következtében kialakult addicionális halálozással együtt a halálozási arány a hasonló korú átlagnépesség körében jellemző aránynak akár húszszorosát is elérheti.

A '80-as és '90-es évek során a kábítószerrel kapcsolatos halálesetek számának hirtelen megugrása kiemelt média- és politikai figyelmet kapott. A kábítószerrel kapcsolatos halálesetek nyilvánossága az új

tagállamokban is egyéb, egyidejű politikai és társadalmi eseményektől függ majd. Nem szabad elfelejteni, hogy az EU-tagállamokban évente regisztrált 7000-9000 haláleset jelentős része elkerülhető lenne, és ez lesz a helyzet az új tagállamokban is.

**Tájékoztatást adta: Nyírádi Adrienn koordinátor
Nemzeti Drogmonitorozási Központ**

A teljes jelentés online verziója megtalálható: <http://candidates.emcdda.eu.int>

TÁJÉKOZTATÁS SZAKMAI RENDEZVÉNYRŐL

EPIDEMIOLOGUSOK SZAKMAI TOVÁBBKÉPZŐ MUNKAÉRTEKEZLETE

**Az országos tisztifőorvos támogatásával
2004. május 27-28-án kerül megrendezésre
az epidemiológusok szakmai továbbképző munkaértekezlete.**

A munkaértekezleten az ÁNTSZ megyei intézeteinek epidemiológiai, egészségmonitorozási osztályain dolgozó munkatársak, a városi intézetek szakembereinek, a kórházhygiénikusok, valamint a téma iránt érdeklődők részvételére számítunk.

A továbbképzés a szakorvosok részére 19, a közegészségügyi-járványügyi felügyelők részére 10 kreditpontot jelent.

**Értekezlet helye: MÁV Rt. Vasutas Üdülő
Balatonboglár, Kodály Z. u. 9-15.**

A értekezleten való részvételi díj személyenként 10.000.Ft, amely tartalmazza a szállás és étkezés költségét.

A résztvevők elhelyezése kétszintes Balaton-parti szálloda kétágyas, fürdőszobás szobáiban történik.

Lehetőség van egyágyas elhelyezésre is, ebben az esetben a napi költség 1.000.Ft-tal emelkedik.

A szakmai program 2004. május 27-én 11 órakor kezdődik és 28-án kb. 14 órakor zárul. Az ellátás 27-én a vacsorával kezdődik és 28-án az ebéddel fejeződik be. Az első napra ebéd igényelhető, amit a helyszínen kell fizetni. Az ebéd-igényt kérjük a jelentkezéssel együtt jelezni.

Az értekezletre való jelentkezés határideje: 2004. május 5.

A jelentkezéseket a „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ Főigazgatóságának kell címezni (postai cím: 1966 Budapest, Pf. 64. Fax: 476-1223). A jelentkezéssel egyidejűleg a **számlaigényt kérjük jelezni.**

A befizetés határideje: 2004. május 17.

Az értekezlet költségét „A magyar epidemiológia fejlesztéséért Alapítvány” számlaszámára (10103104-49438100-01000000) kell befizetni, illetve átutalni. **A befizetéseknel, illetve az átutalásoknál fel kell tüntetni a rendezvény nevét (epidemiológus értekezlet), illetve a résztvevő/befizető nevét.**

Amennyiben a befizetés nem átutalással történik, a jelentkezéssel egyidejűleg az OEK Főigazgatóságától **csekk igényelhető.**

A rendezvénnyel kapcsolatos további információkat az OEK Főigazgatóságán **dr. Pohl Ödönné ad (telefonszám: 476-1153).**

A munkaértekezlet előzetes programját az Epinfo következő számában közöljük.

A HAZAI JÁRVÁNYÜGYI HELYZET ÁLTALÁNOS JELLEMZÉSE

A **2004. április 5-11.** közötti időszakban a bejelentett fertőző megbetegedések alapján az ország járványügyi helyzete az alábbiakban foglalható össze:

A **gyakoribb enterális bakteriális fertőző betegségek** közül a **salmonellosis** megbetegedések száma közel a harmadával, a **campylobacteriosis** bejelentéseké pedig 40%-kal csökkent az elmúlt héthez képest. Mindkét betegség vonatkozásában az esetszám kb. a fele volt az 1998-2002. évek azonos hetét jellemző medián értékének. A **dysenteria** járványügyi helyzete igen kedvezően alakult. Az **enteritis infectiosa** bejelentések száma csökkent az előző hetihez képest, e tünetegyüttest tekintve kevesebb esetről érkezett jelentés, mint az előző év azonos időszakában.

A járványügyi hálózat a héten **hat gastroenteritis járványról** szerzett tudomást, közülük egyik sem érte el a tömeges méretet.

A **vírushepatitisek** előfordulása nem tért el jelentősen az előző hetitől, a megbetegedések száma csupán alig a kétharmada volt az 1998-2002. évek azonos hetét jellemző középértéknek. Az esetek felét Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád és Pest megyében diagnosztizálták.

A **légúti fertőző betegségek** közül a **scarlatina** és a **varicella** bejelentések számában mérsékelt csökkenés tapasztalható az elmúlt héthez viszonyítva. A varicella járványügyi helyzete nem változott jelentősen, míg a skarlát, a **rubeola** és a **mumpsz** járványügyi helyzete kedvezőbb volt a korábbi évek 15. heténél. **Pertussis** és **morbillit** nem jelentettek.

Az **idegrendszeri fertőző megbetegedések** közül hat **gennyes meningitist** regisztráltak. Egy esetben a laboratóriumi vizsgálat kórokozóként **E.coli**-t azonosított, a többi esetben az etiológia még ismeretlen. A 15. héten **meningitis serosa** és **encephalitis infectiosa** esetről nem érkezett jelentés.

A szezon kezdetének megfelelően a **Lyme-kór** megbetegedések száma az előző heti négyről hétre emelkedett, az év eleje óta regisztrált esetek száma nem tért el az előző évitől.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+)
Notified cases of communicable diseases in Hungary (+)

15/2004.sz.heti jelentés (weekly report)

(2004.04.05 – 2004.04.11.)

Betegség Disease	a 15. héten (week)			az 1 – 15. héten (week)		
	2004.04.05- 2004.04.11.	2003.04.07- 2003.04.13.	Medián 1998- 2002	2004.	2003.	Medián 1998- 2002
Typhus abdominalis	-	-	-	-	-	-
Paratyphus	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis	51	71	109	759	1137	1208
Dysentheria	1	1	6	33	37	127
Dyspepsia coli	1	3	2	24	25	35
Egyéb E.coli enteritis	-	3	2	17	27	31
Campylobacteriosis	56	70	116	1308	1294	1451
Yersiniosis	1	2	2	28	44	51
Enteritis infectiosa	637	740	582	9546	12766	8829
Hepatitis infectiosa	16	19	26	230	252	379
AIDS	1	-	-	9	6	8
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-
Acut flaccid paralysis	-	-	-	2	7	4
Diphtheria	-	-	-	-	-	-
Pertussis	-	-	-	11	3	-
Scarlatina	87	49	147	1029	650	1880
Morbilli	-	1	-	2	3	5
Rubeola	1	5	4	21	25	48
Parotitis epidemica	3	7	8	70	78	75
Varicella	1405	1175	1379	18084	16396	17497
Mononucleosis inf.	22	38	35	385	430	404
Legionellosis	-	1	1	25	33	9
Meningitis purulenta	6	3	4	92	89	103
Meningitis serosa	-	1	1	23	22	35
Encephalitis infectiosa	-	2	1	21	20	21
Creutzfeldt-J.- betegség	-	1	•	-	3	•
Lyme-kór	7	3	6	45	44	58
Listeriosis	-	-	-	3	2	1
Brucellosis	-	-	-	-	1	1
Leptospirosis	1	1	1	5	5	19
Tularemia	1	1	-	4	13	33
Tetanus	-	-	-	-	-	2
Vírusos haemorrh. láz	-	-	-	1	2	2
Malaria*	-	-	-	1	3	3
Toxoplasmosis	3	4	5	37	64	80

(+) előzetes, részben tisztított adatok (preliminary, partly corrected figures)

(*) importált esetek (imported cases)

(•) nincs adat (no data available)

A statisztika készítés ideje: 2004.04.13

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+)
Notified cases of communicable diseases in Hungary (+)

15/2004.sz.heti jelentés (weekly report)

(2004.04.05 – 2004.04.11.)

Terület Territory	Salmonel- losis	Dysentheria	Campylo- bacteriosis	Enteritis infectiosa	Hepatitis infectiosa	Scarlatina	Varicella	Mononucl. infectiosa	Meningitis purulenta	Lyme-kór
Budapest	11	-	9	77	1	27	263	5	1	-
Baranya	3	-	5	20	-	3	24	1	-	-
Bács-Kiskun	4	-	2	28	1	5	143	3	1	-
Békés	-	-	6	18	1	-	30	1	-	-
Borsod-Abaúj-Zemplén	2	-	3	6	4	2	88	1	1	1
Csongrád	2	-	3	52	2	3	74	-	-	-
Fejér	2	-	2	42	1	4	89	2	-	-
Győr-Moson-Sopron	3	-	6	27	1	6	45	3	1	2
Hajdú-Bihar	2	-	4	17	-	1	45	-	-	-
Heves	2	-	1	31	-	2	58	-	-	-
Jász-Nagykun-Szolnok	1	-	2	41	-	-	26	3	-	-
Komárom-Esztergom	-	-	-	21	-	1	35	-	-	-
Nógrád	-	-	-	19	1	-	55	-	-	1
Pest	7	-	5	42	2	23	189	-	1	-
Somogy	1	-	1	12	-	-	13	-	-	1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	3	-	-	4	1	-	45	1	-	-
Tolna	-	-	1	32	-	-	54	1	-	-
Vas	3	-	-	18	-	3	30	1	1	1
Veszprém	1	-	5	113	1	7	69	-	-	1
Zala	4	1	1	17	-	-	30	-	-	-
Összesen (total)	51	1	56	637	16	87	1405	22	6	7
Előző hét (previous week)	73	1	94	763	17	90	1706	46	7	4

(+) előzetes, részben tisztított adatok (preliminary, partly corrected figures)

A statisztika készítés ideje: 2004.04.13

A „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ (OEK) kiadványa.

A kiadványban szereplő közlemények szakmai egyeztetést követően jelennek meg, ennek megfelelően az országos jellegű összeállítások, illetve a szerkesztőségi megjegyzésben foglaltak az Országos Epidemiológiai Központ és az országos tisztifőorvos szakmai véleményét és javasolt gyakorlatát tartalmazzák.

A kiadványt a „Johan Béla” Országos Közegészségügyi Intézet és a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a Magyar-Amerikai Közös Alapnál elnyert pályázat által biztosított együttműködés révén fejlesztették ki.

Az Epinfo minden héten pénteken kerül postázásra és az Internetre.

Internet cím: www.antsz.hu/oe

A kiadvánnyal kapcsolatos észrevételekkel, közlési szándékkal szíveskedjék az Epinfo **főszerkesztőjéhez** fordulni:

„Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ
1966 Budapest, Pf. 64. Telefon: 476-1153, 476-1194
Telefax: 476-1223
E-mail: epiujzag@oek.antsz.hu

A heti kiadványban szereplő anyagok szabadon másolhatók és felhasználhatók, azonban a kiadvány forrásként való használatánál hivatkozni kell az alábbi módon: Országos Epidemiológiai Központ. A közlemény címe. Epinfo a megjelenés éve; a kiadvány száma:oldalszám. (Pl.: Országos Epidemiológiai Központ. 10 éves az Epinfo. Epinfo 2003;1:1-2.)

Országos tisztifőorvos:
dr. Bujdosó László

Epinfo szerkesztősége

Alapító főszerkesztő: dr. Straub Ilona
Főszerkesztő: dr. Melles Márta
Főszerkesztő helyettes: dr. Csohán Ágnes
Olvasó szerkesztő: dr. Krisztalovics Katalin

Szerkesztők:

Boros Julianna
dr. Böröcz Karolina
Lendvai Gyuláné

Technikai szerkesztő:

Kissné Sponga Zsuzsanna

Nyomda vezetője:

Vizinger Ferenc

ISSN 1419-757X