

DROGPOLITIKA SZÁMOKBAN  
Felvinczi Katalin – Nyírády Adrienn (szerk.)



# DROGPOLITIKA SZÁMOKBAN



Szerkesztette: Felvinczi Katalin – Nyírády Adrienn

L'Harmattan

Budapest, 2009

Lektorálta: Buda Béla dr.

Az egyes tanulmányokat szakmailag ellenőrizte:  
Demetrovics Zsolt, Kelemen Gábor, Koós Tamás, Nádás Eszter,  
Németh Ágnes, Pikó Bettina, Rácz József, Ritter Ildikó, Sárosi Péter,  
Terestyéni Tamás, Topolánszky Ákos, Varga Orsolya, Vitrai József

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet  
National Institute for Drug Prevention  
1134 Budapest, Tüzér utca 33-35.  
Tel.: (+36 1) 237-6737, fax: (+36 1) 237-6740

L'Harmattan France  
7 rue de l'Ecole Polytechniques  
75005 Paris  
T.: 33.1.40.46.79.20

L'Harmattan Italia SRL  
Via Bava, 37  
10124 Torino–Italia  
T./E.: 011.817.13.88

© Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2009  
© L'Harmattan, 2009

ISBN 978 963 88336 0 0

A kiadásért felel Gyenes Ádám  
A kiadó kötetei megrendelhetők, illetve kedvezménnyel  
megvásárolhatók: L'Harmattan Könyvesbolt  
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.  
Tel.: 267-5979  
harmattan@harmattan.hu  
www.harmattan.hu

Felelős szerkesztő: Teravágimov Péter  
A borítótérp Pacher Nóra, a nyomdai előkészítés Csernák Krisztina munkája.  
A nyomdai munkákat a Robinco Kft. végezte, felelős vezető Kecskeméthy Péter.

## TARTALOMJEGYZÉK

Előszó ( <i>Buda Béla dr.</i> ) .....	7
A magyarországi drogpolitika keretei és a Nemzeti Stratégia ( <i>Topolánszky Ákos</i> ) ...	11
Drogkutatások Magyarországon ( <i>Demetrovics Zsolt – Kun Bernadette</i> ) .....	57
Populációs adatok alakulása ( <i>Paksi Borbála</i> ) .....	81
A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciós tevékenység Magyarországon ( <i>Felvinczi Katalin</i> ) .....	143
A drogbetegek ellátása ( <i>Rácz József</i> ) .....	189
Ártalomcsökkentés számokban ( <i>Takács István Gábor</i> ) .....	233
Jogalkotás és jogalkalmazás ( <i>Frech Ágnes</i> ) .....	279
A kábítószer-jelenség bűnügyi vonatkozásai 2000 és 2007 között ( <i>Sárosi Péter</i> ) ...	307
A kábítószer-szabályozással kapcsolatos politikai törekvések a parlamenti felszólalások tükrében (2000-2007) ( <i>Frech Ágnes</i> ) .....	341
A drogjelenség a médiában ( <i>Nyírády Adrienn</i> ) .....	359
A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása ( <i>Hajnal György</i> ) ....	375
A Nemzeti Stratégia vizsgálata néhány szakpolitikai-államigazgatási típusú mutató mentén ( <i>Topolánszky Ákos</i> ) .....	411



## ELŐSZÓ

E kötet többféle elgondolás jegyében született.

Már korábban is felvetődött, hogy a kábítószerügy évi jelentésein túlmenően kellene egy olyan könyv, amely összefoglalóan és folyamatokon át is bemutatja, mi történt az elmúlt években – évtizedben – a kábítószer-probléma kezelése terén, hol állunk most, hogyan lehet az egész történetet értelmezni és értékelni? Ilyen kérdéseket gyakran kapnak a kábítószerrel foglalkozó szakemberek, és különösen a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet a különféle médiumok képviselőitől.

Ebből a szempontból valami szikár, főleg tényeket és számokat ismertető, jól áttekinthető kötet született volna. Az előkészületek során is ez maradt fókuszban, erre utal a könyv címe is.

Azonban volt egy másik, összetettebb megközelítés is.

A Nemzeti Stratégia (Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására) 2000-ben indult el, ez tíz évre szólt. A tíz éves időtartam most jár le. Szükség lesz egy új stratégiára, aminek kimunkálásához is kell összegezés, de a Nemzeti Stratégia nagyszabású vállalkozása is igényli, hogy behatóan áttekintsük, mit értünk el, mi sikerült az eredeti elképzelésekből, és mi az, ami nem.

Korszerű, tudományosan megalapozott stratégia szerves része az evaluáció. Ez ennyire komplex és általános programrendszerek esetében nehezen valósítható meg. Nálunk ehhez nem csupán erősebb és következetesebb politikai akarat és feszelesebb költségvetési tervezés kellett volna, hanem nagyobb tudományos, szakmai közösség, több kutatóműhely, szorosabb tárcaközi együttműködés és a lebonyolítás – az implementáció – szabályozottabb jogi és szervezeti környezete is. Mindez hiányzott. De már a köztes időszakban is történtek kísérletek az elért eredmények felmérésére, amennyire ez lehetséges. Most ez a befejezés – és a remélhető újrakezdés – miatt sürgetőbbé vált.

A Nemzeti Stratégiával kapcsolatban is jelentkezik az utóbbi időben gyakran emlegetett „pohár-dilemma”: félig üres vagy félig tele a pohár? Ha az eredeti célkitűzések és remények felől nézzük a Nemzeti Stratégia hatásait, akkor jelentős hiányérzetünk lehet. Sok minden nem sikerült. Az eseményeknek azonban van pozitív olvasata is.

Aki e tíz esztendőben a drogügy területén dolgozott, ezt a pozitív vetületet kell, hogy lássa. Amikor a Nemzeti Stratégia megszületett, senki sem gondolta, hogy a drogkérdés látványos megoldását el lehet érni. Külföldi példák mutatták, hogy a globalizálódó, mind liberálisabb világban – és kivált az egyesülés felé

haladó Európában – egyre több lesz a drogot kipróbáló vagy használó fiatal, és mind többen lesznek a függőségben szenvedők és terápiára szorulóknak. Tudhattuk, hogy a társadalom viszonyulása kettős marad. Ha akarna is segíteni, elsődlegesen elutasítással, kirekesztéssel reagál.

De az is nyilvánvaló, hogy sokat lehet tenni. A Nemzeti Stratégia létrejötte előtt az országnak nem volt drogpolitikája. Sokféle kínálatcsökkentési, megelőzési és terápiás kísérlet zajlott. Felismerték, hogy ezeket a próbálkozásokat koordináltan kellene fejleszteni, de az összehangolási kísérletek nem haladták meg azt a szintet, ami az alkohol-ügy esetében megvalósult. Bizottságok, tárcaszintű intézkedések, időnként némi propaganda, állandó gondok a finanszírozás terén.

A Nemzeti Stratégia kialakítása óriási lendülettel indult. Ilyen arányú, mértékű szakmai munka és egyeztetés – országos szinten – még nem történt a megelőzés, illetve az egészségfejlesztés területén. A Nemzeti Stratégiát minden érintett megismerhette és végigvitathatta, minden konstruktív javaslat helyet kapott benne. Nem véletlen, hogy parlamenti szintű elfogadása egyöntetű volt, és később sem alakult ki szakmai vagy politikai vita vele kapcsolatosan. Az sem véletlen, hogy a jelentős politikai változások ellenére is a Nemzeti Stratégia érvényben maradt. Kibírta a büntetőpolitika olyan változásait, mint a kezdetben a kínálatcsökkentésre irányuló szigorú tiltó és büntető törvénykezés, de túlélte ennek számottevő enyhítését, és be tudta fogadni az elterelés megváltozott gyakorlatát.

De fontosabb ennél, hogy megerősödött a drogügy szakmaisága. Az ország bekapcsolódott az európai drogpolitikai áramkörökbe. Megalakult a Nemzeti Fókuszpont, történtek epidemiológiai és megelőzési kutatások. Európai mértékben is jelentős szakkönyvkiadás indult, megerősödtek a drogmegelőzéssel foglalkozó civilszervezetek, elindultak korszerű társadalmi diskurzusok a kábítószerügy területén. Ha visszatekintünk a Nemzeti Drogstratégia létrejötte előtti tíz évre, amely időszak már ugyancsak a rendszerváltozás utánra esett, a fejlődés igen látványos.

Időről-időre, persze, fájdalmasan érzékeljük, hogy ez kevés. Tudjuk, hogy számos tervet nem sikerült megvalósítani. Nem eléggé fejlődött, például, a társadalmi tudatformálás. Nem sikerült a drogbetegeket addiktológiai, pszichiátriai, klinikai lélektani ellátását és terápiáját megfelelő hálózattá szervezni. Ennek következtében is megtorpant a rehabilitáció (a terápiás közösségek) ígéretes progressziója. Az elterelés sok fiataalt bevont a megelőzés és az ellátás rendszereibe, de még nem látszik, milyen változási effektusai vannak ennek a folyamatnak a szerfogyasztás terén. Sokasodtak a viselkedési addikciók, de talán csak kutatásuk vetületében léptünk valamelyest előre. A megelőzés és a kezelés síkján nem tudunk igazi eredményeket felmutatni.

A Nemzeti Stratégia tíz éves időszakának végén van tehát mit vizsgálni, van miről elmélkedni. Sokféle körülmény, tényező, folyamat együtthatóként állt elő az a helyzet, amivel jelenleg szembenézünk, és nem tudjuk, hogy ami van, azt



megfelelően látjuk-e, és különösen, trendjében képesek vagyunk-e megragadni. A mai helyzetben bizonyosan szervesen jelentkezik a Nemzeti Stratégia hatása. Már a helyzetkép is a felfejlődött kutatás eredménye, és vélhetően a prevenció, az ártalomcsökkentés, az elterelés és a terápia szerepet játszott abban, hogy – több más európai országtól eltérően – nem történt dramatikus romlás az epidemiológiai mutatókban, nem nőtt a halálozás, nem romlott a drogfogyasztással összefüggő kriminalitás, stb. Pedig már elindultak a „szűk esztendők”, és nem tudjuk, megállnak-e a bibliai hetes számnál. A drogbetegek ellátásának pénzügyi illetve szervezeti feltételei ugyanis ijesztően rosszabbodnak.

E kötet tehát megkísérli bemutatni, hogyan áll most az ország a drogügy különböző vetületeiben, és a Nemzeti Stratégia milyen szerepet játszott benne.

A kialakult kép sok szempontból töredezett, homályos. Mintha rossz tükörben néznénk a dolgokat. Nincsenek megfelelő adatok számos vonatkozásban, nem történtek kellő mértékben célzott kutatások. Máshol az időközben beállt változások teszik bizonytalanná a helyzetet. Nem segít a nemzetközi összehasonlítás sem. Az EMCDDA és több más nemzetközi szervezet tiszteltreméltó erőfeszítéseket tesz arra nézve, hogy legalább a statisztikailag megfoghatóknak látszó viszonyok összevethetőek legyenek az országok között, de ez is csak szűk korlátok között sikerül, nem is beszélve a gazdasági és szocio-kulturális kontextusok elérő befolyásairól, a különböző kiindulópontokról és szervezeti feltételekről.

Nem sikerült tehát e kötetrel olyat alkotnunk, amit a szerkesztők és a szerzői kollektíva célként tűzött ki: mérföldkő jellegű összegezést, közérthető és jól használható kézikönyvet, „*Nachsschlagwerk*-et”, amiben utána lehet keresni a felmerülő kérdéseknek, vagy akár csak a színes, olvasmányos történeti ábrázolást.

A figyelmes olvasó azonban mégis sokat meríthet e könyvből. Összefüggéseiben láthatja a drogprobléma különféle arculatait, alkotóelemeit, a társadalmi beavatkozások különböző tengelyeit, a működő intézmények – a hiányok ellenére is igen komplex – rendszereit, hálózatait. Konkrét jogszabályi feltételek között láthatjuk az intézkedések fejlődéstörténetét, betekinthetünk a vizsgáló módszerekbe, a gazdasági hátterekbe, egészen a szétszaggott támogatások konkrét adataiig.

Bízunk abban, hogy a drogügy különböző szereplői és ágensei között a könyv nyomán jelképes és valódi dialógusok veszik kezdetüket, és a kötet eredményeképpen olyan konszenzusok jöhetnek létre, amelyek elősegíthetik az új nemzeti Stratégiát, a még hatékonyabb munkát a drogügy minden területén.

*Buda Béla dr.*



# A MAGYARORSZÁGI DROGPOLITIKA KERETEI ÉS A NEMZETI STRATÉGIA

TOPOLÁNSZKY ÁKOS

## BEVEZETÉS

A fejezet a drogpolitika műfajának meghatározásával, a szükséges alkotóelemek azonosításával, a szemléleti keretek azonosításával foglalkozik. Ezután áttér a magyarországi drogpolitika, s azon belül kifejezetten a *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című stratégiai dokumentum (továbbiakban: NS) keletkezésével, célkitűzéseivel és megvalósításának körülményeivel kapcsolatos szempontok tárgyalására. Kísérletet tesz arra, hogy feltárja a program politikai és társadalmi előfeltételeit, társadalmi kontextusait, az egyeztetési és elfogadtatási folyamat lényegi történéseit, a megvalósítás kereteit és szervezeti világát. A fejezet végül foglalkozik a nemzeti szintű közpolitikák értékelési kérdéseivel, ezen belül pedig a NS monitorozásának, evaluációjának és ellenőrzésének szempontjaival, valamint mindazokkal a problémákkal, melyek a megvalósítás során szervezeti szempontból felmerültek.<sup>1</sup>

## DROGPOLITIKA, MINT SZAKPOLITIKA

A drogpolitika olyan közpolitika (vagy szakpolitika), mely a tudományos szakdiszciplínák által megteremtett tudások és felismerések sajátos alkalmazási kerete egy adott társadalmi-politikai kontextusban. Jelentősége abban van, hogy a probléma kezelésére az adott összefüggések között legalkalmasabb megoldási rendszert alakítsa ki és valósítsa meg.

A kábítószer jelenségével kapcsolatos szakpolitika célja, hogy rendszerszerű programba (stratégia), valamint cselekvési tervbe (akcióprogram) foglalja mindazokat a beavatkozásokat, melyek egységes és összerendezett szolgáltatása teremtheti meg a lehetőséget és lehet biztosítéka a droghasználattal együtt járó egyéni és közösségi ártalmak és kockázatok csökkentésének. Wideman (2002) a közpolitikát „egy szervezetnek egy speciális kérdéssel kapcsolatos meghatározott pozíciója”-ként

---

<sup>1</sup> A fejezet szerzője 1999 és 2003 között a kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkár volt, majd ezután is a magyarországi drogpolitika műhelyeihez közel dolgozott. Ezért elvállalja, hogy egyrészt szubjektív szemlélője a folyamatoknak, másrészt, hogy számos olyan információval is bír, melyek a folyamatok mélyebb megértéséhez is hozzásegíthetnek.

határozza meg. A „jó közpolitika konzisztens és megfelelő döntéshozást biztosít, meghatározza a hatásköröket valamint az elszámoltathatóság feltételeit a szervezeten belül” (Chandler, 1962). Ugyancsak Wideman a tervezést, mint az eszközök, források és akciók azonosításának folyamatát írja le. A megnevezett elemek együttesen szükségesek egy objektív, a szükséges teendőket időben, a humán erőforrás és a lehetséges pénzügyi allokációk tekintetében világosan strukturált tervezés elvégzéséhez (Ballotta, D'Arrigo, 2004).

Ugyanakkor a drogpolitikák a kutatások szerint nem megfelelőek, nem adekvátak, és a kormányzatok erőfeszítései nem a legjobb módon térülnek meg (A. Ritter, 2007). Ennek több oka is van. A politikákat megalapozó szempontokra nézve kevés, vagy hiányzik az egyértelmű tudományos bizonyíték. A tudományos bizonyítékokat – ahol léteznek – nem feltétlenül használják és/vagy elemzik a döntéshozók, de nem rendelkezünk megfelelő (közigazgatási és szakmapolitikai) modellekkel és megközelítésekkel sem a döntéshozók támogatására. Végül megállapítható, hogy a drogpolitika egy nagyon összetett és átpolitizálódott aréna, melyben igen sok szempont és érdek ütközik. Mégis szükség van a drogpolitikai akaratra és eszközökre, mert csak ezek segítségével lehet előre megállapodott és szándékolt szemléleti keretekben hatni a nem kívánatos folyamatokra. A drogpolitika célja ebben az értelemben kettős: a nem kívánatos társadalmi jelenségre az állam és társadalom más ágenciájának eszközeivel reagálni, másrészt elkerülni azokat a negatív hatásokat, melyek akkor lépnek fel, ha nem kezeljük az említett eszközökkel a problémát.

A „drogpolitikai beavatkozások” fogalom olyan átfogó meghatározás Allison Ritter értelmezésében, amely bármely kormányzati, nem kormányzati, közösségi vagy egyéni stratégia, válasz vagy beavatkozás megjelölésére szolgál, amellyel kapcsolatban azzal az igénnyel lépnek fel, hogy befolyásolja a drogok használatát, illetve azok ártalmait. Ez a megközelítés kiterjesztő értelmű, és magába foglal minden drogpolitikai típusú intervenciót. Az ausztrál kormány Nemzeti Drog- és Alkoholkutató Intézete által vezetett drogpolitikai modellprogram (DPMP) 107 ilyen beavatkozást azonosított az irodalom alapján (A. Ritter, Mcdonald, 2005). Jelen tanulmányban ezek közül a nemzeti szintű, politikai értelemben is deklarált stratégiai megközelítésekkel, és azon belül is elsősorban a hazai Nemzeti Stratégia<sup>2</sup> értékelésével foglalkozunk.

A nemzeti szintű drogpolitikák közös nevezője, hogy néhány szükségszerű elemet mindenképpen tartalmazniuk szükséges. Ezek: *a)* konszenzuális politikai minimum, *b)* stratégiai dokumentum és *c)* cselekvési terv, mely három elem teoretikus értelemben egy dinamikus fejlődést ad ki. Egyrészt egy szervezet (vagy ország) adott kérdéssel kapcsolatos pozícióját, alapvető elképzeléseit és vállalásait jelenti (közpolitika), halad

<sup>2</sup> 96/2000. (XII.5) OGY határozat, *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására.* (2001). Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest

a hosszú távú célok megfogalmazásán keresztül (stratégia) az eszközök, források, időkeretek pénzeszközök meghatározás irányába (cselekvési program).

- a) *A nemzeti szintű drogpolitika* a kormánzatnak a drogkérdésre vonatkozó általános filozófiai-szemléleti megközelítéseit, elveit, értékeit, az aktorokra stb. vonatkozó megállapítások összességét jelenti, optimális esetben konszenzusos formában. Nem feltétlenül rögzül dokumentum formájában, de meghatározza a döntéshozás folyamatait.
- b) *A nemzeti drogstratégia* azoknak az eszközöknek és mechanizmusoknak az összességére vonatkozik, melyek együttesen hivatottak a drogpolitikai elvek céljára formálására. A stratégiák sem minden esetben fogalmazódnak meg dokumentumokban, habár az elmúlt években egyre növekvő mértékben jellemző, hogy a nemzeti stratégiai programokat hivatalos dokumentum formájában kodifikálják. Általában a kormány vagy az Országgyűlés fogadja el azokat.
- c) *A nemzeti cselekvési program* olyan eszköz, dokumentum, melynek célja a stratégia elveinek megvalósítása és biztosítása, melyben célok, célterületek, források és felelőségek részletezeten kerülnek azonosításra és meghatározásra egy bizonyos időtávra vonatkozóan. A cselekvési program céljainak lebontása a közvetlen *akció* vagy *cselekvés*, mely lehet intézményi vagy program jellegű fejlesztés, koordinációs tennivaló, forrásbiztosítás, vagy szabályozási aktus elrendelése.

Annak a kérdésnek az eldöntése, hogy vajon Magyarország rendelkezik-e mind a három plusz egy kellékkal, ennek a kötetnek a keretében csak részben dönthető el. A NS, mint nemzeti szintű stratégiai program kétséget kizáróan létezik, és e kötet írásai is ezt a dokumentumot elemzik. A cselekvési program tekintetében a szakemberek között is vita folyik, hiszen 2002 áprilisától érvényben van folyamatosan – immáron a harmadik – olyan kormányhatározat, melynek feladata a cselekvési programokra fentebb megfogalmazott elvárások teljesítése. Kétséges azonban, hogy képes volt-e valóban betölteni ezt a feladatot. Ennek elemzésével külön tanulmányban foglalkozik a kötet. A leginkább kérdéses azonban a valamilyen szintű nemzeti drogpolitikai konszenzus meglétének problémája. Amennyiben nem csupán egy dokumentum, stratégia rendelkezésre állásához kötjük a nemzeti szintű közpolitikai rendszer meglétét, hanem azt annak kontextusában kívánjuk elhelyezni, megvalósítását pedig biztosítani, akkor feltétlenül szükség van egy, a legalapvetőbb elvek, szempontok tekintetében kialakított megegyezésre, mely a politikai döntéshozó elit kinyilvánított véleményeként jelenik meg, s teremti meg a program beágyazottságát. Ezt a konszenzust egyrészt a Parlamentben kell kiharcolni, megfogalmazni, elfogadni és képviselni, másrészt a társadalom különböző szintjein és közösségeiben is megegyezésre kell jutni velük kapcsolatban. Bár némely „pu-

hább” elvek vonatkozásában (NS szerepe, a prevenció kiemelt jelentősége, biztonság, kínálati oldali elkövetések szigorú büntetése, a társadalmi együttműködés), vagy az ugyan nem feltétlenül teljesülő, de mindenki által felvállalt főcélok (pl. koordináció, tények primátusa, forrásbiztosítás) vonatkozásában viszonylag közel állnak a vélemények, a vitás és igen ellentétesen megítélt szempontok ezeket folyamatosan felülírják, a program megvalósítását pedig megnehezítik. Abban az értelemben tehát semmiképpen sem beszélhetünk egységes, és a politikai elit által felvállalt és kinyilvánított nemzeti drogpolitikáról, ahogyan az már megvalósult Hollandiában, Svájcban vagy Ausztráliában (korlátozottabb értelemben az Egyesült Királyságban vagy Németországban), ahol a legnagyobb kérdések vonatkozásában már megtörtént egyfajta politikai-döntéshozói békeszerződés, kiegyezés, melyek ennek következtében nem játszanak jelentős szerepet a társadalmi viták tematizálásában.

Ahhoz, hogy konkrét értelemben mi is a feladata egy nemzeti stratégiának, először azt kell megnézni, hogy általában a köz-, vagy szakpolitikák feladatát hogyan határozhatjuk meg. A Beckley Foundation a (rejtett) társadalmi problémák kezelésére szerveződő közpolitikák – *public policies* – céljait a következő pontokban definiálja:

1. Tiszta, elérhető és realiztikus célokat kell artikulálnia.
2. A releváns szakemberek és a közvélemény megerősítését kell elérnie.
3. Egyértelmű időkeretet kell meghatározni (monitorozás!).
4. Független evaluációs folyamat megtervezését és megvalósítását kell biztosítania.
5. Az eredmények (és sikertelenségek) kommunikációját, valamint a folyamatok nyitott vitafórumát kell létrehozni.
6. A döntéshozónak elkötelezettnek kell lennie a folyamatok felülbírálatára, és ha szükséges, megváltoztatására. (Trace, Roberts, Klein, 2004).

A kábítószerrel kapcsolatos politikák céljait szintén Trace és munkatársai hat pontban és számos alcélban fogalmazzák meg.

1. A drogok előállításával, kínálatával és megszerzésével kapcsolatos bűnözés és közrendzavarás mértékének csökkentése a közösségben.
2. A drogok előállításával, kínálatával és megszerzésével kapcsolatos közvetlen halálozás mértékének csökkentése.
3. A drog használatából fakadó súlyos egészségügyi következmények, elsősorban HIV/AIDS és hepatitiszfertőzések számának csökkentése.
4. Azon személyek számának csökkentése, akik droghasználatukkal összefüggésben mentális problémákkal és függőségben szenvednek.
5. Csökkenteni a droghasználat társadalmi költségeit,
6. beleértve a családok és gyermekeket ért azon hatásokat is, melyek a droghasználatukkal összefüggő iskolázási és munkaerőpiaci kieséseiket és kárikat jelenti.

7. A drogok termelésével, kereskedelmével és megszerzésével kapcsolatos környezeti károk csökkentése. (Az alcélok ismertetésétől most eltekintünk. – T. Á.)

A drogpolitikák jellemzően a igen átfogóan, úgynevezett lineáris és átívelő (*cross cutting*) célokat együttesen fogalmazzák meg, melyek így nem feltétlenül olyan felépítésűek, hogy pillérenként – célonként – egy-egy jól körülhatárolható hatósági és intézményi/szolgáltatói világhoz lennének köthetők. Ezért is van az, hogy a megfelelő ENSZ-egyezmények, valamint az Európai Unió drogstratégiája is határozott koordinációs struktúrákat kíván meg a tagországoktól, melyek biztosítják a multi- és interszektoriális együttműködés hatékonyságát. A koordináció nem öncélúság, hanem szükségyszerűség. Természetesen jól tudjuk, hogy bár mindenki fontosnak tartja a koordinációt, senki sem szereti, ha koordinálják. Ezért számos nehézkedés, valamint tárca-, hatósági- és intézményi érdekek limitálják a hatékony rendszerszemléletű tervezést és megvalósítást.

Ballotta és D'Arrigo (2002) kutatása alapján az akkori EU-tagországok drogpolitikájának hagyományosan kiemelt és hangsúlyozott elemeiként a megelőzést, a kezelést, a kínálatcsökkentést és a nemzetközi együttműködést határozhatjuk meg, ugyanakkor gyakran említett terület még a társadalmi reintegráció (szociális ellátások), ártalomcsökkentés, képzés-oktatás, kutatás és koordináció. Az egyes drogpolitikai elemek azonban igen változatos beavatkozási rendszereket eredményezhetnek, melyek leginkább a döntéshozó aktuális konszenzuskeresését és megegyezéseit jellemzik, és talán kevésbé egy szakmai értelemben is optimálisnak tekinthető rendszert. Más helyen foglalkozunk a nemzeti stratégiákat érő kihívásokkal és limitációkkal részletesebben is. Itt most megemlítjük, hogy a különböző meghatározottságok (pl. illegális-legális szerek társadalmi megítélése és kulturális beágyazottsága), politikai és gazdasági érdekek, éppen aktuális hatalmi, választási, koalíciós kérdések ugyanúgy képesek befolyásolni a drogpolitikai gondolkodást, mint a választói akarat, a média véleménygeneráló tevékenysége, aktuális események, vagy a szakmai csoportok érdekérvényesítő képességének mértéke.

Annak ellenére, hogy egyre nagyobb mértékben állnak rendelkezésre – és kerülnek megfontolásra – a tudományos evidenciák, a hatékony politikák kialakítása még mindig rengeteg nehézségbe ütközik. A politikákat ugyanis rendkívül széles spektrumban kell tervezni, szervezetek, kormányzati hivatalok, hatóságok, valamint az összes közigazgatási szint része az együttes tevékenységnek, nem beszélve a civil és szakmai szerveződések sokaságáról. A kezdeményezők személye és a kezdeményezés folyamata is nagyon eltérő lehet. A tudományos evidenciák csak részét képezik a döntéshozói folyamatnak, mely mellett számos etikai, politikai és közösségi megfontolás alakítja a szakpolitikát.

A szerhasználati problémákra vonatkozóan létrehozott stratégiák tehát igen eltérő mintázatokat mutatnak az Európai Unió országaiban. Ez azért lényeges,

mert leírják egyrészt a drogprobléma társadalmi olvasatát, azt, hogy mennyire exkluzívan vagy inkluzívan érzékeli és kezeli egy-egy ország a jelenséget, illetve azt, hogy az azonos halmazba tartozó problémákat (legális és illegális szerek fogyasztása, magatartási függőségek) az egyes országok vajon mennyire átfogóan és egymással egyeztetett módon tervezik meg. Az 1. táblázatból kiderül, hogy Magyarországon a drogprobléma percepciója kiemelt politikai-közigazgatási aktushoz, a NS elfogadásához vezetett, a probléma átfogó kezelésére való politikai akarat azonban nem

1. táblázat. Európai államok létező stratégiai dokumentumai (Forrás: Reitox national focal points) NB: Olaszország, Málta és Ausztria nincs megemlítve, mivel nincs nemzeti drogstratégiájuk.

	Nemzeti drogstratégia	Dohányzás-stratégia	Alkohol-stratégia	Dopping-stratégia	Népegészségügyi stratégia
Belgium	+	+			
Cseh Köztársaság	+				+
Dánia	+	+		+	+
Németország	+	+	+		
Észtország	+	+			
Görögország	+				
Spanyolország	+	+	+	+	
Franciaország	+	+			+
Írország	+		+		
Ciprus	+				
Lettország	+	+	+		+
Litvánia	+	+	+		+
Luxemburg	+				
Magyarország	+				+
Hollandia	+	+	+		+
Lengyelország	+		+		+
Portugália	+	+	+	+	+
Szlovénia	+				
Szlovákia	+	+	+		+
Finnország	+		+		+
Svédország	+	+	+		+
Egyesült Királyság	+	+	+		
Románia	+				
Norvégia	+				



született meg, és így a társfüggőségek problémái egyáltalán nem képeződnek le az államigazgatás területén.

A nemzeti drogfókuszpontok jelentései alapján<sup>3</sup> az Európai Unióban egyre erősödik az a vélemény, miszerint a legális drogokra vonatkozó politikákat is a nemzeti drogpolitikán, vagy egy egységes szerfogyasztással kapcsolatos nemzeti programon belül kellene kezelni. Azonban az országok többsége még mindig egyértelműen megkülönbözteti a legális és illegális szereket, és külön stratégiai dokumentumokban foglalkozik velük. Három típusba sorolhatjuk a nemzeti stratégiai dokumentumokat az EMCDDA vizsgálódásai alapján abból a szempontból, hogy a legális szerek problémája milyen módon jelennek meg bennük:

- a) azok, amelyek a legális és illegális szerek kérdését egyaránt kezelik, és a függőség koncepcióját használják ehhez
- b) azok, amelyekben a legális drogok a megelőzés, kezelés s koordináció területeire korlátozódnak, valamint
- c) azok, amelyek az illegális drogok problémáját elkülönítetten kezelik, és a legális drogfogyasztási problémákat csak a népegészségügyi stratégiai programjaikban vetik fel (EMCDDA, 2006).

A kutatás Magyarországot azon országok közé sorolja, melyek kizárólag az illegális drogokra vonatkozóan fogalmaztak meg stratégiát, de amelyek kapcsolatot biztosítanak a legális szerek vonatkozásában a megelőzés és/vagy a kezelés kontextusában. 11 ilyen országot azonosítottak 2006-ban (Dánia, Észtország, Görögország, Írország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Hollandia, Portugália, Szlovákia, Finnország, Észak-Írország és Skócia). Ezen stratégiákon belül a legális és illegális szerfogyasztási problémák közötti kapcsolatot két alapvető módon teremthetik meg: egyrészt a megelőzés vagy a kezelés területén speciális ellátások biztosítására kerülhet sor a nemzeti stratégiában, melyek mind a két szertípust megcélözzák, illetve a drogstratégia és más olyan stratégiák közötti kapcsolat kidolgozásával, mint az alkohol-, vagy a dohányzásstratégia.

A legális szerfogyasztás korai elkezdése a kutatások szerint prediktor tényezőként működik az illegális szerfogyasztás gyakoriságára vonatkozóan. Ezért kellene együttesen kezelni ezeket az addikciós problémákat, ahogyan minden jól megtervezett univerzális prevenció program első helyen az alkoholfogyasztás és a dohányzás problémáját célozza meg, és a prevenció programokra vonatkozó nemzetközi irányelvek is az összes pszichoaktív szerfogyasztás együttes kezelését javasolják.

<sup>3</sup> European Drug Policies: Extended Beyond Illicit Drugs? EMCDDA, Lisbon, November 2006

2. táblázat. A nemzeti stratégiák által célzott szerfajták vagy magatartások (Forrás: Reitox national focal points)

	Illegális drogok	Alkohol	Dohány	Gyógyszerek	Egyéb szerfajták és addikciók
Belgium	+	+	+	+	+
Cseh Köztársaság	+	+	+		
Németország	+	+	+	+	+
Spanyolország	+	+	+	+	
Franciaország	+	+	+	+	+
Ciprus	+	+	+	+	
Románia	+	+	+	+	
Norvégia	+	+		+	

Az Európai Unióban nem létezik kizárólagos stratégiaformátum, ajánlott szerkezet. A stratégiai dokumentumok igen eltérő jellegűek és tartalmúak lehetnek. Ennek ellenére egy egységesülési trend látszik lassan kirajzolódni, mely arra mutat, hogy a stratégiák preventív és kezelési programkomponensei egyaránt figyelembe veszik a legális és az illegális szerek fogyasztását és annak következményes problémáit, valamint a tudományos tények egyre inkább képesek befolyásolni a politikai döntéshozási folyamatot.

## A NEMZETI STRATÉGIA

### A NEMZETI STRATÉGIA JELENTŐSÉGE

A nemzeti stratégia olyan dokumentum, amelynek feladata a nemzeti szintű drogpolitikai konszenzusok megfogalmazása, az azt megalapozó elvek, szemléleti keretek és értékek kinyilvánítása, valamint átfogó programmá alakítása egy meghatározott időkeretben. A különböző országokban különböző néven kerülhetnek elfogadásra (stratégia, program, politikai program), három feltételnek azonban minden esetben meg kell felelniük. Írásban rögzített dokumentumnak kell lenniük; közpolitikai szervezeteknek kell elfogadnia őket (jellemzően a kormánynak, az Országgyűlésnek vagy egy minisztériumnak), és a drogprobléma egészére (vagy jelentős részére) vonatkoztatottan kell megfogalmazniuk a tervezett jövőbeni cselekvések mögött meghúzódó elveket, szemléleti kereteket (Ballotta, D'Arrigo, 2004). A stratégia jelentősége tehát abban áll, hogy a politikai feleket megegyezésre készíteti, az elfogadott dokumentum pedig vezérelvvé (*leading theory*) válik optimális esetben.

Ennek a pozitív feltételezésnek gyakorlati következménye pedig az, hogy a cselekvési program, vagy programok sokasága az államigazgatás különböző szintjein deduktív alapon következik a NS szövegéből és tartalmából, valamint a program megvalósulásának minden társadalmi szintjén vezérlő erővé válik.

Magyarországon ilyen központi, a politikai döntéshozók által elfogadott közpolitikai program 2000-ig nem készült, illetve nem fogadtak el ilyet. Ennek hiányában ezen – a különösen is az éles és erősen polarizált vitáknak kitett – társadalmi jelenség tekintetében nem állhatott rendelkezésre az a konszenzus, mely egy társadalmi programot minimumfeltételként jellemez, és a cselekvéseket vezényli. Ezt a hiányt már a kilencvenes évek elejétől felismerték, hiszen a 1013/1991. (II. 28). Korm. határozattal felállított Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottságnak is ez lett volna az egyik kiemelt feladata, erre azonban különböző okokból, például közigazgatási-szervezeti nehézségek miatt, de legfőképpen a szükséges politikai akarat hiányában nem került sor.

#### A NEMZETI STRATÉGIA ELŐZMÉNYEI

A kábítószer-probléma önmagában is rejtőzködő társadalmi problémáját egyfajta nyilvánossági tiltás alatt tartotta a diktatórikus állam egészen 1985-ig, amikor ezt a fajta problémakezelési moratóriumot a párt egy határozata feloldotta, az MSzMP XIII. kongresszusa hivatalos dokumentumaiban pedig a pártállam is elismerte a droggkérdés jelenlétét. Ez a politikai fordulat teremtette meg a lehetőséget először a droggkérdés államigazgatási kezelésének kialakításához. A fiatalkori bűnözés helyzetével foglalkozó 1985. évi Minisztertanácsi határozat már problémaként azonosítja az illegális szerfogyasztást, és első alkalommal olyan „intézményhálózat kiépítését sürgeti, amely átfogja a megelőzés, gyógykezelés, utókezelés és a rehabilitáció rendszerét”.<sup>4</sup> Ezt követően megalakult az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Drog Albizottsága, melyen belül indult meg első alkalommal szakmai gondolkodás és programtervezés a kábítószer-problémával kapcsolatban. Nagy jelentőséggel bírt a nyolcvanas évek legelején indult Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Kutatási Program, melynek keretében a nyolcvanas évek második felétől megalakult az V. számú Drogkutatási Alirány is.

A NS megállapítása szerint „a nyolcvanas évek folyamán egyre erősödő igény jelentkezett a nemzetközi szakosított szervezetek körében arra vonatkozóan, hogy az államok egységes és átfogó nemzeti stratégiai szempontrendszer alapján alakítsák

<sup>4</sup> A kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozandó országgyűlési eseti bizottság felállításáról szóló 111/1996. (XII. 19.) OGY határozat jelentése.

(...) drogpolitikájukat” (Elekes, 2009). Ennek, valamint a rendszerváltást követően egyre egyértelműbben érzékelhető drogjelenségre válaszul a kormányzat 1013/1991. (II. 28) kormányhatározatával létrehozta a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottságot. Ez volt az első, mai értelemben vett kormányzati-államigazgatási egyeztetési szerv, melynek feladatai között a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia kialakítása, a mindenkori prioritások meghatározása, a kábítószerügyben illetékes összes minisztérium és szerv munkájának összehangolása, a kábítószer-ellenes küzdelem céljára rendelkezésre álló erőforrások elosztására és felhasználására vonatkozó javaslatok kidolgozása, a magas szintű nemzetközi kapcsolatok kialakításának koordinálása és a döntések végrehajtásának folyamatos ellenőrzése voltak a legfontosabbak. A 111/1996. (XII. 19.) OGY határozattal felállított, a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozott országgyűlési eseti bizottság 1996–97-ben részletesen elemezte a KTB tevékenységének addigi 5-6 évét, és megállapította, hogy annak tevékenysége ellentmondásosan ítéltető meg, hiszen „a KTB lényegében nem hajtotta végre a kormányhatározatban előírt feladatait”. Jelentésében<sup>5</sup> a Bizottság úgy ítélte meg, hogy a „KTB a kormányhatározatban előírtak közül eleget tett a nemzetközi kapcsolatok kialakításának koordinálására vonatkozó kötelezettségének, részben pedig tárcaközi koordinációs feladatainak. Feltételek és eszközök hiányában nem teljesíthette az erőforrások elosztásával és a döntések folyamatos ellenőrzésével kapcsolatos feladatait. Végül pedig a mai napig sem készült el a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia (...)”. Az eseti bizottság ajánlásokat is megfogalmazott: „Bizottságunk a kifejtettekre figyelemmel minősítette a KTB munkáját ellentmondásosnak és figyelemmel a hazai droghelyzetre és a kábítószer-problémával kapcsolatos intézmények jellemzőire javasolja a KTB jelenlegi formában való megszüntetését 1997. december 31-ével és helyette, 1998. január 1-jei határidővel a kábítószer-politika összehangolására Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság létrehozását.” A Parlament által is egyhangú támogatással elfogadott Jelentés egyértelművé tette, hogy az új Bizottság felállításáig is a KTB feladata a nemzeti kábítószer-stratégia tervezetének elkészítése. A jelentés az új Stratégia szemléleti kereteit is meghatározta, mely szerint a hazai kábítószer-fogyasztás terjedése elleni fellépés összehangolása, a kereslet-, kínálat- és ártalomcsökkentés egyensúlyának megteremtése, valamint az állam szerepvállalása mellett a helyi közösségek és a civil szervezetek tevékenységére épülő átfogó, összehangolt és multidiszciplináris” nemzeti stratégia kidolgozása a cél.

Felhatalmazás tehát már régóta létezett, stratégiai program azonban nem. Pedig történtek e tekintetben fontos lépések, és készültek stratégiai tervezetek, melyek közül a NS hatot<sup>6</sup> sorol fel. Ezen dokumentumoknak nemcsak a szerzői, de

<sup>5</sup> 125/1997. (XII. 18) OGY határozat.

<sup>6</sup> Átfogó multidiszciplináris tervvázlat a drogabúzus nemzeti kezelésének programjához (vitaanyag) – Bácskai Erika – Gerevich József – Lévay Miklós, 1990.

a felkérést megfogalmazó állami autoritás intézménye, az alkalmazott módszerek és szerkezetek, valamint a megoldási módok és szemléletek tekintetében is igen nagymértékben különböztek. Az NS megállapítása szerint „mindezen, részben műfajilag és más szempontból is jelentősen különböző stratégiai tervezetek fontos előkészületet jelentettek, melyek eltérő megközelítéseket, gondolati és szakmai álláspontokat tükröztek. Sajnálatos, hogy egyetlen szempontból mindenképpen megegyeznek: különböző okokból nem válhattak egy országos stratégia alapjává. A bennük megfogalmazott ismeretek és koncepciók azonban jó alapot szolgálnak a továbbgondolásra” (NS, 36. o.).

A talán legérettebb és legtöbb lehetőséget biztosító tervezet az eseti bizottság jelentése hatására beindult tervezői folyamat eredményeképpen elkészített Nemzeti Drogstratégia<sup>7</sup> volt. Ezen dokumentum kialakításában már számos szakember vett részt, egy nemzeti stratégiai programra vonatkozó elvárásoknak megfelelően széles spektrumban fogalmazta meg a teendőket és feladatokat, az egyes fő beavatkozási területek (összesen tizenegy) tekintetében a helyzetértékelés–problémafelvetés–célok-megoldási javaslatok szerkezetben fogalmazta meg a teendőket. Ha a stratégiatervezés szabályainak talán nem is minden tekintetben felelt meg, és nem is volt eléggé rendezett benne a célok, feladatok, beavatkozások és értékelési eszközök viszonya, jó alapot szolgáltatott volna egy végleges és konszenzusos stratégiai program elkészítéséhez. Erre azonban már nem került sor, mert az 1998-as választások után hatalomra került kormány új problémakezelési szempontrendszer és új stratégiai program kialakítása mellett döntött.

#### A NEMZETI STRATÉGIA KÖZVETLEN ELŐZMÉNYEI ÉS HAZAI POLITIKAI KONTEXTUSA

Ebben a periódusban a választási kampányokban, a választási programokban, majd a kormányprogramban is hangsúlyosan jelent meg a kábítószer-probléma kezelésének szükségessége. Ez az időszak a társadalmi problémáknak a droghasználat

---

Programtervezet a budapesti kábítószer-problémák megoldására (Bácskai Erika – Gerevich József - Drogprogram, 1991. április),

Multidiszciplináris kábítószer kereslet csökkentési stratégia 1. tervvázlata (Kábítószerügyi tárcaközi Bizottság Titkársága – Budapest, 1996. június 17.),

Az Országgyűlés Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottságának jelentése, illetve annak mellékletei;

Nemzeti Drogstratégia (tervezet) 1998. Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság

Fővárosi kábítószer-fogyasztás visszaszorítását szolgáló Cselekvési Program Fővárosi Kögyűlés 1998.

<sup>7</sup> Későbbiekben *Alternatív drogstratégia* címmel jelent meg könyv alakban (Veér és mtsai, é.n.) Ekkor azonban már az elfogadott Nemzeti Stratégiához képest kívánt egyfajta alternatívát felvázolni.

kontextusában értelmezett többszakaszos ciklikus fejlődési peyrot-i modelljében (mozgósító agitálás, a hivatalos szerepvállalás, a közpolitikai reagálás és megvalósítás, a programmódosítás, majd a reformokat sürgető agitálás, vagyis visszatérés az első fázishoz – Peyrot, 2002) elhelyezve a hazai folyamatokat, a nyolcvanas, és főleg a kilencvenes évek tekinthetők a politikai cselekvés előkészítő fázisának, az agitálás korszakának. A kilencvenes évek második fele teremtette meg a hivatalos fellépés szükségességét, elsősorban is az eseti bizottság meglehetősen széleskörű, őszinte és szakmailag megalapozott tevékenysége következtében. A politikai kidolgozás szakasza pedig a kilencvenes évek legvége, amikor már elodázhatatlannak tűnt egy nemzeti program kialakítása. Bármely hatalmi konstelláció esetében ez ekkor már valószínűleg megvalósult volna, hiszen a probléma észlelete, a politikai készletek, a választási ígéret, valamint a nemzetközi elvárások ezt mindenképpen kikényszerítették volna. A későbbi kormánypart a koordinációs struktúrák megerősítését, a büntetőjogi szabályozás szigorítását, a szükséges források biztosítását, a nemzeti stratégia megalkotását és a civil-társadalmi összefogás erősítését ígérte. Ezzel az újonnan megalakult kormány kettős üzenetet kívánt küldeni. Egyrészt kialakította és meglehetősen magasán pozicionálta a nemzeti koordináció államigazgatási struktúráját, helyettes államtitkárságot hozott létre, a stratégiafejlesztés folyamatát kormánydöntésekkel is előkészítette, (kezdetben kisebb, majd egyre növekvő) forrásokat biztosított és a megelőzés/kezelés lehetőségeit hangsúlyozta. Másrészt – választási ígéreteinek megfelelően – azonnal hozzálátott a Büntető törvénykönyv módosításához, mely számos ponton a kábítószerrel való visszaélések körét is igen erőteljesen érintette, és a jogalkalmazást egy erősen represszív gyakorlat felé terelte. Ez a kettős fejlemény sajátos módon határozta meg a NS kialakításának és megvalósításának lehetőségét.

#### A NEMZETI STRATÉGIA NEMZETKÖZI KONTEXTUSA

A NS nemzetközi összefüggései között az ENSZ-egyezményekkel összefüggő elvárásokat, az egyre egységesülő európai gyakorlatot és az uniós csatlakozás folyamatát említjük. Részletes kibontásukra most nincsen mód, de meg kell említeni ezeket a szempontokat, melyek kétségtelenül felhajtó erőt képeztek a NS körüli politikai folyamatokban. Az ENSZ-egyezmények, a nemzetközi koordinációs struktúrákra, valamint a nemzeti stratégiai programok elfogadására vonatkozó ajánlások és elvárások ekkor már állandó témájául szolgáltak a döntéshozói megbeszéléseknek. Magyarország maga is aláírta az ENSZ Közgyűlésének a kábítószer-problémákkal kapcsolatos különleges ülészaka (1998. június 8–10) dokumentumait, a Politikai deklarációt, és a keresletcsökkentés kívánatos irányát kijelölő javaslatokat. A csatlakozási folyamat keretében is a területre vonatkozó egyik legfontosabb elvárásként

jelentkezett a stratégia előkészítése. Magyarország az NS-ben is kinyilvánította, hogy elfogadja az Európa Tanács, illetve az Európai Unió megfelelő egyezményeit és ajánlásait, biztosítja a Magyar Köztársaság és az Európai Közösségek közötti társulás létesítéséről szóló Európai Megállapodásban a kábítószer-problémára vonatkozó rendelkezések (86. cikk: A pénz tisztára mosása, 96. cikk: kábítószer) végrehajtását. A kormány kábítószer-problémával kapcsolatos Nemzeti Stratégiája figyelembe veszi az Európai Unió létesítéséről szóló Maastrichti Szerződést módosító Amszterdami Szerződésben foglaltakat, valamint a Schengeni Megállapodásokat (Schengeni Megállapodás és Végrehajtási Szerződés), az EU Szervezett Bűnözés Elleni Akciótervét és a 2000–2004-ig terjedő időszakra kidolgozott Kábítószer-ellenes Akcióprogramját.

#### A NEMZETI STRATÉGIA VISZONYA MÁS KÖZPOLITIKÁKHOZ

A stratégiai tervezéssel foglalkozó irodalom kiemeli a társ- és együttműködések jelentőségét, a harmonizált társadalmpolitikák fontosságát. Ugyanezt deklarálja a NS is, azonban elfogadása időszakában valójában együttműködő, társutas szakpolitika nemigen létezett. Későbbiekben dolgozta ki a kormány először a népegészségügyi programot,<sup>8</sup> melynek egy fejezete az illegális droghasználat kérdésével foglalkozott, valamint később a bűnmegelőzési stratégiát,<sup>9</sup> melynek szemlélete, célkitűzései valóban szinergikus elemeket mutatott fel a NS-val. Hogy vajon a kormányzati döntésekben általában, és speciálisan a kábítószer-politikai kérdések tekintetében a döntéshozó milyen mértékben vette figyelembe (vagy nem) a stratégiai célkitűzéseket és szemléleti megközelítéseket, a jelen keretek között nem eldönthető.

#### A NEMZETI STRATÉGIA SZERKEZETE, TERJEDELME

A NS hét fejezetből, előszóból, bevezetésből és tartalomjegyzékből áll. Terjedelme mintegy 6,5 ív (252 ezer leütés szóközökkel). A politikai vita részét képezte a terjedelmi hangsúlyok kérdése is, (vajon nem túl hosszú-e a helyzetértékelés, túl rövid a stratégiai rész, illetve a kínálatcsökkentés stb.), ezért a 3. táblázatban rögzítjük a Stratégia tényleges terjedelmi arányait:

<sup>8</sup> 1066/2001. (VII. 10.) Korm. Határozat a 2001–2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről, valamint a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az egészség évtizedének Johan Béla Nemzeti Népegészségügyi Programról.

<sup>9</sup> 115/2003. (X. 28.) OGY határozat a társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájáról.

3. táblázat. A Nemzeti Stratégia fejezeteinek terjedelme a teljes dokumentum arányában

Tématerület		Aránya a teljes terjedelemben (%)
Előszó, bevezetés		2,2 %
Miért összpontosít...		1,1 %
A NS szükségességéről szóló rész (2. fejezet)		3,6 %
Helyzetértékelés (3. fejezet)		19,5 %
Előzmények (előtörténet, stratégia feladata, modelljei stb., 4. rész)		7,1 %
NS céljai (főcélok, alapelvek, 5. rész)		4,1 %
A célok részletezése (6. fejezet)		55,9 %
	Közösség, együttműködés (6.1.)	10,2 %
	Megelőzés (6.2. pont)	19,3 %
	A kezelés (6.3.)	15,0 %
	A kínálat-csökkentés (6.4.)	11,8 %
Nemzetközi együttműködések (7. fejezet)		3,3 %
Monitorozás (8. fejezet)		1,6 %
Tartalomjegyzék (9.)		1,5 %

Ezzel a hazai Stratégia nemzetközi összehasonlításban egy közepesen hosszú, részletező típusú dokumentumnak számít, a dokumentumon belüli hangsúly pedig egyértelműen a közvetlenül stratégiai célokat szolgálja.

Az egyes stratégiai fejlesztési fejezetek (pillérek) szerkezete a következő: kifejtik a cél szemléleti kereteit, egyéb szakmapolitikai megfontolásokat, majd felsorolják a hosszú, közép- és rövid távú lebontott célokat, s végül táblázatos formában adják meg a célhoz rendelt monitorozási mutatókat és eszközöket.

#### AZ NEMZETI STRATÉGIA IDŐBELI ÉS TARTALMI KITERJEDÉSE

A NS időtávja az elfogadástól (2000. december 5-től) 2009-ig szól. Ezen belül az elfogadott Stratégia értelmében

1. a rövid távú célok a közvetlen előttünk álló, a középtávú célokat megvalósítani hivatott feladatokat sorolja fel,
2. a középtávúak a 2000–2002 költségvetési évek vonatkozásában határozzák meg a tennivalókat,
3. míg a hosszú távúak a Stratégia egésze megvalósításához szükséges cselekvések összessége.



A cselekvési programként elfogadott kormányhatározatok (melyek a NS rövid- és középtávú alcéljait nevesítették), valamint a jelentések, értékelések hamarosan – egyfajta hallgatólagos megegyezés következtében – a középtávú célokat 2004 év végéig tolták ki. A harmadik kormányhatározat még ezt az időszavat is kitolta 2007–09-re. A kormányhatározatokkal külön fejezetben foglalkozunk.

A NS, hasonlóan az uniós stratégiák túlnyomó többségéhez, „*a tiltott és visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok fogyasztásának, előállításának, forgalmazásának stb. problémájára irányul. A pszichoaktív anyagoknak ebbe a csoportjába tartoznak az ENSZ-egyezmények mellékleteiben szereplő kábítószeres és veszélyes pszichotróp anyagok*” (NS, 2001). A NS tehát elsősorban a jogi fogalomhasználatnak megfelelően határolja le tartalmi értelemben vizsgálódása tárgyát. Amikor ettől eltér, és a drog szélesebb értelemben vett jelentéstartalmát használja (orvosi szóhasználat), akkor konkrétan is utal az alkoholfogyasztásra, a dohányzásra, a gyógyszer-visszaélésre (nyugtatók, altatók, fájdalomcsillapítók) vagy a szerves oldószerek használatára.

A NS bevezető szakmai fejezetében<sup>10</sup> a probléma inkább nemzetközi karakterének, a megnövekedett kriminogén hatásával, az ezen a területen kialakult nemzetközi szervezetek jelenlétével, az erre a megközelítésre irányuló nemzetközi elvárásokkal és a probléma társadalmi leképeződésének dinamikájával indokolja az illegális szerekre való leszűkítést, „noha jól ismert, hogy az alkoholfogyasztás és a dohányzás okozta problémák társadalmi szinten súlyosabb egészségügyi, közegészségügyi következményekkel járnak” (6. o.). A hazai készítés és felhatalmazás is behatárolta a problémakezelés lehetőségeit. A későbbiekben kialakított népegészségügyi program lett volna hívatott ezt a kiterjesztettebb megközelítést megteremteni. Az alkoholpolitikai komponens azonban mind a mai napig fájdalmasan hiányzik.

#### A NEMZETI STRATÉGIA KIALAKÍTÁSÁNAK ÉS EGYEZTETÉSÉNEK MENETE

A NS tervezési folyamata 1999 februárjában, az államtitkárság megalakulását követően azonnal elkezdődött. Ennek a folyamatnak az állomásai a következők voltak:

- a) Első konzultációk azokkal a vezető szakemberekkel, akik a tervezési csoportba meghívást nyertek + konzultációk a társtárcákkal.
- b) Tizennégy meghatározó európai, illetve tengerentúli ország nemzeti stratégiájának elemzése meghatározott szempontrendszer alapján (időtáv, hatáskör, jogszabályi szint, jogalkotási folyamat, szerkezet, terjedelem, szemléleti alapvetések, pillérek, értékelési mechanizmusok, közigazgatási eszközök/forrásbiztosítás, mögöttes szervezeti és intézményes struktúra stb.).

<sup>10</sup> Miért összpontosít a Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására? (6. o.)

- c) 1999. április 1-jén az első eredmények és a koncepció bemutatása egy szélesebb szakmai csoportnak, valamint az érintett minisztériumok, országos hatáskörű intézménye képviselőinek Dobogókőn. Megbeszélés, vita, konszenzuseresés. (Az akkori beszámoló szerint a megbeszélés nagyon bátorító volt. Az ott elhangzottakat a szakmai és államigazgatási képviselők nagymértékben támogatták).
- d) A megbeszélés eredményeit figyelembe véve a tervezői csoport folytatta a szerkezet, a hangsúlyok stb. kialakítását. Egy idő után megrekedt a folyamat, mert bár a csoport rengeteg részeredményt produkált, a stratégiai tervezés módszertana, folyamat vezénylese hiányzott. Ezért került sor egy folyamatmenedzser beállítására 1999 tavaszán, aki azután az egész folyamatot sikeresen és hatékonyan kísérte.
- e) Folyamatos egyeztetés a szakmai, politikai és közigazgatási képviselőkkel, konferenciák, konzultációk.
- f) Pillércsoportos konzultációk folyamatosan.
- g) Minisztériumon belüli vita.
- h) Első olvasatban a kormány elé kerül. A kormány első olvasatban elfogadja, majd társadalmi vitára bocsátja.
- i) Társadalmi vita (erről külön is írunk).
- j) Az igen széles körű társadalmi egyeztetést követően, ennek tapasztalataival a tervezetet kiegészítve, újabb szakmai és közigazgatási egyeztetést követően kerül ismét a kormány elé 2000. július 5-én, melyet az ekkor vita nélkül fogadott el,<sup>11</sup> egyúttal úgy döntött, hogy azt mint nemzeti programot az Országgyűlés elé terjeszti.
- k) Az Országgyűlés azt bizottságaiban, plenáris és részletes vitában megtárgyalta, és a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. számú határozatával, 309 igen szavazat és két tartózkodás mellett, ellenszavazat nélkül elfogadta 2000. december 5-én. Ez a szavazás a Parlament teljes támogatását jelentette a program számára, egyben kiemelkedően kedvező helyzetet teremtett annak megvalósítása érdekében.
- l) Az elfogadott Stratégia könyv alakban is megjelent, angol változatban a nemzetközi szervezeteknek és partnerországoknak megküldésre került, valamint megkezdődött annak kommunikációs munkája a NS-ban foglalt partnerség alapelveinek kialakítása érdekében.

---

<sup>11</sup> 161/2000. (VII. 11.) Korm. határozat a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló előterjesztésről, az azzal összefüggésben szükséges jogalkotási feladatokról és a végrehajtáshoz szükséges intézkedésekről.

## TÁRSADALMI EGYEZTETÉS

A NS egyik kiemelt célja a helyi közösségek együttműködésének megnyerése, a társadalom minden rétegének bevonása a drogprevenciók célok megvalósításába. Az is nyilvánvaló volt, hogy csak olyan drogst stratégiát érdemes elfogadni, amely számíthat a társadalom támogatására, az ebben a támogatásban rejlő multiplikatív többletre. Ezt a szempontot később MacCoun és Reuter fontos könyvükben is explikálják. (MacCoun, Reuter, 2001). Ennek elősegítésére, és a kormány utasítására az Ifjúsági és Sportminisztérium rendkívül széles körű egyeztetést kezdett a két kormányolvasat közötti időszakban országsszerte a szakmai és/vagy civil, valamint hivatalos partnerekkel. Ennek eszközei előadások, konferenciák és a kistérségi találkozók voltak, melyeknek következtében gyakorlatilag az ország minden területén a szakemberek és releváns szervezetek „kritikus tömegét” sikerült elérni, véleményüket kikérni.

Minden kistérségben egy-egy egész napos programot rendeztek két-két szakértő bevonásával, akik egységes módszertan alapján lettek kiképezve a NS bemutatására. A program szervezése kapcsán a kistérségi megbízottak közreműködését kértük a rendezvény lebonyolításához, a helyi nyilvánosság, az írott és elektronikus sajtó megszervezéséhez, illetve a kistérséghez tartozó településeken élő szakemberek és más érintettek meghívásához, akik elsősorban

- polgármesterek,
- gyermekjóléti, családsegítő szolgálatok szakemberei,
- kábítószerüggyel foglalkozó szakemberek,
- önkormányzatok ifjúsági referensei,
- iskolaigazgatók, pedagógusok, iskolai drogkoordinátorok,
- háziorvosok, szakorvosok, védőnők, mentálhigiénés szakemberek,
- kábítószerügyben érintett rendőrök voltak.

A szakmai konferenciák többségét a 149 kistérségben május 28-a és június 15-e között rendezték meg, ahol erre nem volt mód, ott szeptember folyamán zajlottak le. A konferencián az Ifjúsági és Sportminisztérium által felkért két szakember ismertette a *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében* c. dokumentumot az ehhez kapcsolódó prezentációk segítségével, majd a résztvevőkkel együtt a helyi sajátosságok megbeszélésére, véleményük megkérésére és műhelyviták megrendezésére került sor. Egy-egy konferencián országos átlagban 30-40 fő vett részt. A visszajelzések is kiértékelésre kerültek.

Az előadónak felkért szakértők beszámolóikban igen hasznosnak és sikeresnek ítélték a konferenciasorozatot, a résztvevők aktívan bekapcsolódtak a beszélgetésekbe. Ezt támasztották alá a kistérségi megbízottak visszajelzései is. Összességében elmondható, hogy az említett konferenciák segítségével 1054 szervezettel és több ezer szakemberrel sikerült találkozni és konzultálni.

## A NEMZETI STRATÉGIA FELADATA

A NS a Stratégia programfeladatait is megfogalmazta, meghatározta:

- *Határozza meg az alapcélokat és értékeket*, a probléma kezelésének értelmezési kereteit, de egyben vessen számot a stratégia megvalósulásának korlátaival és kockázataival is,
- *Fogalmazza meg a stratégiai fejlesztés fő irányait* és súlyponti elemeit,
- *Adjon eligazítást* a színterek és szereplők számára a stratégiában foglaltak megvalósítására vonatkozóan,
- Legyen képes céljai elérése érdekében *társadalmi konszenzus kialakítására*, a társadalom és csoportjai aktivizálására, az önkormányzatok, a döntéshozó szervek, a civil szervezetek és a helyi közösségek bevonására,
- *Szolgálja az Európai Unió csatlakozás* és a nemzetközi együttműködés feltételrendszerének teljesítését a drogproblémák hatékony kezelése tekintetében.

Ezen emelkedett megállapítások megvalósítása nem egyszerű feladat, hiszen egy sok szempontból fragmentált érdekrendszer keretében kell történnie. Nehéz akár az alapértékekre vonatkozóan is egyetértést teremteni, és igen eltérő szemléleteket emelhet be a nemzetközi elvárásrendszer is (l. ENSZ és EU drogpolitikai fejlődésének eltérései). A Stratégia azonban nemcsak feladatként jelöli meg a fenti szempontokat, hanem eszközrendszereket is megpróbál kiépíteni hozzájuk.

## A NEMZETI STRATÉGIA SZEMLÉLETI RENDSZERE

### *Alapvető politikai állítások*

A NS törekszik a tudományosan megalapozható célok és megközelítési módok képviselésére, és kerüli a kizárólag politikai jellegű állításokat. A Stratégia miniszteri előszava is, ami természete szerint leginkább kitétt ennek a kísértésnek, alapvetően szakmailag is jól értelmezhető üzeneteket fogalmaz meg. Nemcsak a veszély kommunikációjából származtatja a stratégiai beavatkozás szükségességét, hanem egy pozitív jövőképet is képvisel: a kábítószer-probléma elleni fellépés óriási lehetőség is. Ez a lehetőség nem a drogmentes társadalom irreális elővételezése, hanem egy „egészségesebb és magabiztosabb Magyarország kialakítása”. Ennek a résznek ez a legfontosabb szakmapolitikai üzenete, vagyis hogy bár az ilyen jellegű átfogó programok politikai kitettsége szükségszerűen erős, mégsem kívánja alapvetően irreális, kizárólag a rövid távú döntéshozói érdekek alapján kialakított értékek képviselését. Azt a szempontot, hogy a szakmai típusú gondolkodásnak elég tere mutatkozik, a szakmai közösség is támogatandónak tartotta.

Ezt a szempontot erősíti, hogy a NS létrehozásának legfontosabb társadalmi szükségességét nem egyszerűen a szerfogyasztással együtt járó problémák nagyságában, hanem abban látja, hogy „a drogprobléma nagysága és az azt kezelni hivatott eszközrendszer, infrastruktúra fejlett(len)sége között egyre *növekvő szakadék* alakult ki az elmúlt években”.

#### *A jelenség társadalmi kezelésének keretei*

A jelenség társadalmi kezelésének kereteit a tudományos megalapozottságú eredmények kimunkálásában, a megelőzés, a terápia, a kockázatcsökkentő eszközök és a büntetőjog eszközeivel történő kínálatcsökkentés megfelelő arányú egységes és átfogó kezelésében, a szükséges források biztosításában, a drogprobléma és annak kezelése tekintetében a társadalom érzékennyé tételében, valamint a polgárok és szervezeteik tevékeny részvételében látja a dokumentum.

A döntéshozó (kormány, majd Országgyűlés) a Stratégia által elérendő elsődleges elvárásként (eredményprioritás) a következőket határozta meg:

- a drogfogyasztók, a drogfüggők száma növekedésének megállítását, lehetőség szerint csökkentését,
- a drogfogyasztás negatív trendjeinek megállítását,
- a kezelésbe kerülők, illetve a gyógyultak számának és arányának növekedését,
- a megelőzés és felvilágosítás átfogó fejlesztését,
- a drogfogyasztás egyéni és társadalmi kárainak csökkentését,
- a kábítószerre való hozzáférés csökkentését,
- a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés visszaszorítását, és a
- a nemzetközi együttműködés kiszélesítését.

A NS tehát ezen elsődleges elvárások szempontjából vizsgálendő. Természetesen a pillérekhez rendelt indikátorok képezik az elemzés további eredménymutatóit. A jelen kötet mindezen prioritások elemzésével foglalkozik.

#### *Értelmezési modellek és befolyásolási megközelítések*

Tekintettel a hazai drogpolitikai ismeretek és tudatosság relatív alacsony fejlettségére, a NS felsorolja azokat az értelmezési és befolyásolási modelleket, melyek egyáltalán, mint lehetséges, eddig az ilyen típusú beavatkozások történetében felmerültek, és ezek között mutatja fel a választottat. A kábítószer-jelenség értelmezési keretei között megemlíti a morális, a kriminalizációs, a fertőzőbetegség-, a lelki

betegség-, a szociológiai és a multidiszciplináris modellt, a jelenségre vonatkozó beavatkozáspolitikák közül a prohibicionalista, a normalizáló, a dekriminalizáló és legalizációs, valamint a kereslet- és kínálatcsökkentési megközelítést, ismerteti ezeknek esetleges erőnyeit és hátrányait, majd leszögezi: „A kormány összhangban programjával és a nemzetközi ajánlások értelmében a jelenség értelmezési modelljei közül a *multidiszciplináris*, a probléma befolyásolása tekintetében pedig a *kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára* építő megközelítést fogadja el”. Az Országgyűlés tehát ezt a nézőpontot fogadta el a kormány javaslatára egyhangú szavazatával.

A multidiszciplináris modell a többi modell erőnyeiből építkező, megfelelő adatokon tájékozódó szociológiai modell, mely számol a probléma összetettségével, az érintett tudományterületek sokaságával, a problémakezelés szükségszerű differenciáltságával. Ezzel a szemléleti keretekre vonatkozó döntésével igen fontos megállapítást tesz a NS. Azt ugyanis, hogy a szemléleti keret nem csodaszert ajánl, hanem a döntéshozó tudatában van annak is, hogy „a kábítószer-fogyasztás befolyásolására irányuló társadalmi cselekvés maga is hozzájárul a jelenség átalakulásához, kezelhetőbbé vagy éppen kezelhetetlenebbé válásához” (39. o.). A rendszerbe beépített megcáfolhatósági indíttatás teremti meg a depolitizálás, a mérhetőség és az értékelés kultúrájának alapjait.

A kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő megközelítés inkább politikai típusú megközelítés, mint szakmai evidencia. A nemzetközi drogpolitikai gondolkodásban hosszú ideig a progresszív, a prohibicionalista megközelítéssel szembeni kiegyenlítettebb szemlélet meghatározására alkalmazták. Mára azonban gyakorlatilag minden nemzeti stratégia ezzel a nézőponttal azonosítja magát, aminek következtében jelentéstartomány rendkívüli mértékben kitágult, egyben elbizonytalanodott. Ezért is határozza meg a NS közelebbről a kívánt beavatkozáspolitikát. E szerint a kínálati oldali beavatkozások szükségesek, de nem elégségesek. „A büntető-igazságszolgáltatás eszközei mellett a megfelelő megelőzésre és a problémákkal küzdő kábítószer-fogyasztó egészségügyi és szociális kezelésére is szükség van”. A kábítószer-fogyasztás jelenségét egy olyan társadalomtudományi keretben ajánlja vizsgálni, illetve a beavatkozásokat tervezni, melyben a probléma természetére, mintázódására vonatkozó sokoldalú megismerés válhat valóra. Számos különbség adódhat az országok szemléletében a fogyasztás súlyosságának az ártalomcsökkentő programok hatékonyságának megítéléséig, általában azonban „egyetértés mutatkozik abban, hogy a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyán alapuló beavatkozási politika a kábítószer-használók differenciáltabb megítélése, a prevenció, a terápia és a büntető-igazságszolgáltatás gyakorlatának együttes és összehangolt alkalmazása révén vezethet egyedül eredményre” (41. o.).

### *Alapelvek*

A NS kialakításának, de megvalósításának is határozott elveken kell alapulnia. Ezek a következők:

- *A tények elsőbbsége* (vélekedések helyett tények, kutatások, megalapozott módszertanok, falzifikáció).
- *Partnerség, közös cselekvés* (összefogásra épít, igényli és előmozdítja az együttműködést helyi, regionális, országos és nemzetközi szinteken egyaránt.)
- *Átfogó megközelítés* (a drogprobléma kezelése egy sokdimenziós, kiegyensúlyozott és jól tagolt megközelítést igényel, egy-egy szakma vagy igazgatásterület a kérdés megoldását nem sajátíthatja ki és nem is vállalhatja magára.
- *Elszámoltathatóság* (indikátorok, értékelés, ellenőrzés).
- *Hosszú távra történő tervezés* (deduktív szerkesztési elv).

### *A Nemzeti Stratégia célszerkezete*

A NS általános célból és pillércélokból épül fel. Ezek alkotják a NS lényegi, szerkezeti rendszerét.

Az általános cél (NS 5.1. pont):

*„A harmadik évezred küszöbén egy szabad, magabiztos és produktív társadalom kialakításának képe vezérel bennünket. Ez a társadalom az emberi méltóságot, a testi, lelki, és szociális jól-létet illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja. E tényezők megóvása és fejlesztése érdekében a társadalom képes kezelni a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat. A kábítószer-probléma valamennyiünket érint és együttes cselekvésre készítet. Az állam és intézményei az együttes cselekvésben jelentős szerepet kapnak”.*

Mint minden stratégiának, így ennek is a főcél meghatározása volt a legnehezebb, és egyben legtöbb időt igénybe vevő eleme. Ez az, ami meghatározza a legfontosabb összetevőket, a filozófiát, a szemléleti és gondolati horizontot. Ezt is szükséges ezzel a rövid szöveggel részletesebben is foglalkozni.

Az általános cél négy minőséget, tulajdonságot vagy értéket tételez.

*Pozitivitás:* Az első a pozitív jövőkép. A stratégiai beavatkozás oka és célja nem egy veszély elhárítása csupán, hanem egy pozitív jövőcél megvalósítása.

*Értékalapúság:* Nagyon határozott, de nem moralizáló típusú értékekre épít (emberi méltóság, testi, lelki és szociális jól-lét *well-being*) és alkotóképesség). Az első az azóta alapvető vonatkozási ponttá lett emberi jogokra utal, a harmadik pedig az *empowerment* (felruházás, felvértezés, képesség tétel) társadalompolitikai

kontextusára. Ez az értékalapú megközelítés kiemeli a Stratégiát a technokrata tervezések közül, és emelkedettsége miatt politikai és társadalmi „fogyasztásra” is alkalmasabbá teszi.

*Realitás:* Itt is hangsúlyozandó, hogy a NS nem enged olyan irreális megközelítéseknek, melyek nem a valóság kezelését, hanem csak annak politikai típusú értelmezését szolgálnák. Ezért nem a drogmentes jövő képzetéből indul ki, hanem egy reális(bba)n megvalósítható szemléletből. Tulajdonképpen ez a központi üzenete a NS-nak. A kábítószer-jelenséggel nem harcolni, küzdeni kell, hanem elkerülve a háborús nyelvezetet, a probléma kezelésére kell a hangsúlyt tenni, azaz a lehetőségstruktúrákat kell erősíteni, és nem irreális elvárásokat állítani az egyénnel, közösséggel és a társadalommal szemben. Ez a bármely más területen evidens megállapítás a kábítószer-jelenség igen erősen mitizált és sztereotipizált problémájával kapcsolatban fontos lehatárolásnak számít. A drogmentes társadalomra vonatkozó politikai állítások időről-időre előkerülnek, nem számolva egy ilyen kijelentés hatásmechanizmusával, irreális következményeivel). Ugyanakkor kinyilvánítja, hogy jövőképe szerint lehetséges egy olyan társadalom megvalósítása, melyben bár a kábítószer-jelenség nem megszüntethető, de negatív következményei minimalizálható az adott társadalom adott gazdasági-kulturális meghatározottságaihoz képest.

*Közös cselekvés:* Itt is, mint a NS számos más helyén, előkerül az együttes cselekvés elve. „Felismeri, hogy az összehangolt és együttes cselekvések megsokszorozzák hatásukat és eredményességüket”. Ez a későbbiekben nem csak elvként jelenik meg, hanem munkamódszerként és a beavatkozás eszközeként is megvalósul (pl. KEF-ek).

### *Pillércélok*

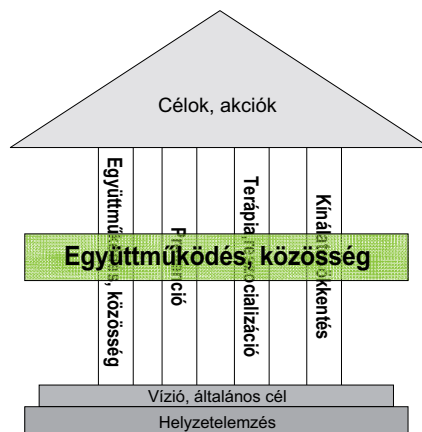
A NS négy politikai pillérre (vertikális területre), egy átívelő és két horizontális célra épül.

#### *A főcélok (pillércélok):*

1. A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdés hatékony kezelésére, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-fogyasztás visszaszorításában (közösség, együttműködés).
2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés).
3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció).
4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés).



1. ábra. A Nemzeti Stratégia szerkezete



A pillércélok egyrészt az Európában általánosan elfogadott főcélók mentén kerültek kialakításra (megelőzés, kezelés és kínálatcsökkentés), másrészt azonban első, és legfontosabb pilléreként alkalmazta a közösségi megközelítést. Ez a szempont azonban egyként használható szemléletként (átívelő célként), és cselekvési területként. Az első esetben minden beavatkozás feltételezi a többi lehetséges beavatkozás együttműködését (ezért a timpanonban elhelyezkedő akciók már nem kötődnek kizárólag egy szakmaterülethez), a második esetben pedig olyan eszközök, intézmények és programok megvalósulásáról van szó, melyek kifejezetten a helyi közösség életébe ágyazottan kívánnak hatást gyakorolni, illetve együttműködéseket kiváltani.

A 4. táblázatban a célok pillérenkénti megoszlását mutatjuk. Megjegyzendő azonban, hogy ebben a számban minden, a pillérléírásban szereplő cél és alcél szerepel. Közöttük azonban, ahogy azt a MATRA projekt<sup>12</sup> megállapítja – számos redundancia, illetve akció is szerepel. Az elsőnek az az oka, hogy egyrészt a különböző célok a különböző időtávokban is értelmezhetőek, tehát rövid, közép és hosszú távon is lehet relevanciája ugyanannak a célnak (pl. kezelési rendszerek, vagy a nyomozati kapacitások fejlesztése), ezért többször is szerepelnek változatlan, vagy kicsit módosított formában. A NS jelenlegi formájában kevert műfajú dokumentum, amennyiben szerepelnek benne stratégiai céltételezések (ezek vannak túlsúlyban), illetve a cselekvési programokba illő konkrétsággal akciók, beavatkozások is.

Látható a táblázatból, hogy az akciók számának megoszlása pillérenként (és jellemzően időtávonként is) eltér. A legnagyobb számban a rövid távú, tehát az azonnali célok között jelennek meg. Pillérenként a kezelés és a kínálatcsökkentés

<sup>12</sup> Galla és mtsai, 2005., Galla és mtsai, 2005/b

területén fogalmazódik meg kiemelkedően a legtöbb, aminek oka egyrészt a terület nagysága, másrészt konkrétsága, valamint az volt, hogy a célok könnyebben köthetőek a területen tevékenykedő nagyszámú hatósághoz, intézményrendszerhez.

4. táblázat. A pillérenkénti célok megoszlása pillérenként és időtávonként

Pillér/célok	Hosszú távú célok	Középtávú célok	Rövid távú célok	Összesen
Együttműködés, közösség	10	7	11	28
Megelőzés	7	13	20	33
Kezelés, ellátás	4	18	35	57
Kínálatcsökkentés	6	20	43	69
Összesen:	27	58	109	187

A két horizontális cél a nemzetközi együttműködés és az értékelés. Az előbbi már előfeltételként is szóba került, az utóbbival külön alfejezetben foglalkozunk.

#### *Kiegészítő szempontok*

Az egyes pillérek megvalósulásával, az egyes pillérek alá tartozó eszköz- és intézményrendszerek fejlődésével e tanulmánykötet egyes fejezetei foglalkoznak. Három, a NS alapjait érintő kérdésről azonban még szükséges szólni.

*A büntetőjog és a Nemzeti Stratégia koherenciájának kérdése.* A Büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvénynek a büntető jogszabályok módosításáról szóló 1998. évi LXXXVII. törvénnyel módosított, 1999. március 1-jén hatályba lépett szövegét az Országgyűlés 1998. december 22-én fogadta el, tehát mintegy két évvel a NS elfogadása előtt. A módosítás igen heves társadalmi vita keretében történt, és erős politikai szándékok vezérelték. Ez a jogalkotói aktus tehát megelőzte a NS vitáját és elfogadását, sőt, attól nagy részben elkülönülten történt. Egyben megakadályozta azt a szakmailag szükségesnek tartott időzítést, hogy először a Stratégia kerüljön elfogadásra, majd megtörténjen a Btk. harmonizációja a NS-hoz, és ne fordítva. A drogpolitika és büntetőjog viszonya akkor nem jó ugyanis, ha a büntetőpolitika önállósítja magát, vagy a drogpolitika kizárólagos, vagy túlsúlyos elemévé lesz. Ezzel szemben az a követendő, ha a büntetőpolitika csak az egyik eszköze a drogpolitikának – számos más eszköz mellett –, s választott eszközeivel a nemzeti stratégia szelleméből következik és azt erősíti, s nem fordítva (Lévay, 2001, Reuter, Caulkins, Reuter, 1997, Caulkins, MacCoun, 2003).

A Btk. jelentős, repressziós irányú módosítására vonatkozó kormánydöntés tehát már megtörtént a NS társadalmi vitája és elfogadása előtt.<sup>13</sup> A politikai realitások nem tették lehetővé, hogy a büntető-igazságszolgáltatási eszközök Stratégián belüli helyéről és szerepéről komolyan vehető szakmai vita bontakozhasson ki, illetve hogy a hatályos Btk-t ismét megnyissák. Ebben a helyzetben a Nemzeti Stratégia előkészítői úgy döntöttek, hogy a büntető-igazságszolgáltatás kodifikációs vonatkozásaival a Stratégia nem foglalkozik, azt mintegy adottnak tekintik, s attól részben függetlenül, részben azon belül fejt ki közpolitikai elképzeléseit. A Stratégia úgy jár el, hogy tudomásul veszi ugyan a szabályozási realitásokat, de attól eltérő szellemiségben építi fel a célok és feladatok rendszerét. Valóban, ahogy a szakmai közösség is megállapította, egy megkettőződött realitás jött létre, mely vitákat és működési nehézségeket okozott, de nyugvópontra sem került a további években.

Hogy mennyire eltér a represszív büntetőpolitikai megközelítéstől a NS szemlélete, éppen a kínálatcsökkentésre vonatkozó szemléleti keret mutatja be. A NS 6.4. pontja szerint a „kínálatcsökkentés azokat a stratégiákat jelenti, mely a kábítószerhez való hozzáférés csökkentését célozzák meg a termelők, az importőrök és a kereskedők elleni fellépés segítségével. Ennek keretében a kábítószerrel kapcsolatos és büntetőjogilag tilalmazott magatartások megelőzése, felderítése és a büntetőjogi felelősség megállapítása történik”.

„A rendőrség és a büntetés-végrehajtás munkája számos vonatkozásban a keresletcsökkentés (a droghasználat megelőzése és kezelése) fejezetébe is tartozik. A kínálatcsökkentés azonban még abban az esetben sem adhat egyedüli megoldást a kábítószer-probléma kihívására, ha egyébként erre egyértelmű társadalmi elvárás fogalmazódik meg. A kínálat- és keresletcsökkentés területei tehát egymást kölcsönösen feltételezik. Csak a két terület közötti szabályozott, intenzív és egymást feltételező együttműködés teremthet esélyt a probléma visszaszorítására”.

*Ártalomcsökkentés.* Az ártalomcsökkentés egy olyan népegészségügyi orientáltságú kezelési politika, mely az illegális szerek fogyasztásának ártalmain kívül a drogpolitikák ártalmainak csökkentésében is elkötelezett. Magyarország sem kerülhette el az ezen, Európában elengedhetetlen közpolitikai eszköz alkalmazására vonatkozó vitákat. Jellemzően négy módja van annak, hogy milyen szerepet foglal el az ártalomcsökkentési politika a nemzeti stratégiákon/politikákon belül. Az első az az eset, amikor a jogalkotó/döntéshozó nem vesz tudomást az ártalomcsökkentési eszközök létéről, sőt, akár tiltja is azokat (ilyen ország az USA, valamint jó pár afrikai és ázsiai állam).<sup>14</sup> A második, amikor a nemzeti stratégia pilléreinek egyikén belül,

<sup>13</sup> E kötet jogalkotási részében foglalkozunk a kérdéssel.

<sup>14</sup> Az ENSZ Kábítószer-bizottságának /CND/, valamint Kábítószer és Drogmegelőzési Hivatalának /UNODC/ mechanizmusai és dokumentumai is ezt a policy-t követik.

annak alárendelve jelenik meg, tehát fontos helyet kapva, de nem önálló elemként. A harmadik, amikor az ártalomcsökkentés az egyik a pillérek között, és jelentős elfogadottsággal bír (a legtöbb EU-tagállam). A negyedik pedig az az eset, amikor az ártalomcsökkentés már nem egyszerűen főszereplője a beavatkozásoknak, hanem egyenes az átívelő filozófia. Ebben az esetben már nem csupán egy intézménypolitikai komponensről van szó, hanem a stratégia multidiszciplináris, sokszereplős rendszerében a fő rendező elvet kapja, és a legfontosabb alapelvként fungál.

A magyar NS a második megoldást alkalmazza. Jelentős szerepet, de nem központit tulajdonít a kérdésnek. Nemcsak megemlíti, hanem igen jelentős fejlesztéseket is megfogalmaz az ártalomcsökkentő eszközök vonatkozásában. Ugyanakkor a kezelés, ellátás pilléreként kerül azonosításra.

*Közösség, együttműködés.* A NS egyik sajátossága és progresszivitása, melyben talán minden többi stratégiától eltér, a közösségi, helyi társadalmi közpolitikai gondolkodás megteremtése volt. Ennek alapja a közösségi beavatkozások magasabb cél- és költséghatékonyására vonatkozó kutatási eredmények, valamint annak felismerése, hogy politikánk annál alkalmasabb és hatékonyabb lehet, minél közelebb avatkozunk be a probléma kialakulásához időben és térben egyaránt (szubszidiaritási elv). A közösségi elv nemcsak az államra delegáló, háritó társadalmi attitűdök és a központi kormányzati centralizáció limitálására alkalmas, hanem arra is, hogy minden aktor megtalálhassa helyét egy közös együttműködési keretben. Ez a megközelítés az Ottawai Charta (WHO, 1986), a WHO Jakartai nyilatkozata (1997), a WHO torontói munkamegbeszélésének dokumentumai (1997), a szociális/közösségi felruházás (*social/community empowerment*),<sup>15</sup> valamint a közösségi rendszerelmélet (*community system theory*) és a környezeti megelőzés (*environmental prevention*) gyakorlatorientált elméletein alapszik.

#### *Nemzetközi együttműködés, monitorozás*

A NS a pillérekén kívül még két horizontális, átívelő stratégiai elemmel rendelkezik. Az első a nemzetközi együttműködések területe, mely bilaterális, többoldalú, valamint a nemzetközi szervezetek munkájában való tevékeny részvétel segítségével valósítható meg. Érinti az ENSZ szervezeteit (CND, UNDCP-UNODC, Prágai memorandum alatti együttműködés kérdése), de a fő hangsúly – az akkor még közelgő csatlakozással összefüggésben – az Európai Unióval való együttműködésen

<sup>15</sup> „Célja az emberek tényleges és észlelt hatalmának/befolyásának (power) növelése saját belső forrásaik, illetve a forrásokhoz történő hozzáférésük támogatásával, miközben képessé válnak fenntartani teljes kontrolljukat az elhatározott tevékenységük felett, az akcióhoz szükséges megfelelő erőforrások hozzáférhetőségének kontextusában.” (Joubert és Raeburn, 1998)

van. Bekapcsolódás az EMCDDA és a REITOX információgyűjtő és adatszolgáltató rendszerbe, nemzeti központ (Fókuszpont) felállítása (ezek azóta megvalósultak), INTERPOL, EUROPOL együttműködések elősegítése, aktív tevékenység az Európa Tanács Pompidou csoportjában, az azóta átalakított előcsatlakozási támogatási keret (PHARE) felhasználása és a tagországok közötti együttműködések szerepeltek a prioritások között.

A monitorozás kérdésével külön alfejezetben foglalkozunk, hiszen kiemelkedően fontos kérdéstről van szó, és a kábítószerkérdés hazai drogpolitikai rendszerének minden aktorát és elemét érinti. Itt csak rögzítjük, hogy a NS „melléklete tartalmazza a rövid távú célok és a monitorozás költségigényét,<sup>16</sup> illetve a megvalósításban szerepet játszó államigazgatási intézményeket”. Egy-egy indikátor komplex folyamatokat és célélérést monitorozhat, ugyanakkor egy-egy célélérést több indikátor egyidejű figyelemmel kísérésével vizsgálhatunk meg – állapítja meg a dokumentum. A Stratégia pontosan látja, hogy sok esetben nem lehet a cél elérésének mérését számszerűsíteni, tekintettel arra, hogy a kiinduláshoz használható pontos adatok nem állnak rendelkezésre, s így az elmozdulás mérésének nincsenek meg a parametrizálható alapjai. Ilyen esetekben a NS olyan általános fogalmakat használ, mint hogy az adott mutató javuljon, vagy bővüljön. Az egyes pillérfejezetek (6.1.–6.4.) végén táblázatos formában jelenik meg. A célok mérésére, megfigyelésére alkalmas eszközök számának pillérenkénti eloszlása az 5. táblázatban foglaltak szerint alakult.

5. táblázat. A monitorozási mutatók (indikátorok) számának megoszlása pillérenként és időtávonként

Pillér/célok	Hosszú távú célok	Középtávú célok	Rövid távú célok	Összesen
Együttműködés, közösség	11	3	3	28
Megelőzés	2	8	8	18
Kezelés, ellátás	2	9	6	17
Kínálatcsökkentés	5	5	16	26
Összesen:	20	25	33	89

A következő részben részletesen foglalkozunk az ellenőrzés, monitorozás és értékelés jelentőségével, módszereivel és eszközeivel, valamint megvalósulásának állásáról.

<sup>16</sup> Ez a NS végleges szövegéből – a költségvetési tervezési számokkal együtt – kimaradt.

## ÉRTÉKELÉS, ELLENŐRZÉS

### ÁLTALÁNOS SZEMPONTOK

A közpolitikák mindig emberek és közösségek életét befolyásolják, ebből következően jogaikat és kötelességeiket is érintik. Annak érdekében, hogy a „(köz)politika az élethez szükséges alkalmazott szeretet” (Hannah Arendt) eszköze legyen, beavatkozásaink hatásának mérését és értékelését nagyon komolyan kell vennünk. Igaz ez általában, de különösen is a drogpolitikára, mely egy sajátos társadalmi jelenségre adott olyan társadalmi válasz, ami rengeteg vitát, és egymástól eltérő, adott esetben szélsőséges megoldási javaslatokat generál. Ezt tesszük ezzel a kötettel is, amikor részletesen, a független megfigyelő és kutató szempontjából, lehetőleg operacionalizálható, más néven objektíven igazolható indikátorok mentén elemezzük vizsgálódásunk tárgyát, a NS megvalósítását.

Az értékelés alapvető mozgatórugóit alapvetően azoknak a kérdéseknek a megválaszolása adja, hogy vajon

- megfelelő-e a stratégiai dokumentum belső konzisztenciája, azaz a főcélok és az alárendelt célok, alcélok rendszere egységes, logikus rendszert adnak-e ki egységes szemléleti megközelítéssel,
- miképpen értékelhető a dokumentum külső hatékonysága, vagyis a célok és indikátorok valóban az általános cél elérését segítik-e elő (összehasonlítás a célokkal),
- miképpen értékelhető a stratégia hatékonysága (pl. költséghatékonyság szempontjából),
- miképpen jellemezhető annak hasznossága (az eredmények összevetése a szükségletekkel),
- milyen a stratégia alkalmazhatósága (valóban a valós helyzetre alkalmas célok és eszközök összessége-e a stratégia, összehasonlítás a politikai valósággal és a valós helyzettel),
- és fenntartható-e a stratégiai folyamat a kitűzött célok mentén (tartós hatás).

Az értékelés alkalmazásának számos gyakorlati haszna van. Egyrészt hozzájárulhat a szakpolitikai tervezéshez, ebben az esetben az előzetes, a korábbi politika megvalósulásának evaluációja segítségével sikerülhet pontos célokat meghatározni, esetlegesen a szükséges módosítások körét és szükségessége mértékét feltérképezni. Másrészt hozzájárulhat az elszámoltathatóság és átláthatóság elveihez és gyakorlatához, a megvalósított program előidézte helyzet sikerének, vagy sikertelenségének megvizsgálásához. Harmadrészt már a megvalósítás menetében értékeli a szakpolitika megvalósításának állását és eredményeit, és folyamatosan javaslatokat fogalmazhat meg a szükséges módosítások érdekében. Negyedrészt hozzájárulhat

az intézményrendszerek megerősítéséhez és ennek következtében a társadalmi folyamatok leírásához.

A közpolitikai értékelés alapjellemzője, hogy a változások, melyeket mérni hivatott, a politikai folyamatban történnek. A vizsgálódás tárgya tehát mozgó célpont. A tárgy megragadása ezért nehézségekbe ütközik, és a vizsgálati módszereket állandóan fejleszteni kell. A változások némelyike befolyásolja az értékelést, némelyike problémát okoz az értékelőnek (pl. a politikai megrendelő személyében történt változás).

#### AZ ÉRTÉKELÉST ÉRŐ KIHÍVÁSOK, LIMITÁCIÓK

A közpolitikai értékelést azért is nehéz alkalmazni, mert az eredmény, a „siker” magyarázata, összefüggései és definíciói nem egyértelműek, maguk is sokszor „mozgó” fogalmak, és annál problematikusabbak, minél összetettebb a politikai szint, mely leírásuk tárgya. A potenciális megrendelők, a politikusok egyébként sem szeretik a kritikát, és érdekeik időtávja is eltér a kutatóétól, ugyanis a rövidebb távú sikerekben érdekeltek. Ugyanakkor egyre inkább megértik a döntéshozók, hogy szükséges a váltás magasabb szintű, nagyobb összetettségű (köz)politikai szintre, hiszen a sikeres programok önmagukban nem garanciái a sikeres politikának. Egyes – esetlegesen gondosan kiválasztott – programelemek pozitív értékelési eredményeinek bemutatása nem írja felül annak szükségességét, hogy a nagy komplexitású stratégiai program egészét is megvizsgáljuk. Az ugyanis az egyes programelemek sikerességétől függően lehet esetleg eredménytelen vagy nagyobb ártalmakat okozó, mint az a probléma, amit kezelni szándékozott. Ilyen volt pl. az alkoholtilalom időszaka, amikor a hozzáférés az alkoholtartalmú termékekhez megnehezült (amit a program célként, és eszközként határozott meg), összességében azonban a program nagyobb ártalmakat okozott, mint amit meg akart előzni.

Azt is tekintetbe kell venni, hogy a stratégiák által lefedett beavatkozási terület egyre szélesebb összefüggéseket vesz figyelembe. Ma már világos, hogy a programok csak kis részét alkotják annak, amit ma politikának, vagy stratégiának nevezünk, mint ahogy azt is, hogy számos interferencia és egymást kioltó tényező együttesen befolyásolja a politika megvalósulását. Ezeket – lehetőség szerint – a tervezés, de az értékelés folyamatában is szükséges figyelembe venni.

Az értékelés szűk keresztmetszete a megvalósítás aktorainak igen magas száma. Minden egyes beavatkozási cselekmény maga is számos felelősön keresztül megy végbe, akik egymással nem mindig vannak tisztázott kapcsolatban, az együttműködések nem feltérképezettek, és sok esetleges hatás érvényesülhet. Ennek következtében a folyamat, vagy az eredmények értékelése is vitákat válthat ki, és érdekeket sérthet, amelyben az értékelő sosem kap teljes szabadságot értékelése teljesen független

elvégzéséhez. De legalább ennyire fontos fejlemény, hogy a kormányzatok is egyre nagyobb komplexitású programokat indítanak, belátva, hogy az elérendő eredményeket, a kitűzött célokat a legritkább esetben lehet csupán egyes intézményekkel, vagy egyes szakmaterületi beavatkozásokkal elérni, hiszen a társadalmi valóságot befolyásoló politikák egymástól nem elkülönülten, hanem szoros összefüggésrendszerben léteznek. A politikák tehát immár nem csak intézményrendszerekre, hanem a társadalmi lét szintjeire tevődnek át, és egyre inkább közpolitikai programokként határozhatók meg. Ez a politikai beavatkozás szempontjából helyes fejlemény az értékelő szempontjából – az értékelési vizsgálat egyre nagyobb komplexitása miatt – növekvő nehézségeket okoz.

A közpolitikákat szükségszerűen a társadalom és az államigazgatás különböző területein és szintjein hajtják végre. A többszintű kormányzás a közpolitikák végrehajtása és értékelése szempontjából azt a nehézséget okozza, hogy adott esetben a különböző szinteken történő megvalósítás egymás hatásait jelentős mértékben befolyásolhatja, és nem mindig pozitívan. Számos országban kifejlett négy szintű közigazgatás van érvényben (országos, területi /régiós/, megyei és helyi szintű), melyek az országos programoknak külön-külön sajátos „akcentust” biztosíthatnak, szemléleti, vagy a célrendszert is érintő módosulásokat eredményezhetnek. A megvalósítás tehát sosem önmagában, hanem a megvalósító aktorok sokaságának kontextusában jön létre, ahol maga az eredmények leírása és általánosítása is csak kontextuálisan lehetséges.

Külön problémát okoz, hogy a magas összetettségű országos/régiós közpolitikai programok szemléleti kereteikben, céljaikban, tervezett hatásmechanizmusaikban is a legritkább esetben összehangoltak, ezért egymással ütközhetnek és váltogathatják kitűzött céljaikat, a megvalósítás számos okból inkonzisztens lehet, ez pedig a sikert pedig nehezen mérhetővé teszi. A NS maga is számos közpolitikai program interferenciájában valósul meg, melyeknek számát is nehéz meghatározni. Hogy csak a legalapvetőbbeket említsük: bűnmegelőzési program, népegészségügyi program, (hiányzó) alkoholológiai program, egészségügyi reformprogramok, változó szociálpolitikai programok, büntetőpolitika állandóan változó hangsúlyai, de a kontextust meghatározóak a gazdaságpolitikát érintő programok is. Ezért az információgyűjtés és az indikátorok (mutatók) körének kiválasztása is problematikus lehet, és érdekeket sérthet (pl. a kezelésbe vétel alapadatai nem relevánsak abból a fontosabb szempontból nézve, hogy a fejlesztések vajon valóban elősegítették-e a kezelésbe vételt a leginkább érintettek körében – szeverítés elve, elérhetőség, igénybe vehetőség szempontjai. Mindezen felvetett problémák alapvetően érintik az értékelés tudományát, de egyben folyamatos fejlődéséhez is hozzájárulnak. A közpolitikát gyakorló döntéshozók elkötelezettségétől és érettségétől függ, hogy igénylik-e az általuk megvalósított beavatkozások – lehetőleg – független és a szakmai-tudományos elvárásoknak megfelelő evaluációját? Ez a kötet erre tesz kísérletet.



## AZ ELEMZÉS GYAKORLATA

A nemzeti drogstratégiák értékelését három módon végezhetjük el a Kábítószeres és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja értelmezésében és ajánlásában: „(1) *megfigyelés*, ami a kábítószer-jelenséggel, valamint a reagálással és beavatkozásokkal kapcsolatos adatok rutinszerű gyűjtését jelenti; (2) *a megvalósítás értékelése*, azaz a kezdeményezések megvalósítása és a kábítószer-stratégia által elképzelt források biztosítása által hozzáadott érték felbecsülése; és (3) *a hatás értékelése* (általában a hatásosság felbecsülésének is nevezik), amely a kábítószer-jelenségre vonatkozó kimenetek (rövid távú effektusok) és a hatások (hosszú távú effektusok) megítélése, amelyet (legalább részben) a nemzeti kábítószer-stratégia eredményezett” (Evaluation... , EMCDDA, 2004).

Míg 1995-ben a jelenlegi tagországok közül csak 10 országban állt rendelkezésre valamilyen nemzeti dokumentum (stratégia vagy cselekvési terv), mára csak Ausztria nem rendelkezik ilyennel (viszont a szövetségi rendszer alapján minden tartományban érvényben vannak ilyen kimunkált dokumentumok) (Jelentés, EMCDDA, 2008). Míg 2000-ben csak kettő, mára a tagországok enyhe többsége – így Magyarország is – rendelkezik mind stratégiai dokumentummal, mind cselekvési tervvel.

Külföldön igen elterjedt a szakpolitikák értékelési gyakorlata. Érdekes azonban, hogy a drogpolitikák ez alól igen sokáig kivételt képeztek, noha éppen egy ilyen erősen átpolitizált területen lenne leginkább szükség a tudományos értékelésre, ami azt eredményezhetné, hogy a drogpolitika az ún. SMART követelményeknek (kellően specifikus/egyértelmű, mérhető, elfogadható, realiztikus és időben körülhatárolt) és céltételezéseknek megfelelőek legyen. Inkább csak programszinten, az egyes részterületekre vonatkozóan valósultak meg evaluációs programok. Ezért örömteli, hogy az EMCDDA 2008-as jelentésében közölt elemzése szerint immár „Európában egyre inkább felismerik, hogy a nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek alapvető elemei között az ellenőrzés és az értékelés szerepeltetésére is szükség van”. Az alkalmazott vizsgálati módszerek és a vizsgált területek kiterjedése tekintetében azonban eltérések mutatkoznak, ezért ezen a téren szükség lenne a bevált legjobb gyakorlatok azonosítására, illetve meghatározására.

Megállapítható tehát, hogy az Európai Unióban a nemzeti stratégiák egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek az evaluációra (EMCDDA, 2008). Közülük a legtöbb megfigyeli, monitorozza és/vagy értékeli a megvalósítás folyamatát, és vannak olyanok, a kisebbség, amelyek előre beépítik a megvalósítás és/vagy a hatékonyság/hatásosság értékelését. A monitorozás tehát egy állandóan alkalmazott és rendszerezett folyamat (például az Országgyűlés, a kormány vagy a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság előtti beszámolók formájában), mely meghatározott rendszerességgel eredményez kvantitatív vagy kvalitatív adatokat a Stratégia megvalósításával kapcsolatban (pl. hogy mennyi forrás került felhasználásra, vagy milyen beavatkozások,

programok alkalmazása valósult meg milyen ideig, hol és kiknek a munkája által). Mindazonáltal a monitorozás nem képes arra, hogy a stratégiai program tényleges társadalmi hatásairól is képet adjon, valamint arról, hogy a társadalmi változások közvetlen következményei-e a tervezett beavatkozás megvalósításának (pl. hogy a kábítószeres kipróbálásának mutatójában tapasztalható viszonylag pozitív változások valóban a Stratégia által elővátelezett beavatkozásokkal hozható-e összefüggésbe).

Az Európai Bizottság egy teljesítményértékelési dokumentuma négy érvet sorol fel, amiért az értékelést érdemes elvégezni: ezek a beavatkozások megtervezéséhez való hozzájárulás, a beavatkozás minőségének növelése, a rendelkezésre álló források hatékony felhasználásának elősegítése (hatásosság – *efficiency*), és végül a beavatkozásokról való beszámolók elkészítése.

Időbeni alkalmazásuk szerint az értékeléseknek három formáját szokás megkülönböztetni. Az első az *előzetes (ex ante)*, melynek „végrehajtása a megvalósítás előtt történik”, célja pedig a cselekvés iránti igény felmérésére vagy egy alapvető koncepció felállítására. Ezt hasznosítják utána a döntéshozói folyamatban a megfelelő szervezeti szintek (kormány, bizottságok, hatóságok stb.). Az *időközi vizsgálat (mid-term evaluation)* értelme menetközben értékelni a megvalósítás menetét annak céljából, hogy vajon szükség van-e módosításra, kiigazításra. Itt megint összecserélhető a megfigyelés és az értékelés. Az utóbbiban nem annyira a folyamat vizsgálatán van a hangsúly, hanem a kimeneteken, eredményeken és hatásokon. Az *utólagos (ex post)* értékelés „az egész beavatkozási időszakot öleli fel, általában főleg a beavatkozás végeredményére összpontosítva, azzal a céllal, hogy bemeneti adatokat szolgáltatson a jövőbeli beavatkozások számára”. Figyelembe veendő, hogy az értékelésnek nemcsak az eredmények meglétének, mértékének, vagy esetleg elmaradásának megítélése a feladata, hanem az is, hogy vajon a stratégiai beavatkozás, vagyis a beavatkozások közül egyesek, vagy azok összessége nem okozott-e esetleg károkat a tervezett előnyök helyett. Ez arra az ártalomcsökkentő szemléletre vezethető vissza, mely szerint nem csupán egyes programok, ellátások vagy beavatkozások hatásainak értékelésére kell korlátozódnia az értékelésnek, hanem a politikák egészére is. Ezt abból a felelősségből építkezve és annak a tudatában teszi, hogy a politika az emberek és közösségek életét közvetlen befolyásoló eszközrendszer.

A stratégiának nem csupán tárgyát, szemléleti kereteit kell jól bemérni, a társadalmi elvárásokkal vagy teljesítőképességgel egyeztetni, hanem a célokat is világos, egyértelmű és mérhető módon kell megfogalmazni annak érdekében, hogy vizsgálhatóvá is váljanak. A túl általános célok inkább csak társadalomfilozófiák megfogalmazására alkalmasak, azonban mérhetőség nélkül zavart okozhatnak a szakmai és nyilvánossági vitákban. Úgy kell tehát a stratégiában építkezni, hogy a szemléleti keretet meghatározó általános célt a fő- és alcélok már operacionalizált módon bontsák le, majd ezekhez hozzá kell rendelni a célkitűzések elérését mérő teljesítménymutatókat, indikátorokat.

Végül mégegyszer jelezni szükséges az értékelés egyébként rendkívül szükséges eszközeinek határait, *limitációit* is a kábítószer-politikákkal kapcsolatosan. A politikának szüksége van társadalomfilozófiai értelemben vett üzenetekre, és nem feltétlenül érdeke a mérhetőség biztosítása. A professzionális oldalnak adott esetben éppen ellenkező érdeke fejeződik ki: a valóság leírására való törekvés. Közös nehézség azonban az értékelés tárgyának összetettsége. A stratégia rendkívül sok aktorra, intézményre és hatóságra feladatot kirovó dokumentum, melynek megvalósítására is rendkívül sok tényező hat, hosszú ideig történik, és az eredményeket a legkritikább esetben lehet kétséget kizáró módon visszavezetni egyes beavatkozások hatására. Az oksági kapcsolat kimutatása tehát az összetettség mellett a másik szűk kapacitása az értékelési folyamatnak, már csak azért is, mert a stratégia – és értékelése – kevésbé képes a személyes és közösségi hatások megragadására. A probléma rejtett és rejtező voltának, a tiltásból fakadó eltérítő hatásoknak mind az adatszolgáltatás egésze, mind pedig a létrejövő vizsgálati eredmények értelmezése tekintetében állandó fenntartásokhoz kell vezetnie, és óvatosságra kell intenie. „Így a kábítószerügyi beavatkozás területén az értékelést nagyon óvatosan kell kigondolni, eredményeit óvatosan kell értelmezni” (Evaluation... EMCDDA 2004).

Az előbbiekben említett szempontokat azért volt szükséges megemlíteni, hogy lássuk, a stratégia szövegében meghatározott evaluációs feladatok, illetve a jelen értékelési folyamat miképpen ítéldhető meg. A stratégia ellenőrzésére, megfigyelésére (monitorozására) és értékelésére számos eszköz áll rendelkezésre.

#### AZ ELLENŐRZÉS ÉS ÉRTÉKELÉS AKTORAI MAGYARORSZÁGON

Számos eszközzel rendelkezünk mind a normatív ellenőrzésre, és a monitorozás biztosítására, mind pedig az értékelésre.<sup>17</sup> Az alábbiakban ezeket mutatjuk be.

- a) *Parlament*: A NS elfogadásakor a becikkelyező országgyűlési határozat<sup>18</sup> meghatározta a stratégia megvalósításáról szóló beszámolás kötelezettségét, melyet két évente kell elvégezni (2007-től három évente). Az értékelés ebben az esetben a megvalósítás teljes spektrumát felölelő, elsősorban monitorozási és inventórikus eszközöket használó beszámolót jelent, melynek terepe elsősorban nem a szakmai szervezetek és intézmények, hanem a politika közege. Az előterjesztést az illetékes szakbizottságokat követően a Parlament plenáris ülésen tárgyalja, majd szavaz róla. Az Országgyűlésnek más módon is van

<sup>17</sup> Funkcióik szempontjából nehéz elkülöníteni, illetve tipizálni ezeket az aktorokat, testületeket, hiszen főtevékenységük mellett mindegyik hozzájárulhat másik értékelési cél megvalósításához is. Az eseti bizottság például, bár alapvetően normatív jellegű kontrollt végez, mégis jelentéseivel a monitorozás, sőt bizonyos értelemben a hatékonysáértékelés szempontjait is segíti.

<sup>18</sup> 96/2000. (XII. 5.) OGY határozat

lehetősége visszatérni a stratégia megvalósítását érintő kérdésekre pl. kérdések, interpellációk, vagy bármely csatlakozó előterjesztés vitája (pl. jogszabály-módosítás, költségvetési törvény megtárgyalása, intézmény átalakítási szándékok esetén, vagy egyszerűen felmerülő társadalmi események) kapcsán.

- b) *Parlamenti bizottságok:* A stratégia megvalósítása legközvetlenebb politikai ellenőrzésének eszköze a szakbizottság. Alapesetben illetékes parlamenti bizottságok az illetékességükbe tartozó kérdések mentén értékelik a folyamatokat. Főbizottságként ebben az esetben a koordinációért felelős minisztérium portfolióját leképező parlamenti bizottság dolga ez (korábban az ifjúsági és sportbizottság, jelenleg az ifjúsági, szociális és családdügyi bizottság). Természetesen ehhez a munkához kapcsolódhat minden olyan országgyűlési bizottság, melynek illetékessége a stratégia végrehajtására vonatkozó bármely részkérdésre kiterjed.
- c) *Albizottságok, eseti bizottságok:* Az ellenőrzés és monitorozás specializáltabb parlamenti eszközei, melyeket kifejezetten erre a célra hoznak létre. 1999 és 2002 között az Ifjúsági és Sportbizottságon belül kábítószerügyi albizottság működött igen aktívan. Ez a munka nem folytatódott 2002 után, habár az albizottság jogositványainak meghosszabbításáról döntés született, de a pártok a testület vezetésére vonatkozóan – más albizottságokéval együtt – nem tudtak megegyezni. Ezt a helyzetet volt hívatott feloldani 2005-ben az Eseti bizottság, melyet ötpárti egység keretében hoztak létre többé-kevésbé az albizottság feladatainak ellátására. Ennek a bizottságnak a mandátuma anélkül járt le 2006-ban a választásokkal, hogy az egyébként elkészített jelentését a Parlament megtárgyalta és elfogadta volna. Az új Parlament megalakulását követően újabb kábítószerügyi eseti bizottság felállításáról történt konszenzusos döntés,<sup>19</sup> mely mind a mai napig működik, immár meghosszabbított mandátummal. A bizottság két jelentést fogadott el, egyet 2007 októberében, a másikat 2008 végén. Ez utóbbit határozati javaslattal H/6555 számon az Országgyűlésnek a H/6554-es számon jelölt mellékletbe foglalt jelentéssel együtt benyújtotta. A vita novemberben zajlott le, de döntés még nem történt. A korábbi eseti bizottság jelentéséhez hasonlóan ez a dokumentum is áttekintette a NS feladatstruktúrájának majdnem egészét, és a pártok által delegált szakértők segítségével értékelte azokat. A jelentéshez javaslatokat is megfogalmaztak. Összefoglalóan megállapítható, hogy az eseti bizottságok tevékenysége kedvezően, bár nem döntően járult hozzá a NS megvalósításához. Számos kérdést, problémát vetettek fel és tárgyaltak meg, mégpedig szakértők közvetlen bevonása mellett. A Nemzeti Stratégia szükségességét nem kérdőjelezték meg, sőt, megalapozottságát elismerték,

<sup>19</sup> H/2101 OGY határozat

végrehajtásához pedig támogatóan álltak hozzá. Javasataik a NS alapszemléletét és célkitűzéseit nem bírálták felül, és az egyes célok megvalósításához hozzájárultak. Számos kérdést részletesen megtárgyaltak.

- d) *Parlamenti viták:* A NS megvalósításának speciális eszköze a parlamenti vita, mely a tárgyat – közelebről, vagy távolabbról – érintő témákban folyik időről időre. A képviselőknek alkalmat ad a drogpolitilkához általában, annak egyes kérdéseihez, illetve a NS megvalósításához pedig különös értelemben fűződő pozíciójuk kinyilvánítására. Ilyen számos alkalommal történt, melyek közül a legemlékezetesebbek a NS elfogadását övező, az 1998-as és 2002-es Btk-módosítást feldolgozó, a Kendermag tüntetés néven elhíresült eseménysor, valamint az Alkotmánybíróság egy döntését követő vita volt 2005-ben. A parlamenti viták természetesen nem szakmai diskussziók, azonban legtöbb esetben szakmai anyagokra támaszkodik. Megteremtik azonban azt a politikai kontextust, amelyben a NS végrehajtása és megvalósítása megtörténhet (vagy nem).
- e) *Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság:* A bizottságnak a megvalósítás monitorozása szempontjából kiemelt jelentősége van. Ezt a Bizottságot létrehozó jogszabály kifejezetten előírja számára.<sup>20</sup> A Bizottság rendes, rendkívüli és szakbizottsági ülésein megtárgyalja a NS megvalósításának minden részletkérdését, és ha szükséges, határozatot hoz, javaslatokat fogalmaz meg a kormány és szervei számára. Működésével részletesebben is foglalkozunk e kötetben.
- f) *Jelentések:* A stratégia és általában a kábítószerhelyzet értékelésének fontos eszköze a jelentés. Ennek öt formáját különböztetjük meg.
- Egyrészt a Kábítószeres és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) számára készített jelentés, mely már a csatlakozást megelőzően megküldésre került, és azóta is minden évben az Unió

<sup>20</sup> Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságról szóló 1002/2007. (I. 18.) Korm. határozat:  
(...) 2. b) folyamatosan ellenőrzi a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program, valamint az Európai Unió drogstratégiájának nemzeti hatáskörbe utalt feladatai végrehajtását;  
c) javaslatokat dolgoz ki a kábítószer-probléma kezelése céljára rendelkezésre álló erőforrások felhasználására;  
d) kezdeményezi a kábítószerügyet érintő jogszabályok megalkotását, illetve véleményezi a kábítószerügyet érintő jogszabályok, állami irányítás egyéb jogi eszközei és egyéb kormányzati intézkedések tervezetét;  
e) összehangolja a nemzetközi egyezményekből és az európai uniós tagállami működésből fakadó, a kábítószerügy területét érintő feladatok végrehajtását;  
f) a külön határozatban foglalt szempontrendszer alapján évenként tájékoztatja a kormányt a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatok megvalósulásáról; (...)

adatgyűjtéssel foglalkozó szervezete számára. Ez a jelentés az EMCDDA szabványoknak megfelelően kerül kialakításra, minden évben speciális témákat is felölelő módon. A jelentés maga is értékelési eszköze a hazai adatszolgáltatás minőségének, melyet a Központ külön vizsgál.

- Minden évben kiadásra kerül a Jelentés a magyarországi kormány kábító-szerhelyzetről című kiadvány 1999 óta (most tizedik alkalommal), melynek alapelve, hogy a nemzetbiztonsági és más, törvény által korlátozottakon kívül minden droggal kapcsolatos adatot nyilvánosságra kell hozni annak érdekében, hogy a probléma megítélése és a beavatkozások minősége is transzparens legyen.
  - Minden évben a koordinációért felelős tárca tájékoztatja a kormányt a hazai kormánykábitószerhelyzetről, valamint a NS végrehajtásáról. A jelentést előzetesen megtárgyalja a KKB, és azt elfogadja. Ez természetesen számos egyeztetést feltételez és követel meg. A Jelentés kiterjed a négy pillérterület adataira, a speciális témákra, valamint a minisztériumok és országos hatáskörű szervezetek munkájára.
  - Két-, illetve most már háromévente a kormány jelentést készít az Országgyűlés számára a NS megvalósításának állásáról. Eddig három alkalommal került erre sor. A Jelentések bemutatását bizottsági és nyilvános vita kíséri.
  - Minden más esetben is jelentés készülhet, melyet az Országgyűlés, a kormány, a KKB, a tárcák valamelyike elhatároz, vagy feladatként kioszt. Ilyenek az eseti bizottsági jelentések, vagy legutoljára a 2008 júliusában történt droghalálózás halmozódásával kapcsolatos jelentés.
- g) *Kábítószeriügyi egyeztető fórumok:* A KEF-ek a NS megvalósításának sajátos eszközei, a megvalósítás „helyi motorjai”, melyek a NS nemzeti szintű, szűkszerűen elvontabb céljait helyi szinten segítenek megvalósulni. A KEF-ek jelentései, valamint a KEF-ek működéséről a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által készített értékelő dokumentum és más típusú evaluációs vizsgálatok a más jelentésekben már vázolt helyzet finomhangolását biztosítják. Fontos információkat nyújtanak a terepről, illetve a helyi közösségek szintjéről.
- b) *Szakmai fórumok, szakmai nyilvánosság:* A különböző szakmai közösségek, társaságok, tudományos fórumok, konferenciák és kongresszusok, írott és network-típusú nyilvánosságai állandóan visszajelzéssel élnek és értékelik az NS egészét, vagy részkérdéseit. Véleményük és tapasztalataik az értékelés nélkülözhetetlen elemei. Ezért is tekinthető helyes lépésnek a KKB tagjainak a nem kormányzati szervek képviselőivel való kiegészítése. A szakmai vélemények nagy előnye, hogy folyamatos, független és tudományos kritériumok mentén végzett, valid (viszonylag kevés érdekezéreltségből fakadó elfogultságot tartalmazó) eredményt szolgáltatnak.

## AZ ÉRTÉKELÉS SPECIÁLIS ESZKÖZEI

*MATRA félidős értékelés*

A kábítószerügyi koordináció megkeresésére és felkérésére, a Holland Királyság Külügyminisztériumának támogatásával és a Trimbos Instituut kivitelezésében valósult meg a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel való szoros együttműködésben a NS félidős, a stratégia rövid és középtávú céljaira vonatkozó értékelése 2004–2005-ben. Eredményeit két kötetben magyar fordításban adta közre a hollandiai partner (l. felhasznált irodalom).

*Az értékelés jelentősége.* Több szempont miatt is egyedi és egyedülálló vállalkozás volt ez a kutatás. Akkoriban, 2003-ban, amikor a felkérés megtörtént, még sehol sem volt példa arra, hogy nemzeti szintű drogpolitikai programot független, úgynevezett külső értékelő (*external partner*) által a maga összetettségében értékelni próbáljon (különösen nem a döntéshozó felkérésére), de más társadalmi beavatkozások területén is ritka volt az ilyen kísérlet. A függetlenség – vagyis a megbízótól, és érdekeitől való távolság – alapvető elvárása és értelme az értékelési folyamatnak. Ebben az esetben Európa talán legnagyobb kábítószerkérdésekkel foglalkozó kutató és módszertani intézményének közreműködését külső forrásból lehetett biztosítani úgy, hogy a vizsgált tárgy – a NS – hazai kapuőrei semmilyen viszonyban nem voltak a megbízottal sem finanszírozói, sem ellenőrzési értelemben. Mint minden előzmények nélküli gyakorlat esetében, most is mindenekelőtt ki kellett fejleszteni egy olyan módszertant és értékelési technikát, mely a kitűzött cél megvalósítását lehetővé tette. A MATRA projekt jelentőségét másodsorban az alapozza meg, hogy a magyarországi stratégiának ez az értékelési programja egyben az EU Drogstratégiájára épülő első cselekvési program (2005–2008) értékelésének is módszertani alapjává lett, illetve – módosításokkal – ezzel a módszertannal valósult meg. Harmadrészt az értékelés eredményei fontos tanulságokkal szolgáltak, illetve szolgálhattak volna. A MATRA projekt eredményeivel ezen a helyen részletesebben is foglalkozunk.

Az értékelés értelmére vonatkozóan a kutatási beszámoló megállapítja, hogy „külföldön igen elterjedt a szakmapolitikák értékelése, érdekes azonban, hogy a drogpolitikák ez alól kivételt képeznek annak ellenére, hogy éppen egy ilyen igen erősen átpolitizált témában volna elengedhetetlen a tudományos értékelés, hiszen ez biztosítja, hogy a szakpolitikát kevésbé szője át az ideológia, racionálisabb és hatékonyabb legyen. Éppen egy ilyen értékelés eredményezhetné, hogy a drogpolitika egyértelművé, mérhetővé, elfogadhatóvá, realiztikussá és időben körülhatárolttá váljon (SMART követelmények), a megfogalmazott célokra, lépésekre és eredményekre reflektáljon. Az értékelés azt is elősegítheti, hogy a szakpolitika különböző területei kapcsolódjanak egymáshoz” (Galla és mtsai, 2005/b).

*A MATRA értékelés főcéljai.* A Magyarországon hozzáférhető releváns adatok mennyisége, illetve azok rendelkezésre állása a Stratégia megvalósításának kezdő időpontjában (baseline adatok) nem tette lehetővé, hogy a félidős értékelés folyamán egy az outputokra-outcome-okra koncentrááló módszertant maradéktalanul alkalmazni lehessen. Ennek megfelelően, az értékelés elsősorban a folyamatokra, valamint a kulcspozícióban lévő szakértők, illetve a koordinációban meghatározó pozíciót betöltő személyek percepciók analizésére koncentrált, valamint elemzés tárgyává (dokumentumelemzés) tette mindazokat a dokumentumokat, amelyek a megvalósítás szempontjából perdöntőnek minősültek:

- a Stratégia maga;
- a megvalósítást konkrét akciók szintjén előmozdító kormányhatározatok.

A MATRA evaluációs programja két főcélra tözött ki: értékelni kívánta

- a Stratégia rövid és középtávú céljainak megvalósulását, valamint azt vizsgálta, hogy
- miképpen javítható és erősíthető a jelenlegi magyarországi drogpolitikai koordináció hatékonysága.

Valójában egy harmadik célt is szolgált a projekt. A NS középtávú prioritásainak értékelése révén egy olyan módszertan kialakítása történt meg, mely alapul szolgálhat a nemzeti stratégiák átfogó értékelésére.

Az értékelés első komponense alapvetően három kulcskérdés megválaszolására tett kísérletet (miközben nem foglalkozott azzal, hogy helytállóak-e a Stratégiában kitűzött célok):

- Konzisztens-e a Stratégia tartalma, azaz következetes elméleti keret áll-e mögötte, világos szakmapolitikai célok vezérlik-e, és a célok, tevékenységek és indikátorok között egyértelmű kapcsolat mutatható-e ki?
- Világosak-e a prioritások, eszközök és a felelősségi körök?
- Megvalósultak-e a rövid- és középtávú célok?

*Az értékelés eredményei.* E három alapkérdés mentén a MATRA értékelés megállapítja, hogy

a) Konzisztencia:

- A Nemzeti Stratégia egy átfogó és többnyire konzisztens dokumentum.
- A megvalósításban érintett személyek egyetértenek a Stratégia céljaival.
- A szakmapolitikai háttér és a probléma megközelítése egybevágh az EU drogpolitikájával.
- Ugyanakkor a hosszú távú stratégiai célok, logikai keretrendszer koherens, azonban a célok operacionalizálása nem eléggé specifikus.



- Egyes célok nem eléggé konkrétak, nem azonosítják a megoldandó problémákat, szükségleteket.
- A megvalósításra szánt időkeret gyakran nem reális.
- Az egyes rövid távú célkitűzések valójában középtávúak.
- Az eredményindikátorok nem kapcsolhatók mindig közvetlenül a célkitűzésekhez, és nem megfelelően kidolgozottak.
- Nincsenek meghatározva a prioritások a sürgős és kevésbé sürgős célkitűzések között.

b) Világosak-e a prioritások, eszközök és felelősségi körök?

„A Stratégia megvalósítása komplex feladat. Szükség van ehhez egy olyan akcióterv kialakítására, amelyben világosak a prioritások, egyértelmű az időbeli ütemezés, realiztikus a költségvetés, és megfelelő eszközök állnak rendelkezésre a megvalósításhoz, világos a feladatok megosztása, és a felelősségi körök is egyértelműek.

A Stratégia megvalósítása a civil és a közsféra közös felelőssége. 2004 végére több mint 77 KEF alakult meg, amelyek a helyi szintű megvalósítás fórumai. A KEF-ek hatékony működéséhez feltétlenül szükséges helyi önkormányzatok támogatása és elköteleződése. Szükséges emellett a prioritások felállítása. Hátráltató tényezőként a kooperáció, valamint a protokollok hiányát jelölték meg a válaszolók.

A megvalósítás koordinációja a kábítószerügyi koordinációjáért felelős helyettes államtitkár feladata (2004-ig – T. Á.), akinek nincsenek jogi eszközei a drogpolitika megvalósítására. Ez részben azért van, mert a Stratégia elfogadását nem követte a források és az eszközök hozzárendelése. Kevés az adatgyűjtésre, a monitorozásra és a kutatásra fordítható anyagi forrás is. Ennek az a következménye, hogy nehéz azon a színvonalon megvalósítani a Stratégia céljait, ahogyan az kívánatos lenne. Ezt a problémát azzal lehetne áthidalni, ha világosan prioritálnák az anyagi források elosztását is”.

c) Megvalósultak-e a rövid- és a középtávú célok?

Az értékelés során kiderül, hogy jelentős eredmények születtek és az értékelésben résztvevők véleménye szerint figyelemreméltó a rövid és a középtávú célok megvalósulásának mértéke is. Nagyon hiányoznak azonban a kiindulási adatok, hiszen csak azokkal lehetne pontosan megállapítani a fejlődés mértékét.

A legtöbb sikerről a prevenció területéről számolnak be. A szociális munka, kezelés és rehabilitáció szerveinek egységes rendszerbe szervezése még további fejlesztéseket igényel. Figyelemreméltóak a kínálatcsökkentésben elért eredmények is. Jóllehet a Stratégia nem mindig egyértelmű a kínálatcsökkentésre vonatkozó célokban, és a siker világos indikátorai is hiányoznak, a nemzeti szintű válaszolók beszámoltak némi sikerről a területen. Itt azonban

észlelhető súrlódás a koordinációs törekvések és a helyi szintű intézmények együttműködésében.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok a Stratégia megvalósításának egyik legfontosabb kvázi intézményi háttérét adják. A KEF helyi stratégiát (politikát) dolgoz ki, együttműködéseket épít, programokat fejleszt, jelentéseket és kutatásokat készít, együttműködést támogat. Minden megkérdezett KEF képviselő egyetértett azzal, hogy a KEF-ek létezése fontos eredmény, és a kialakult struktúra további megerősítésre vár. A KEF még sikeresebb működését az anyagi forráshiány és a megfelelően képzett szakértők jelenléte akadályozza. A KEF-ek bevételeinek kb. háromnyolcad része az önkormányzattól származik, míg a további pénzekhez pályázatok útján jutnak. A KEF-ek értékelésében 2004-ben a stratégiai célok a kiválasztott célok nagy része, főleg a megelőzés területére vonatkozóak, megvalósultak, vagy csak részben valósultak meg (prevencióra vonatkozóan: 64%-ban, a közösségre: 50%, kezelésre és a kínálatcsökkentésre 28-28%-ban).<sup>21</sup>

Összességében tehát elmondható, hogy Stratégia megvalósítása a körülményekhez képest igen jó színvonalú. Az eredményesség azonban nagymértékben növelhető volna a prioritások világos meghatározásával, a megvalósításhoz szükséges források előteremtésével, valamint a tervezés és a koordináció fejlesztésével.

*A KKB működése.* Az érintettek egyetértettek abban, hogy a KKB jelenlegi struktúrája jól működő forma, nem kell megváltoztatni, azonban fejlesztésre szükség van. Meg kell teremteni annak a feltételét, hogy a KKB rugalmasan alkalmazkodó és gyorsan reagáló szervezet legyen, hiszen hatékonysága csak így valósítható meg. Ez elsősorban úgy érhető el, ha a KKB-tagok valóban magukénak érzik a szervezetet és a drogproblémát. A gyakorlatban pedig olyan akciótervek kialakítására van szükség, amelyek kellően specifikáltak, realiztikusak; céljai prioritizáltak, az indikátorok mérhetőek, valamint az időkeretek és a rendelkezésre álló költségvetés realiztikusak. Javasolt továbbá a strukturális támogatások elosztásával kapcsolatos konszenzus kialakítása.

*A nemzeti szintű megvalósítás értékelése – a Nemzeti Stratégia.* A KKB elfogadta a Stratégia megvalósulásának Cselekvési tervét a 2002-es és a 2004-es évre, amelyet kormányhatározatban rögzítettek. Az ebben definiált célok jelentősen hasonlítanak a Stratégia rövid és hosszú távú céljaira, jóllehet nincsenek részletesen kifejtve.

A MATRA kutatás szerint lényeges volna pontosan definiálni a felelősségi köröket, és a feladatmegosztást, valamint az indikátorokat és a határidőket is. Szükség

<sup>21</sup> Részleteiben az értékelésnek ezt a részét nem ismertetjük ezen a helyen.

van a koordináció szintjével kapcsolatos információ visszacsatolására, valamint az is világossá vált, hogy 2002-es Cselekvési terv értékelése nem történt meg, mielőtt a következő akciótervet elfogadták volna.

Mindemellett minden válaszoló egyetértett abban, hogy a Stratégia kiegyensúlyozottan tárgyalja a négy tematikus egységet. Van azonban egy fontos vakfolt, amelyre több válaszoló is felhívta a figyelmet. Az eltereléssel kapcsolatosan a Stratégia nem konzisztens a hatályos jogszabályokkal. A drog birtoklása ugyanis büntetőjogi következményekkel jár, ezt az ellentmondást mindenképpen fel kell oldani.

Több válaszoló arról számolt be, hogy jóllehet kezdetben tarthatónak tűnt a Stratégia által kijelölt időkeret, mára kiderült, hogy ezen változtatni szükséges. Arra is kitértek, hogy a megfelelő visszacsatolás hiánya nehezzé teszi a monitorozást, és a további fejlesztések megtervezését.

*Előretételezés.* Az értékelők szerint abban mindenki egyetért, hogy a Stratégia egy átfogó dokumentum, amely a többség által elismert módon áll a drogp problémához. Négy évvel az elfogadás után tartalma még mindig aktuális, jól illeszkedik az újraírt, 2005 és 2012 közötti EU-Drogstratégiához és a 2005–2008-as EU Akciótervhez is. Meg kell azonban oldani a Stratégia és a Büntető törvénykönyv közötti diszkrpanciát, amely sok társadalmi vitát eredményez, megzavarja a drogpolitika társadalmi percepcióját és megnehezíti a Stratégia megvalósítását is.

*Javaslatok a stratégiai célok további megvalósítására.* Végül javaslatokat fogalmaznak meg a kutatók a vizsgálati adatok alapján.

„Úgy tűnik, hogy a Stratégia megvalósítása 2002. és 2004. között felgyorsult, most pedig válaszut előtt áll. Ebben a helyzetben fontos volna felfrissíteni a Stratégia alapelveit és céljait. Ehhez azonosítani kell, hogy milyen eredmények születtek, és meg kell erősíteni őket. 2005 és 2009 közé eső időszakban pedig feltétlenül javítani kell a koordinációt.” Részletesen a következőket javasolják:

1. Egy viszonylag rövid feladatlistát kell készíteni, amely világos szakpolitikai elemeket tartalmaz, és lefedi a Stratégia négy tematikus egységét.
2. Az ezen a listán lévő feladatokat elemezni és értékelni kell. Az értékelés foglalkozzon a feladatban foglaltak jelenlegi állásával. Az állapotfelmérés kiindulópontja ezen értékelés, valamint a KKB 2002-es Cselekvési terv eredményeinek felmérése.
3. Az értékelések alapos megismerése és a feladatlista nyomán egy megvalósítási terv készítendő, amely figyelembe veszi az elmúlt öt év eredményeit is.
4. A négy stratégiai terület fő céljainak fontossági sorrendjét fel kell állítani. A sorrend felállításához szükséges egy olyan kritériumrendszer kidolgozása, amely implikálja a megvalósíthatóságot, a társadalmat érintő károkat, és az EU Drogstratégia prioritásait stb.

5. A tematikus pillérekhez rendelt és rangsorolt célokat a végrehajtásért felelős minisztériumok és szervek a szerint szelektálják, hogy reális-e megvalósításuk.
6. Az így kiválasztott célokat – amennyiben szükséges – újra lehet fogalmazni, és el kell látni világos és vizsgálható indikátorokkal és eredményességi mutatókkal.
7. Ezt követően azonosítani kell azokat az eszközöket, amelyekkel a célok megvalósíthatóak, és meg kell vizsgálni, hogy jelenleg mit tesznek ezek megvalósításáért.
8. Nagyon fontos, hogy a felelős minisztériumokat világosan megnevezzék, és tisztázott legyen felelősségi körük, ugyanis a nemzeti koordinátor csak így tudja követni a megvalósítást. Ugyanígy világosan kell megfogalmazni a további feladatokat és a felelősségi köröket, valamint a kijelölt tevékenységek végrehajtásának határidejét is.
9. A következő lépés az, hogy a KKB szakértői testületei és képviselői tanácsa összehozza a négy stratégiaterület (pillér) kiválasztott és kidolgozott céljait a hozzájuk tartozó költségvetéssel. Meg kell azonban különböztetni a strukturális és az eseti támogatást igénylő feladatokat. Az eseti támogatást igénylő célokat a 2006 és 2009-es időszakra vonatkozó KKB-tervezetben kell kifejteni. A strukturális támogatást igénylő célok egy külön listára kerülnek. Ezen a listán főleg a kereslet és kínálatcsökkentés területére vonatkozó, hosszú távú befektetést igénylő célokról legyen szó. Ennek költségeit a célok megvalósításáért felelős Minisztériumok költségvetésébe kell bekalkulálni.
10. A Nemzeti Stratégia támogatását a kormány és a Parlament az alábbi módon erősítse meg:
  - El kell fogadni a fentebb részletezett több évre szóló megvalósítási tervet, amelyben a célok prioritizáltak.
  - Ehhez egy több évre szóló költségvetést kell készíteni, amely fedezi az érintett minisztériumok megvalósítással járó költségeit. Ebből a költségvetésből fedezhetőek mind a strukturális, mind az eseti kiadások.
  - A Büntető törvénykönyv és a Stratégia közötti diszkrpanciák azonosítása és megoldása szükséges.
11. A KKB a civil szervezetekkel és a civil társadalommal folytatott párbeszéde során közösen azonosítja azokat a mechanizmusokat, amelyek révén a nem kormányzati szervek be tudnak vonódni a Stratégiával és a drogpolitikával kapcsolatos döntéshozási és a megvalósítási folyamatba.
12. A helyettes államtitkának persze továbbra is központi szerepe van a koordinációban, és a megvalósulással kapcsolatos információk gyűjtésében. Javasolt továbbá, hogy a helyettes államtitkár rendelkezzen egy saját költségvetéssel, amely fedezheti egy monitorozó és értékelő eszköz kifejlesztését, a hatásta-

nulmányokat, a PR- és médiastratégia kifejlesztését és megvalósítását. A két utóbbi eszközzel a civil társadalmat lehet tájékoztatni.

*Javaslatok a nemzeti szintű koordináció javítására*

- a) A KKB hatékonyabbá tétele (Meghagyni a struktúrát, de karcsúsítani a szervezetet. Létrehozni egy végrehajtó testületet, amely a napi kérdésekkel foglalkozik).
- b) a KKB mint a drogpolitika előkészítő szerve (Eszerint a KKB feladata a drogpolitikai koordináció biztosítása lehet. Ezt a szakpolitikai tervek előkészítésével érhetné el, valamint azzal, hogy megteremti a megvalósításnak és a monitorozásának feltételeit, és jelentéseket készít a Parlament részére. Ehhez nem szükséges a KKB-nek döntéshozói jogkört adni).
- c) A feladatok és a felelősségek világos megosztása a KKB-n belül.
- d) Biztosítani a visszacsatolási folyamatot.
- e) Menedzsment javítása (működési protokoll).
- f) Szakértői információk megosztásának serkentése.
- g) Átláthatóság növelése (esetleg információs iroda felállítása).
- h) A civil társadalom bevonása (PR stratégia, kommunikációs minimum).
- i) A monitorozás és az értékelés fontossága.

A kutatás eredményei szerint nehezen kezelhető probléma, hogy gyakori a személycseré a fontos pozíciókban. Ennek megelőzésére, vagy kedvezőtlen hatásainak csökkentésére egy alaposan átgondolt emberi erőforrás menedzsmentre van szükség, amely pl. karriertervezéssel is foglalkozik, és lehetőség teremt a rendszeres felkészítésre.

*Javaslatok a helyi koordináció fejlesztésére.* A kutatás javaslatokat fogalmazott meg a fórumok munkájának hatékonyabbá tételére vonatkozóan is. Ezek a következők:

- jól működő koordinációs struktúra létrehozása,
- legpontosabban definiálni a döntéshozási folyamatban betöltött szerepeket,
- a tagok szerepének pontos meghatározása,
- összehangolás erősítése,
- megfelelő anyagi támogatás biztosítása,
- hatékony kommunikáció kialakítása a tagok között.

*A MATRA projekt visszhangja, hatása.* A kutatás végeztével annak kutatási beszámolója két kötetben elkészült, és nyilvánosságot kapott. Ismertetése igen széles körűen megtörtént szakmai konferenciákon, KEF-találkozókon, a minisztérium vezetése előtt, a Parlament kábítószerügyi eseti bizottságában, a jelentésekben és

egyéb helyütt. Elmondható, hogy a kutatás eredményei és javaslatai kevés visszhangot keltettek (pl. az eseti bizottságban csak egy politikus hallgatta végig a holland kutatók beszámolóját), és összességében az is látható, hogy kevésé módosították javaslataikkal a szervezeti és közpolitikai körülményeket. Két kivétel mutatható ki. Az egyik a KKB szervezeti struktúrájának módosítása 2007. január elején, amikor egy háromszintű tagság felállítására került sor, melynek legfelsőbb szintje lett volna hivatott a végrehajtó bizottsági funkciókat is ellátni (ez a rendszer azonban mégsem valósult meg a gyakorlatban). A másik pedig a civil-szakmai tagok megválasztásával a szakmai kapcsolatok erősítése, a civil-szakmai kontroll megvalósulása.

#### A NEMZETI STRATÉGIA VÉGIDŐS ÉRTÉKELÉSE

A Stratégia félidős értékelését követően szükségesnek tűnt a végidős evaluáció elvégzése is. Az eredmények, a célkitűzések megvalósulásának méréséhez egy ilyen nagy ívű és komplexitású program esetében ma már belső és külső elvárások fűződnek. A NS időtávjának majd egy évtizede alatt a társadalmi viszonyok és politikai kontextusok, valamint a szabályozási és beavatkozási rendszerek egyébként is oly nagy mértékben változtak, hogy minden bizonnyal szükség lehet a stratégiai szempontok módosítására.

A Stratégia végidős értékelésének egyik legfontosabb eleme a jelen kötet, mely az évente megjelenő, és uniós (EMCDDA) standardok alapján építkező jelentések keresztmetszeti helyzetértékelése helyett most először a Stratégia teljes időtávjára vonatkozó hosszmetzeti vizsgálódást kísérel meg. Ennek célja nem csak az egyes szakterületi eredmények, elmozdulások leírása, hanem – ahol ez lehetséges – a területek keresztthatásainak, egymást befolyásoló tényezőinek a feltérképezése is. A kötet egyben összefoglalja a Stratégia megvalósításával összefüggésben – szakmai szempontból értelmezhető – tanulságokat is.

A könyv szerkesztése idején folyamatban van az értékelési-kutatási csomag második eleme, egy többkomponensű értékelési vizsgálat is, mely részben hasonló módszertant valósít meg, mint azt a MATRA projekt tette. Mintegy 60 kapuőr (*stakeholder*), a Stratégia megvalósítása szempontjából kulcsszakember, döntéshozó és közigazgatási képviselő lekérdezésére kerül sor egy percepcióanalízis kutatás keretében, valamint egy delphi-módszert alkalmazó fókuszcsoporthoz megkérdezés formájában járulnak hozzá az értékelés elvégzéséhez. Az eredmények végső validálására szakmai találkozók kerülnek sorra.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bácskai, E., Gerevich, J., Lóska, Sz. (é.n.): Tervezet a szenvedélybetegségek megelőzésének átfogó programjára. In: *Egészséget mindenkinek 2000-re! Háttér tanulmányok az egészségmegőrzés nemzeti programjából*. Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Titkársága, Budapest.
- Ballotta, D., D'Arrigo, L. (2002): Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union. A descriptive review. EMCDDA Report. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Buda, B., Koós, T. (2006): Alkoholpolitika és –stratégia. Konceptió- javaslat. In: *Népegészségügyi alkoholpolitika*. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest.
- Caulkins, J. P., MacCoun, R., (2003): Limited rationality and the limits of supply reduction, *Journal of Drug Issues*, Florida State University.
- Caulkins, J.P., Reuter, P. (1997): Setting goals for drug policy: harm reduction or use reduction? *Addiction* 92 (9), 1143-115
- Elekes Zs. (2005): A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia*, 4, 345-374.
- Elekes, Zs. (2009): Az alkohol- és drogprobléma változó megjelenése a politikai és a közgondolkodásban. Kézirat.
- European drug policies – extended beyond illicit drugs? EMCDDA Selected issue, 2006, Lisbon.
- EU Drugs Action Plan (2005–2008): CORDROGUE 25, <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/05/st08/st08652-re01.en05.pdf>
- Evaluation of 'national drug strategies' in Europe. EMCDDA, selected issue, 2004. Lisbon.
- Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005): *Hogyan erősíthető meg a magyar drogpolitikai koordináció az értékelés tükrében?* Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005): *A Nemzeti Stratégia felidős értékelésének részletes tapasztalatai*. Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Hajnal Gy., Nyírády A., (2007): Kábítószerrel összefüggő címkézett költségvetési kiadások. In: *2007-es éves jelentés az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont. 2007, Budapest.
- Kábítószer-probléma Európában. Éves jelentés, 2008. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisszabon.
- Lévay, M. (2001): Héják, baglyok, galambok. In: *Tanulmányok a kábítószer-problémáról*. Veszprémi Érseki Hittudományi Főiskola, Veszprém.
- MacCoun, R., Reuter, P. (2001): Drug war heresies – learning from other vices, times and places, *RAND Studies in Policy Analysis*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására. (2001): *Ifjúsági és Sportminisztérium*, Budapest.

- Peyrot, M. (2002): A társadalmi problémák ciklikus alakulása a drogabúzus példáján. In: *Drog és társadalom. Az addikció mintázata*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Rácz, J. (2002): Drogproblémák: A szenvedélybetegségtől az ártalomcsökkentésig. In: *Drog és társadalom. Az addikció mintázata*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Ritter, A. & McDonald, D. (2005): Monograph No. 02: Drug policy interventions: A comprehensive list and a review of classification schemes. *DPMP Monograph Series*. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- Ritter, A. (2007): Monograph No. 15: Priority areas in illicit drug policy: Perspectives of policy makers. *DPMP Monograph Series*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Ritter, I. (2001): Drogpolitikai modellek. In: *Tanulmányok a kábítószer-problémáról*. Veszprémi Érseki Hittudományi Főiskola, Veszprém.
- Room, R. (2004): Symbolism and rationality in the politics of psychoactive substances. In: Lindgen, B., Grossman, M. (eds) *Substance use: Individual behavior, social interactions, markets and politics*. Advances in Health Economic and Health Services Research, vol. 16.
- Sárosi P. (2007): Álláspont a Drogstratégia megvalósulásáról. *Drogriporter* 2007. 10. 18. <http://drogriporter.hu/hu/node/142>
- Trace, M., Roberts, M., Klein, A. (2004): *Assessing Drug Policy Principles and Practice*. DrugScope and Beckley Foundation, London.
- Veér, A., Nádori, G., Eröss, L.(2000): *Alternatív drogstratégia*. Animula, Budapest.
- Wideman, J. (2002): Comparative Glossary of Common Project Management Terms v3 January, 2002. <http://www.maxwideman.com/pmglossary>



# DROGKUTATÁSOK MAGYARORSZÁGON

DEMETROVICS ZSOLT – KUN BERNADETTE

## BEVEZETÉS

A fejezet célja a kábítószer-problémával foglalkozó hazai kutatási tevékenység áttekintése; elsősorban az *elmúlt évtizedre* vonatkozóan. Hangsúlyozandó, hogy az áttekintés alapvetően a *kábítószerekkel kapcsolatos* kutatásokra korlátozódik; az alkoholprobléma, a dohányzás, illetve az egyéb legális szerekkel, pszichoaktív gyógyszerekkel kapcsolatos problémák kutatása ezúttal éppúgy nem képezi az elemzés tárgyát, ahogyan a viselkedési addikciók köre sem. Az elkülönítés mindazonáltal nem lehet tökéletes, mert bár az utóbbi zavarok kutatása valóban jól elhatárolódó területe az addiktológiai kutatásoknak, addig a legális szerek vonatkozásában már sokkal kevésbé mondható el ugyanez. A fókuszban mindazonáltal az illegális drogok használatával kapcsolatos kutatások lesznek, de kétségtelen, hogy ezek a kutatások gyakran magukba foglalják az alkoholprobléma, ritkábban a dohányzás kérdéskörét is.

Az áttekintés célja tehát, hogy képet alkothassunk a kábítószerekkel kapcsolatos addiktológiai kutatásokról, kutatási irányokról, hogy lássuk, mely területek feltártak, vagy legalábbis mely területeken folynak kutatások, és melyek tekinthetők elhanyagolt területeknek.

Ilyesfajta áttekintést több tényező is inspirálhat. Egyrészt indulhat a kezdeményezés a tudomány oldaláról, azzal a céllal, hogy a szakma képet kapjon egy területről, arról, hogy aktuálisan hol tartanak a kutatások, milyen eredmények születtek, melyek lehetnek a jövő perspektivikus útjai. Ezek az áttekintések azonban többnyire egy-egy szűk területre vonatkoznak, olyan részkérdésekre, amelyekről a vonatkozó néhány tucat, de legfeljebb száz-kétszáz tudományos közlemény áttekintése képet adhat.

A szélesebb, egy-egy egész tudományterületet érintő áttekintés azonban gyakran nem szigorú értelemben vett szakmai indíttatású, mint – ahogy jelen esetben is – inkább szakmapolitikai oka van az áttekintésnek. A Nemzeti Stratégia tízes-tendős periódusának lezárulása teszi szükségessé, hogy számba vegyünk, mi valósult meg a tervekben, mi az, amiről esetleg menet közben derült ki, hogy nem vagy nem az eltervezett módon kell megvalósítani, s mi az, ami ilyen vagy olyan okok miatt nem tudott megvalósulni. Fontos egy ilyen áttekintés nemcsak az elmúlt évek értékelése, hanem a jövő tervezése miatt is. Míg a kutató a maga szűken vett szakterületéről naprakész áttekintéssel rendelkezik, s ezen tudás birtokában tudja alakítani saját terveit, a kutatások országos szintű, finanszírozáshoz köthető, köntendő tervezése ennél egyrészt szűkebb, másrészt viszont általánosabb áttekintést

kíván. Szűkebb, amennyiben ez a tervezés csak részben kívánja meg a nemzetközi viszonylatú áttekintést, de tágabb a tekintetben, hogy az egyes diszciplínákon átívelő, az addiktológiai kutatások teljes körét tekintetbe vevő kép alkotását teszi szükségessé. Fontos látnunk ugyanis, hogy mely területeken érdemes további kutatásokat indítani, s melyek azok, amelyek – legalábbis a drogpolitikai tervezés szempontjából – kevésbé relevánsak.

E tekintetben fontos hangsúlyozni, hogy a kutatónak és a drogpolitikai döntéshozónak – aki egyben a potenciális megrendelő vagy finanszírozó is –, a kutatási tevékenységet meghatározó szempontjai nem feltétlenül esnek egybe. A kutatót elsődlegesen a tudományos megismerés mozgatja, a nemzetközi kutatási trendekhez alkalmazkodik, a kurrens tudományos vitákhoz igyekszik hozzászólni. A döntéshozót azonban értelemszerűen elsősorban azok a kutatások érdeklik, amelyek a meghozandó döntések szempontjából relevánsak. Ide tartozhatnak például tipikusan az egyes prevenciós vagy intervenciós módszereket monitorozó, vagy ezek hatékonyságát vizsgáló kutatások, míg a „tisztán” tudományos megismerést szolgáló kutatások ritkábban, vagy csak közvetetten tartanak igényt a döntéshozók érdeklődésére. Kicsit leegyszerűsítve, az előbbi kör, az alkalmazott, utóbbi az alapkutatások csoportja. Az alapkutatások célja elsősorban a tudományos megismerés, a vizsgált jelenség háttérében rejlő mechanizmusok, okok megismerése. Ezek az alapkutatások általában szolgálják a jelenség megértését, de viszonylag kisebb mértékben, vagy csak közvetetten járulnak hozzá azon kérdések megválaszolásához, amelyek a gyakorlati szakembereket vagy a politikai, szakpolitikai döntéshozókat izgatják. Utóbbiak számára inkább az alkalmazások inspirálta kutatások jelentenek fogódzót.

Nem lehet azonban eléggé hangsúlyozni, hogy a tudományos kutatások a legritkább esetben – de inkább sohasem – szolgáltatnak igen-nem típusú válaszokat. Az addiktológiai kutatás összetett jelenségeket vizsgál, és a feltett kutatási kérdésekre összetett válaszokat kapunk. A kutatás persze elmozdulhat abba az irányba, hogy megpróbálja minél inkább leegyszerűsíteni a kérdést, s így valóban egyre konkrétabb válaszokat nyerhetünk, veszünk azonban a vizsgálat érvényességén, hiszen a leegyszerűsítéssel egyre távolodunk attól a valóságos jelenségtől, amelyet a kutatásban modellezni kívántunk. A másik út, ha minél inkább megpróbáljuk megőrizni az eredeti jelenség komplexitását; ez esetben azonban a válaszaink lesznek komplexek. A kutatások szükségszerűen egyensúlyoznak e dimenzióban, s ami biztos, hogy egyik véglet sem elérhető számukra. Sem a valóságot nem tudjuk kísérletileg tökéletesen modellezni, minden paraméterét egyidejűleg figyelembe venni, és végső eredményekre sem tudunk jutni, még a végtelenül leegyszerűsített modellekben sem. Ez természetesen nem a tudományos kutatások hiábavalóságát jelenti, egyszerűen csak azt, hogy az eredmények értelmezésében, interpretálásában elengedhetetlen ezen tényezők szigorú figyelembevétel. És ez ismét egy lehetséges – és gyakran valós – konfliktusforrás a kutató és az eredményeket döntéseihez

felhasználni kívánó döntéshozó, vagy akár az azokat egyszerűen csak megérteni, világképe formálásában hasznosítani akaró közvélemény között. A kutatót nem zavarja a jelenségek komplexitása, a döntéshozónak azonban, pontosan a döntések meghozatala miatt igenekre és nemekre van szüksége. Talán szükségtelen is mondanı, hogy az együttmőködés mindkét oldalról kompromisszumokat követel.

#### ADDIKTOLÓGIAI KUTATÁSOK MAGYARORSZÁGON 2000-IG

A rendszerváltozást megelőző időszak nem mondható gazdagnak az addiktológiai kutatások tekintetében. Néhány gyógyszerészeti témájú közlemény (Bayer István egy-egy írása megjelent hazai lapokban is) mellett a 60-as években lényegében publikáció is alig született a témában. Böszörményi (1962) közölt írást a hallucinogének pszichoterápiás használatáról, majd egy évvel később, szintén a Magyar Pszichológiai Szemlében Horváth (1963) írt a gyógyszerek és élvezeti cikkek neuropszichikus hatásáról. A 70-es évektől megszorodott a közlemények száma; a Belügyi Szemle, az induló Alkoholológia, a Világosság és az Orvosi Hetilap is foglalkozott addiktológiai témákkal. Az évtized közepén közölte Kisszékelyi első eredményeit az oldószerekkel történő visszaélésekről, illetve a középiskolások szerhasználatáról (Kisszékelyi, 1975; Kisszékelyi, Gusztos, Lak, & Virágh, 1974), majd Farkasinszky is megírta tapasztalatait a narkomániával, elsősorban a szerves oldószerek használatával kapcsolatosan (Farkasinszky, Bácskai, & Bácskai, 1976). A 70-es évek második, a 80-as évek első felében tovább szaporodtak a témával foglalkozó írások (l. pl. Erdélyi, Magyar, Pick, & Zeisler, 1982; Gerevich, 1982), de kutatásokról ebben az időszakban sem beszélhetünk még. Az érdeklődés fókuszba kezdetben vegyészeti-gyógyszerészeti, illetve rendészeti-kriminológiai volt, a terápiás vonatkozások, a jelenség pszichológiai és társadalomtudományi vonatkozásai érdemben csak a 80-as évektől, főleg az évtized második felétől kapnak figyelmet.

A téma kutatási embargójának feloldását az MSzMP KB a kábítószer-probléma jelenlétét elismerő határozata hozta meg 1985-ben; érdemben ezt követően indulhattak meg az addiktológiai témájú kutatások és szélesedhetett a tudományos közlemények köre is. Ezekben az években jelentek meg Rác (1984, 1985, 1986, 1987) első közleményei a szerhasználat ifjúsági szubkultúrákban történő előfordulásáról és szerepéről, ekkor közölt Elekes (1986) először epidemiológiai adatokat középiskolások szerhasználatáról, és ekkor jelent meg az első sajtóelemzés is (Terestyéni, 1988). Ez az időszak a *Társadalmi beilleszkedési zavarok* (TBZ) címmel futó országosan kiemelt kutatások időszaka. Megjelent néhány pszichológiai elemzés is ebben az időszakban (Cserne, 1987; Grynaeus & Pressing, 1986a, 1986b; Erdélyi, 1987; Komáromi, 1986b), illetve foglalkozott a szakirodalom a prevenció és a kezelés kérdéseivel is (l. pl. Bácskai, Gerevich, & Lóska, 1987; Farkasinszky, 1987; Komáromi és Mikus,

1986; Erdélyi, Cserne és Bíró, 1987). Fennmaradt természetesen a jogi, kriminológiai érdeklődés is. Sorra jelentek meg továbbá az évtized utolsó éveiben nemzetközi közlemények fordításai (l. pl. Cserne, 1989; Fridli, 1988; Gerevich, 1987), illetve több szakember írta meg a nemzetközi szintéren szerzett tapasztalatait is (l. pl. Buda, 1988; Komáromi, 1986a és 1988; Dévai, 1987).

A rendszerváltás minden tekintetben alapvető változást hozott az addiktológia területén is. A 90-es évek során teljes mértékben átalakult a hazai droghasználati struktúra. Az évtized során folyamatosan elterjedt lényegében valamennyi, Európában elérhető, hazánkban azonban korábban jelen nem lévő kábítószer (Paksi és Demetrovics, 1999). A kannabisz-származékok térhódítása mellett megjelent az LSD, az amfetamin, majd valamivel később az ecstasy és a mágikus gombák. Az évtized második felére, néhány év késéssel hazánkban is kialakult a parti szcéna a hozzá kapcsolódó szerhasználattal (Demetrovics & Rácz, 2008). A korábbi máktea és metszett mák használatát leváltotta a heroin, s fokozatosan terjedni kezdett a kokain használata is. Ezen változásokat azonban, a 90-es évek elejétől már alapos epidemiológiai kutatások követték, s megindultak az egyéb, pszichológiai-pszichiátriai, társadalomtudományi és egyéb addiktológiai kutatások is.

Az epidemiológiai kutatásokat tekintve két igazán jelentős vizsgálat érdemel említést. Hazánk, Aszmann Anna vezetésével már 1986-ban bekapcsolódott az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását vizsgáló úgynevezett HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) nemzetközi kutatási együttműködésbe, amelynek azóta is tagjai vagyunk. Bár ez a vizsgálat csak egy kisebb szeletében foglalkozik a szerhasználattal, az ESPAD kutatás által nem vizsgált populációkról csak innen rendelkezünk reprezentatív adatokkal (l. Aszmann, 1995, 2003; Németh, 2007). A már említett ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) kutatási együttműködésnek indulása, 1995 óta vagyunk tagjai Elekes Zsuzsanna vezetésével (Elekes, 2007; Elekes & Paksi, 1996, 2000; Paksi, 2007). Nem készült ugyanakkor reprezentatív kutatás normál felnőtt populáción ebben az időszakban.

A speciális populációs kutatásokat tekintve több vizsgálat is megemlíthető. Elekes és Paksi 1997-ben a büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartott felnőtt korú, férfi elítéltek körében végzett vizsgálatot (Elekes és Paksi, 1997). Paksi (1999) egy zalaegerszegi kutatásban a középiskolás korosztályba tartozó, de iskolarendszerű képzésben részt nem vevő fiatalok körében végzett vizsgálatot. Demetrovics (1998, 2001) 1997-ben, illetve 1999-ben végzett speciális populációs epidemiológiai felmérést táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében.

Az epidemiológiai kutatások mellett a 90-es években több pszichológiai és társadalomtudományi kutatás is készült. Paksi és Kó (1990) a droghasználók értékrendszerét vizsgálta. Rácz a különböző ifjúsági szubkultúrákban végzett kutatásokat (Rácz, 1992; Rácz & Hoyer, 1995a, 1995b, 1995c). Megjelentek ebben az

időszakban kezelést monitorozó kutatások is (Hoyer és Cserne, 1991; Demetrovics és Garajszki, 1998) és készült néhány pszichológiai, szociálpszichológiai elemzés, vizsgálat is (Gerevich & Bácskai, 1994; Péley, 1994; Pikó, 1997; Pikó, Markos, & Barabás, 1994; Tremkó, 1992).

#### A NEMZETI STRATÉGIÁBAN MEGFOGALMAZOTT KUTATÁSI CÉLOK

A Nemzeti Stratégiában a kutatási szükségletek és feladatok igen markánsan vannak jelen. A kutatásokkal kapcsolatos alapvető szempontok megfogalmazódnak a Stratégia általános alapelveiről szóló részben (5.3. fejezet) is, majd specifikusan a közösségekkel, a prevencióval, illetve a kezeléssel foglalkozó fejezetekben kerülnek kifejtésre. Az általános rész nem konkrét kutatási célkitűzéseket tesz, hanem hangsúlyozza, hogy a Stratégia a kutatások által feltárt tényekre épít, illetve rámutat a drogprobléma átfogó megközelítésének szükségességére, amelyben alapvető szerep kell, hogy jusson a kutatásoknak is.

Konkrétan, ez a Közösséggel foglalkozó fejezetben oly módon fogalmazódik meg, miszerint „A drogpolitika az epidemiológiai kutatások és országos adatszolgáltatók (az OSAP rendszere) működésén alapul...” (6.1. fejezet). Ennek megfelelően a Stratégia hosszú távú célként határozza meg az *Adatgyűjtés és a kutatások újrászervezését*, ami magába foglalja a drogszcéna és annak változásainak ismeretét csakúgy, mint a szolgáltatásokról és a lehetséges megoldásokról történő információ gyűjtését is. A Stratégia, az országos szintű adatgyűjtés és kutatások mellett, ebben a fejezetben kifejezetten a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok szerepét emeli ki a helyi stratégiák kialakításában és a helyi szintű döntéshozáshoz elengedhetetlen adatok beszerzésének a megszervezésében.

A prevencióval kapcsolatosan a Stratégia több rövid távú célt is megfogalmaz (6.2.3.3. fejezet). Ilyen feladat lenne (1) a fiatalkori droghasználat elterjedtségének mérése, amely célt országosan az ESPAD, helyi szinten pedig kisebb volumenű megyei vagy városi szintű vizsgálatok valósíthatnak meg. Ezen túlmenően a felsőoktatásban tanulók és veszélyeztetett ifjúsági körökben előforduló vizsgálatát is kiemelt célként azonosítja a Stratégia.

A kutatások másik fő irányaként a Stratégia (2) a prevenció programok elterjedtségének feltárását és hatékonyságuk vizsgálatát javasolja. Harmadrészt (3) a feladatok teljesülésének monitorozásában azonosít kutatási feladatokat a Stratégia.

A kezeléssel foglalkozó fejezetben is hangsúlyozza a Stratégia a tudományos eredmények visszacsatolásának, hasznosításának a fontosságát, s egyúttal valamennyi területen szorgalmazza a kutatások fejlesztését.

Megemlíti a Stratégia egy úgynevezett *Drogkutatási Tanács* felállításának a szükségességét is.

## A NEMZETI STRATÉGIA KERETÉBEN TÁMOGATOTT KUTATÁSOK

Összességében azt mondhatjuk, hogy a fenti célok közül számos megvalósult az elmúlt mintegy nyolc év során. Az elmúlt közel egy évtized kutatásainak tartalmi áttekintése előtt azonban érdemes röviden bemutatni néhány, a kutatásokkal kapcsolatos állami szerepvállalást jellemző adatot. Az adatokat nem minden évre vonatkozóan sikerült hiánytalanul beszerezni, így elképzelhető, hogy egy-egy évben bizonyos adatok hiányoznak. Az áttekintésben, bár a Stratégia csak 2000 decemberében került elfogadásra, mégis, ahol rendelkezésre áll adat, ott már a 1999-es évtől bemutatjuk ezeket.

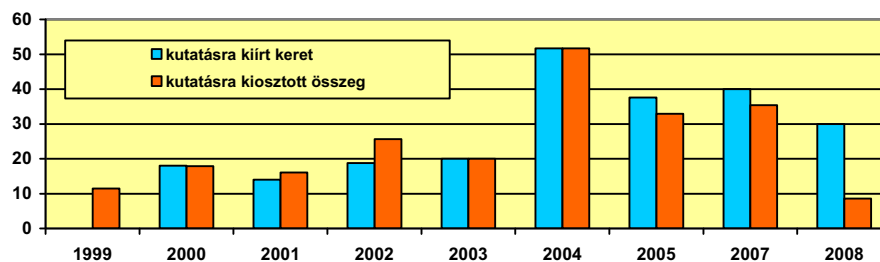
### KUTATÁSI PÁLYÁZATOK 1999–2008

Az Ifjúsági és Sportminisztérium (ISM, 1999–2001), később Gyermek, Ifjúsági és Sportminisztérium (GyISM, 2002–2003), még később Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (2004–2005), s végül a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (2006-tól) 1999-től kezdődően valamennyi évben támogatott addiktológiai, elsősorban az illegális szerhasználattal foglalkozó kutatásokat. Tette ezt részben pályázati forrásokból, részben pedig egyedi támogatások útján; egy alkalommal közbeszerzési eljárás keretében.

A 2006-os év kivételével valamennyi évben kiírásra kerültek kutatási pályázatok.

Mint az az 1. ábrán látható, a kutatási keret 2003-ig nem haladta meg a 20 millió forintot, igaz két olyan év is volt, amikor a ténylegesen kiosztott összeg jelentősen – 2001-ben 2 millió forinttal, 2002-ben pedig közel 7 millió forinttal – meghaladta az eredeti keretet. 2000-ben és 2003-ban lényegében a kiírt 18, illetve 20 millió forint került kiosztásra, míg 1999-ből nincs pontos adat a keretről (a kiosztott 11,5 millió forint mindazonáltal alig több, mint a későbbi összegek fele). A keret 2004-ben a korábbi 20 millió forintról több mint két és félszeresére nőtt, s az ezt követő években is 40 millió Ft körül maradt, majd 2008-ban csökkent le 30 millió forintra. A kiosztott pénz azonban – első ízben 2005-ben – alatta maradt a rendelkezésre álló keretnek, s ez a tendencia érvényesült a következő években is. 2005-ben és 2007-ben közel 5 millió, 2008-ban pedig 21,4 millió forint maradt bent a kutatási pályázati keretben (2008-ban újabb kiírás is történt, ennek eredményéről azonban még nem rendelkezünk adattal). A jelenséget az utóbbi két évre vonatkozóan a kiírás tartalmának megváltozása (előre meghatározott témákra lehetett csak pályázni) okozta, aminek a tárgyalására később még visszatérünk.

1. ábra. A kiírt kutatási pályázati keret és a nyertes pályázatokra ténylegesen kiosztott összeg alakulása 1999 és 2008 között (millió Ft)



### A kiírás paramétere

A kutatásokra szánt teljes keretösszeg mellett több paramétert is rögzítettek a kutatási pályázatok kiírásai (1. táblázat). A megpályázható minimális összeg 2003-ig nem volt megszabva, később azonban már legalább 1 millió forintos projektre lehetett csak tervet benyújtani (2008-ban 500 ezer forintra ment le ez az összeg). Fordított tendencia érvényesült a felső limitet illetően. Az első években 2, 2003-ban már 3 millió forint volt a limit, 2004-től azonban nincs beállítva a projekt támogathatóságának felső határa. Ez részben összefügghet a Minisztérium azon törekvésével is, hogy több, kisebb, divergáló kutatás helyett inkább a Minisztérium céljaival egybevágó projektek kerüljenek támogatásra. Ez mutatkozik meg a témák előzetes meghatározásában is. 2005-ig lényegében teljes szabadságot élvezhettek a kutatók a témaválasztásban. 2006-ban nem került sor pályázati kiírásra, hanem a Minisztérium és a Nemzeti Drog Fókuszpont által, szakértői vélemények alapján közösen meghatározott kutatási témák egyedi támogatási rendszerben kerültek tá-

1. táblázat. A pályázati kiírások legfontosabb paramétere (2000–2008)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2007	2008
Minimálisan pályázható összeg	nincs meghatározva	nincs meghatározva	nincs meghatározva	nincs meghatározva	1 millió Ft	1 millió Ft	1 millió Ft	500 ezer Ft
Maximálisan pályázható összeg	2 millió Ft	2 millió Ft	2 millió Ft	3 millió Ft	nincs meghatározva	nincs meghatározva	nincs meghatározva	nincs meghatározva
Finanszírozás jellege	utófinanszírozás	utófinanszírozás (de lehet részletekben)	előfinanszírozás	előfinanszírozás	előfinanszírozás	előfinanszírozás	40% előleg + utófinanszírozás	előfinanszírozás
Téma	kvalitatív vizsgálatok	nincs meghatározva	nincs meghatározva	nincs meghatározva	nincs meghatározva	nincs meghatározva	5 megadott téma	8 megadott téma

mogatásra. A következő két évben hasonlóképp a témák előre lettek definiálva, így 2007-ben 5, míg 2008-ban 8 kutatási témára lett pályázat kiírva azzal a feltétellel, hogy az egyes témákra vonatkozóan legfeljebb 2-2 nyertes pályázat lehet.

Ez, a kutatásokat fókuszáló törekvés jól érthető, és pontosan azt a bevezetőben tárgyalt jelenséget érinti, hogy a döntéshozónak speciális kérdései lehetnek, konkrét területek feltárását láthatja indokoltnak, s ez nem feltétlenül esik egybe a kutató tisztán tudományos célú érdeklődésével. Ugyanakkor, mint láttuk, a témák ilyen korlátozása azt eredményezte, hogy a kutatásokra szánt pénznél kisebb értékben sikerült nyertes pályázatokat hirdetni ebben a két évben.

A kezdeti éveket leszámítva a kutatási pályázatok előfinanszírozásos rendszerben lettek támogatva. Bár a 2007-es kiírás szerint csak 40% előleget kaphattak a pályázók, később szerződés módosítással előfinanszírozottá váltak ezek a pályázatok is. Ez fontos szempont, hiszen a kutatóhelyeknek nem minden esetben nyílik lehetőségük arra, hogy akár egy évre megelőlegezzenek több millió forintot projektekre.

2. táblázat. A kutatási pályázatok főbb paraméterei

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Benyújtott pályázatok száma	n.a.	37	45	42	49	47	23	–	31	6
Nyertes pályázatok száma	14	13	20	22	15	23	14	–	8	4
Kutatási pályázati keret (mFt)	n.a.	18,0	14,0	18,8	20,0	51,7	37,6	–	40,0	30,0
Benyújtott pályázatok kérelme (mFt)	n.a.	44,0	71,1	68,9	97,7	140,8	72,1	–	130,3	16,3
A nyertes pályázatok kérelme	n.a.	20,3	31,1	37,7	30,6	86,0	43,4	–	47,0	11,5
Megítélt támogatás	11,5	17,9	16,1	25,7	20,0	51,7	32,9	–	35,4	8,6
Átlagosan megpályázott összeg (összes pályázat) (mFt)	n.a.	1,2	1,6	1,6	2,0	3,0	3,1	–	4,2	2,7
Átlagosan megpályázott összeg (nyertes pályázatok) (mFt)	n.a.	1,6	1,6	1,7	2,0	3,7	3,1	–	5,9	2,9
Átlagosan elnyert támogatás (mFt)	0,8	1,4	0,8	1,2	1,3	2,2	2,4	–	4,4	2,2



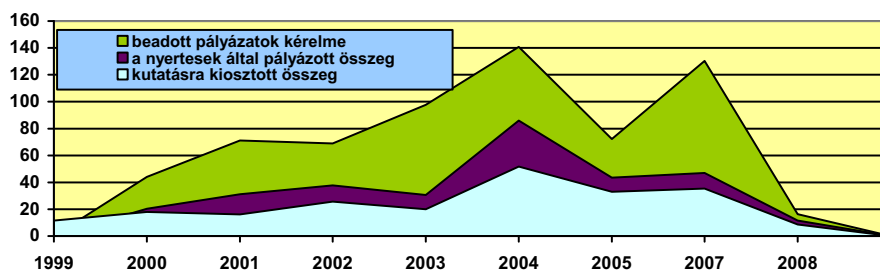
### *A kutatási pályázatok számának és értékének alakulása*

2004-ig bezárólag a kutatásokra megpályázott összeg mértéke növekedést mutat, miközben a benyújtott pályázatok száma is nőtt; bár kisebb mértékben. 2000-ben 37, a következő négy évben pedig 42-49 pályázat került benyújtásra (2. táblázat).

2005-ben azonban nemcsak a keret szűkül, hanem az előző évhez képest fele annyi pályázat érkezik be (23 db), fele akkora támogatási igénnyel.

A beadott pályázatok teljes kérelme 44 millió forintról (2000) már 2001-re 71 millió forintra nőtt, amely érték aztán 2003-ban már 97,7 millió, a következő évben pedig 140,8 millió forint volt, hogy aztán 2005-ben a 2001–2002-es szintre térjen vissza. 2007-ben aztán annál jelentősebb az összes kérelmek összege (130,3 millió forint), 2008-ban viszont minden addiginál alacsonyabb, 16,3 millió forint.

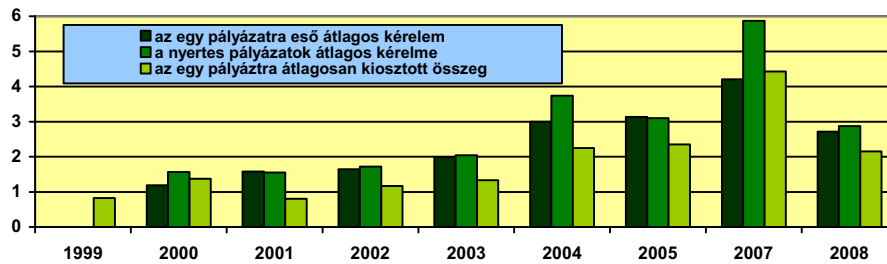
2. ábra. A teljes megpályázott összeg, a nyertesek által pályázott összeg és a ténylegesen kiosztott összeg alakulása 2000 és 2008 között (millió Ft) (a 2008-as év még nem végleges adat)



Míndez lényegében azt jelenti, hogy míg 2000-ben átlagosan 1,2 millió forintot pályázott meg egy pályázó, addig 2001–2002-ben ez az érték 1,6 millió forintra a következő két évben pedig 3, majd 3,1 millió forintra növekedett. 2005-ben tehát az egy pályázatra eső átlagos kérelem még úgy is nőtt, hogy közben mind a pályázatok száma, mind az összességében megpályázott összeg jelentősen (felére) csökkent.

2007-ben azonban, az új szisztémában minden korábbinál kevesebb (8) nyertes minden korábbinál nagyobb összeget nyert (átlagosan 4,4 millió forintot). A 2008-ban hasonló rendszerben kihirdetett pályázat azonban kevésbé bizonyult sikeresnek; az előző évi 31-gyel szemben csak 6 pályázat érkezett be, amelyből a 4 nyertes átlagosan 2,15 millió forintot nyert el (3. ábra).

3. ábra. Az összes, illetve a nyertes pályázatok által pályázatonként átlagosan igényelt összeg, illetve a ténylegesen elnyert átlagos támogatás 1999 és 2008 között (millió Ft) (a 2008-as év még nem végleges adat)

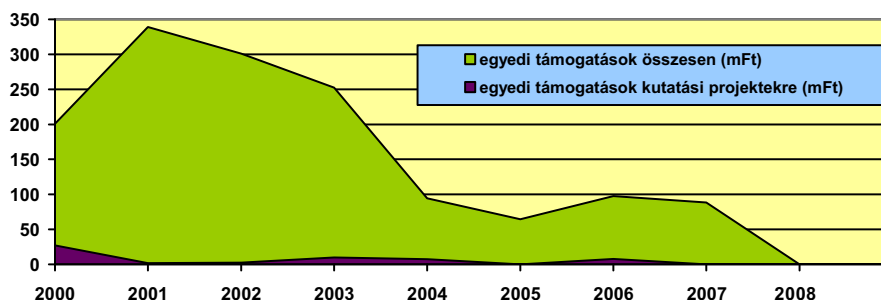


Az utolsó két év szélsőségei valószínűleg a meghatározott témákra történő pályáztatás előnyeit és hátrányait jelzik. Ebben a rendszerben ugyanis egyrészt a tiszta kutatói érdeklődés kevésbé tud megvalósulni, másrészt azonban a meghirdetett témákra a finanszírozó a korábbiaknál lényegesen magasabb támogatást szán. Magyarországon ugyanakkor nehézséget jelent, hogy viszonylag kevés az addiktológiai kutatásokkal foglalkozó kutatóhelyek száma, ami problémákat eredményezhet mind a szakemberhiány, mind a kapacitás szempontjából. Számos olyan téma adódik, amelyhez csak egy-egy kutató vagy kutatócsoport ért, s általában elmondható, hogy kevés olyan téma van, amelyen számos pályázatot lehetne ütköztetni.

#### EGYEDI TÁMOGATÁSOK

Általánosságban az mondható, hogy az egyedi támogatási rendszer viszonylag kis mértékben érintette a kutatási tevékenységet. 2000-ben összesen 27 millió forint értékben támogatott a Minisztérium kutatásjellegű tevékenységeket (összesen nyolc projektet), de az itt támogatott projektek közül több inkább az adott szolgáltatás és annak monitorozásának, adatkezelésének az együttes finanszírozása, azaz nem kifejezett kutatás. A következő években már legfeljebb két kutatás részesült egyedi támogatásban; 2001 és 2007 között összesen 7 projekt. Ezek között többnyire olyan nagyobb költségvetésű kutatások szerepeltek (nemzetközi ESPAD kutatásban való részvétel, iskolai prevenció programok hatékonyságának vizsgálata), amelyek a pályázati rendszerben a felső limit érték miatt nem is lehettek volna támogathatók. Az egyedi támogatások között a kutatási tevékenység 2000 után egyetlen évben sem közelítette meg a 10%-ot.

4. ábra. A teljes megpályázott összeg, a nyertesek által pályázott összeg és a ténylegesen kiosztott összeg alakulása 2000 és 2008 között (millió Ft) (a 2008-as év még nem végleges adat)



#### AZ ELMÚLT ÉVTIZED KUTATÁSAINAK TARTALMI ÁTTEKINTÉSE

Összesen – az 1999 és 2008 közötti időszakban – 133 kutatás nyert támogatást pályázati keretből, további 15 egyedi támogatás révén, egy kutatás pedig közbeszerzéses eljárás keretében. Az összesen 149 tanulmányt tartalmi szempontok szerint különböző kategóriákba soroltuk be (3. táblázat).<sup>1</sup> Meg kell jegyezni, hogy az egyes kategóriák természetesen átfednek, így minden kutatást a rá legjellemzőbb kategóriába soroltunk. A besorolás, amennyiben rendelkezünk hozzáférhető szakmai beszámolóval vagy publikációval, annak alapján történt. Ennek hiányában a kutatás vezetői által készített összefoglalók voltak segítségünkre. Amennyiben ilyen összefoglaló sem állt rendelkezésre, akkor pusztán a cím alapján kellett a besorolást elvégezni, ez azonban néhány esetben nem tette lehetővé az egyértelmű kategorizálást. Azokat a kutatásokat, ahol nem állt rendelkezésre elegendő egyértelmű adat a besoroláshoz, nem kategorizáltuk egyik területhez sem.

A 3. táblázatból jól látható, hogy ötből két kutatás epidemiológiai témában folyt. A leggyakoribbnak a speciális populációs vizsgálatok bizonyultak, közel minden második epidemiológiai kutatás ebbe a kategóriába volt besorolható. Különösen a vizsgált időszak első felében volt jellemző a városok vagy megyék kábítószer-epidemiológiai helyzetét feltárni hivatott vizsgálatok végzése. (Természetesen az egyes kategóriák átfednek, hiszen az említett vizsgálatok jelentős része középiskolai vagy

<sup>1</sup> Hangsúlyoznunk kell, hogy a táblázatban csak az említett finanszírozási mechanizmusokban támogatott 149 kutatást kategorizáljuk. Ugyanakkor néhány releváns kutatás más finanszírozási háttér – pl. a Nemzeti Drog Fókuszpont, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, illetve más Minisztérium támogatása – segítségével készült el. Készültek továbbá kutatások állami támogatás nélkül, illetve tudományos pályázati kiírások (OTKA, NKFP) vagy nemzetközi források felhasználásával is. Ezekről röviden 11., *A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások* c. fejezetben szólunk.

felsőoktatási mintákat használt, mindazonáltal ide soroltuk azokat a kutatásokat, amelyek elsődleges célja az adott városban vagy régióban tapasztalható helyzet feltárása volt.) Emellett gyakoribbak a középiskolás vizsgálatok, és ritkább – az

3. táblázat. Az egyes kutatások téma szerinti besorolása

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	összesen (db)	összesen (%)
Epidemiológia összesen	8	11	7	12	6	6	7	0	1	2	60	42,6
– felnőtt normál populáció				1							1	0,7
– felsőoktatásban tanulók			1	2	1						4	2,8
– középiskolás populáció	2	2		2	1						7	5,0
– speciális populáció	5	3	4	3	2	5	5			1	28	19,9
– városi, regionális epidemiológia	1	2		1	1						5	3,5
– fertőző betegségek elterjedtsége		1	1	1		1	1			1	6	4,3
– kockázati magatartások, injekciós szerhasználat		1	1		1		1				4	2,8
– kábítószer-használattal kapcsolatos halálozás		1		1							2	1,4
– egyéb epidemiológia		1		1					1		3	2,1
Társadalomtudomány összesen	1	2	1	7	6	7	3	0	6	0	33	23,4
– attitűdvizsgálatok		1		3	4	4			3		15	10,6
– egyéb társadalomtudomány	1	1	1	4	2	3	3		3		18	12,8
Kriminológia	0	1	3	0	0	1	1	1	0	2	9	6,4
Pszichológia	2	2	3	1	1	4	1	1	0	0	15	10,6
Intervenciók monitorozása	0	5	4	2	3	4	3	0	1	0	22	15,6
– kezelőrendszer felmérése, monitorozása		2			1	2	1				6	4,3
– kezelési intervenció hatékonysága		2	3		1						6	4,3
– prevenció intervenció hatékonysága		1	1	2	1	2	2		1		10	7,1
Viselkedési addikciók			1	1							2	1,4
<b>Összesen</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>
Nem besorolható	3	0	2	1	0	2	0	0	0	0	8	5,4
<b>Mindösszesen</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>149</b>	

amúgy valóban nehezebben kivitelezhető – a felsőoktatásban tanulókra vonatkozó minták vizsgálata. Felnőtt normál populációs vizsgálat mindaddig három készült (ADE 2001, ADE 2003, OLAAP 2007); közülük azonban csak az első jelenik meg az összefoglalásban. Viszonylag kiegyensúlyozottan, majd éves gyakorisággal készültek vizsgálatok a droghasználathoz kapcsolódó fertőző betegségek, illetve a különböző rizikómagatartások vonatkozásában.

A második legnépszerűbb kategóriát a társadalomtudományi vizsgálatok jelentették; minden negyedik-ötödik vizsgálat ebbe a csoportba került. A viszonylagosan heterogén kategóriából egyetlen markáns csoport, az attitűdvizsgálatok emelkedtek ki; ezek a vizsgálatok tették ki a társadalomtudományi vizsgálatok közel felét. Összesen 22 kutatás foglalkozott valamilyen intervenció monitorozásával vagy hatékonyságának mérésével. A 22 kutatásból 10 valamilyen prevenció program hatékonyságát, 6 pedig kezelési program hatékonyságát vizsgálta, míg további 6 kutatás általánosabb értelemben foglalkozott valamilyen kezelőrendszer monitorozásával. Az elmúlt évtizedben, az utóbbi két évet leszámítva minden évben készültek pszichológiai jellegű vizsgálatok, s néhány év kivételével kriminológiai fókuszú vizsgálatok is voltak a támogatott projektek között. Viselkedési addikciókkal összesen két kutatás foglalkozott 1999 óta, mindkettő az internetfüggőség témáját vizsgálta (Demetrovics, Szeredi, & Nyikos, 2004; Demetrovics, Szeredi, & Rozsa, 2008; Fábíán és mtsai, 2002).

#### MÁS FINANSZÍROZÁSI MECHANIZMUSOKBAN TÁMOGATOTT KUTATÁSOK

Meg kell azonban jegyezni, hogy néhány további vizsgálat, amely nem jelent meg a Minisztériumi pályázatok között, nem került bele a fenti összefoglalásba. Több ilyen kutatás ugyanakkor nagy jelentőséggel bír a Stratégia megvalósítása vonatkozásában. Ilyen például a már említett, 2007-ben készült felnőtt normál populációs kutatás (OLAAP, 2007), a szintén 2007-ben készült, a hajléktalan populáció droghasználatát felmérni hivatott kutatás, illetve néhány, a Nemzeti Drog Fókuszpont, illetve a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által finanszírozott vagy kivitelezett kutatás. Ezek a kutatások, összhangban a Nemzeti Drog Fókuszpont célkitűzésével, szintén túlnyomóan az epidemiológiai irányt erősítik.

Szintén nem kerültek bele a fenti összefoglalóba a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) pályázati rendszerében elnyert támogatások. Ezen pályázati pénzek egy részét a KEF-ek lokális epidemiológiai kutatásokra fordították, azonban néhány kivételtől eltekintve az eredmények nem váltak publikussá, nem jelentek meg mindenki számára elérhető formában.

Megemlíthető még a Nemzeti Stratégia monitorozását célzó, a hollandiai Trimbos Intézet által kivitelezett kutatás (Galla, 2005), valamint egy, a partilátogatók szer-

használatának feltárására irányuló, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet támogatásával zajló kutatás (Demetrovics, 2009). Az Oktatási Minisztérium támogatásával valósult meg továbbá az OM és a drogkoordináció közös finanszírozásában zajló iskolai prevenciós programok monitorozása (Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2004).

Több, a hazai drogkutatások között új irányt jelentő, és nemzetközi viszonylatban is ígéretesnek mondható narratív szemléletű kvalitatív kutatás készült az elmúlt években (Kelemen és B. Erdős, 2003, 2004a; Rácz, 2006; Csák és mtsai, 2008).

Fontos megemlíteni a néhány nemzetközi együttműködésben készülő vizsgálatot is. A már említett ESPAD és HBSC kutatások, valamint a Trimbos Intézet vizsgálata mellett két vizsgálat is készült a NIDA támogatásával (Gyarmathy és mtsai, 2004, 2006; Rácz és mtsai, 2007).

Elképzelhető, hogy néhány további kutatás nem került a látóterünkbe, ezek száma azonban feltételezhetően nem jelentős.

#### A KUTATÁSOK A NEMZETI STRATÉGIA TÜKRÉBEN

Összességében azt mondhatjuk, hogy a kutatások, tartalmi jellemzőiket tekintve, illetve eloszlásukban is jól reflektálnak a Stratégia célkitűzéseire. A Stratégia egyik fő célkitűzése a kutatások vonatkozásában az epidemiológiai helyzetfeltárás volt. E tekintetben mind országos, mind pedig helyi szinten jelentős törekvések zajlottak. Országos szinten azt mondhatjuk, hogy mind a középiskolás (Elekes, 2007), mind pedig a felnőtt populációt (Paksi, 2007) tekintve rendelkezünk azokkal az alapvető adatokkal, amelyek a droghelyzetről alkotandó átfogó képhez szükségesek. E tekintetben leginkább a problémás használók számának a becslése és jellemzőinek a vizsgálata tekinthető a legkevésbé feltárt területnek, de az elmúlt években itt is jelentős előrelépések történtek (Elekes és Nyírády, 2007; Márványkövi, Melles és Rácz, 2006). Több speciális populáció – így az iskolából kimaradó fiatalok, a fogvatartottak, a rekreációs színtér vagy a hajléktalan populációs esetében – ma már rendszeres adatgyűjtésről beszélhetünk (Paksi és Arnold, 2009). Fontos azonban megjegyezni, hogy mindezen kutatások szisztematikus megvalósítása a finanszírozás szempontjából esetleges. Az egyes kutatások megvalósulása nincs évekre előre meghatározva, és költségvetési háttérük sincs előre biztosítva.

Az epidemiológiai vizsgálatok fent említett dominanciája mellett azonban meg kell említeni, hogy nagy változatosságot mutat ezen vizsgálatok minősége. Míg az országos szintű vizsgálatok (ESPAD, ADE, OLAAP) meggyőző módszertani háttérrel, a nemzetközi standardok messzemenő biztosítása mellett zajlottak, addig, különösen az évezred elején zajló lokális epidemiológiai kutatások gyakran jelentős módszertani problémákkal készültek (l. Demetrovics, 2001). Ez egyrészt érthető,

hiszen a képzett epidemiológusok száma korlátozott, s nem minden város képes megfelelő szakembereket kiállítani ezekhez a vizsgálatokhoz. Másrészt azonban, módszertani hiányosságok esetén a vizsgálatba fektetett anyagi, idői és szakmai investíció nem térül meg. Az elmúlt évtized során megfigyelhető volt Magyarországon a kvantitatív epidemiológiai adatok felértékelődése és túlértékelése, ugyanakkor csak fokozatosan vált egyértelművé, hogy ezen kutatások speciális szaktudást, a tudományos módszertan magas szintű birtoklását igénylik.

Éppen a fentiek miatt felmerül azonban, hogy egyrészt érdemes lehet a lokális epidemiológiai vizsgálatokat az aktuálisan is folyó országos adatfelvételekhez igazítani, amire vonatkozóan kedvező példák is születtek (Paksi és Elekes, 2005). Egy másik lehetőség a gyors helyzetfelmérést lehetővé tevő RAR módszer (Rác és Ritter, 2003) kiterjedtebb alkalmazása. A kvantitatív epidemiológiai kutatásokból származó adatok jelentősége ma egyértelműen túlértékelt Magyarországon. Bár ezen adatok országos szintű ismerete elengedhetetlen, a lokális stratégiák kialakításához nem feltétlen szükségesek a naprakész kvantitatív adatok, amelyeket csak költség- és időigényes, speciális szaktudást igénylő kutatásokból lehetséges beszerezni. Ez utóbbi esetekben reális alternatívát jelenthet a kvalitatív alapokon megvalósuló, gyors helyzetfelmérést lehetővé tevő RAR módszer.

Hasonló gondok tapasztalhatók a speciális populációk vizsgálata esetében is. Az epidemiológiai kutatások közel fele, az összes támogatott kutatás mintegy 20%-a célozta meg valamilyen speciális populáció kutatását. Ezen kutatások egy része azonban csak korlátozottan ért célt a megfelelő módszertani alapok hiányában (részletesen l. Paksi és Arnold, 2009).

A Nemzeti Stratégia fontos célkitűzése volt a különböző intervenciók monitorozása, s ez a törekvés megfelelően tükröződik a terület támogatottságát illetően is. A prevenció intervenciókat illetően több olyan kutatás készült, amelynek eredményei széles körben ismertté váltak, szakmai diskurzust indítottak el (l. Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi, Demetrovics, Nyírády, Nádas, Buda és Felvinczi, 2006). Bár a kezelés területén is születtek eredmények, ezek talán kisebb visszhangra találtak. A módszertan csiszolása itt is fontos feladat, de szemben az epidemiológia területével, itt többnyire néhány, a téma iránt speciális érdeklődést mutató kutatócsoport aktiválódott. Ez az oka annak is, hogy más területekhez képest magasabb az eredmények publikálásának aránya ebben a tematikában.

Általánosságban megjegyezhető, hogy bár a kutatások tematikusan jól fedték a Nemzeti Stratégia célkitűzéseit, az eredmények szakmai-tudományos szempontból nem mindig feleltek meg a várakozásnak. Több kutatás nem a várt minőségben készült el, illetve a legutolsó pályázati kiírásig, bár a publikációs szándék értékelési szempontként megjelent a bírálatokban, valójában a tényleges minőségi kontrollt jelentő tudományos közlés nem volt kötelező feltétele egy-egy kutatási pályázat elnyerésének. Sajnos, számos kutatásról ennek megfelelően nem is készült publiká-

ció, sőt a kutatási beszámoló sem vált szélesebb körben publikussá. Több kutatás és publikáció esetében megfigyelhető, hogy az nem illeszkedik bele a hazai vagy nemzetközi szakirodalomba; azaz hiányoznak azok a hivatkozások, amelyek elhelyeznék a kutatást a korábban elvégzett hasonló vizsgálatok között. Ez a probléma ugyanakkor körültekintőbb elbírálással kiszűrhető lehet.

Egy további elemzési szempontot jelent, hogy a hazai kutatások mennyiben illeszkednek a nemzetközi kutatási trendekhez, illetve mennyiben tudnak a hazai kutatók hozzászólni a nemzetközi szakirodalomban megjelenő addiktológiai kérdésekhez. Az első szempontot tekintve azt mondhatjuk, hogy a hazai kutatások jelentős része nemzetközi standardok mentén valósul meg, s kérdésfelvetésében, tematikájában reflektál a nemzetközi kutatási trendekre. Az addiktológiai kutatással foglalkozó hazai kutatócsoportok követik a nemzetközi fejleményeket, vizsgálataikat ezek ismeretében tervezik, s eredményeiket a nemzetközi tapasztalatokkal összevetve értelmezik. Néhány olyan terület is azonosítható, ahol a magyarországi kutatás kifejezetten innovatívnak tekinthető, bizonyos tekintetben akár meg is előzi a nemzetközi fejleményeket.

Kevésbé tekinthetjük azonban a hazai kutatásokat sikeresnek a nemzetközi fórumokon való közlések tekintetében. A nemzetközi szakfolyóiratokban hazai kutatók közleményei csak elvétve jelennek meg; bár vitathatatlan a pozitív tendencia, ha az elmúlt tíz év egészét vesszük figyelembe (l. Gerevich, 2005; Gerevich, Bacskai, & Farkas, 2005; Gerevich, Bacskai, Farkas, & Danics, 2005; Gerevich, Bacskai, Ko, & Rozsa, 2005; Gyarmathy, Neaigus, Ujhelyi, Szabo, & Racz, 2006; Gyarmathy, Racz, Neaigus, & Ujhelyi, 2004; Haasen et al., 2004; Kelemen és B. Erdős, 2003, 2004a, 2004b; Melles, Marvanykovi, & Racz, 2007; Prinzleve et al., 2004; Racz, 2005, 2008; Racz, Gyarmathy, Neaigus, & Ujhelyi, 2007).

## HELYZETÉRTÉKELÉS: KUTATÁS ÉS DROGPOLITIKA

Összességében a hazai, kábítószer-problémával foglalkozó kutatásokról elmondhatjuk, hogy azok jól reflektáltak a Nemzeti Stratégia célkitűzéseire. A területtel kapcsolatos fejlesztési feladatok, azonosított problémák azonban szintén számosak.

A hazai addiktológiai kutatást nagyfokú heterogenitás jellemezte, s jellemzi ma is. Ezen a területen is az a fajta decentralizáltság vált dominánssá, ami más területekhez, például a prevencióhoz is jellemző. A kutatások irányát elsődlegesen az egyes kutatók és kutatócsoportok érdeklődése határozta és határozza meg, az állam a legutóbbi évekig sem közvetlen, sem közvetett módon nem gyakorolt jelentős befolyást a kutatások irányára, legfeljebb néhány direkt megrendeléssel igyekezett a saját szükségleteire választ adó kutatásokat is előmozdítani. A támogatott kutatások a finanszírozó által – a szakemberekkel történő konzultáció nyomán – azonosított



szükségletekhez történő igazítása 2006-ban kezdődött meg, s ez a törekvés alapvetően változtatta meg a támogatások rendszerét. Mint láttuk, jelentősen csökkent a támogatott kutatások száma, ugyanakkor nőtt az egyes kutatásokra szánt támogatás mértéke. A változásnak egyértelmű előnyei, de esetleges hátrányai is lehetnek; ma még ezeket nem tudjuk pontosan értékelni, néhány szempont azonban megragadható. Egészen bizonyos, hogy ez a célzott pályázat kiírási gyakorlat alkalmasabb a Nemzeti Stratégia céljaival összhangban lévő kutatások elősegítésére, ugyanakkor némiképp beszűkíti a kutatók kezdeményezési lehetőségét. Fontos eredménye lehet ennek a pályáztatási módnak, hogy az adott konkrét területen ütköznek a különböző kutatócsoportok elképzelései, tervei, ami igazi versenyt, s várhatóan valóban a legmagasabb színvonalú pályázat megvalósulását eredményezheti. A források ilyen történő fókuszálása szintén hozzájárulhat ahhoz, hogy az egyes kutatások reális költségvetéssel készüljenek. Ugyanakkor nem szabad megfeledkezni arról, hogy releváns kutatási területek mutatkozhatnak ott is, ahol esetleg az elsősorban helyzetfeltárásban és alkalmazásában érdekelt szakmapolitikai döntéshozó nem látja a kutatás közvetlen hozadékát.

Két további alapvető nehézségről nem szabad megfeledkeznünk. Egyrészt, a hazai kutatócsoportok száma korlátozott. Részben ennek tudható be az is, hogy nincs teljes specializáltság a területen; a legtöbb kutatócsoport többféle területtel is foglalkozik. Ezzel együtt ez a korlátozottság mind mennyiségi, mind pedig tartalmi szempontból jelentős. Bár a fent említettek alapján egy-egy kutatási téma tenderjellegű meghirdetése komoly szakmai versenyt vetíthetne előre, valójában a témához értők száma jelentősen korlátozhatja ezt. Ugyanakkor egyes területeken a kutatási feladatok mennyiségileg is meghaladhatják a hazai „kutatási kapacitást”.

A fentiekhez kapcsolódó problémát jelent a kutatási pályázatok bírálata is. Lényegében az első pályázatok kiírása óta problémát jelent, hogy miképpen lehetséges egyrészt a pályázótól *független*, másrészt viszont *szakmailag hozzáértő* bíráló bizottságot felállítani. Ennek a kivitelezése szinte megoldhatatlannak tűnik, valamelyik szempont rendre sérülni látszik.

Magyarországon a kutatók és a szakmapolitikai döntéshozók között szoros mind a formális, mind az informális kapcsolódás. Ennek következtében elmondható, hogy a drogpolitikai döntéshozók közvetlenül és gyorsan értesülnek a terület friss kutatási eredményeiről és döntéseikben képesek is hasznosítani ezeket az adatokat. Kevésbé ideális a helyzet azonban a nagypolitika és a szakma viszonylatában. E tekintetben továbbra sem észlelhető valós igény a politika részéről arra, hogy tudományos eredményekre alapozva alakítsa ki az álláspontját.

Itt említhető meg, hogy a Nemzeti Stratégia célkitűzései közül a tervezett *Drogkutatási Tanács* felállítása nem valósult meg. Bár a fent említett viszonylagosan intenzív kapcsolat a szakma és a szakpolitika között kompenzálni tudta ezen grémium hiányát, mégis megfontolandó a Tanács jövőbeli létrehozása. Ez ugyanis

egy formális, szabályozott keretek között történő kommunikációt tehetne lehetővé a két fél között.

## A JÖVŐ FELADATAI

A fentiek alapján elmondható, hogy a hazai kutatási irányok általánosságban megfelelőek. Az epidemiológiai adatgyűjtésben rendelkezünk a megfelelő adatokkal, és lényegében biztosított az adatok folyamatos gyűjtése is. Fontos lenne azonban ezen vizsgálatokat évekre előre időzíteni és a vizsgálatokhoz szükséges anyagi fedezetet is előre elkülöníteni, ami a jelenleginél biztonságosabb tervezést jelenthetne a kutatók számára. Az esetlegesen felálló Drogkutatási Tanács feladata lehetne például az egyes normál és speciális populációs kutatások időzítésének meghatározása.

Az egyéb területeken is egyre inkább születnek a nemzetközi standardoknak megfelelő kutatási eredmények. Az elmúlt években a támogatott kutatásokat már elsősorban a valóban dominánsan kutatótevékenységgel foglalkozó intézetek, kutatócsoportok végezték, s ez a tisztulási folyamat mindenképp szerencsés a korábbi évekhez képest, s egyúttal a kutatások minőségében is egyértelmű változást eredményezett. Mindazonáltal a nem epidemiológiai területen jelentős további fejlődésre lenne szükség. Bár az etiológiai vagy fenomenológiai kutatások területén gyakran kevésbé egyértelmű a drogpolitika számára ezen kutatások hozama, mégis fontos lenne ezen területek intenzívebb támogatása, további kutatások inspirálása. Az egyéb pályázati források (OTKA, NKFP), bár időnként finanszíroznak ilyen jellegű kutatásokat, nem jelentenek kiszámítható, biztonságos támogatási hátteret ezen kutatások számára.

A fenti folyamatok ellenére ma még messze nem mondható megfelelőnek az elkészült kutatások publikálása; fontos lenne, hogy valamennyi elkészült kutatásból minél előbb készüljön tudományos közlemény, és szintén fontos lenne a nemzetközi szaklapokban történő intenzívebb megjelenés is. Az állami támogatások a kutatási eredmények tudományos közleményként történő publikálásához kötése egyértelműen javasolható gyakorlat. A publikáció elmaradásának a szankcionálása (pl. további támogatások megvonása) is megfontolható; nem indokolt ugyanis olyan kutatások támogatása, amelyek eredményei egyrészt nem válnak publikussá, másrészt nem mérettettek meg szakmai lektorálási folyamat során. Meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy a publikálás akár olyan plusz anyagi terheket is jelenthet a kutatóknak, amelyek a kutatási támogatásból nem fedezhetők, s éppen ezért esetleges korlátjai lehetnek az eredmények megjelentetésének. Éppen ezért megfontolandó a publikálási költségek célzott támogatása.

Mint említettük, fontos, hogy a kutatásokkal kapcsolatos döntések minél megfelelőbb koordinációs háttéren jöjjenek létre. Ilyen koordinációs feladat példá-

ul – s ez akár a fent említett Drogkutatói Tanács feladata is lehet – a kutatási és adatgyűjtési célok és feladatok összehangolása. Bizonyos kutatások elvégzésének szükségessége nemzetközi adatszolgáltatási feladatainkból adódnak; ezek jórészt a Nemzeti Drog Fókuszpontnál jelentkeznek. Ily módon a Fókuszpont, a koordinációért felelős Minisztérium és a kutatók szoros együttműködése elengedhetetlen ahhoz, hogy ezeket a feladatokat minél hatékonyabban tudjuk teljesíteni.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk Mukvicz Anitának, Borsi Évának és Cseke Istvánnak a pályázati nyilvántartások átvizsgálásáért, az adatok összegyűjtéséért és rendelkezésünkre bocsátásáért. Segítségük nélkül e fejezet megírása nem lett volna lehetséges. Köszönettel tartozunk továbbá Felvinczi Katalinnak, Paksi Borbálának és Rác Józsefnek, akik fontos észrevételeikkel járultak hozzá a fejezet elkészüléséhez.

## IRODALOM

- Aszmann, A. (1995): *Serdülők egészségi állapota, egészségmagatartása*. Budapest: Új-Aranyhíd Kft.
- Aszmann, A. (2003). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- Bácskai, E., Gerevich, J., & Lóska, S. (1987): Tervezet a szenvedélybetegségek megelőzésének átfogó programjára. In A. Kun (Ed.), *Egészséget mindenkinek 2000-re! Háttér tanulmányok az egészségmegőrzés nemzeti programjához* (pp. 97–109). Budapest: Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság.
- Böszörményi, Z. (1962): Egyes hallucinogén anyagok pszichoterápiát elősegítő hatásairól. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 21(1), 47-51.
- Buda, B. (1988): Az alkoholizmus és a drogproblémák kutatásának, megelőzésének és kezelésének világhelyzete napjainkban. *Alkoholológia*, 19(4), 32–40.
- Csák R., Forstner M., Márványkövi F., Rác J. (2008): Kvalitatív panelvizsgálat a budapesti elektronikus zenei partiélet szereplői, valamint a drogpolitika megvalósítói körében. In. Zs. Demetrovics & J. Rác (szerk.) *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a parti-szcénában* (25–224). Budapest: L'Harmattan.
- Cserne, I. (1987): Drogfüggő fiatalok értékorientációjának sajátosságai. I. rész. In M. Hoppál & T. Szecskő (Eds.), *Értékek és változások* (pp. 5–12). Budapest: Alfaprint.
- Cserne, I. (Ed.): (1989). *Drogproblémák és személyiségzavarok* (Vol. 4). Budapest: Országos Egészségvédelmi Tanács Drog-programja.

- Demetrovics Zs. (1998): *Drog és Disco Budapesten. Táncos szórakozóbhelyeket látogató fiatalok szocio-demográfiai jellemzői és drogfogyasztási szokásai*. Budapest: Budapesti Szociális Forrásközpont.
- Demetrovics Zs. (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóbhelyein*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Demetrovics Zs., Szeredi B., & Nyikos E. (2004): A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. *Psychiat Hung*, 19(2), 141–160.
- Demetrovics, Zs. (2001): Droghasználással kapcsolatos vizsgálatok 2000-ben. In I. Ritter (Ed.), *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről* (pp. 70–90). Budapest: Ifjúsági és Sportminisztérium.
- Demetrovics, Zs. (2009): Nightlife and Recreational Drug Use in Hungary. In P. Hadfield (Ed.), *Nightlife and Crime: Social Order and Governance in International Perspective*. Oxford: Oxford University Press (in press).
- Demetrovics, Zs., & Garajszki, Z. (1998): Metadonfenntartó kezelés hatékonyságának vizsgálata: változások a társas kapcsolati hálóban. Az ártalomcsökkentés néhány szempontja. *Szenvedélybetegségek*, 6(1), 9–21.
- Demetrovics, Zs., & Rácz, J. (Eds.). (2008): *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcénában*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Demetrovics, Zs., Szeredi, B., & Rózsa, S. (2008): The three-factor model of Internet addiction: the development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behav Res Methods*, 40(2), 563–574.
- Dévai, M. (1987): Intézmények és szakemberek a toxikománia gyógyításának szolgálatában. Olaszországi tapasztalatok. *Gyermek- és ifjúságvédelem*, 6(4), 10–16.
- Elekes Zs., Paksi B. (1997): *Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása*. Budapest: IM. Bv. Op. Büntetés-végrehajtási szakkönyvtár 4. Kutatási Beszámoló.
- Elekes, Z. (1986): 14–18 éves fiatalok ivási szokásai, dohányzása és kábítószer-fogyasztása. *Alkohológia*, 17(1), 20–24.
- Elekes, Z. (2007): Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai, 1992–2007. *Addictologia Hungarica*, 6(3), 189–211.
- Elekes, Z., & Nyírády, A. (2007): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése fogás-visszafogás módszerrel. *Addictologia Hungarica*, 6(2), 95–113.
- Elekes, Z., & Paksi, B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol és drogfogyasztása*. Budapest: Népjóléti Minisztérium.
- Elekes, Z., & Paksi, B. (2000): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználatára, alkoholfogyasztására és dohányzására az évezred végén Magyarországon*. Budapest: Ifjúsági és Sportminisztérium.
- Erdélyi, I. (1987): Droghasználat fiatalok értékorientációjának sajátosságai II. rész. In M. Hoppál & T. Szecskő (Eds.), *Értékek és változások* (pp. 13–21). Budapest: Alfaprint.

- Erdélyi, I., Cserne, I., & Bíró, G. (1987): Csoportpszichoterápiás módszer a terápiás kapcsolat kialakítására fiatal narkomán betegekkel. *Alkohológia*, 16(1), 39–46.
- Erdélyi, I., Magyar, M., Pick, I., & Zeisler, J. (1982): Euforizáló szerekkel való visszaélés és a fiatalkori bűnözés. Kriminálpszichológiai vizsgálat. *Alkohológia*, 13(3), 142–153.
- Fábián Zs., Pillók P., Ritter A., Hoyer M. (2002): Felmérés a magyarországi internethasználatról – szociálpszichológiai és pszichopatológiai vonatkozások. *Psychiat Hung*, 17:599–606.
- Farkasinszky, T. (1987): *Narkomán serdüülők és fiatalok ellátásának Csongrád megyei tapasztalatai és tervei (1975–1986)*. Budapest.
- Farkasinszky, T., Bácskai, J., & Bácskai, M. (1976): Ragasztószer-szippantó gyermekek. *Alkohológia*, 7(2), 79–93.
- Fridli, J. (Ed.). (1988): *A francia modell. A narkománok kezelésének francia modellje*. Budapest: Országos Egészségvédelmi Tanács Drog-programja.
- Galla, M. (szerk.) (2005): *A Nemzeti Stratégia félidős értékelésének részletes tapasztalatai*. Utrecht: Trimbo Institute.
- Gerevich, J. (1982): Öngyógyítás. *Világosság*, 23(10), 634–641.
- Gerevich, J. (2005): Fatal combination of ecstasy and heroin. *Psychosomatics*, 46(2), 189.
- Gerevich, J. (Ed.). (1987): *A drogproblémák megelőzése. Tanulmánykötet nevelőknek*. Budapest: KISZ Központi Bizottsága.
- Gerevich, J., & Bácskai, E. (1994): Protektív és rizikó prediktorok a drogfogyasztás kialakulásában. *Psychiatria Hungarica*, 9(3), 231–240.
- Gerevich, J., Bacskai, E., & Farkas, L. (2005): Use of heroin to cope with stress caused by a negative life event in a patient with lupus erythematosus. *Psychosom Med*, 67(2), 341; author reply 341.
- Gerevich, J., Bacskai, E., Farkas, L., & Danics, Z. (2005): A case report: Pavlovian conditioning as a risk factor of heroin 'overdose' death. *Harm Reduct J*, 2, 11.
- Gerevich, J., Bacskai, E., Ko, J., & Rozsa, S. (2005): Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. *Psychopathology*, 38(6), 301–309.
- Grynaeus, E., & Pressing, L. (1986a): Intézetből és otthonról szökött fiatalkorúak pszichológiai vizsgálata. I. Háttértényezők. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 43(1), 28–44.
- Grynaeus, E., & Pressing, L. (1986b): Intézetből és otthonról szökött fiatalkorúak pszichológiai vizsgálata. II Asszociációs jellemzők és a pszichológiai mutatók faktoranalízise. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 43(3), 229–244.
- Gyarmathy, V. A., Neaigus, A., Ujhelyi, E., Szabo, T., & Racz, J. (2006): Strong HIV and hepatitis disclosure norms and frequent risk behaviors among Hungarian drug injectors. *Drug Alcohol Depend*, 82 Suppl 1, S65–69.
- Gyarmathy, V. A., Racz, J., Neaigus, A., & Ujhelyi, E. (2004): The urgent need for HIV and hepatitis prevention in drug treatment programs in Hungary. *AIDS Educ Prev*, 16(3), 276–287.

- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., Rehm, J., Guttinger, F., Fischer, G., et al. (2004): Cocaine use in Europe – a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates. *Eur Addict Res*, 10(4), 139–146.
- Horváth, L. G. (1963): Gyógyszerek és élvezeti cikkek neuropszichikus hatása az érzékelésre, a mozgásosságra és a szociális reakció módokra. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 20(4), 584–589.
- Hoyer, M., & Cserne, I. (1991): A Klapka utcai Drogambulancia első száz kliensének egy éves utánvizsgálata. *Alkohológia*, 22(1–2), 67–72.
- Kelemen G., B. Erdős, M. (2004b): Code of Grace: A Cultural Approach to 12-Steps Fellowship Programs in Hungary. *International Journal of Self Help and Self Care*, 2. 187–203.
- Kelemen, G., B. Erdős, M. (2003): Role of Reintegration Rituals in Sobriety. *Dynamic Psychiatry*, 36, 89–114.
- Kelemen, G., B. Erdős, M. (2004a): *Craving for sobriety. A unique therapeutic community in Hungary*. Pécs: PTE.
- Kisszékelyi, Ö. (1975): Drogfogyasztás középiskolások körében. *Orvosi Hetilap*, 116(15), 846–848.
- Kisszékelyi, Ö., Gusztos, E., Lak, L., & Virágh, E. (1974): Oldószerrel való visszaélés. *Orvosi Hetilap*, 115(32), 1867–1870.
- Komáromi, É. (1986a): Egy lengyelországi Monar-tanyán tett szakmai látogatás tapasztalatai. In J. Kóti (Ed.), *Tanulmányok, cikkek a fővárosi gyermekvédelem köréből* (pp. 101–114): Budapest.
- Komáromi, É. (1986b): Kábítószer- és alkoholfüggőség problémái és terápiás kísérlete deviáns állami gondozottaknál. In J. Kóti (Ed.), *Tanulmányok, cikkek a fővárosi gyermekvédelem köréből* (pp. 105–112): Budapest.
- Komáromi, É. (1988): Gondolatok a kábítószer-probléma elleni küzdelem franciaországi tapasztalatairól. In J. Kóti (Ed.), *Tanulmányok, cikkek a fővárosi gyermekvédelem köréből* (pp. 177–193): Budapest.
- Komáromi, É., & Mikus, G. (1986): Egy fővárosi ifjúsági otthonban tapasztalható szenvedélyártalmak és a megelőzésükre, csökkentésükre tett intézkedések. *Budapesti Nevelő*, 22(2), 14–24.
- Márványkövi, F., Melles, K., & Rácz, J. (2006): A kezelésbe és tűcserébe jutás akadályai problémás droghasználók körében Budapesten. *Addictologia Hungarica*, 5(4), 319–341.
- Melles, K., Marvanykovi, F., & Racz, J. (2007): Low-threshold services for problem drug users in Hungary. *Cent Eur J Public Health*, 15(2), 84–86.
- Németh, Á. (2007): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- Paksi B. (1999): *A drogfogyasztás populációs prevalenciájának becslése. Az iskolából kimaradók vizsgálata*. Budapest. Kézirat.

- Paksi B., & Demetrovics Zs. (2002): *A drogpreevenció gyakorlat megismerése. A budapesti drogpreevenció programok felmérése és értékelése*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., & Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai drogpreevenció programok jellemzői. *Addictologia Hungarica*, 5(1–2), 5–36.
- Paksi B., Elekes Zs. (2005): *Az egri 8–10. évfolyamos diákok alkohol- és drogfogyasztása valamint dohányzása*. Eger: KEF.
- Paksi B., Felvinczi K., Schmidt A. (2004): *Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban*. Budapest. Kézirat.
- Paksi, B. (2007): A magyar társadalom drogérzékenysége. In Zs. Demetrovics (Ed.), *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 255–294): Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Paksi, B., & Demetrovics, Z. (1999): A drogepidemiológia jelenlegi helyzete Magyarországon. Helyzetértékelés, célok, problémák és lehetőségek a Nemzeti Drogstratégia kapcsán. *Szenvedélybetegségek*, 7(1), 14–26.
- Paksi, B., & Kó, J. (1990): Kísérlet a magyarországi normál és drogos populáció értékrendszerének összehasonlítására. *Alkoholológia*, 21(3), 35–38.
- Paksi, B., Arnold P. (2009): Speciális populációk drogérzékenysége. In Zs. Demetrovics (Ed.), *Az addiktológia alapjai II.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. (in press)
- Péley, B. (1994): A serdülőkorú beavatási rítusok szerepe az identitásalakulásban. *Pszichológia*, 14(4), 429–471.
- Pikó, B. (1997): Középiszkolások rizikómagatartása a társas támogatás tükrében. *Szenvedélybetegségek*, 5(1), 57–63.
- Pikó, B., Markos, J., & Barabás, K. (1994): Fiatalok egészség- és rizikómagatartási minőségének vizsgálata. *Egészségnevelés*, 35(1), 8–10.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E., Gerevich, J., et al. (2004): Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups. *Eur Addict Res*, 10(4), 147–155.
- Rácz J. (2006): *Kvalitatív drogkutatások. Kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Rácz, J. (1984): Intézményrendszeren kívül szerveződő, káros életvitelű ifjúsági csoportok. *Egészségnevelés*, 25(4):
- Rácz, J. (1985): Sajátos szubkulturális miliőben jelentkező drogfogyasztás példája: egy aluljárós csoportosulás narkotikus szokásai. *Alkoholológia*, 16(2), 8–19.
- Rácz, J. (1986): Ifjúsági szubkulturákat intézményesítő törekvések. *Kultúra és Közösség*, 3, 3–16.
- Rácz, J. (1987): Marginális ifjúsági szubkulturák tagjainak drogfogyasztása. *Alkoholológia*, 18(2), 1–12.
- Rácz, J. (1992): Drug use by the members of youth subcultures in Hungary. *The International Journal of the Addictions*, 3, 289–300.

- Racz, J. (2005): Europe in transition: HIV risk environment in Hungary is different from that in Russia and west Balkan states. *Bmj*, 331(7521), 907; discussion 907.
- Racz, J. (2008): Does drug prevention work in transitional Hungary? *Int J Public Health*, 53(2), 65–66.
- RÁCZ, J., & Hoyer, M. (1995a): „Pörgés” és „punnyadás” I. Alkohol- és droghasználók szociálpszichológiai és etnográfiai vizsgálata a Jereván-lakótelepen. *Szenvedélybetegségek*, 3(4), 244–250.
- RÁCZ, J., & Hoyer, M. (1995b): „Pörgés” és „punnyadás” II. Alkohol- és droghasználók szociálpszichológiai és etnográfiai vizsgálata a Jereván-lakótelepen. *Szenvedélybetegségek*, 3(5), 331–336.
- RÁCZ, J., & Hoyer, M. (1995c): „Pörgés” és „punnyadás” III. Alkohol- és droghasználók szociálpszichológiai és etnográfiai vizsgálata a Jereván-lakótelepen. *Szenvedélybetegségek*, 3(6), 414–421.
- RÁCZ, J., & Ritter, I. (2003): Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon. In I. Ritter & K. Felvinczi (Eds.), *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyzetről* (pp. 96–106): Budapest: Ifjúsági és Sportminisztérium.
- Racz, J., Gyarmathy, V. A., Neaigus, A., & Ujhelyi, E. (2007): Injecting equipment sharing and perception of HIV and hepatitis risk among injecting drug users in Budapest. *AIDS Care*, 19(1), 59–66.
- Terestyéni, T. (1988): Kábítószer-problémával kapcsolatos tartalmak a magyar tömegkommunikációs eszközök 1988. évi közléseiben. *Alkohológia*, 20(4), 38–47.
- Tremkó, M. (1992): A megtalált és elveszett paradicsom – opiátfüggők kreativitásának vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 47–49(5–6), 445–469.



# POPULÁCIÓS ADATOK ALAKULÁSA

PAKSI BORBÁLA

## BEVEZETÉS: A POPULÁCIÓS ADATOK DEFINÍCIÓS ÉS ÉRTELMEZÉSI KÉRDÉSEI

A fejezet célja a drogprobléma közvetlen indikátorait jelentő populációs adatok bemutatása. Az áttekintés során ezúttal nem a populációs adatokban rejlő lehetőségeket kihasználva a probléma minél részletesebb, árnyaltabb leírására, megértésére törekszünk, hanem kizárólag a Nemzeti Stratégia (továbbiakban: NS) célkitűzéseire kapcsolható mutatókra fókuszálunk. Az áttekintés szemléletét az időben és térben (más országok kontextusában) megjelenő tendenciák bemutatására való törekvés határozza meg. Ez a szemlélet a NS célmegfogalmazásaitól sem idegen: „sok esetben a célok elérését nem számszerűsíthetjük, hanem olyan általános fogalmakat használunk, mint hogy az adott mutató javuljon” (NS. 45. o.).

A bevezetőben az adatok értelmezési, felhasználási kereteit adjuk meg: a fontosabb fogalmak, definíciók mellett röviden bemutatjuk az adatok alkalmazási lehetőségeit és korlátait, ezzel összefüggésben rövid áttekintést adunk a populációs vizsgálatok történetéről, illetve a későbbiekben felhasználásra kerülő vizsgálatokról.

A tendenciákra koncentrálnak szemlélet szükségessé teszi a pre-stratégiai időszak adatainak bemutatását, így a stratégiai időszakra vonatkozó elemzések előtt a főbb populációs indikátorok (prevalenciaadatok, hozzáféréssel és attitűdökkel kapcsolatos kutatási eredmények) mentén áttekintjük a NS elfogadását megelőző időszak hazai és európai tendenciáit. Ezt követi a NS populációs adatokkal kapcsolatos céltelezéseinek azonosításával foglalkozó rész, melynek során látni fogjuk, hogy a NS mindegyik fő célkitűzése mentén megjelennek olyan célok, melyek monitorozására a populációs vizsgálatok adatai (is) lehetőséget adnak. A fejezet ezen részének a célja a monitorozás során alkalmazásra kerülő indikátorok pontosítása. A tanulmány legterjedelmesebb része a NS célkitűzéseivel kapcsolatos populációs adatok stratégiai időszakban való alakulását mutatja be. A hazai tendenciákat ebben a részben is – lehetőség szerint – kontextuáljuk Európa más országaiban lezajlott változásokkal. S végül, a tanulmány összegzéséként a fejezetet a NS célkitűzéseire való visszacsatolás zárja.

## A POPULÁCIÓS ADATOK ALKALMAZÁSI LEHETŐSÉGEI ÉS KORLÁTAI

A populációs drogepidemiológiai vizsgálatok révén közvetlenül szerezhethetünk információt a drogfogyasztás elterjedtségének különféle – a NS céltételezéseiben is megjelenő – aspektusairól (lásd a definíciókkal foglalkozó részben, ill. *A Nemzeti Stratégia populációs adatokkal kapcsolatos céltételezései* c. fejezetben). A populációs adatoknak nagy előnye ez, hiszen így nincs szükség a becslésekhez bonyolult és bizonytalan projekciós eljárások alkalmazására. Azonban a populációs adatok értelmezése, felhasználása során is számolnunk kell korlátozó tényezőkkel (Hartnoll, 1993, 1998; Paksi, 2007a). Az egyik legnagyobb korlátot az jelenti, hogy az adatok a megkérdezettek bevallásán alapulnak, s kérdéses, hogy mennyire tekinthetők valósnak (érvényesnek) az önbevalláson alapuló válaszok. Az önbevallásos adatok érvényessége erősen függ – többek között – a probléma társadalmi és/vagy büntetőjogi megítélésétől, rejtőzködésének mértékétől, vagy attól, hogy az önbevallásos vizsgálatoknak mennyire van egy társadalomban hagyománya. Ezek a torzító tényezők teljes mértékben nem kiküszöbölhetőek, s a torzítás mértéke sem határozható meg pontosan, azonban amennyiben a vizsgálatok módszertani paramétereit folyamatosan kontrolláljuk, s a torzítások becslésére alkalmazott mutatók mentén a különböző vizsgálatok között nem mutatkoznak jelentős eltérések, akkor az azt jelenti, hogy bátran fogalmazhatunk meg összehasonlító megállapításokat. Az önbevallásos vizsgálatok alapján tehát elsősorban nem a probléma abszolút méretére vonatkozóan tehetünk érvényes állításokat, hanem – a módszertani paraméterek kontroll alatt tartásával – az időben, vagy térben megjelentő tendenciák vonatkozásában. Az összehasonlító szemlélet emellett az adatok értelmezéséhez is elengedhetetlen, mivel az egyes jelzőszámoknak nincs abszolút mértékük, nincs egy „normál érték”, melyhez képest valamely mutató magasnak vagy alacsonynak mondható. Ennek következtében egy kutatás eredményei más kutatások eredményeivel való kontextuálás során nyerik el értelmüket.

Hangsúlyozzuk azonban: ahhoz, hogy az egyes indikátorok mentén kapott adatok időbeli, illetve térbeli elhelyezése valóban közelebb vigyen bennünket a valóság megismeréséhez, igen fontos, hogy a különböző időpontokra, illetve különböző országokra vonatkozó adatok gyűjtése azonos fogalmi apparátus szerint, azonos módszerekkel történjen, továbbá, hogy folyamatosan kontrolláljuk a vizsgálatok hibáit. Éppen ezért elemzéseinket – az alább bemutatott – az időben és térben standard metodikájú kutatásokra korlátozzuk.

Európában a nyolcvanas-kilencvenes években terjedtek el a normál populációs drogepidemiológiai kutatások (pl. Menard és Huizinga, 1989; Sandwijk, Cohen és Musterd, 1991, 1995; Kokkevi és Stefanis, 1994), melyek azonban – az alkalmazott metodológiai eljárások különbözőségei miatt – csak korlátozott összehasonlítási lehetőségekkel szolgáltak. A vizsgálatok terjedésével egyre határozottabb törek-

vés mutatkozott a nemzeti kutatások összehangolására (pl. Johnston, Driessen és Kokkevi, 1994; Pompidou Group, 1995; EMCDDA, 1997a, b, Elekes, 2002). Az egyes európai országokban, illetve az Egyesült Államokban végzett felmérések tapasztalatainak felhasználásával a fiatal populációra vonatkozó kutatások esetében a kilencvenes évek közepére (Hibell és Andersson, 1994), a felnőtt népességre irányuló vizsgálatok tekintetében pedig a kilencvenes évek második felében sor került az összehasonlítást megnehezítő fő problémák beazonosítására, valamint modellkérdőívek kidolgozására (EMCDDA, 1997b, 1999a, b).

- A drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályra – a középiskolás populációra – vonatkozóan az „Európai Iskolavizsgálat Alkohol- és Drogfogyasztásról” (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) című nemzetközi kutatási program keretében 1995 óta rendszeresen – 4 évente – készülnek adatfelvételek. Az ESPAD-program célja összehasonlító adatok gyűjtése Európa 16 éves diákjainak alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról valamint dohányzásáról, a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérése, illetve az országoként eltérő trendek összehasonlítása. A kutatás során alkalmazott metodika minden országban egységes. Az 1995. évi kutatásban 26, az 1999. évben 30 európai ország vett részt, a 2003-as illetve a 2007-es vizsgálatokhoz pedig már szinte valamennyi európai ország csatlakozott. (Hibell és mtsai, 1997, 2000, 2004<sup>1</sup>).

2002-től az „Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) című, a WHO koordinálásával a 11–15 éves diákok körében több mint két évtizede zajló – elsősorban nem a tiltott szerfogyasztásra, hanem a serdülőkorúak életmódjára irányuló – nemzetközi összehasonlító kutatásban is szerepel egy droghasználatra vonatkozó kérdésblokk (Currie és mtsai, 2004, 2008).

- A felnőtt népesség körében készült drogepidemiológiai vizsgálatok metodikája vonatkozásában a Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) fogalmazott meg ajánlásokat (EMCDDA, 1997b, 1999b, 2000, 2002). Kidolgozásra került a vizsgálatok ajánlott ún. „modellkérdőíve” (European Model Questionnaire – EMQ), az adatok feldolgozása során alkalmazott fogalmi apparátus, illetve a helyzetleírásra alkalmazandó jelzőszámok képzésére vonatkozó útmutató. Az EMCDDA minden évben

---

<sup>1</sup> A negyedik hullám eredményeit összefoglaló kötet a tanulmány elkészülésekor még nem jelent meg, így a nemzetközi – és hazai adatokról is – csak részinformációink vannak (EMCDDA, 2008a)

részletes adatszolgáltatást kér a tagállamoktól az általános népességben készült vizsgálatokról. A vizsgálatok adatai, és azok módszertani háttere hozzáférhetőek az EMCDDA honlapján (<http://www.emcdda.europa.eu>). Mindazonáltal a felnőtt népességben készült vizsgálatok ez idáig nem szerveződtek az ESPAD-projekthez hasonló rendszerbe: az egyes országok adatfelvételei időben, mintaválasztásuk, illetve adatfelvételük tekintetében kevésbé standardizáltak, ami megnehezíti az adatok nemzetközi összehasonlítását.

Magyarországon a harvtanas évek végétől kezdődően vannak információk a drogfogyasztás létezéséről, azonban kezdetben ezek csak jelzésértékű, egyes esetekről tudósító híradások voltak. A hetvenes évektől már készült ugyan néhány vizsgálat, de ezek különböző módszertani problémák miatt<sup>2</sup> általában nem alkalmasak arra, hogy belőlük megbecsüljük a hazai droghelyzet kiterjedését, azt, hogy a népesség mekkora hányadát érintette a probléma a kezdeti időszakban, hogy hogyan változott annak volumene és jellege, s különösen nem teszik lehetővé a hazai droghelyzet nemzetközi viszonylatban való értelmezését. Ilyen jellegű ismeretekkel a probléma megjelenését követő több mint 20 éves időszakra vonatkozóan sem rendelkezünk (Paksi, 1993). A kilencvenes években azonban Magyarországon is sokat javult a helyzet a populációs adatok minősége és számossága tekintetében. Az általános népességre vonatkozóan ma már rendszeresen készülnek hazánkban is a nemzetközi standardokat kielégítő drogepidemiológiai vizsgálatok.

- A drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályban, az első nemzetközi standardoknak is megfelelő hazai drogepidemiológiai kutatások a kilencvenes évek első felében készültek Budapesten, valamint néhány vidéki városban, kisebb régióban<sup>3</sup> (Murányi és Seres, 1994; Elekes és Paksi, 1993, 2000b). Hazánk 1995-ben bekapcsolódott az European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) kutatássorozatba, s ezt követően valamennyi ESPAD-adatfelvételben részt vett (Elekes és Paksi, 1996, 2000a, 2003a; Elekes, 2007).<sup>4</sup> Emellett az ESPAD-vizsgálatok éveiben, valamint 1998-ban, 2000-ben, 2002-ben és 2005-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek (Elekes és Paksi, 2000a;

<sup>2</sup> Ezek a kezdeti vizsgálatok többnyire csak néhány kábítószerre vonatkoztak, esetleges, nehezen definiálható populációkon, és/vagy nem reprezentatív, vagy kicsi elemszámú – alacsony megbízhatóságot eredményező – mintákon, egymással össze nem hasonlítható metodológiával készültek (Paksi, 1993).

<sup>3</sup> Baranya, Tolna, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Hajdú-Bihar megyében, valamint Zalaegerszegen készültek ilyen a vizsgálatok.

<sup>4</sup> A negyedik hullám országos eredményei még nem kerültek publikálásra, a tanulmány írásának időpontjában csak a budapesti eredményeket ismerjük (Elekes, 2007).

Paksi, 2002; Paksi és Elekes, 2003, 2005; Elekes, 2007) az ESPAD-kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával, így a főváros vonatkozásában hosszabb távú, és valamelyest részletesebb becslésekkel élhetünk a hazai tendenciák tekintetében.

A HBSC kutatásokban Magyarország a kezdetektől – 1985-től – részt vesz. A HBSC 2002-es tematikus bővítésének köszönhetően a kutatássorozat utóbbi két hulláma (2002-es, 2006-os adatfelvételek) már drogepidemiológiai adatokkal is szolgál (Aszmann, 2003; Németh, 2007).

- A felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján 2001-ben, 2003-ban valamint 2007-ben készültek az EMCDDA ajánlásainak (EMCDDA, 1999a, b, 2002) eleget tevő, s az összehasonlíthatóság metodikai követelményeit is kielégítő drogepidemiológiai kutatások (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b; Paksi és Elekes, 2004; Paksi és mtsai, 2007).

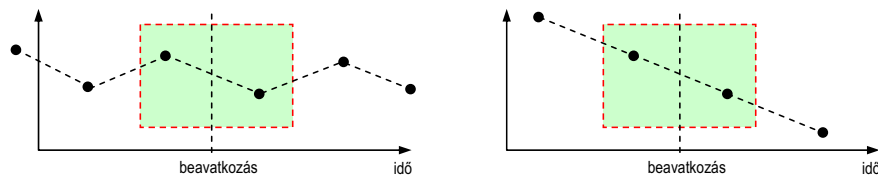
A rendelkezésünkre álló – a nemzetközi standardokat leképező – általános populációs adatok lehetővé teszik a hazai helyzet értelmezését nemzetközi kontextusban, illetve az időbeni tendenciák becslését. A drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályban az ESPAD-vizsgálatok alapján felvázolható tendenciák kiterjednek a pre-stratégiai időszakokra is, azonban csak a stratégiai időszak középtávjáig, illetve – az ESPAD-adatokkal korlátozottan összehasonlítható (Aszmann, 2003; Német, 2007) – a HBSC vizsgálatokkal 2006-ig terjednek. Az EMQ standardoknak megfelelő lakossági vizsgálatok alapján pedig, ugyan a stratégiai időszak végéig követhetjük a változásokat, azonban a tendenciák pre-stratégiai időszakokkal való kontextuálását ezek az adatok nem teszik lehetővé.

Az adatok értelmezése során azonban még egy megszorítással kell számolnunk, és pedig azzal, hogy ezen adatok többnyire a társadalom átlag fele húzó szegmenséről adnak megbízható információkat. A kutatások során az elért populációból kimaradhatnak, vagy alulreprezentáltak válhatnak bizonyos csoportok, sok esetben éppen azok, amelyek különösen érintettek tekinthetők (mint például a hajléktalanok, vagy azok, akik nem járnak iskolába, vagy egyéb szélső társadalmi helyzetű csoportok) (Paksi, 2007a). Hasonlóképpen ezek a vizsgálatok kevésbé – vagy csak igen nagy minta alkalmazása mellett – alkalmasak az általános populációban ritkán előforduló drogok (pl. heroin) fogyasztásának megbízható becslésére (Hartnoll, 1993). Ezen problémák kiküszöbölésére a normál népességre irányuló vizsgálatok – idehaza és külföldön is – kiegészülnek a speciális csoportokra irányuló célzott vizsgálatokkal (Paksi és Arnold, 2009a). Jelen elemzés kereteit azonban meghaladná a speciális populációs vizsgálatok eredményeinek bemutatása, így a populációs adatokkal foglalkozó fejezetben közölt elemzések korlátjaként számolnunk kell azzal, hogy a bemutatásra kerülő tendenciák a társadalmi átlagra érvényesek, s lehetnek olyan

társadalmi csoportok, illetve szerhasználati mintázatok melyek ugyan jelen vannak a társadalomban, de az általános populációs adatok elemzésekor nem mutatkoznak meg.

A fentiekben megfogalmazott lehetőségek és korlátok a populációs adatok felhasználását általánosságban érintik. Amennyiben a populációs adatokban megjelenő tendenciákat a NS-ban kitűzött célok elérésének monitorozására kívánjuk felhasználni, számolnunk kell még egy további – nem a populációs indikátor jellegéből fakadó, ennek megfelelően minden, a célok megvalósulására irányuló monitorozási eszközt érintő – korlátozó tényezővel. Ez a korlátozó tényező pedig a vizsgált periódus rövidségéből, illetve a vizsgálati pontok (adatgyűjtések) kis számosságából adódik. Ahhoz, hogy tendenciák alakulásában kimutathassuk a NS megvalósítása során végzett tevékenységek szerepét, jóval hosszabb időszakot, és/vagy jóval több vizsgálati pontot kellene elemeznünk annál, mint amit az adatgyűjtések lehetővé tesznek. Egy, a pre-stratégiai időszakkal együtt is maximum 10-12 éves időszakot – de a lakossági vizsgálatok esetében mindössze 6 évet – felölelő, s ez alatt indikátoronként 3-3 vizsgálati pontra vonatkozó adatok alapján nem tudunk olyan matematikai elemzéseket végezni, melyek a változások okainak, s ezek között a NS szerepének azonosítására alkalmas volnának. Az adatokban megjelenő változás ugyanis nem feltétlenül a NS hatását tükrözi: lehet véletlenszerű ingadozás eredménye, vagy pusztán egy olyan tendencia jele, ami a beavatkozás nélkül is jelen van. Erre láthatunk két példát az alábbi ábrákon.

1. ábra. A véletlen, illetve a trendhatás mint alternatív magyarázat



A beavatkozás előtt és után is több megfigyelésre lenne szükség ahhoz, hogy; azt vizsgálhassuk, hogy az idősorban van-e törés és/vagy szakadás. Ehelyett egyelőre csak leíró jellegű megállapításokat tehetünk, melyek alapján legfeljebb együttjárásokat fogalmazhatunk meg. Jelen elemzések során talán ez jelenti a populációs adatok esetében (is) az elemzés legnagyobb korlátját.

## DEFINÍCIÓK

Az általános populációban végzett drogepidemiológiai kutatások legfőbb célja a normál népességre vonatkozó prevalenciaértékek becslése, a droghasználat jellemzőinek megismerése. A populációs adatok alapján képzett, leggyakrabban alkalmazott, s a NS monitorozásának eredményességi mutatói között is megjelenő standard fogalmak/mutatók a következők.

*Prevalenciaértékek:* Ez a mutató a droghasználat elterjedtségét jelöli, különböző időtartamokra vonatkoztatva. Az életprevalencia a populációban az adott szert vagy szertípust valaha kipróbáltak arányát (%) jelöli, míg az éves prevalencia a kérdezést megelőző évben, illetve havi prevalencia a kérdezést megelőző hónapban használók arányát mutatja. A kifejezést használhatjuk a különböző szertípusokra éppúgy, mint az összevont szercsoportok tartományára. Ennek megfelelően találkozunk pl. a tiltott szerek élet-, éves vagy havi prevalenciaértéke, illetve a marihuána élet-, éves vagy havi prevalenciaértéke kifejezésekkel. Az éves prevalenciát szokás közelmúltbeli, a havi prevalenciát pedig aktuális használatnak is nevezni. Ezek a mutatók kiindulópontként szolgálnak a szerhasználat további jelzőszámainak képzéséhez.

*Absztinenciaráta:* Azoknak a válaszolóknak az aránya (%), akik még soha nem fogyasztottak semmilyen drogot (100% – életprevalencia).

*Folyamatos fogyasztási ráta:* Azt mutatja, hogy a valaha fogyasztók között milyen arányban (%) vannak azok, akik az elmúlt egy évben (közelmúltban) fogyasztottak valamilyen drogot. A mutatót szintén számíthatjuk szerekre vagy szercsoportokra. A folyamatos fogyasztókon belül megkülönböztethetjük a *tényleges folyamatos fogyasztókat* és azokat, akik először a vizsgálatot megelőző egy évben fogyasztottak valamilyen tiltott drogot, azaz az *új belépőket*. A folyamatos fogyasztási ráta új belépők nélkül a valaha használókon belül azok arányát mutatja (%), akik az elmúlt évben is használtak, és legalább egy évvel az adatfelvételt megelőzően fogyasztottak először valamilyen drogot.

A *kilépési (leállási) arány (%)* azoknak az aránya, akik valaha fogyasztottak valamilyen drogot, de az elmúlt évben már nem. A folyamatos fogyasztási ráta, illetve a kilépők aránya információval szolgál arról, hogy egy populációban a különböző szerek kipróbálása mennyire jelenti azt, hogy a szert valóban használni is fogják, vagy mennyiben jelent inkább csak próbálkozást. A különböző társadalomtudományi értelmezések a folyamatos fogyasztási ráta relatív nagyságát összefüggésbe hozzák a drogpolitika, az elérhetőség, illetve a társadalmi attitűdök alakulásával (pl. Korf, 1995).<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Toxikológiai olvasatban a folyamatos ráta – állatkísérletek alapján – információt adhat a különböző szerek addikciós potenciáljáról: azok a szerek, amelyeknek kisebb a folyamatos fogyasztási rátája, kisebb addikciós potenciált hordoznak, mint a relatíve nagyobb folyamatos fogyasztási rátát mutatók. Ugyanezen logika mentén, ha növekszik valamely szer

*Drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata:* Az első droghasználat éve alapján, az egyes korévekre kiszámíthatjuk, hogy az adott korévben, és az azt megelőző években összességében a populáció hány százaléka került kapcsolatba valamilyen droggal, azaz a populáció hány százaléka jutott túl az első droghasználaton (ezt nevezzük kumulált prevalenciának). Amennyiben az adatokat ábrázoljuk (ez a kumulált prevalenciagörbe), akkor a görbe meredeksége a droggal való kapcsolatba kerülés kockázatát mutatja a különböző életkorokban. A droggal való kapcsolatba kerülés különböző korosztályokra felrajzolt kockázati görbéinek egymáshoz viszonyított helyzete információt adhat a drogfogyasztás társadalmi trendjeiről is.

Az önbevalláson alapuló drogepidemiológiai vizsgálatok a fenti mutatók mellett kitérnek a drogfogyasztáshoz kapcsolódó olyan egyéb, a NS céltételezései között is megjelenő jelenségek vizsgálatára, mint a tiltott szerekhez való hozzáférés, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök, valamint a drogfogyasztás következményei.

#### A POPULÁCIÓS ADATOK 2000 ELŐTT

Az adatokban megjelenő tendenciákra koncentráló szemléletnek a stratégiai időszakokra való alkalmazása szükségessé teszi a pre-stratégiai időszakokra vonatkozó adatok bemutatását.

A társadalom drogérintettségének hosszú távú alakulásáról ugyan – mint a bevezetőben láthattuk – nem rendelkezünk közvetlen adatokkal, azonban a felnőtt populációban a kétezres években történt drogepidemiológiai kutatások első droghasználatra vonatkozó eredményei alapján támpontot kaphatunk a drogfogyasztás hosszabb távú, múltbeli társadalmi trendjeinek felvázolásához.

Tekintettel arra, hogy a kilencvenes években hazánkban csak a középiskolás népességben indultak el populációs adatgyűjtések, így a 2000 előtti tendenciák részletesebb bemutatása során főként a fiatalkori droghasználat jellemzőinek leírására van lehetőségünk. Ezen belül elsősorban a prevalenciaértékek bemutatására koncentrálnunk, de emellett kitérünk a drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök és a hozzáférés tekintetében jelentkező tendenciák felvázolására is. Ezek a vizsgálatok egyben arra is lehetőséget adnak, hogy a hazai drogfogyasztást nemzetközi kontextusban értelmezzük (Hibell és mtsai, 1997, 2000).

---

életprevalencia-értéke egy társadalomban, akkor azzal párhuzamosan növekszik az aktuális használók száma is. A társadalomtudományi szemlélet azonban a folyamatos fogyasztási ráta alakulását ennél összetettebbnek, több dimenzió eredőjének tekinti. Kutatási eredmények ugyanis azt mutatják, hogy az egyes szerek folyamatos fogyasztási rátája nem tekinthető standardnak: időben és társadalmanként változó, azaz hely- és helyzetfüggő (Zinberg, 1984).



A POPULÁCIÓS ADATOKBAN JELENTKEZŐ HAZAI TENDENCIÁK  
A „PRE-STRATÉGIAI” IDŐSZAKBAN

*A drogfogyasztás elterjedtségének hazai tendenciái 2000 előtt*

Az ezredfordulón induló lakossági drogepidemiológiai vizsgálatok (Paksi, 2003) első droghasználatra vonatkozó adataiból korosztályonként külön-külön felrajzolva az ún. kumulált prevalencia görbéket, a görbék alakja, s főként egymáshoz viszonyított helyzete alapján a magyar társadalom drogérinthettségének alakulása nagy vonalakban a következőképpen rekonstruálható (2. ábra).

Az adatfelvétel idején 45–53 éves korosztály – abszolút értelemben és a fiatalabb korosztályokhoz képest is – alacsony fogyasztási kockázata alapján arra következtethetünk, hogy a korosztály vélelmeshetően legnagyobb kitettségű életperiódusa<sup>6</sup> idején, úgy 20–30 évvel ezelőtt a magyar társadalomban a tiltott drogok elterjedtsége még minimális, az ezredfordulón jellemző érintettségnek kb. huszada volt.<sup>7</sup>

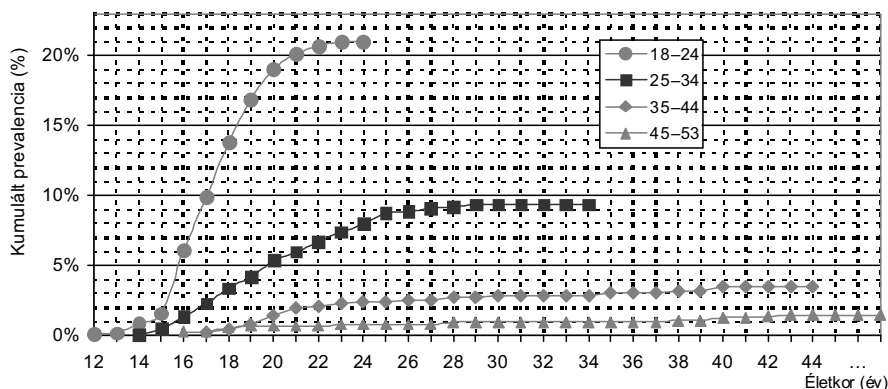
A 35–44 éves korosztály görbéjének a fiatalabb korosztályokhoz képest elfoglalt helyzete még a nyolcvanas évek végén, kilencvenes évek elején is – az ezredfordulón jellemzőhöz képest – csak igen alacsony, bár – a 45–53 éves korosztályhoz viszonyított helyzete alapján – a korábbi valamelyest meghaladó társadalmi érintettségre utal.

Ugyanakkor a 35–44 éves korosztály görbéjének alakja – annak a korosztály húszas éveitől jelentkező kismértékű megemelkedése – a kilencvenes években a társadalom drogérinthettségének növekedését sejteti. Ez a növekedés ugyan a 35 év feletti korosztályok esetében csak kismértékben jelentkezik, hiszen ekkor a korosztályba tartozók zöme már túl volt élete feltételezhetően nagy kockázatú periódusán, azonban markánsabban megjelenik a 25–34 éves, illetve az ennél idősebb korosztályok fogyasztási kockázatát leíró görbék egymáshoz viszonyított helyzetében. (A legfiatalabb felnőtt korosztály, a 18–24 éves populáció kumulált fogyasztási görbéjének a 25–34 éves korosztályhoz képest mutatkozó fokozott meredeksége pedig arra enged következtetni, hogy a kilencvenes években megkezdődött tendencia az ezredforduló éveiben is tovább folytatódott. Erre azonban majd a stratégiai periódusban történt változások tárgyalása során fogunk részletesebben kitérni.)

<sup>6</sup> A nagyobb társadalmi érintettségű periódusokban élő korosztályok görbéinek alakja alapján azt feltételezhetjük, hogy 25 éves kor után már minimalizálódik a tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés veszélye.

<sup>7</sup> 45–53 éves korosztály 20–30 évvel ezelőtt volt abban az életszakaszban, hogy amennyiben akkor jelentékeny mértékű lett volna a társadalomban a drogfogyasztás kockázata, annak meg kellett volna jelenni a korosztály kitettségében.

2. ábra. A drogfogyasztás kumulált prevalenciaértéke különböző életkorokban korcsoportonként, 2003-ban, országosan (az egyes korcsoportokba tartozó válaszolók százalékában) (Paksi, 2007b)



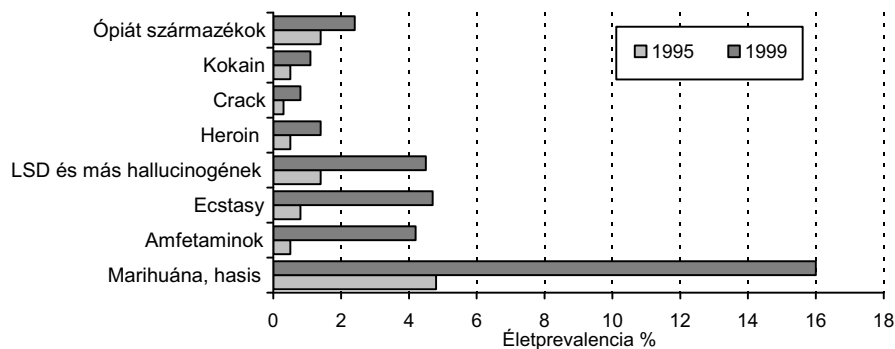
A társadalom drogérintettségének alakulása mellett a 2. ábrán azt is megfigyelhetjük, hogy a fiatalabb korosztályok felé haladva egyre korábbi életkorra, s mind nagyobb arányban az iskolás évekre tevődik a drogokkal való első találkozás.

A stratégiai periódust közvetlenül megelőző évekre vonatkozóan a középiskolások körében 1995-ben és 1999-ben készült országos drogepidemiológiai vizsgálatok (Elekes és Paksi, 1996, 2000a) alapján már részletesebb tendenciákat tudunk felvázolni. A kilencvenes évek második felében a biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia-értéke<sup>8</sup> 10%-ról 19,2%-ra növekedett, azaz közel megduplázódott a 10. évfolyamos diákok körében. Ebben az időszakban valamennyi vizsgált drog életprevalencia-értéke növekedett, de elsősorban a kannabisz-származékok életprevalencia-értékének közel négyszeres emelkedése volt meghatározó, és jelentős volt az amfetaminok, az ecstasy, valamint az LSD és más hallucinogének elterjedtségének növekedése is (3. ábra).

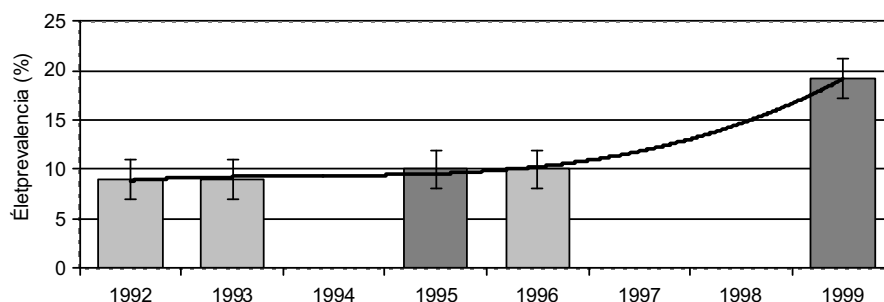
A kilencvenes évek első felében és az országos vizsgálatok közötti években készült helyi, illetve regionális kutatások eredményei pedig arra engednek következtetni, hogy az országos adatokban a kilencvenes évek második felétől megmutatkozó növekedés feltételezhetően nem a rendszerváltás óta folyamatosan tartó növekedés folytatása, hanem az évtized első felében, viszonylag hosszú időszakon keresztül jellemző stagnálás után hirtelen ment végbe (Elekes és Paksi, 2000b, 4. ábra).

<sup>8</sup> A biztosan droghasználati célú fogyasztás a tiltott drogok és/vagy inhalánsok együttes életprevalencia-értékét jelöli.

3. ábra. Az egyes szerek életprevalencia-értékeinek (%) alakulása országosan 1995 és 1999 között a 10. évfolyamos középiskolások körében. (Elekes és Paksi, 1996, 2000a)



4. ábra. A tiltott szerek és/vagy inhalánsok életprevalencia-értékeinek trendje 1992 és 1999 között, országosan a 10. évfolyamos középiskolások körében (a standardhiba, illetve vizsgált időszak polinomiális trendvonalának feltüntetésével)<sup>9</sup> (Elekes és Paksi, 2000b)



Egy 1998-ban, a fővárosi középiskolások körében végzett vizsgálat<sup>10</sup> eredményei (Elekes és Paksi, 2000b) pedig arra utalnak, hogy a szerek többsége esetében a növekedés 1995 és 1998 között ment végbe, s ezt követően már csak a marihuána- valamint az amfetaminfogyasztás növekedése volt megfigyelhető.

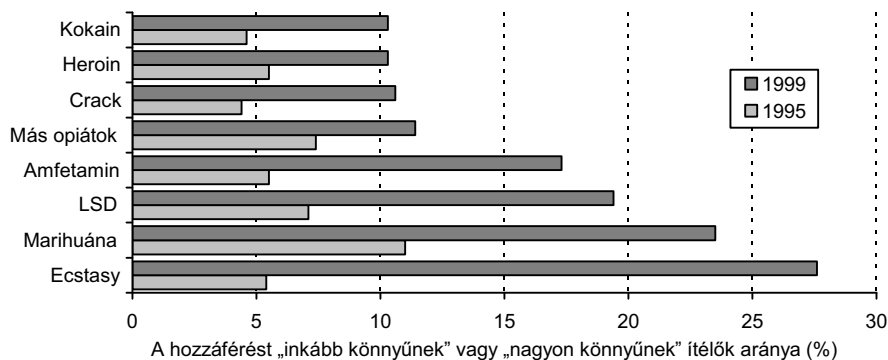
<sup>9</sup> A sötétebb oszlopok az országos reprezentatív mintákon készült adatfelvételekben mért értékek, a világos oszlopok pedig helyi/regionális vizsgálatok alapján készült becslések.

<sup>10</sup> Az 1998-as – elsődlegesen módszertani célú – vizsgálat korábbi vizsgálatokkal csak részben összehasonlítható, nem terjedt ki minden – a többi, kifejezetten prevalenciabecslés céljából készült vizsgálatban mért – szerfogyasztásra, ezért az összesített prevalenciaérték becslésére nem alkalmas, csak az egyes szerek esetében történt prevalenciaváltozást jelzi.

*A tiltott szerekhez való hozzáférés hazai tendenciái 2000 előtt*

A középiskolások körében a kilencvenes évek második felében a különböző tiltott drogok hozzáférését „inkább könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” érzékelő diákok aránya Magyarországon jelentősen növekedett (5. ábra). A hozzáférés percepciójának növekedése általában 2–2,5-szeres, az ecstasy esetében pedig mintegy ötszörös volt, melynek következtében a szerek hozzáférési sorrendje is megváltozott, s legkönnyebben hozzáférhető tiltott drognak a stratégiai periódust közvetlen megelőzően az ecstasy mutatkozott a diákok körében. Mindazonáltal a tiltott drogok hozzáférhetősége – a diákok megítélése szerint – 1999-ben is jelentősen elmaradt a cigaretta az alkohol, illetve a legálisan hozzáférhető egyéb drogok – inhalánsok, nyugtatók és altatók – beszerzési lehetősége mögött, s az egyéb drogok esetében a hozzáférést „nehéznek”, „inkább nehéznek” vagy lehetetlennek tartók aránya volt túlsúlyban.

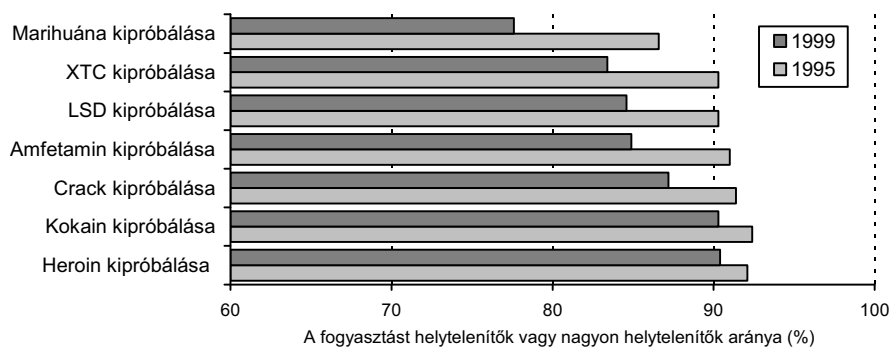
5. ábra. Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítéelők aránya (%) országosan 1995 és 1999 között, a 10. évfolyamos középiskolások körében. (Elekes és Paksi, 1996, 2000a)



*Drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök hazai tendenciái 2000 előtt*

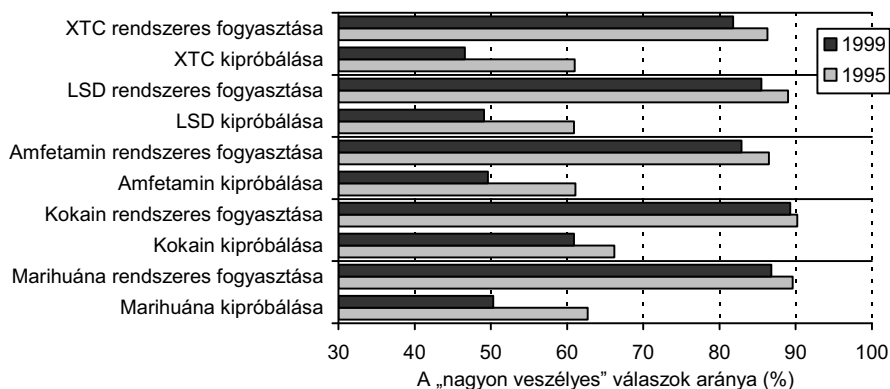
A középiskolások körében a kilencvenes évek második felében a különböző drogok kipróbálásának helytelenítése mérséklődött (a helytelenítők aránya a vizsgált magatartások esetében 1995-ben 86–95%, 1999-ben pedig 77–92% között mozgott, 6. ábra). A véleményekben – a korábbiakhoz képest valamelyest növekvő, de – a stratégiai időszakot közvetlenül megelőzően is alacsony differenciálás volt megfigyelhető.

6. ábra. Az egyes drogfogyasztó magatartásokat helytelenítők, vagy erősen helytelenítők aránya (%) országosan 1995 és 1999 között, a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 1996, 2000a)



A drogkipróbálás és a rendszeres fogyasztás veszélyei közötti differenciálás jelentősen fokozódott a kilencvenes évek második felében a középiskolás populációban. Míg a kipróbálást nagyon veszélyesnek tartók aránya a szerek többsége esetében rendre legalább 10 százalékponttal csökkent, addig a rendszeres használatot veszélyesnek tartók aránya tekintetében csak minimális elmozdulásokat tapasztaltunk. A különböző szerek veszélyessége közötti differenciálás azonban a kilencvenes évek végén is csak kismértékű volt (7. ábra).

7. ábra. Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók arányának változása országosan 1995 és 1999 között a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 1996, 2000a)



## A 2000 ELŐTTI POPULÁCIÓS ADATOK EURÓPAI KONTEXTUSA

*A drogfogyasztás elterjedtsége 1995 és 1999 között Európában*

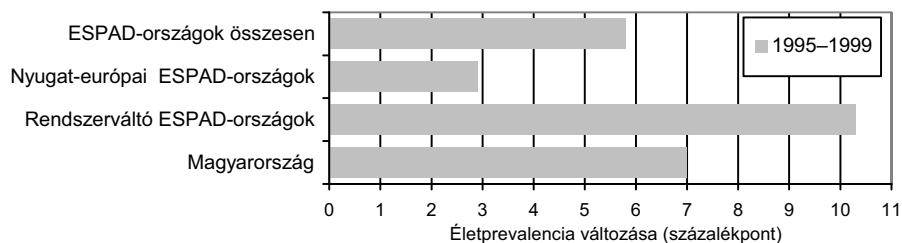
A kilencvenes évek második felében az ESPAD-országokban átlagosan 5,8 százalékponttal növekedett a tiltott drogok életprevalencia-értéke a 16 éves diákok körében (8. ábra).<sup>11</sup> Azonban a prevalenciaértékek átlagos növekedési üteme szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) nagyobb volt a rendszerváltó országokban: míg a nyugat-európai országokban átlagosan 2,9, a rendszerváltó országokban 10,3 százalékponttal növekedett a valamilyen tiltott szert kipróbálók aránya.<sup>12</sup> A nyugat-európai országokban történt növekedés országonként igen eltérő változásokat takart (a szórás a változás 1,7 szerese), a rendszerváltó országok közel 10 százalékpontos növekedése azonban különösen egységesen zajlott (a szórás nem éri el a változás egynegyedét). Az elterjedtség-változást a droghasználat strukturális és minőségi változásai is kísérték: növekedett a használat gyakorisága, és a szerhasználati struktúrában előtérbe került a marihuána és a különféle partydrogok fogyasztása. Ezek a változások a rendszerváltó országokban az általános európai tendenciákkal megegyező irányban zajlottak, de annál fokozottabb mértékben és meglepően egységesen történtek. Olyannyira, hogy a tiltott drogok, és ezen belül a marihuána-fogyasztás életprevalencia-értékeinek, valamint a használat gyakoriságának 1995 és 1999 közötti változása segítségével 100%-os biztonsággal identifikálhatók voltak a rendszerváltó, illetve a nyugati blokkba tartozó országok, annak ellenére, hogy a droghasználat elterjedtségének mutatói alapján sem 1995-ben, sem 1999-ben nem mutatkozott szignifikáns különbség a két társadalmi/politikai régió között (mindkét évben  $p > 0,1$ ). Ez azt jelzi, hogy kulturálisan determinált fogyasztási hagyományokra mintegy „rárakódnak” az aktuális társadalmi-gazdasági folyamatok által indukált fogyasztási szokások. A drogfogyasztás elterjedtsége terén hazánkban lezajló – a rendszerváltó országok átlagánál ugyan mérsékeltébb – változást nálunk is a régióra jellemző strukturális és minőségi változások kísérték. (Paksi, 2001)

A kilencvenes évek második felének intenzív változásait követően 1999-ben a 16 éves diákok körében a tiltott drogok országonkénti életprevalencia-értékeinek átlaga 20% volt az ESPAD-országokban, azaz átlagosan az egyes országokban minden ötödik 16 éves diák próbált ki eddigi élete során valamilyen tiltott drogot. Ezen

<sup>11</sup> A 1995-ös és az 1999-es adatok összehasonlításánál a mindkét ESPAD-vizsgálatban résztvevő 22 országra számított átlagok szerepelnek. Az átlagok számításánál mindegyik elemzésbe vont ESPAD-ország azonos súllyal szerepelt, azaz nem az európai életprevalencia-értékről, hanem az országok átlagáról van szó.

<sup>12</sup> A nyugat-európai, ill. a rendszerváltó országok prevalenciaadatainak összehasonlításánál 3 ESPAD-országot (Máltát, Ciprust, és Faröer-szigeteket) a többváltozós elemzés során való különállásuk okán kihagytunk az elemzésből, tehát az itteni adatok 19 országra vonatkoznak.

8. ábra. A tiltott drog-fogyasztás életprevalencia-értékének átlagos változása (százalékpont) Európában, illetve a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan 1995 és 1999 között, a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai (1997, 2000) alapján számított értékek)



belül azonban egyes országok értékei igen széles skálán – 3% és 35% között – mozgtak (Hibell és mtsai, 2000, 9. ábra). Magyarországon ez az érték 12% volt,<sup>13</sup> mellyel a tiltott szerek életprevalencia-értéke szerint képzett rangsorban a részvevő 30 európai ország között hazánk a hátsó harmadban (20-21. helyen) helyezkedett el, azaz Európában az alacsonyabb érintettségű országok közé volt sorolható, olyan országok társaságában, mint Portugália, Norvégia, Bulgária, Litvánia, Izland, Észtország, Horvátország, illetve Lengyelország.

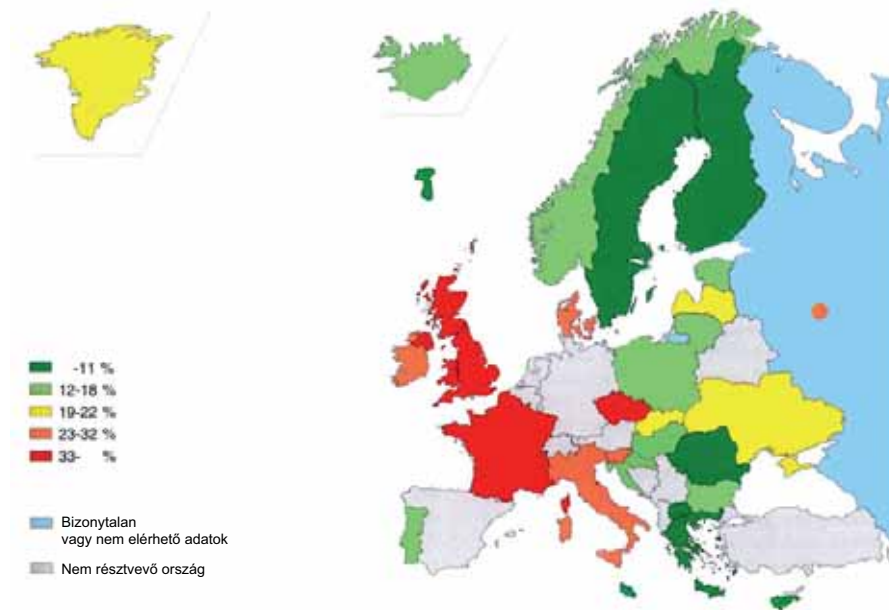
#### *A tiltott szerek észlelt hozzáférhetősége 1995 és 1999 között Európában*

A kilencvenes évek második felében a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége tekintetében azonos irányú, de mértékében eltérő változások zajlottak a nyugat-európai és a rendszerváltó országokban (10. ábra, l. a 97. o.). A vizsgált drogok többsége esetében átlagosan a nyugat-európai országokban is növekedett a diákok hozzáférésre vonatkozó percepciója, azonban a rendszerváltó országokban a növekedés jóval kifejezettebb. A magyarországi változások pedig a szerek jelentős része esetében a rendszerváltó országok átlagos értékeit is meghaladták.

Az észlelt hozzáférhetőség nagymértékű hazai növekedése következtében a különböző tiltott drogok beszerezhetőségét „könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” ítéelő diákok aránya – a marihuána kivételével – Magyarországon 1999-re gyakorlatilag elérte, az Ecstasy és az LSD esetében pedig meg is haladta az ESPAD-országokban mért értékek átlagát (11. ábra, l. a 97. o.).

<sup>13</sup> A hazai helyzet leírásánál szereplő értékek a nemzetközi összehasonlító elemzésekben szereplőktől eltérőek. Ennek elsődleges oka, hogy a hazai elemzések a 10. évfolyamos diákokra, a nemzetközi összehasonlítások pedig a vizsgálat idején 16 éves tanulóakra vonatkoznak. Másik ok, hogy a nemzetközi összehasonlításban szereplő adatok csak a minden országban megkérdezett szereket tartalmazzák.

9. ábra. Tiltott szerek életprevalencia-értéke 1999-ben az egyes ESPAD-országokban, a 16 éves tanulók körében<sup>14</sup> (Hibell és mtsai 2000)



#### *Drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök 1995 és 1999 között Európában*

A különböző tiltott drogok kipróbálását helytelenítő diákok aránya a kilencvenes évek második felében a nyugat-európai országokban összességében nem változott (a változások átlaga nulla), míg a rendszerváltó országokban minden drogkipróbáló magatartás vonatkozásában jelentősen csökkent a helytelenítők aránya (12. ábra). Magyarország e tekintetben mérsékelt változásokat mutatva a két országcsoport között helyezkedett el.

A magyarországi diákok körében a helytelenítési arányok 1999-ben is rendre jelentősen meghaladták az ESPAD-országok átlagértékeit (13. ábra).

A veszélyészlelés változása szintén eltérően alakult a nyugat-európai és a rendszerváltó országokban a kilencvenes évek második felében. A nyugat-európai országokban általánosságban inkább a veszélyészlelés fokozódása, vagy stabilitása volt jellemző, míg a rendszerváltó országokban – a magyarországi folyamatokhoz

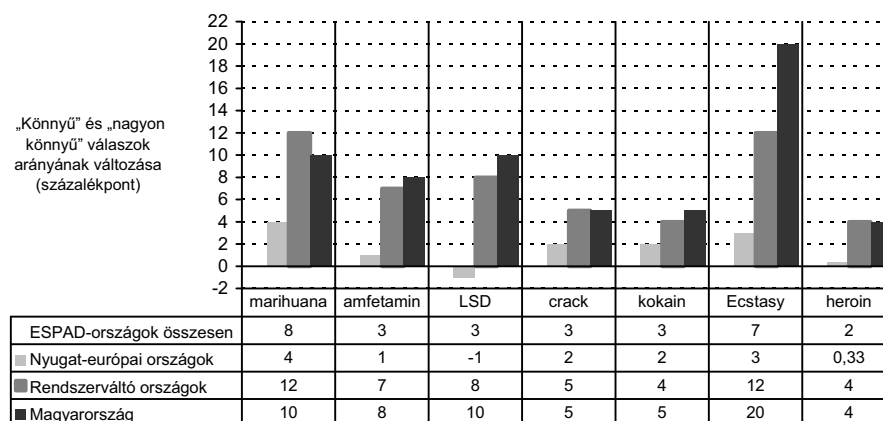
<sup>14</sup> A térképen szürke színnel jelölt országok nem vettek részt a kutatásban, a kék színnel jelölt országok adatai pedig bizonytalanok. A térképre beszúrt országok: Grönland és Izland.



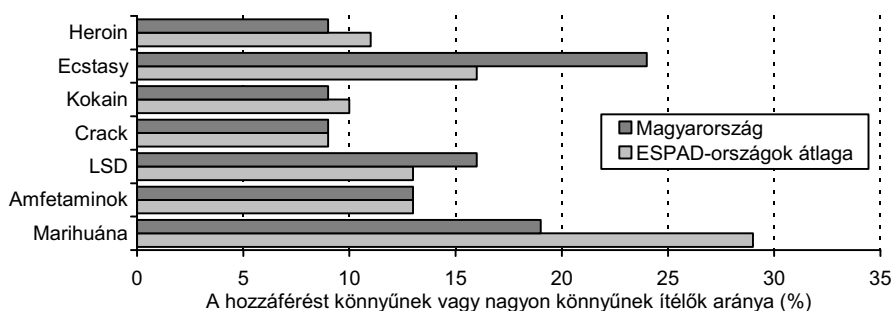
hasonlóan – a tiltott drogok többsége esetében csökkent a fogyasztást, különösképpen a kipróbálást nagyon veszélyesnek tartó diákok aránya (14. ábra, l. a 99. o.).

A veszélyeslézés tekintetében Magyarországon 1995 és 1999 között történt relatíve jelentős változások ellenére hazánkban, a vizsgált 10féle drogfogyasztói magatartás közül (lásd a 15. ábrán, l. a 99. o.) 8 esetében a kilencvenes évek végén is meghaladta az európai átlagot, a magatartást „nagyon veszélyesnek” tartók aránya (14. ábra).

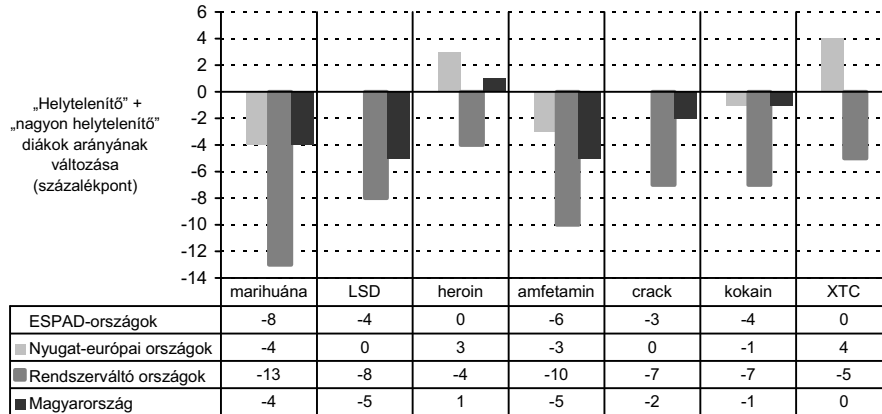
10. ábra. Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítéltők arányának átlagos változása (százalékpont) Európában, illetve a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban 1995 és 1999 között a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai (1997, 2000) alapján számított értékek)



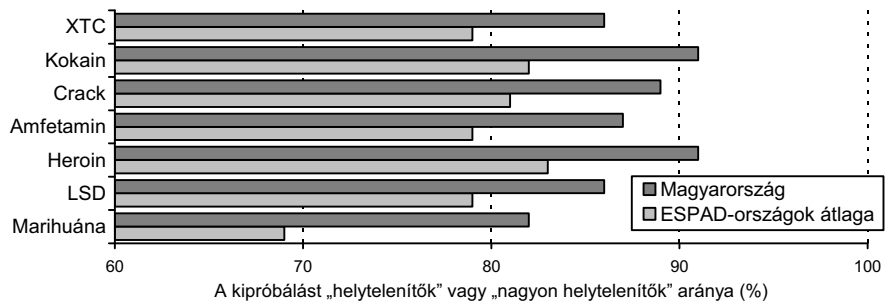
11. ábra. Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítéltők aránya (%) az ESPAD-országokban átlagosan és Magyarországon, 1999-ben a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai, 2000 alapján)



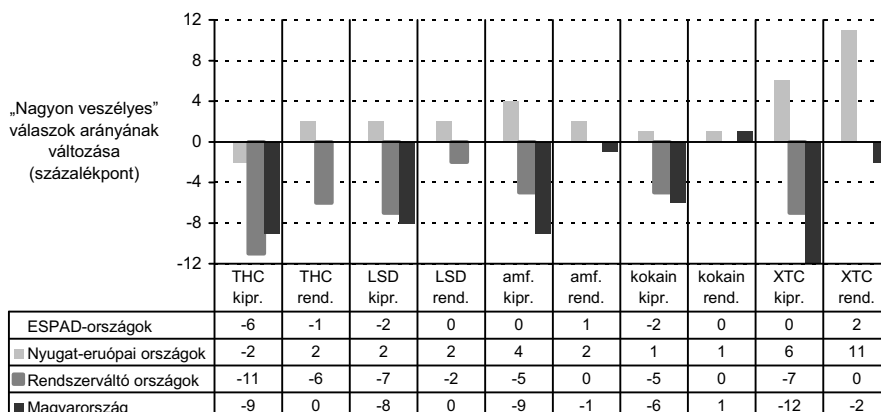
12. ábra. A különböző tiltott drogok kipróbálását „helytelenítő” vagy „nagyon helytelenítő” diákok arányának százalékpontos változása 1995 és 1999 között Európában, ill. a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan, a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai (1997, 2000) alapján számított értékek)



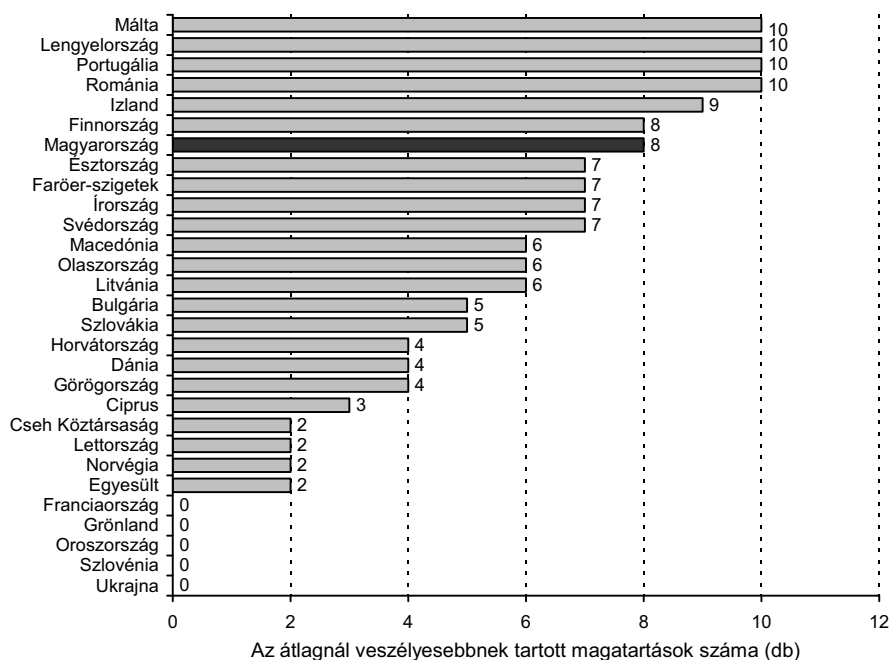
13. ábra. A különböző tiltott drogok kipróbálását „helytelenítő” vagy „nagyon helytelenítő” diákok aránya (%) az ESPAD-országokban átlagosan és Magyarországon, 1999-ben a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai, 2000 alapján)



14. ábra. Az egyes tiltott szerek fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartó diákok arányának százalékpontos változása 1995 és 1999 között Európában, ill. a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan, a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai, 1997, 2000 alapján számított értékek)



15. ábra. Azoknak a magatartásoknak a száma, ahol egyes tiltott szerek fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók aránya a 16 éves diákok körében 1999-ben meghaladta ESPAD-országok átlagát (Hibell és mtsai, 2000 alapján számított értékek)



## A NEMZETI STRATÉGIA POPULÁCIÓS ADATOKKAL KAPCSOLATOS CÉLTÉTELEZÉSEI

A NS (2000) valamennyi fő célkitűzése mentén – elsősorban hosszú távú célokhoz kapcsolódva – megjelennek olyan eredményességi mutatók, melyekhez a monitorozás eszközeit a populációs vizsgálatok (is) szolgáltatják. Ezek a célok részben a NS végső céljait jelenítik meg, részben pedig olyan átmeneti/közbenső célokat, melyek a drogfogyasztás befolyásolásának modelljei, illetve a Stratégia készítésekor ezekről meglévő tudásunk alapján hozzájárulnak a Stratégia végső célkitűzéseinek érvényesüléséhez. Az egyes célokat és a populációs vizsgálatok adatai alapján hozzájuk kapcsolható monitorozási mutatókat az 1. táblázatban foglaljuk össze.

Az egyes monitorozási eszközöket, mutatókat táblázatunkban hozzárendeljük a Stratégia célkitűzéseire, mindazonáltal ezt elsősorban az alkalmazott mutatók áttekinthetősége okán tesszük. Ehelyütt is szeretnénk hangsúlyozni azonban, hogy ahhoz, hogy tendenciák alakulásában a kvantitatív indikátorok jellegének megfelelően számszerűen kimutathassuk a NS megvalósítása során végzett tevékenységek szerepét, jóval hosszabb időszakot, és/vagy jóval több vizsgálati pontot kellene elemeznünk annál, mint amit a rendelkezésre álló adatok, illetve a probléma befolyásolására irányuló intézkedések idő dimenziója lehetővé tesz. Ha ez lenne a célunk, az 1. táblázatban nem lenne elegendő csak célkitűzéseket megfogalmaznunk, hanem azokhoz intézkedéseket kellene rendelnünk, ezen intézkedések és a monitorozási mutatók kapcsolatának megmutatkozását remélve. Azonban, mint azt a bevezetőben ismertetett korlátok között említettük, egy, a pre-stratégiai időszakkal együtt is maximum 10-12 éves időszakot – de a lakossági vizsgálatok esetében mindössze 6 évet – felölelő, s ez alatt indikátoronként 3-3 vizsgálati pontra vonatkozó adatok alapján nem tudunk olyan matematikai elemzéseket végezni, melyek a változások okainak, s ezek között a NS szerepének azonosítására alkalmasak volnának. Ehelyett a következő részben leíró jellegű megállapításokat teszünk a stratégiai időszakban a monitorozás – elviekben alkalmazható – populációs mutatóinak alakulásáról, illetve – szintén leíró jelleggel – áttekintjük azt, hogy a stratégiai időszakban Magyarországon tapasztalt változások mennyiben képezik le a nemzetközi tendenciákat, illetve mennyiben térnek el azoktól. Mindezt azért tesszük, mert az összehasonlító elemzés az a lehetséges értelmezési keret, melynek révén adataink releváns értelmezést nyernek.

1. táblázat. A populációs adatok alapján vizsgálható eredményességi mutatók és a Nemzeti Stratégiában megfogalmazott célkitűzések kapcsolódása

A nemzeti stratégia fő célkitűzései	Hosszú távú célok	Középtávú célok	Populációs adatok alapján vizsgálható eredményességi mutatók
A társadalom váljon érzékenyebbé a drogtünetek hatékony kezelésére iránt...	„A drogproblémák kezelése iránt érzékenyebb ... közösségek kialakulása” (NS 50. old.)		Lakossági attitűdmutatók változása A drogprobléma kezelésével kapcsolatos lakossági vélekedések változása
Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszatartására.	„Csökkenteni a droghasználók számának növekedési ütemét, és elérni, hogy az emelkedő tendencia megforduljon.” (NS 71. old.) „Csökkenteni a drogokat kipróbálók számát.” (NS 71. old.) „... az első alkalommal használók átlag-életkora az utóbbi években csökken. Ezt a tendenciát nagyon fontos megfordítani” (NS. 71. old.) „A fiatalok számára ne legyen ...elfogadott a droghasználat...” (NS 72. old.)	„Fokozódjék a fiatalok droggokkal és a használat következményeivel kapcsolatos tudása, a drogokkal kapcsolatos ... negatív (elutasító) attitűdje.” (NS 73. old.)	Prevalenciairétekek változása Új belépők arányának alakulása Első droghasználat életkorának alakulása Drogfogyasztás helytelenítésével, ill. veszélyeinek észlelésével kapcsolatos mutatók alakulása
Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat.	„Megállítani és visszafordítani a drogproblémákkal küzdők számának emelkedését. ... Hosszabb távon ... a droghasználat növekedési ütemének csökkentését, megállítást, sőt a trend megfordítását tűzzük ki célul.” (NS. 83. old.)	A droghasználók egészségügyi kezelésnek társadalmi... elfogadottságának növekednie kell.” (NS 84. old.)	A drogfogyasztás okozta problémák előfordulásának alakulása az általános népességbe tartozó droghasználók körében A drogprobléma kezelésével kapcsolatos lakossági vélekedések változása Kilépők arányának alakulása
Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét.	„Csökkenteni az illegitím és visszaélésre használt szerekhez való hozzáférést” (NS 101. old.)		Különböző drogok hozzáférhetőségével kapcsolatos percepciók változása

## A NEMZETI STRATÉGIA CÉLKITŰZÉSEIVEL KAPCSOLATOS POPULÁCIÓS ADATOK ALAKULÁSA A STRATÉGIAI IDŐSZAKBAN

A következőkben a populációs adatok mentén a NS megvalósítási időszakában megjelenő tendenciákat tekintjük át a – Stratégia céljaihoz kapcsolható – alábbi mutatók mentén:

- Elterjedtségi mutatók: különböző idejű prevalenciaértékek, új belépők és kilépők aránya.
- Első droghasználat életkora.
- Tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége.
- Drogfogyasztással, drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök.
- A drogfogyasztás okozta problémák előfordulása.

### A POPULÁCIÓS ADATOKBAN JELENTKEZŐ HAZAI TENDENCIÁK A 2000–2007 KÖZÖTTI IDŐSZAKBAN

A társadalom egészségének drogérintettségéről leginkább átfogó, általános képet – az információk közvetlen jellegén túlmenően a társadalom egészségének lefedésére leginkább törekvő kiterjedt célpopuláció miatt – a felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján készült drogepidemiológiai vizsgálatok tudnak adni. A stratégiai időszakban Magyarországon három alkalommal készült ilyen kutatás: 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b; Paksi és Elekes, 2004; Paksi és mtsai, 2007), így ezen adatok segítségével gyakorlatilag a teljes stratégiai időszakot felölelő tendenciákat tudunk bemutatni.

A drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályban, a stratégiai időszakban 2003-ban (Elekes és Paksi, 2003a, 2003c) és 2007-ben készültek a középiskolások országos reprezentatív mintáján az ESPAD-program részeként drogepidemiológiai vizsgálatok Magyarországon. Sajnálatos módon azonban a 2007-es adatfelvétel eredményei közül a tanulmány megírásának időpontjában csak a fővárosi adatok kerültek publikálásra, így az ESPAD-adatok alapján országos tendenciák csak a középtávú stratégiai célokhoz rendelkezhetők, és a 2006-ig terjedő HBSC-adatok alapján ez a hiányosság korlátozott mértékben pótolható.<sup>15</sup> A fővárosban – 2000-ben, 2002-ben, 2003-ban, 2005-ben és 2007-ben – készült ESPAD-standard adatfelvételek (Elekes és Paksi, 2000a; Paksi, 2002;

<sup>15</sup> A HBSC-adatok alapján csak a 2002–2006 közötti időszakot tudjuk elemezni, mivel – a HBSC vizsgálatok ugyan ESPAD-standard kérdésekkel dolgoznak, de – a 2002-es HBSC adatok és a 2003-as ESPAD-adatok összehasonlítása azt jelzi, hogy – vélhetően a vizsgálatok tematikájának eltérései okán – a két kutatási program keretében kapott eredmények egymással csak korlátozott mértékben hasonlíthatók össze (Aszmann, 2003).

Paksi és Elekes, 2003, 2005; Elekes 2007) azonban a teljes stratégiai időszakra vonatkozó részletes vizsgálódást tesznek lehetővé.

*A drogfogyasztás elterjedtségének (prevalenciaértékek, új belépők aránya) változása a stratégiai időszakban Magyarországon*

A 18–53 éves népesség körében a tiltott drogok életprevalencia-értéke 2001 és 2003 között 7,5%-ról 11%-ra növekedett (2. táblázat). Emellett kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy a közelmúltban (a vizsgálatot megelőző évben) használók, illetve a valaha fogyasztókon belül az új belépők aránya is emelkedett, ami azt jelzi, hogy az ezredforduló első éveiben a felnőtt populáció körében mutatkozó érintettség növekedés nemcsak a nagyobb érintettségű fiatal korosztályok felnőtté válása folytán, egy korábbi tendencia begyűrűzéseként történt, hanem a stratégiai időszak első éveiben aktuálisan is növekedett a társadalom drogérrintettsége (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b; Paksi, 2007b).

2. táblázat. Tiltott drogok összesített prevalenciaértékei, illetve a folyamatos fogyasztási ráta, valamint a kilépők aránya 2001-ben 2003-ban és 2007-ben országosan a 18–53 éves felnőtt népesség körében (Paksi és Arnold, 2007)

	2001		2003		2007		
	mért értékek (%)	hibahatár <sup>16</sup>	mért értékek <sup>17</sup> (%)	hibahatár	mért értékek (%)	hibahatár	
Életprevalencia	7,5	±0,6	11,1	±0,7	11,2	±0,7	
Éves prevalencia	2,8	±0,4	3,9	±0,4	3,1	±0,4	
Havi prevalencia	1,3	±0,3	1,4	±0,2	1,1	±0,2	
Absztinens	92,5	±0,6	88,9	±0,7	88,8	±0,7	
Folyamatos fogyasztási ráta	38,5	±4,4	38,1	±3,2	27,7	±3,0	
ebből	folyamatos fogyasztási ráta új belépők nélkül	35,2	±4,3	31,4	±3,1	23,8	±2,9
	új belépők aránya	3,3	±1,6	6,6	±1,7	3,9	±1,3
A leállt fogyasztók aránya	61,5	±4,4	61,9	±3,2	72,3	±3,0	

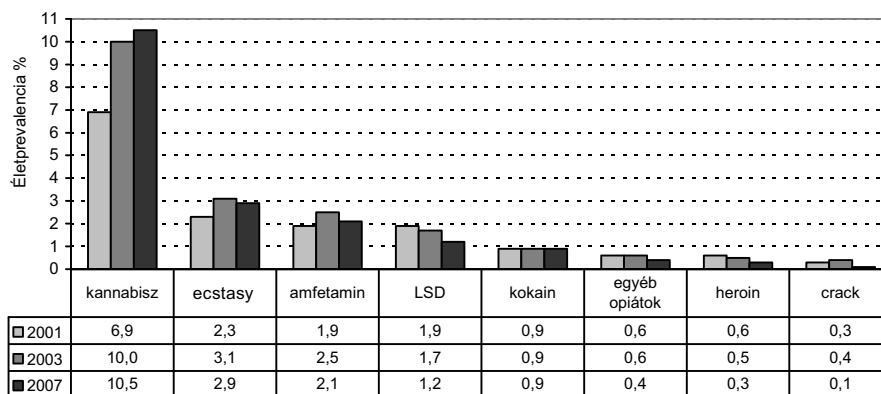
<sup>16</sup> A táblázatban a hibahatárt 68%-os megbízhatósági szinten adtuk meg, ami azt jelenti, hogy az esetek 68%-ában a populációban jellemző tényleges érték a mért értéknek a hibahatár által meghatározott környezetében helyezkedik el. 95%-os megbízhatósági szint mellett a hibahatár a táblázatban feltüntetett érték kétszerese.

<sup>17</sup> A hibahatárt meghaladó változásokat a táblázatban kiemeltük.

A stratégiai időszak második felében azonban ez a tendencia nem folytatódott. 2003 és 2007 között a felnőtt népességben nem változott azok aránya, akik valaha az életük során használtak valamilyen tiltott drogot, sőt, kétharmados biztonsággal azt állíthatjuk, hogy a valaha használók közül kedvező folyamatok indultak el: csökkent a folyamatos használók, és növekedett a leállt fogyasztók (kilépők) aránya. Mindez azt eredményezte, hogy az elmúlt évben használók aránya csökkent a populációban (Paksi és mtsai, 2007; Paksi és Arnold, 2007).

A tiltott drogok életprevalencia-értékének a stratégiai periódus első felében lezajlott növekedése elsősorban a marihuána életprevalencia-értékének növekedéséből adódott<sup>18</sup> (16. ábra), emellett 68%-os biztonsággal azt mondhatjuk, hogy – a szerstruktúra korábban is második-harmadik helyén álló két szer – az Ecstasy és az amfetamin esetében is növekedés történt. A stratégia időszak második szakaszában – az LSD esetében tapasztalt csökkenésen kívül – a szerenkénti prevalenciaértékben sem történt szignifikáns változás.

16. ábra. Az egyes tiltott drogok életprevalencia-értékének változása 2001 és 2007 között a 18–53 éves népesség körében (a válaszolók százalékában) (Paksi és Arnold, 2007)



A 10. évfolyamos középiskolások körében a stratégiai periódus országos vizsgálatokkal lefedhető 1999 és 2003 közötti, első szakaszában – a felnőtt népességben megfigyelt tendenciákhoz hasonlóan – növekedett a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás (tiltott drogok és/vagy inhalánsok) életprevalencia-értéke: 19,2%-ról 26,5%-ra. Ez a fiatal populációban is a marihuánafogyasztás növekedésének volt

<sup>18</sup> A marihuána/hasis esetében az életprevalencia növekedését 95%-os biztonsággal állíthatjuk.



betudható, a többi szer esetében stagnálás, illetve az LSD esetében az életprevalencia-érték valamelyes csökkenése volt tapasztalható (Elekes és Paksi, 2003c).

A fiatal korosztályban a stratégiai periódus második szakaszára vonatkozó populációs adatok tendenciái azonban kevésbé egyértelműek.

- Tekintettel arra, hogy a drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából a legnagyobb kitétségű – ezáltal a társadalom érintettségi tendenciáit leginkább meghatározó – középiskolás korosztályban lezajló változások a felnőtt népesség életprevalencia-értékében csak a fiatal korosztályok felnőtt korba lépésekor – tehát késleltetve – jelentkeznek, a felnőtt populációban a stratégiai időszak második felében, az életprevalencia-értékekben tapasztalt stagnálás azt valószínűsíti, hogy a 18 évesnél fiatalabb populációkban a trendmódosulás már korábban bekövetkezett, azaz a növekedési időszak már 2003 előtt, (a 16 éves populációban feltételezhetően 2001 tájékán) lezárult<sup>19</sup>.
- A 2002-es és 2006-os HBSC kutatás publikált adatai alapján is csak igen korlátozott biztonságú becslések fogalmazhatók meg az iskoláskorú populációban a stratégiai periódus második felében lezajlott változások tekintetében. „A négy évvel ezelőtti vizsgálat ... prevalenciaértékei bizonyos esetekben magasabbak [mint a legfrissebb 2006-os értékek]. ... Amennyiben az adatokat nem tisztítjuk,<sup>20</sup> az együttes szerfogyasztás életprevalencia-értéke 30,6%, a kannabiszfogyasztás pedig 22,5% lesz. Ha a négy évvel ezelőtti adatokat az utóbbi értékekkel hasonlítjuk össze, növekedés tapasztalható az összes drogfogyasztás életprevalenciájának vonatkozásában.” (Kovacsics és Sebestyén, 2007).

3. táblázat. Egyes tiltott drogok életprevalencia-értéke 2002-ben és 2006-ban a 9–11. évfolyamos diákok körében (%) (Németh, 2007)

	2002	2006
Kannabisz	19,8	17,3 (22,5) <sup>21</sup>
Ecstasy	4,3	6,1
Amfetamin	3,6	5,7
Tiltott és legális szerek visszaélészerű használata	24,3	20,3 (30,6)

<sup>19</sup> A felnőtt népességre vonatkozó adatok alapján a 18 év alatti korosztályban valószínűsíthető trendmódosulás lehetett stagnálás, vagy inkább a felső életkori korláttal rendelkező lakossági vizsgálatokban az alacsonyabb érintettségű, idősebb korcsoportok kilépése okán inkább kismértékű csökkenés.

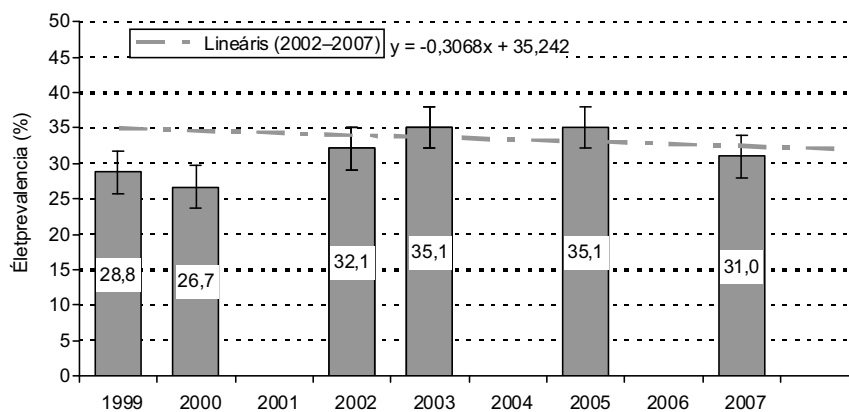
<sup>20</sup> A 2006-os kutatás során változott az adattisztítás módszere.

<sup>21</sup> A zárójelben lévő érték a 2002-es metodikával számított 2006-os adat.

- A budapesti középiskolások körében végzett ESPAD-standard vizsgálatok (Elekes és Paksi, 2000a, 2000b; Paksi, 2002; Paksi és Elekes, 2003, 2005; Elekes, 2007) alapján szintén több féle olvasata is adható a változásoknak:
  - a) Az egyik lehetséges – és rátekintésre talán a leginkább kézenfekvő – olvasat szerint a 1999–2003 közötti időszakban növekedett a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia-értéke a fővárosi 10. évfolyamos diákok körében.<sup>22</sup> Ez után 2003 és 2005 között az életprevalencia értéke nem változott, majd – a 2007-es országos ESPAD-vizsgálat fővárosi adatai alapján – az évtized második felében kétharmados biztonsággal egy csökkenő trend vette kezdetét a fővárosban.
  - b) Egy másik értelmezés szerint azonban az is lehetséges, hogy az 1999 és 2003 közötti periódusra mért növekedés valójában rövidebb időszak alatt, 2001-ig lezajlott, majd ezt követően nem változott, vagy kismértékben csökkent a középiskolás populáció drogérzékenysége. A 17. ábrán szereplő, a 2002–2007 közötti időszak adataira felrajzolt, alacsony (–0,3-as) meredekségű lineáris trendvonal ezt – a felnőtt populáción mért adatokkal harmonizáló – feltételezést ábrázolja.

A drogfogyasztás trendjének alakulását a középiskolás populációban is mindvégig a kannabisz-származékok fogyasztásának elterjedtsége határozta meg, s emellett

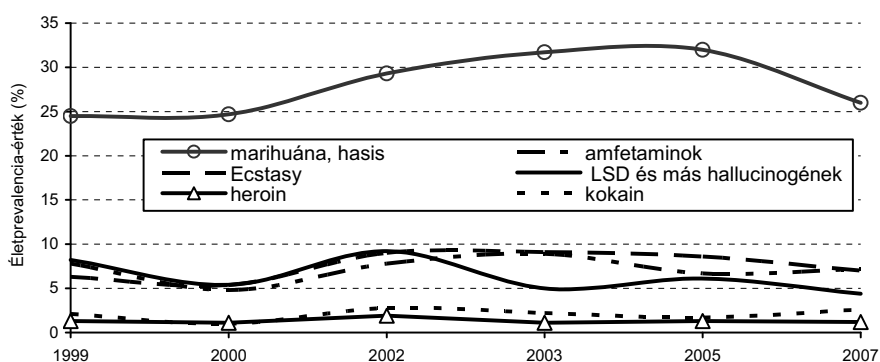
17. ábra. A tiltott drogok és inhalánsok összesített életprevalencia-értékének alakulása 1999 és 2007 között, a 10. évfolyamos fővárosi középiskolások körében (Paksi, 2007b; Elekes, 2007)



<sup>22</sup> Az 1999–2003 közötti időszakra felrajzolt lineáris trendvonal az egyes években mért értékek hibahatárán belül húzódik. Ez az egyes évek ingadozásai ellenére azt jelenti, hogy ebben az időszakban a növekedés viszonylag egyenletesen ment végbe.

a stratégiai időszak elején (2002-ben) a szintetikus partydrogok esetében mutatkozott hibahatáron túli növekedés (Paksi és Elekes, 2003c; Paksi, 2007b; Elekes, 2007). A többi szer esetében csak hibahatáron belüli ingadozások figyelhetők meg az életprevalenciákban (18. ábra).

18. ábra. A szerenkénti életprevalencia-értékek tendenciái 1999 és 2009 között, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében (Paksi, 2007b, Elekes, 2007)

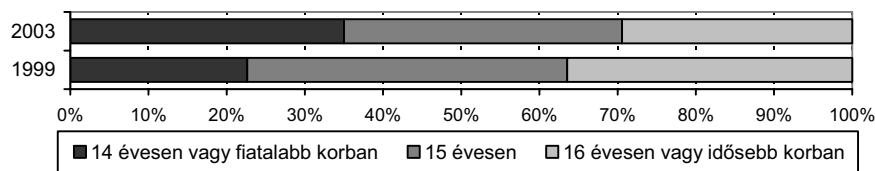


Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a stratégiai periódus első felében a magyar társadalom drogérinthettségének növekvő tendenciája a stratégiai időszak második felében nagy valószínűséggel nem folytatódott. Mindazonáltal fentiekben a stratégiai időszak második felében vázolt, inkább a stagnálás vagy az csökkenés irányába mutató tendenciák általában az országra, illetve a fővárosra vonatkozó becslések. Ugyanakkor kötelességünk megemlíteni, hogy létezhetnek olyan térségek, városok, ahol ettől eltérő tendenciák érvényesülnek. Erre vonatkozó tapasztalatok mutatkoztak egy vidéki városban készült, 4 vizsgálati időpont alapján 13 év (1993–2006) változásait nagy vonalakban láttató vizsgálat sorozat adatai alapján, ahol a tiltott drogok elterjedtségének az elmúlt 13 évben mutatkozó változó ütemű, de folyamatos emelkedését mértük (Paksi, 2007c).

#### *Első droghasználat életkorának változása a stratégiai időszakban Magyarországon*

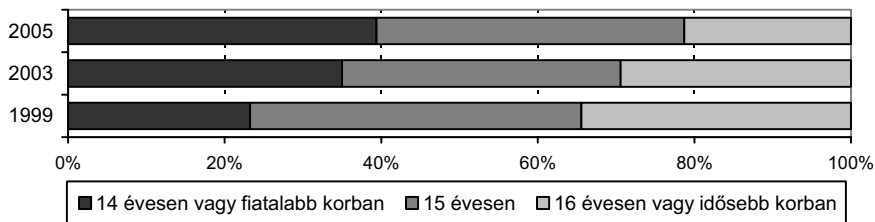
A felnőtt populációra vonatkozó adatok alapján a stratégiai periódusban az első droghasználat átlagéletkora nem változott szignifikánsan: 2001-ben 19,9; 2003-ban 19,8; 2007-ben pedig 20,3 volt. Az e tekintetben érzékenyebb mérőeszközként szolgáló országos középiskolás vizsgálatok alapján viszont a stratégiai időszak első felében az első droghasználat korábbi életkorra tolódását tapasztaltuk (19. ábra).

19. ábra. Az első tiltott droghasználat életkorának változása a 1999 és 2003 között országosan (a 10. évfolyamos drogfogyasztók százalékában) (Elekes és Paksi, 2003c)



A fővárosi diákok körében készült kutatások alapján pedig azt valószínűsíthetjük, hogy e tekintetben a kedvezőtlen változások a stratégiai időszak második felére is átnyúltak (20. ábra). 2005-ben a fővárosi 10. évfolyamos középiskolások között azok, akik fogyasztottak valaha valamilyen tiltott drogot, túlnyomórészt 15 éves korukra túljutottak az első használaton, és tíz fogyasztóból négyen 14 évesen vagy annál fiatalabb korban használtak először valamilyen drogot.

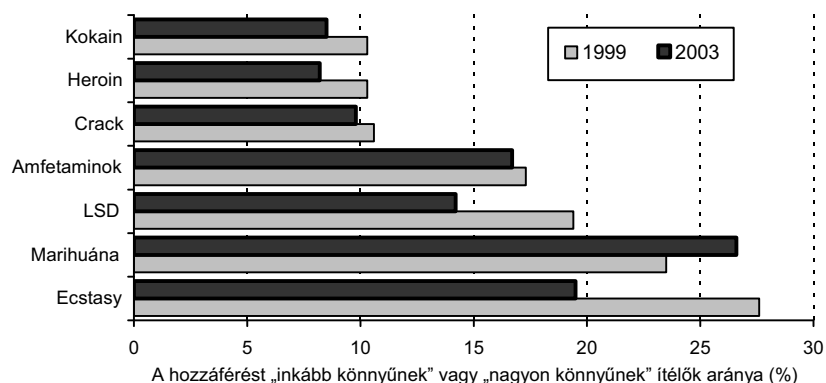
20. ábra. Az első tiltott droghasználat életkorának változása a 1999 és 2005 között Budapesten (a 10. évfolyamos drogfogyasztók százalékában) (Paksi és Elekes, 2005)



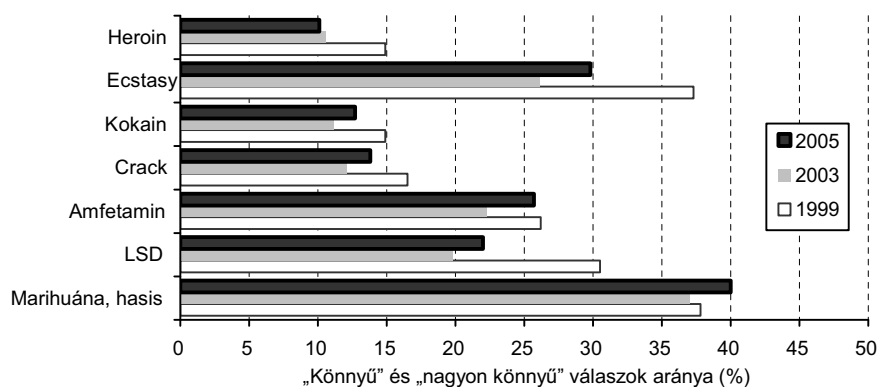
*Különböző drogok hozzáférhetőségével kapcsolatos vélekedések változása a stratégiai időszakban Magyarországon*

A 10. évfolyamos középiskolások körében a stratégiai periódus országos vizsgálatokkal lefedhető 1999 és 2003 közötti első szakaszában a különböző tiltott drogok hozzáférést „inkább könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” érzékelő diákok aránya Magyarországon a marihuána kivételével csökkent (21. ábra). Az LSD és az Ecstasy esetében a csökkenés egyértelműen szignifikáns ( $p < 0,05$ ), a többi szer esetében pedig csak tendencia jellegű. A szerek észlelt hozzáférési sorrendje is megváltozott: a legkönnyebben hozzáférhető tiltott drognak a stratégiai periódus közepén ismét a marihuána mutatkozott a diákok körében.

21. ábra. Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítéltők aránya (%) országosan 1999 és 2003 között a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 2003c)



22. ábra. Az egyes tiltott szerek hozzáférését „könnyűnek”, vagy „nagyon könnyűnek” ítéltők aránya (%) Budapesten 1999 és 2005 között a 10. évfolyamos diákok körében (Elekes és Paksi, 2000a, 2005; Paksi és Elekes, 2003)



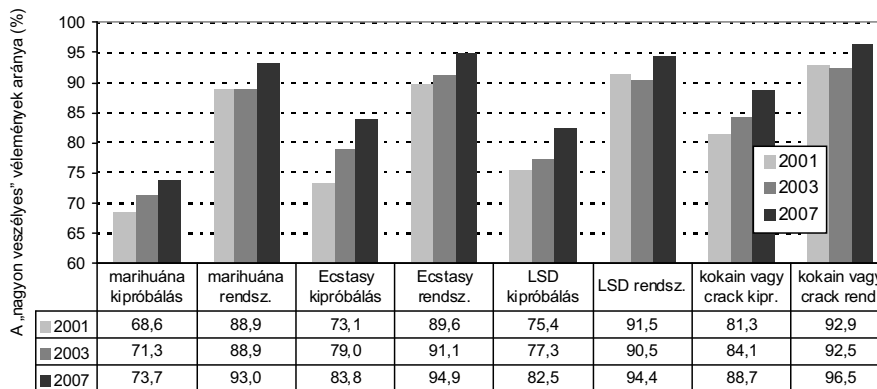
A budapesti diákoknak a tiltott drogokhoz való hozzáférésre vonatkozó percepciója rendre meghaladta az országosan jellemző értékeket, s a stratégiai periódus első felében megfigyelhető tendenciák is valamelyest eltérőek (míg országosan a marihuána hozzáférhetőségét „könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” tartó diákok aránya növekedett, a fővárosban ezt nem tapasztaltuk). Emiatt a 2003 utáni fővárosi tendenciák is csak korlátozottan képesek tudósítani az országban e tekintetben bekövetkezett változásokról. Mindazonáltal a fővárosi adatok alapján a korábbi – a szerek többsége esetében a hozzáférés csökkenésével leírható – tendencia

2003 és 2005 között megállni (az elmozdulások többsége hibahatáron belüli), az amfetamin és az Ecstasy esetében pedig kétharmados biztonsággal megfordulni látszik (22. ábra).

*Drogfogyasztással, drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök változása a stratégiai időszakban Magyarországon*

A különböző drogfogyasztó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelés a magyarországi felnőtt lakosság körében 2001 és 2007 között – az Ecstasy-kipróbálás kivételével döntően a stratégiai periódus második felében – szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) növekedett (23. ábra). A különböző szerek, illetve a különböző gyakoriságú szerhasználó magatartások megítélése tekintetében nem történ a differenciálás fokozódása irányában mutató elmozdulás. A különböző tiltott drogok veszélyessége – különösen a rendszeres használat esetében – a felnőtt lakosság gondolkodásában mindvégig meglehetősen egybemosódik. A különböző gyakoriságú fogyasztói magatartások veszélyességének megítélése tekintetében pedig a periódus egészében konzekvens, de valamelyest csökkenő (az egyes szerek rendszeres fogyasztása és kipróbálására vonatkozó veszélyészlelések átlagos különbsége a 2001-es 16%-ról 2007-ra 12%-ra csökkent) különbségtétel figyelhető meg.

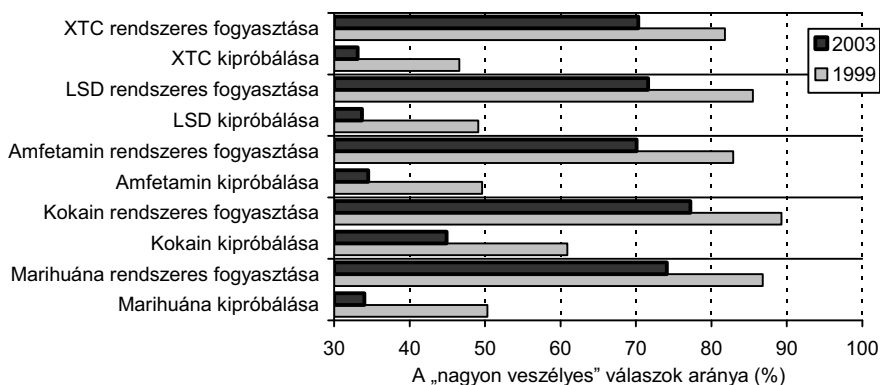
23. ábra. Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók arányának változása 2001 és 2007 között a 18–53 éves népességben (%) (Paksi és Arnold, 2009b)



A veszélyészlelés tekintetében a középiskolás korosztályban a stratégiai periódus első felében a felnőtt népességben a tapasztalttól eltérő változások zajlottak. Míg a felnőtt népességben kismértékben növekedett a különböző szerhasználó magatartások veszélyeinek észlelése, addig a fiatal korosztályban minden szer esetében

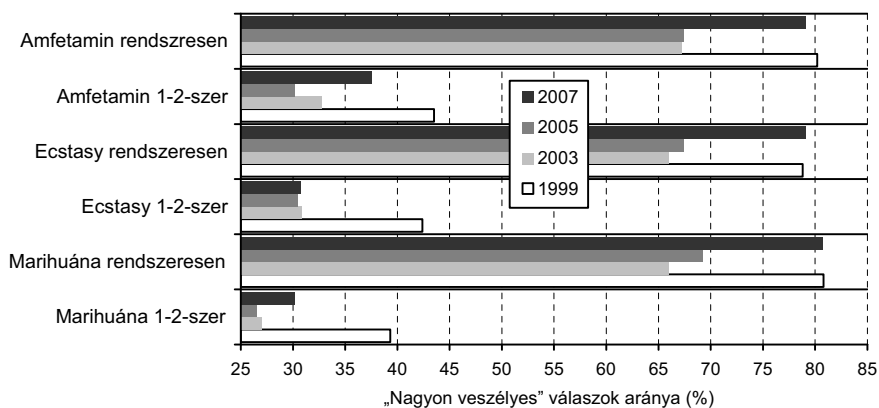
jelentősen csökkent a kipróbálást és a rendszeres fogyasztást „nagyon veszélyesnek” tartók aránya (24. ábra).

24. ábra. Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók arányának változása 1999 és 2003 között országosan a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 2003c)



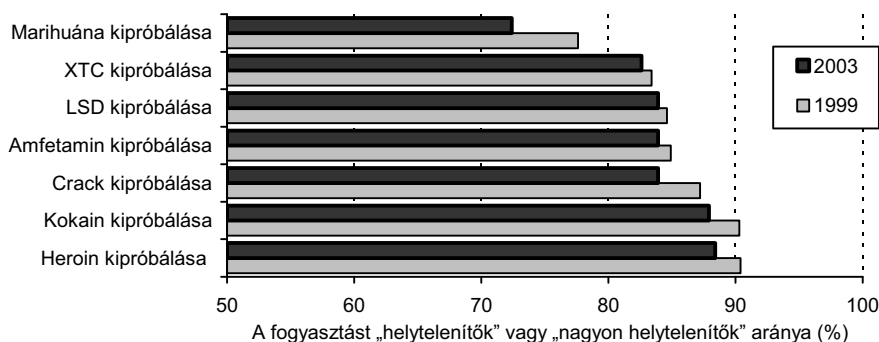
A fővárosi diákok körében a stratégiai periódus első felében az országgal harmonizáló változások történtek, majd a 2007-es adatok azt jelzik, hogy ez a veszélyészlelés csökkenésével leírható tendencia a szerek többsége esetében 2005 után megfordult, és a stratégiai periódus végén a szerek rendszeres fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés megegyezik a periódus kiinduló értékeivel, s az Ecstasy kivételével a kipróbálással kapcsolatos veszélyészlelés is fokozódott (25. ábra).

25. ábra. Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók arányának változása 1999 és 2007 között Budapesten, a 10. évfolyamos középiskolások körében (%) (Elekes, 2007)



A középiskolások körében a stratégiai periódus első felében a különböző drogok kipróbálását helytelenítők aránya – a marihuána és a crack kivételével, ahol hibahatáron túli csökkenés ( $p < 0,05$ ) mutatkozott – nem változott szignifikánsan (26. ábra). A marihuána kipróbálásának helytelenítése ennek következtében a stratégiai időszak közepén már jelentősen elkülönül az egyéb drogokkal kapcsolatos vélekedésektől, azonban más drogokkal kapcsolatban továbbra is alacsony differenciálás volt megfigyelhető. A fiatalok döntő többsége (több mint négyötöde) a stratégiai periódus közepén is helyteleníti bármilyen egyéb drog kipróbálását.

26. ábra. Az egyes tiltott szerek kipróbálását „helytelenítők” vagy „nagyon helytelenítők” arányának változása a 1999 és 2003 között országosan a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 2003c)



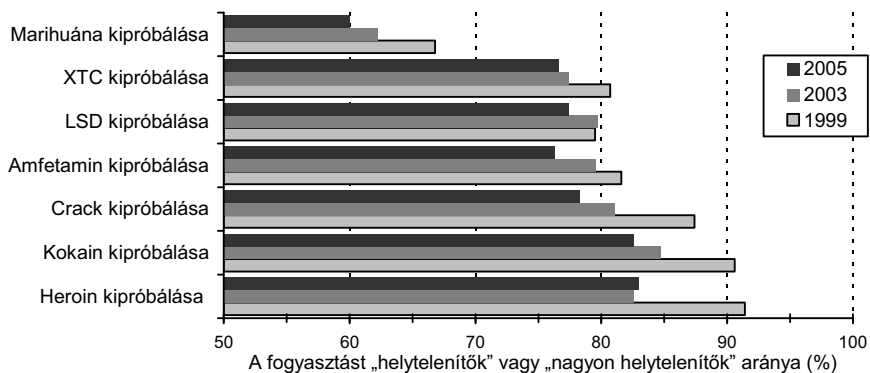
A budapesti droghasználó diákok körében a stratégiai periódus első felében megfigyelhető tendenciák eltérőek az országostól: a fővárosban 1999 és 2003 között – különösen a stratégiai periódust megelőzően leginkább elutasított drogok esetében – csökkent a helytelenítők aránya, majd 2003 és 2005 között már csak az amfetamin és a crack esetében tapasztaltunk a csökkenés irányába mutató tendenciát (27. ábra). Azonban a stratégiai periódus első felében országosan és a fővárosban tapasztalható eltérő tendencia miatt a 2003 utáni fővárosi elmozdulások csak korlátozottan képesek tudósítani az országban e tekintetben bekövetkezett változásokról.

A felnőtt népességben folyamatosan megjelenő nagyfokú veszélyérzet, s – különösen a rendszeres fogyasztással kapcsolatban – a vélemények alacsony differenciáltsága nyomot hagy a drogfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi attitűdök minden aspektusán.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> A stratégiai periódus elején végzett elemzéseink (Paksi, 2003) azt mutatták, hogy a drogfogyasztással kapcsolatos veszélyérzetek intenzitását kifejező index szignifikáns összefüggést mutat minden más attitűdelemmel.



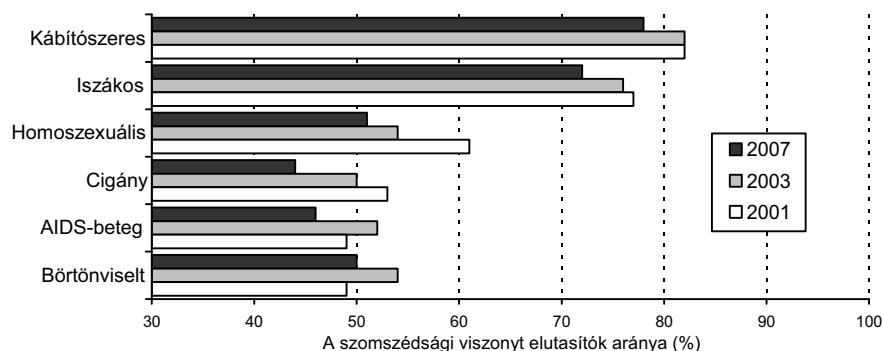
27. ábra. Az egyes tiltott szerek kipróbálását „helytelenítők” vagy „nagyon helytelenítők” arányának változása 1999 és 2005 között Budapesten a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 2003c; Paksi és Elekes, 2005)



A stratégiai periódusban – más társadalmi csoportok kontextusában – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot mindvégig a kábítószer-fogyasztók képezték (28. ábra). A kábítószer-fogyasztókkal szemben tartott társadalmi távolság tekintetében 2001 és 2007 között csak minimális csökkenés volt tapasztalható a magyar társadalomban, s más társadalmi csoportokhoz viszonyítva sem kerültek kedvezőbb helyzetbe a kábítószer-fogyasztók.

A drogfüggőket a felnőtt népesség leginkább „betegnek” tartja, azonban ezen vélemény aránya szignifikánsan (2001 és 2003 között  $p < 0,001$ ) csökkenő tendenciát mutat (4. táblázat). A következő leggyakoribb vélekedés szerint „beteg és bűnözők

28. ábra. A különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók („ellenezné” ill. „inkább nem” válaszok) arányának alakulása a 18–53 éves felnőtt népességben 2001 és 2007 között (%) (Paksi és mtsai, 2007)



is”, s e vélemény aránya némileg növekedett társadalomban. Emellett ugyan azok aránya is nőtt, akik „sem betegnek sem bűnözőnek” nem tekintik a drogfüggőket, de ez a hozzáállás a stratégiai periódus végén is csak ritkán jelenik meg.

4. táblázat. A „Véleménye szerint minek tekinthető inkább egy drogfüggő?” – kérdésre adott válaszok eloszlása (%) a 18–53 éves felnőtt népességben 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben (Paksi és Arnold, 2009b)

	2001	2003	2007
Inkább bűnözőnek	1,8	3,3	2,2
Inkább betegnek	68,5	62,4	61,3
Sem bűnözőnek, sem betegnek	4,9	7,4	7,4
Bűnöző és beteg is egyszerre	16,3	16,7	18,5
Nem tudja	8,5	10,1	10,7

A beavatkozási, problémamegoldási lehetőségek közül a felnőtt népesség által leginkább követendőnek tartott módozatokra vonatkozóan a Stratégia megvalósításának első periódusára vannak adataink. Ennek alapján a lehetséges beavatkozási módok közül a lakosság első helyre stabilan és növekvő arányban a „kábitószerkereskedők szigorúbb büntetését” helyezi (5. táblázat). Ez az egyetlen megoldás, melyben a társadalom döntő többségének a véleménye megegyezik. A második leg többek által választott, de már csak a megkérdezettek kétötöde által támogatott megoldás a „megelőző tevékenység javítása”, és csak ezt követi, jóval kisebb támogatottsággal – a lakosság csak valamivel több, mint egynegyede által követendő útnak tartott – „közösségek szerepének erősítése”. A különböző beavatkozási módok prioritás sorrendjében 2001 és 2003 között nem történt változás. Az egyes beavatkozási módok elfogadottsága azonban némileg változott: szignifikánsan nőtt azok aránya, akik a büntető igazságszolgáltatás területére tartozó megoldási módokat (a kereskedők, illetve a fogyasztók szigorúbb büntetését) látják követendő útnak, s kétharmados biztonsággal csökkent azoké, akik a közösségek szerepének erősítésében látják a megoldást.

A felnőtt népesség körében 2001–2007 közötti a represszív drogpolitikával való nagymértékű, s egyre határozottabb egyetértés volt jellemző. A társadalom túlnyomó többsége nem ért egyet („teljesen helyteleníti”, vagy „nagymértékben nem ért egyet”) sem a hasis vagy marihuána, sem a heroin fogyasztásának „megengedésével”, s igen alacsony szinten fogalmazódik meg a lakosságban a marihuána és a heroin közötti drogpolitikai különbségtétel is (6. táblázat).

5. táblázat. A kábítószer-fogyasztás csökkentésének különböző lehetséges módjai közül az egyes megoldásokat a leginkább követendő útnak tartók aránya (%) 2001-ben és 2003-ban a 18–53 éves felnőtt népességben (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b)

	2001	2003
Szigorúbban kellene büntetni a kábítószer-kereskedőket	69,5	73,2
Javítani kellene a felvilágosító, oktató, megelőző tevékenységet	39,2	40,6
A közösségek szerepét (családokat, társadalmi összefogást) kellene erősíteni	30,0	27,5
Javítani kellene a rendőrség munkáját	25,2	20,4
Szigorúbban kellene büntetni a kábítószer-fogyasztókat	16,4	20,4
Javítani kellene az egészségügyi intézmények munkáját	16,6	15,3

6. táblázat. A „Milyen mértékben ért egyet azzal, hogy az embereknek meg kellene engedni a marihuána (ill. a heroin) fogyasztását” – kérdésre adott válaszok eloszlása (%) a 18–53 éves felnőtt népességben 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben (Paksi és Arnold, 2009b)

	2001		2003		2007	
	marihuána, hasis	heroin	marihuána, hasis	heroin	marihuána, hasis	heroin
Teljesen egyetért	1,9	0,5	3,4	0,7	2,2	0,5
Nagymértékben egyetért	1,9	0,4	2,2	0,2	2,3	0,2
Egyet is ért, meg nem is	12,1	2,6	6,5	1,2	7,4	1,2
Nagymértékben nem ért egyet	10,4	7,3	5,9	4,2	7,3	4,6
Teljesen helyteleníti	73,8	89,3	81,9	93,8	80,8	93,5

A nagyfokú veszélyészleléssel, az erős félelmekkel (Elekes, Paksi és Lendvai, 2005) összhangban a felnőtt népesség négyötöde a stratégiai periódusban mindvégig úgy ítélte, hogy a társadalomnak „többet”, vagy „sokkal többet” kellene költeni a drogproblémák mérséklésére, megelőzve ezzel a jóval kiterjedtebb alkoholizmus vonatkozásában kapott arányokat (7. táblázat). Ugyanakkor tendenciájában a kábítószer-probléma mérséklésére fordítandó összeg növelése mellett lévők aránya a stratégiai periódus második felében szignifikánsan csökkent a társadalomban.

#### *A drogfogyasztás okozta problémák előfordulása*

A tendenciák értelmezésére lehetőséget adó populációs adattal e tekintetben csak a középiskolás populációra rendelkezünk. Az adat nem tévesztendő össze a problémás droghasználat EMCDDA (2004) definíciójával. A rendelkezésre álló adat

7. táblázat. „Mennyit kellene a társadalomnak költeni az alábbi problémák megelőzésére, mérséklésére?” – kérdésre adott „többet” vagy „sokkal többet” válaszok aránya (%) a különböző társadalmi problémák esetén a 18–53 éves felnőtt népességben, 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben (Paksi és Arnold, 2009b)

Társadalmi probléma	2001	2003	2007
Bűnözés	89,2 (60) <sup>24</sup>	92,8 (58)	86,9 (50)
Kábítószer-fogyasztás	82,7 (54)	84,7 (51)	79,6 (41)
Alkoholizmus	67,2 (28)	74,2 (36)	74,0 (36)

a drogfogyasztás miatt bekövetkezett különböző (összesen 14 féle) problémák (magatartási problémák, kapcsolati konfliktusok, iskolai feladatok ellátása során felmerülő nehézségek, rendőrségi problémák, áldozattá válás, ellátásba kerülés, szexuális kapcsolatban jelentkező következmények) előfordulási arányát mutatja a droghasználók körében. Ennek alapján a stratégiai periódus első felében nem változott a drogfogyasztás miatti problémák előfordulási aránya a középiskolás drogfogyasztók körében (8. táblázat). A különféle problémátípusok halmozódása tekintetében sem történtek szignifikáns elmozdulások.

8. táblázat. Drogfogyasztás miatti problémák száma a drogfogyasztók százalékában 1999-ben és 2003-ban a 9–10. évfolyamos középiskolások körében, országosan (Elekes és Paksi (2000a, 2003a) alapján)

	1999	2003
1 probléma	7,4	7,4
2 probléma	2,8	3,3
3–5 probléma	3,9	4,1
6 vagy több probléma	1,9	1,1
Előfordult valamelyik probléma	16,1	15,8

A budapesti droghasználó diákok körében a stratégiai periódus első felében megfigyelhető tendenciák eltérőek az országotól: a fővárosban 1999 és 2003 között a droghasználó diákokra vonatkozóan kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy növekedett a drogfogyasztás miatti problémák előfordulása (9. táblázat). A stratégiai periódus első felében országosan és a fővárosban tapasztalható eltérő tendencia miatt a 2003 utáni fővárosi elmozdulások csak korlátozottan képesek tudósítani az országban e tekintetben bekövetkezett változásokról. A 2003 és 2005

<sup>24</sup> Zárójelben a „sokkal többet” válaszok arányát tüntettük fel.

közötti a fővárosi adatok kétharmados biztonsággal kedvező irányú elmozdulást jeleznek, mindazonáltal a 2005-ben mért érték még meghaladja a stratégiai időszak előttit.

9. táblázat. Drogfogyasztás miatti problémák száma a drogfogyasztók százalékában 1999-ben, 2003-ban és 2005-ben a 9–10 évfolyamos középiskolások körében, Budapesten (Elekes és Paksi (2000a, 2003a) alapján)

	1999	2003	2005
1 probléma	9,5	8,8	7,7
2 probléma	3,4	6,0	4,6
3–5 probléma	3,9	7,2	6,2
6 vagy több probléma	1,6	1,5	1,7
Előfordult valamelyik probléma	18,2	23,3	20,1

#### A POPULÁCIÓS ADATOKBAN AZ EZREDFORDULÓT KÖVETŐEN MUTATKOZÓ EURÓPAI TENDENCIÁK

A 2000–2007 közötti hazai tendenciák Európa más országaiban lezajlott változásokkal való összehasonlítása során lehetőségeink sajnos korlátozottak. A nemzetközi kontextuálásra – a minden lépésében standardizált volta miatt – leginkább alkalmas ESPAD-vizsgálatok adatai mentén – mivel a 2007-es kutatás nemzetközi összefoglalója ez idáig nem jelent meg – egyelőre csak 2003-ig tudjuk követni a változásokat (Hibell és mtsai, 2000, 2004). A felnőtt populációban történő összehasonlítás során pedig a vizsgálatok alacsony száma, a különböző országokban eltérő adatfelvételi évek, az adatfelvételek, és a feldolgozás kevésbé standardizált metodikája szűkíti be lehetőségeinket, valamint az, hogy az EMCDDA Statistical Bulletinjeiben (Statisztikai Közleményekben), továbbá az EMCDDA számára készített országjelentésekben szereplő adatok csak a vizsgálatok főbb eredményeire koncentrálnak.

#### *A drogfogyasztás elterjedtségének alakulása 1999 után Európában*

A 16 éves populációban 1999 és 2003 között a 28 ESPAD-ország<sup>25</sup> egyharmadában (Cseh Köztársaság, Írország, Grönland, Szlovákia, Izland, Horvátország, Bulgária, Portugália és Magyarország)<sup>26</sup> egyértelműen növekedett a tiltottdrog-fogyasztás

<sup>25</sup> A mindkét kutatásban egyaránt részt vevő országok.

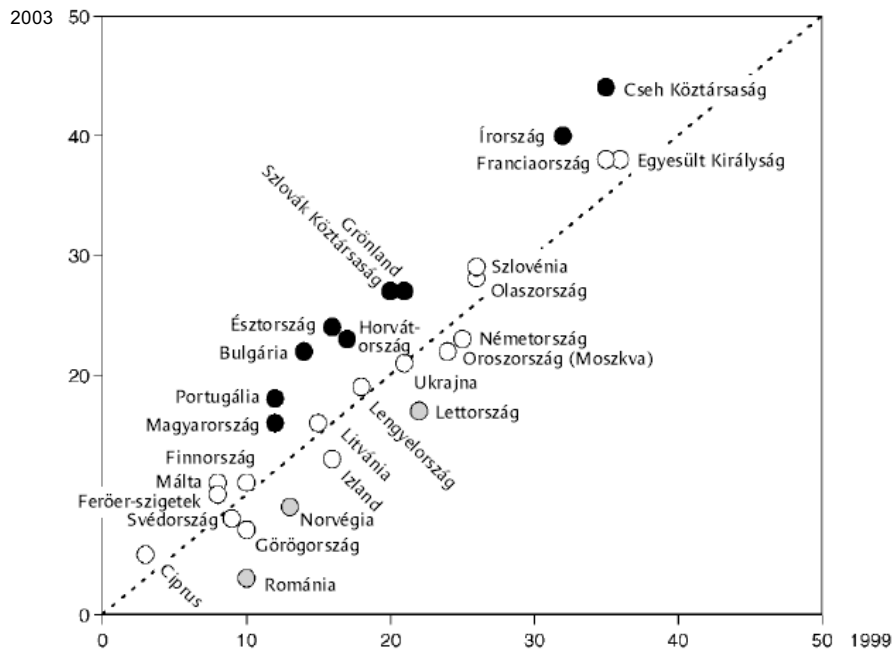
<sup>26</sup> Lásd a 29. ábrán a tengely fölött elhelyezkedő, feketével jelölt országokat.

életprevalencia-értéke, s csupán három országban (Lettorszáiban, Norvégiában és Romániában) következett be szignifikáns csökkenés<sup>27</sup> (29. ábra). A 28 ESPAD-országban az ezredforduló környékén évente átlagosan közel fél százalékponttal növekedett a tiltott drogokkal kapcsolatba került diákok aránya. A magyarországi 16 éves diákok körében az 1999 és 2003 közötti években az átlagos növekedési ütem az európai átlag kétszerese – azaz évi 1 százalékpont – volt.

A fiatalok drogérintettségének növekvő tendenciája ebben az időszakban az ESPAD-országokban általában és Magyarországon is elsősorban a kannabisz-származékok terjedésének volt betudható. A marihuánán/hasison kívüli egyéb tiltott drog-fogyasztás hibahatáron túli növekedést egyetlen országban – köztük Magyarországon – sem mutatott.

A 1995 és 1999 közötti periódushoz képest a tiltott drogok életprevalencia-értékének országokénti növekedési üteme a 16 éves korosztályban átlagosan kétötödére csökkent az ezredforduló környékén. A rendszerváltó országokban – az európai, illetve nyugat-európai országok átlagához képest – jelentősebb trendmódosulás következett be, a növekedési ütem a korábbi egyharmadára csökkent. Ennek

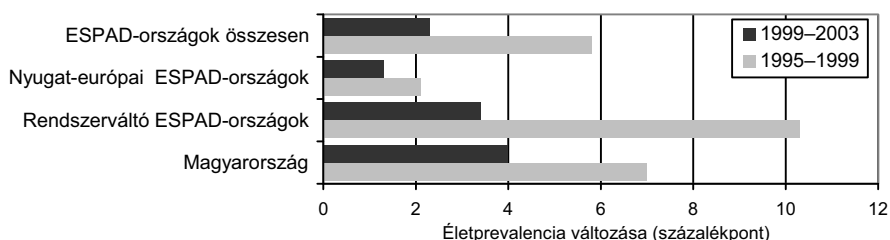
29. ábra. Az életük során valamilyen tiltott drogot kipróbálók arányának változása az ESPAD-országokban 1999 és 2003 között, a 16 éves válaszolók százalékában (Hibell és mtsai, 2004)



<sup>27</sup> Lásd a 29. ábrán a tengely alatt elhelyezkedő, szürkével jelölt országok.

következtében 1999 és 2003 között már átlagosan kiegyenlített változásokat tapasztalhattunk Európa keleti és nyugati régiójában ( $p = 0,228$ ), azaz a rendszerváltó országok „külön útja” befejeződött. Magyarországon ez a trendmódosulás kevésbé jelentkezett, mint a rendszerváltó országokban általában. Ugyan nálunk is csökkent – a 16 évesek körében korábbi ciklusban jellemzőnek 57%-ára – a növekedés üteme, de mindezzel együtt csaknem kétszerese volt az európai átlagnak (30. ábra).

30. ábra. A tiltott drog-fogyasztás életprevalencia-értékének százalékpontos változása Európában, illetve a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan 1995-től 2003-ig, a 16 éves válaszolók körében.<sup>28</sup> (Hibell és mtsai 1997, 2000, 2004 alapján)

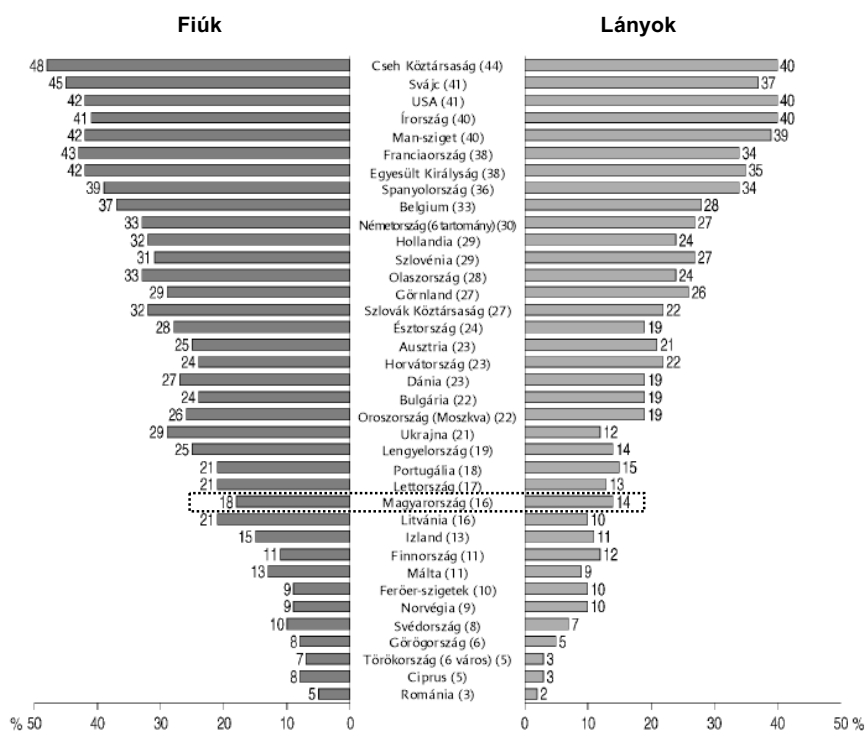


Az iskolai és felnőtt populációs felmérésekből származó legfrissebb adatok arra utalnak, hogy néhány országban a kannabiszhasználat stabilizálódott, vagy csökkenőben van. A csökkenés leginkább a fiatal korcsoportok körében érzékelhető. A legutóbbi HBSC vizsgálatból származó felmérési adatok a 2001–2006-os időszakban a legtöbb országból a kábítószer-használat stabil vagy csökkenő tendenciáját jelezték a 15 éves diákok körében, és az előzetes adatok arra utalnak, hogy ezt az ESPAD-vizsgálat legfrissebb, 2007-es fordulója is megerősítheti. (EMCDDA, 2008a) Ugyanakkor az egyes országok közötti komoly eltérések lehetnek.

2003-ban az ESPAD-országokban a tiltott drogok életprevalencia-értéke átlagosan 22% volt a 16 éves diákok körében. Az egyes országok között azonban – a korábbi időszakhoz hasonlóan – jelentős különbségek találhatók: az életprevalencia-értékek 3% és 44% között helyezkedtek el (31. ábra). A Cseh Köztársaságban, Svájcban, Írországon, a Man-szigeten, illetve Franciaországban és az Egyesült Királyságban a diákok mintegy kétötöde használt már valamilyen tiltott drogot eddigi élete során. A legalacsonyabb arányok Romániában, Cipruson, Törökországban találhatóak (3-5%). Magyarország (16%-os értékkel) az országok életprevalencia-értékek alapján képezett sorrendjében a 35 ESPAD-ország között 24. helyen, azaz a továbbra is közepesnél alacsonyabb érintettségű országok között helyezkedett el 2003-ban.

<sup>28</sup> Az ábra ESPAD-vizsgálat mindhárom hullámában részt vevő 22 országra számított értékeket tartalmaz.

31. ábra. A valamilyen tiltott drogot valaha kipróbáló diákok aránya az egyes országokban 2003-ban (%) (Hibell és mtsai, 2004)



A 15 évesek körében végzett 2005–2006-os HBSC felmérésből származó adatok továbbra is a kannabiszhasználat életprevalencia-értékeinek országonkénti nagy szórását mutatják. Öt ország számolt be 10% alatti becsült életprevalenciáról a kannabisz esetében; 11 országból 10% és 20% közötti értékeket jelentettek, másik 11 országban pedig 21% és 31% között volt ez az arány (Currie és mtsai, 2008).

A felnőtt populáció körében az EMCDDA statisztikai adatbázisa (EMCDDA, 2005, 2007, 2008b)<sup>29</sup> alapján 17 ország esetében rendelkezünk a 2000–2007 közötti periódusban több évről vonatkozó, tendenciák felvázolására lehetőséget adó adatokkal. Ebben az időszakban az országok többségében (11 országban: Dánia, Németország, Írország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Hollandia, Finnország, Ausztria, Portugália, és Magyarország) – ha nem is folyamatosan és egyenletes ütemben –

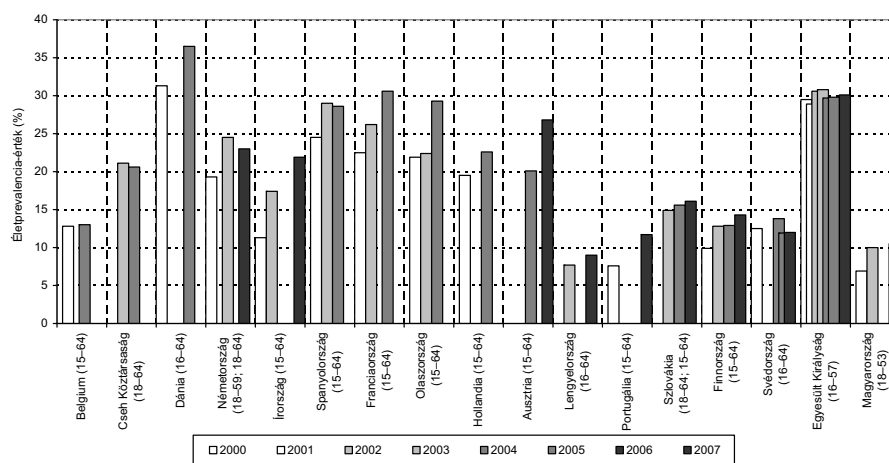
<sup>29</sup> Ezen felül a magyarországi Drog Fókuszpont segítségével még beszereztünk más országok által 2008-ban jelentett új populációs adatokat is.



2000 és 2007 között összességében növekedett a kannabiszhasználat elterjedtsége a felnőtt népességben.<sup>30</sup> Hat országban pedig nem, vagy csak hibahatáron belüli elmozdulások történtek a periódus egészében. Hazánkban kívül három országban (Németországban, Spanyolországban, és Svédországban) mutatkozott a vizsgált periódusban a magyarországi felnőtt népesség körében lezajlottéhoz hasonló – a periódus második felében csökkenés, vagy stagnálás irányába mutató – tendenciámódosulás (32. ábra).

Amennyiben a felnőtt populációs adatok közül a rövid távú változások tekintetében informatívabb közelmúltbeli fogyasztást, azaz az éves prevalenciaértékek alakulását vizsgáljuk (melyről 16 országból van adatunk), akkor a fentieknél kedvezőbb képet kapunk az aktuális tendenciákról (33. ábra). Az országok egynegyedében (Cseh Köztársaságban, Dániában, Németországban és az Egyesült Királyságban) legalább kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy 2000 és 2007 között csökkent az elmúlt évben kannabiszt fogyasztók aránya, s további 3 országban – ezek közé tartozik Magyarországon kívül Spanyolország és Svédország – a kezdeti növekvő tendenciát az utóbbi években stagnálás, vagy csökkenés váltotta fel.

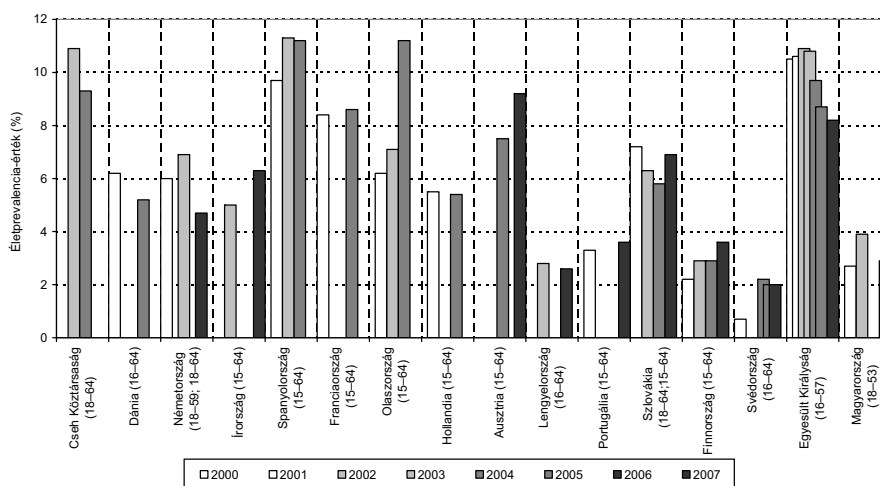
32. ábra. A kannabisz életprevalencia-értékeinek alakulása 2000 és 2007 között az Európai Unió országaiban, a felnőtt népesség körében (EMCDDA, 2005, 2008b)<sup>31</sup>



<sup>30</sup> A felnőtt népességre vonatkozó adatok összehasonlítása során – mivel nem azonos minden országban a megkérdezett szerek köre – a szerenkénti prevalencia adatokkal tudunk dolgozni. Tekintettel arra, hogy a drogfogyasztás összesített prevalenciájának trendjeit hazánkban és más országokban is elsősorban a kannabiszhasználat változása határozza meg, így a nemzetközi tendenciákat ennek alapján mutatjuk be.

<sup>31</sup> Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

33. ábra. A kannabisz éves prevalenciaértékeinek alakulása 2000 és 2007 között az Európai Unió országaiban, a felnőtt népesség körében (EMCDDA, 2005, 2008b)<sup>32</sup>



A 2004–2007 közötti időszakra<sup>33</sup> vonatkozóan 22 ország jelentett felnőtt populációs adatokat az EMCDDA felé (lásd a 34. ábrán). Az ebben a periódusban készült lakossági vizsgálatok alapján a felnőtt népességben átlagosan minden ötödik-hatodik (az országokénti életprevalencia-értékek súlyozatlan átlaga 17,6%) próbált ki élete során marihuánát vagy hasist.<sup>34</sup> Az EMCDDA 2008-ban 22%-ra becsli az európai felnőttek körében a kannabisz életprevalencia-értékét (EMCDDA, 2008a). Az egyes országok között azonban jelentős különbségek vannak. A felnőtt népesség körében a kannabiszfogyasztás életprevalencia-értéke meglehetősen széles sávban, 1,7 és 36,5% között mozog. Magyarország a 2007-ben a 18–64 éves népesség körében mért 8,5%-os értékkel 21 ország között a 18. helyen található, vagyis az 5. legkisebb érintettségű ország.<sup>35</sup> Az elmúlt havi fogyasztás átlagos értéke a 2004–2008

<sup>32</sup> Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

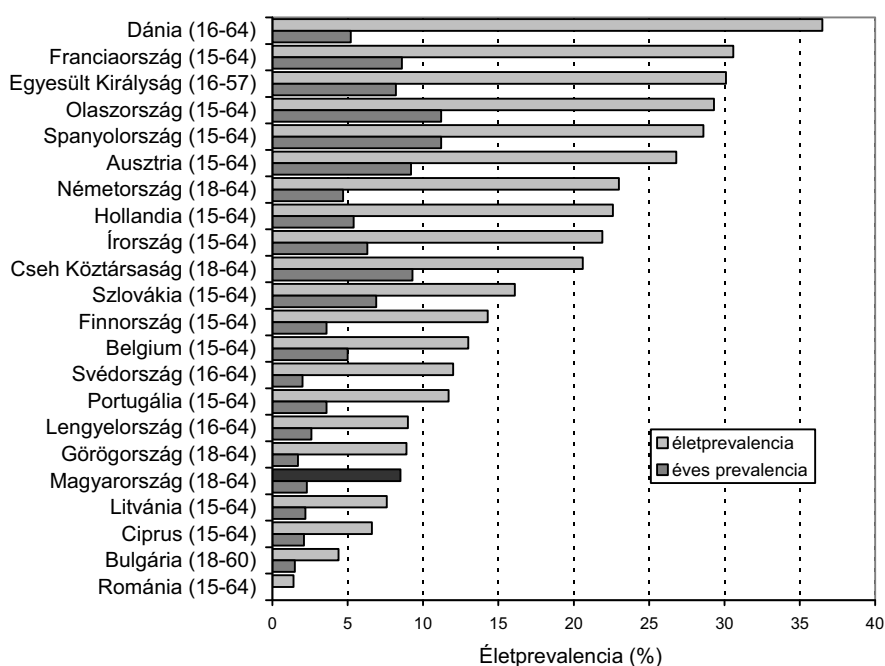
<sup>33</sup> Az összehasonlításban szereplő országok számát az adatfelvételek időbeli fókuszálására, s az országok számának növelésére irányuló törekvésünk kompromisszuma határozta meg, továbbá az, hogy ebben az időszakban a magyarországi felnőtt népességben nem változott a tiltott drogok (s a kannabiszszármazékok) életprevalencia-értéke.

<sup>34</sup> Az átlag ez esetben is az egyes országokban mért prevalenciaértékek súlyozatlan átlaga, tehát nem az európai népesség érintettségét jelöli, hanem az európai országok átlagos érintettségét.

<sup>35</sup> Az összehasonlítás során számolnunk kell azonban azzal, hogy a hazai adatok a 18–64 éves népességre vonatkoznak, az országok többségében azonban a 15–64 éves populáción készültek.

közötti adatok alapján 5,5% (az EMCDDA által 2008-ban becsült érték 6,8%), az egyes országok értékei 1,7 és 11,2% között helyezkednek el. Magyarországon a marihuánát/hasist a közelmúltban fogyasztók aránya 2,9%, mellyel 21 ország között a 15. helyen található.

34. ábra. A marihuána/hasis életprevalencia-értéke a felnőtt népességben az Európai Unió egyes országaiban, a 2004–2007 között készült általános populációs vizsgálatok alapján (EMCDDA, 2005b, 2008b)<sup>36</sup>



Európa országaiban átlagosan azok közül, aki valaha fogyasztott kannabiszszármazékot, 30% használt az előző évben is. Az országok marihuána/hasis folyamatos fogyasztási rátája alapján képzett sorrendjében 21 ország között hazánk a 7. legnagyobb folyamatos fogyasztási rátájú ország (10. táblázat). Magyarországon a kannabiszfogyasztók kisebb eséllyel hagyják abba a használatot, mint az Európai Unió országaiban általában, illetve mint az országok többségében.

<sup>36</sup> Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

10. táblázat. Folyamatos fogyasztási ráták a felnőtt népességben, az Európai Unió országaiban a 2004–2007 között készült általános populációs vizsgálatok alapján (EMCDDA (2005b, 2008b) által közölt adatok alapján számított értékek)<sup>37</sup>

Országok	Folyamatos fogyasztási ráta
Cseh Köztársaság (18–64)	45,1%
Szlovákia (15–64)	42,9%
Spanyolország (15–64)	39,2%
Belgium (15–64)	38,5%
Olaszország (15–64)	38,2%
Ausztria (15–64)	34,3%
<i>Magyarország (18–64)</i>	34,1%
Bulgária (18–60)	34,1%
Ciprus (15–64)	31,8%
Portugália (15–64)	30,8%
Litvánia (15–64)	28,9%
Lengyelország (16–64)	28,9%
Írország (15–64)	28,8%
Franciaország (15–64)	28,1%
Egyesült Királyság (16–57)	27,2%
Finnország (15–64)	25,2%
Hollandia (15–64)	23,9%
Németország (18–64)	20,4%
Görögország (18–64)	19,1%
Svédország (16–64)	16,7%
Dánia (16–64)	14,2%
<i>Az egyes országok rátáinak átlaga</i>	30,0%

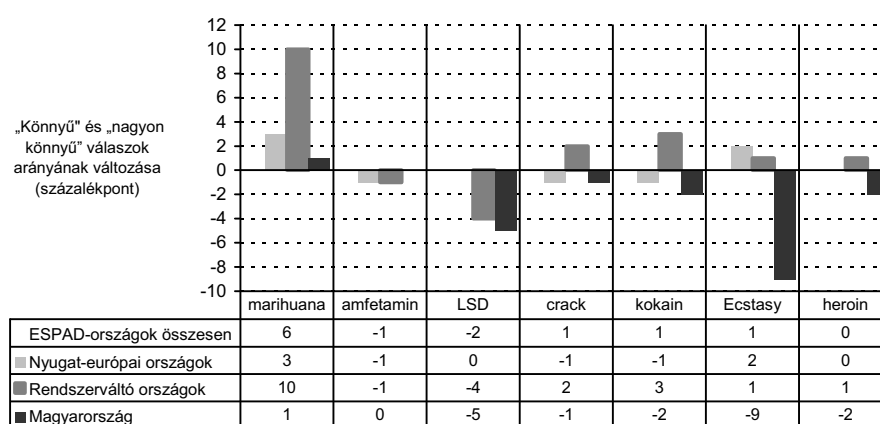
*A tiltott szerek észlelt hozzáférhetőségének alakulása 1999 és 2003 között Európában*

Az ESPAD-adatok alapján a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége tekintetében 1999 és 2003 között összességében – a marihuána kivételével, melynek a diákok szerint jelentősen növekedett a hozzáférhetősége – csak igen kismértékű változások zajlottak az ESPAD-országokban átlagosan, a nyugat-európai országokban pedig a különböző drogok hozzáférhetősége tekintetében tapasztalt változások

<sup>37</sup> Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

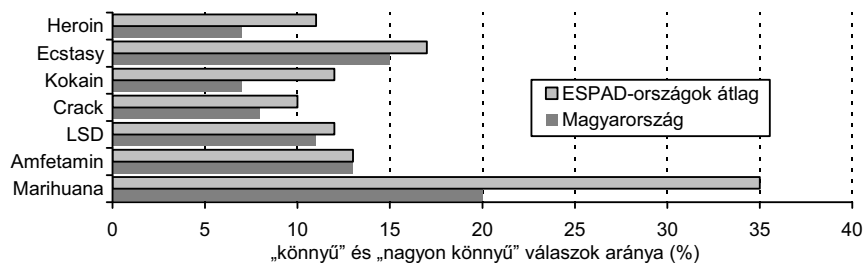
átlaga nulla. A rendszerváltó országokban azonban – a hazai, összességében a csökkenés irányába mutató adatokkal szemben – inkább a hozzáférés kismértékű növekedése volt jellemző (35. ábra).

35. ábra. Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítéltők arányának átlagos változása (százalékpont) Európában, illetve a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban 1999 és 2003 között a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai, 2000, 2004 alapján számított értékek)



Az észlelt hozzáférhetőség némileg eltérő hazai és európai tendenciái következtében a különböző tiltott drogok beszerezhetőségét „könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” ítélt diákok aránya Magyarországon a stratégiai periódus közepére minden szer esetében valamelyest alatta maradt az európai átlagnak, a marihuána tekintetében pedig korábban is fennálló különbség még inkább jelentékennyé vált (36. ábra).

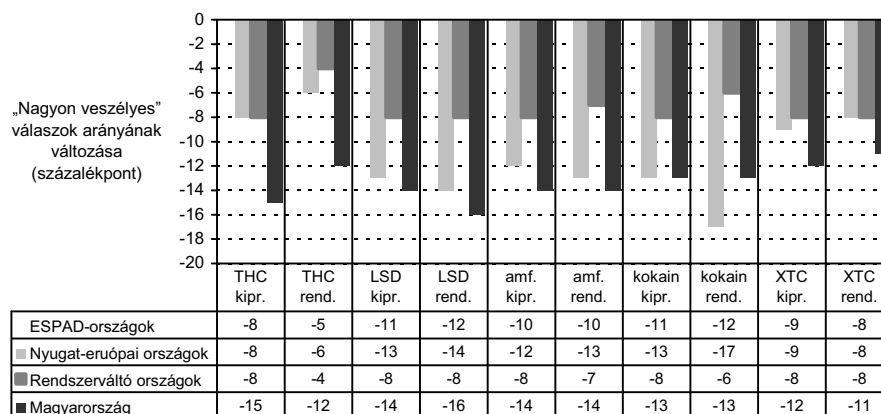
36. ábra. Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítéltők aránya (%) az ESPAD-országokban átlagosan és Magyarországon, 2003-ban a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai, 2004 alapján)



*Drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök 1999 és 2003 között Európában*

A 16 éves diákok veszélyészlelése az 1999 és 2003 közötti periódusban az ESPAD-országokban átlagosan csökkent. Ez érvényes minden droghasználó magatartás, és minden térség esetében, mind a nyugat-európai, mind a rendszerváltó országokra, de az utóbbiakban a csökkenés kisebb mértékű. Magyarországon a veszélyészlelés csökkenése minden droghasználó magatartás esetében meghaladta az európai átlagot (37. ábra).

37. ábra. Az egyes tiltott szerek fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartó diákok arányának százalékpontos változása 1999 és 2003 között Európában, ill. a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan, a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai, 2000, 2004 alapján számított értékek)

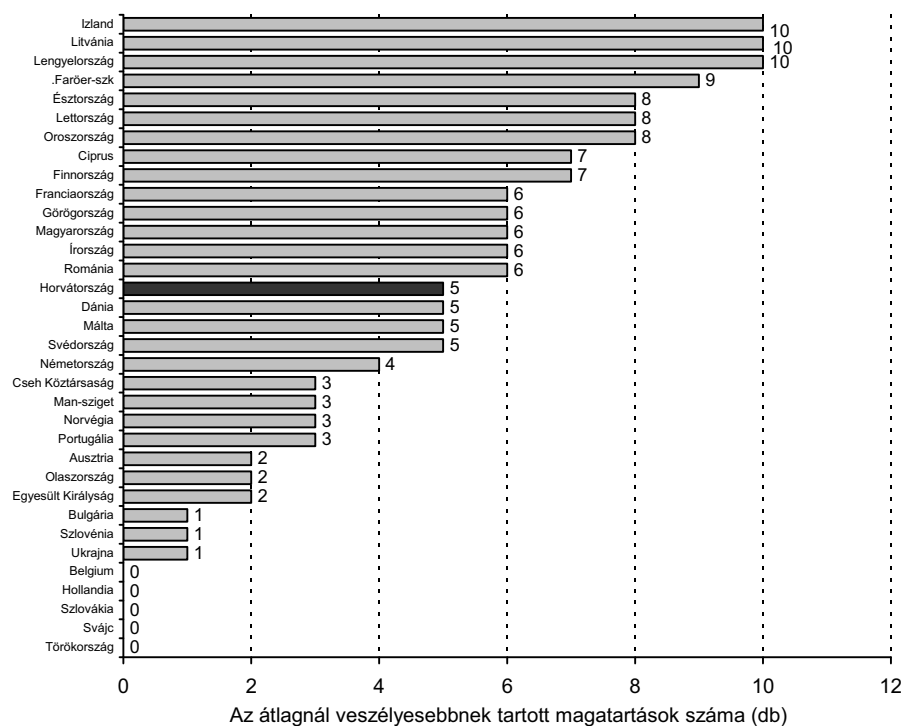


Magyarországon a veszélyészlelés tekintetében 1999 és 2003 között történt relatív jelentős változásokat követően is az európai átlagot meghaladó a 16 éves populáció veszélyészlelése, 6 fogyasztói magatartás esetében a hazai érték 2003-ban is meghaladta az európai átlagot (38. ábra).

A lakossági attitűdállapotok tekintetében a hazai vizsgálatok kontextusát megteremtő európai adatokkal – az EMCDDA számára 2002 és 2007 között készült országjelentések alapján – a prevalenciaadatokhoz képest jóval kevesebb ország vonatkozásában, s esetenként a vizsgált kérdések, és/vagy a közölt adatok struktúrája tekintetében is a hazai, illetve az EMQ-adatoktól némileg eltérő információkkal rendelkezünk, így e tekintetben csak korlátozott összehasonlítási lehetőségeink vannak.

A magyarországi felnőtt lakosság veszélyészlelése más európai országok lakosságához képest a kannabisz esetében a kipróbálás és rendszeres fogyasztás tekintetében

38. ábra. Azoknak a magatartásoknak a száma, ahol egyes tiltott szerek fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók aránya a 16 éves diákok körében 2003-ban meghaladta ESPAD-országok átlagát (Hibell és mtsai, 2004 alapján számított értékek)



is kifejezetten magasnak tekinthető, de a kipróbáló magatartással kapcsolatos veszélyészlelés az egyéb drogok esetében is rendre meghaladja a más európai országokban mért értékeket (11. táblázat). Mindez azt is jelzi, hogy – más európai országokkal összehasonlítva – a hazai népesség veszélyészlelésében a szerek és a használati gyakoriságok mentén egyaránt kisebb mértékű differenciálás jellemző.

A társadalom túlnyomó többsége más európai országokban sem ért egyet sem a kannabisz, sem a heroin fogyasztásának „megengedésével”, mindazonáltal a magyarországi lakosság még inkább egyértelműen a restriktív drogpolitika mellett foglal állást, s a hazai véleményekben kevésbé jelenik meg a marihuána és a heroin közötti drogpolitikai különbségtétel (12. táblázat).

A drogfüggőket – a hazai lakossághoz hasonlóan – más európai országokban is dominánsan „inkább betegnek” tekinti a társadalom, azonban Magyarországon ez az arány valamelyest még magasabb (13. táblázat).

11. táblázat. Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók aránya néhány európai országban (%)<sup>38</sup>

Országok	év	kannabisz		Ecstasy		kokain	
		<i>kiprób.</i>	<i>rends.</i>	<i>kiprób.</i>	<i>rends.</i>	<i>kiprób.</i>	<i>rends.</i>
Cseh Köztársaság (18–64) <sup>39</sup>	2004		57 (ffi) 70 (nő)	40 (ffi) 48 (nő)		59 (ffi) 67(nő)	
Litvánia (15–64)	2004		82	51		68	
Ausztria (15–64)	2004	60	87	80	98	87	99
Olaszország (15–64)	2005		72				97
Spanyolország (15–64)	2005		81		99		99
Ciprus (15–64)	2006	56		51			
Málta (18–64)	2001		88	90		96	
<i>Átlag</i>		58	82	68	99	84	98
Magyarország (18–64)	2007	77	94	85	95	90	97

12. táblázat. A „Milyen mértékben ért egyet azzal, hogy az embereknek meg kellene engedni a marihuána (ill. a heroin) fogyasztását” – kérdésre adott válaszok néhány európai országban (%)<sup>39</sup>

Országok	év	egyetért		nem ért egyet	
		<i>kannabisz</i>	<i>heroin</i>	<i>kannabisz</i>	<i>heroin</i>
Franciaország (15–75)	2002			65	88
Litvánia (15–64)	2004	17	6	74	89
Ausztria (15–64)	2004	20			
Málta (18–64)	2001	10	1	80	97
Szlovákia (18–64)	2004	6			
<i>átlag</i>		13	4	73	91
Magyarország (18–64)	2007	2	1	83	94

<sup>38</sup> Forrás: 2002–2007 közötti országjelentések (Czech Republic National Report, 2004; Lithuania National Report, 2005; Austria National Report, 2006; Italy National Report, 2006; Spain National Report, 2006; Cyprus National Report, 2007; Malta National Report, 2004). Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

<sup>39</sup> Forrás: 2002–2007 közötti országjelentések (France National Report, 2002; Lithuania National Report, 2005; Austria National Report, 2006; Slovakia National Report, 2006; Malta National Report, 2004). Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.



13. táblázat. A „Véleménye szerint minek tekinthető inkább egy drogfüggő?” kérdésre adott válaszok néhány európai országban (%)<sup>40</sup>

országok	év	inkább bűnöző	inkább beteg
Litvánia (15–64)	2004	4	62
Románia (15–64)	2004	5	50
Lettország (15–64)	2003	7	52
Ciprus (15–64)	2006	5	61
<i>átlag</i>		5	56
Magyarország (18–64)	2007	3	60

A társadalmi távolságra vonatkozóan csak 2002-es, csehországi adatokkal rendelkezünk (Czech Republic National Report, 2004). Ezekkel összehasonlítva, a magyarországi felnőtt népességben jóval nagyobb arányban utasítják el a kábítószer-fogyasztókkal való kapcsolatba kerülést, s míg a cseh lakosságban más társadalmi csoportokhoz viszonyítva a kábítószer-fogyasztókkal szemben tartott társadalmi távolság nem kiemelkedő (5 csoport közül a 4. helyen találhatók), addig hazánkban – mint láthattuk – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot a kábítószer-fogyasztók képezték (14. táblázat).

14. táblázat. A különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása a 18–64 éves felnőtt népességben a Cseh Köztársaságban és Magyarországon (%) (Czech Republic National Report, 2004; Paksi, 2003)

	Cseh Köztársaság 2002 (18–64)	Magyarország 2001 (18–64)
Iszákos	79	78
Cigány	76	53
Börtönviselt	75	51
Kábítószeres	74	83
Homoszexuális	52	64

<sup>40</sup> Forrás: 2002–2007 közötti országjelentések (Lithuania National Report, 2005; Romania National Report, 2005; Cyprus National Report, 2007; Latvia National Report, 2006). Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

## ÖSSZEFOGLALÁS

### A NEMZETI STRATÉGIA CÉLKITŰZÉSEIHEZ VALÓ VISSZACSATOLÁS

*A társadalom váljon érzékenyebb a drogkérdések hatékony kezelése iránt...*

*Stratégiai cél: „A drogproblémák kezelése iránt érzékenyebb ... közösségek kialakulása”  
Időtáv: 2000–2007*

*A populációban történt változások:* A stratégiai periódusban – más társadalmi csoportok kontextusában – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot mindvégig a kábítószer-fogyasztók képezték. A kábítószer-fogyasztókkal szemben tartott társadalmi távolság tekintetében 2001 és 2007 között csak minimális csökkenés volt tapasztalható a magyar társadalomban, s más társadalmi csoportokhoz viszonyítva sem kerültek kedvezőbb helyzetbe a kábítószer-fogyasztók.

A drogfüggőket a felnőtt népesség leginkább „betegnek” tartja, azonban ezen vélemény aránya a stratégiai periódus egészében összességében csökkenő tendenciát mutat. A következő leggyakoribb vélekedés szerint „betegek és bűnözők is”, s ezen vélemény aránya némileg növekedett a társadalomban.

A kábítószer-probléma csökkentésének lehetséges módjai közül a lakosság első helyre stabilan és növekvő arányban a „kábitószer-kereskedők szigorúbb büntetését” helyezi. Ez az egyetlen megoldás, melyben a társadalom döntő többségének a véleménye megegyezik. A második leggyakoribb, de már csak a megkérdezettek kétötöde által támogatott megoldás a „megelőző tevékenység javítása”, és csak ezt követi, jóval kisebb támogatottsággal – a lakosság csak valamivel több mint egynegyede által követendő útnak tartott – „a közösségek szerepének erősítése”. A különböző beavatkozási módok prioritássorrendjében 2001 és 2003 között nem történt változás. Azonban az egyes beavatkozási módok elfogadottsága a stratégiai periódusban némileg változott: szignifikánsan nőtt azok aránya, akik a büntető igazságszolgáltatás területére tartozó megoldási módokat (a kereskedők, illetve a fogyasztók szigorúbb büntetése) látják követendő útnak, s kétharmados biztonsággal csökkent azoké, akik a közösségek szerepének erősítésében látják a megoldást. A problémakezelési módokkal kapcsolatos lakossági preferenciákkal összhangban a felnőtt populációban a 2001 és 2007 közötti időszakban mindvégig a represszív drogpolitikával való nagymértékű, s egyre határozottabb egyetértés volt jellemző.

A drogfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi attitűdök tekintetében viszonylag kevés lehetőségünk nyílt az adatok nemzetközi kontextusának megteremtésére, mindazonáltal úgy tűnik, hogy a lakossági drogpolitikai

viszonyulások, valamint a drogfogyasztók társadalmi befogadása terén a magyarországi felnőtt népesség más országok kontextusában is „szigorúbb”, „kirekesztőbb”, s a különböző drogfogyasztó magatartások tekintetében kevésbé differenciáló álláspontot képvisel. Ezekben a dimenziókban nem mutatkozott elmozdulás a stratégiai időszakban a társadalmi érzékenység, a közösségek mozgósítása irányába.

*Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására*

*Stratégiai cél: „Csökkenteni a droghasználók számának növekedési ütemét, és elérni, hogy az emelkedő tendencia megforduljon.” Időtáv: 2000-2007*

*A populációban történt változások:* A stratégiai időszak első éveiben a felnőtt népesség drogérintettsége, és a közelmúltbeli fogyasztók aránya is növekedett. A középiskolások körében az 1999 és 2003 közötti időszakban – a felnőtt népességben megfigyelt tendenciákhoz hasonlóan – növekedett a droghasználat életprevalencia-értéke. A 2003 és 2007 közötti időszakban azonban a felnőtt népesség drogérintettsége nem növekedett tovább, és az elmúlt évben használók, valamint a folyamatos fogyasztók aránya is kétharmados biztonsággal csökkent. A fiatal korosztályban a stratégiai periódus második szakaszára vonatkozó adatok tendenciái egyelőre kevésbé egyértelműek, de az adatok mindenképpen tendenciamódosulásra utalnak. A populációs adatok alapján tehát összességében azt feltételezhetjük, hogy a stratégiai periódus első felében a magyar társadalom drogérinttségének növekvő tendenciája a stratégiai időszak második felében nagy valószínűséggel nem folytatódott, a pre-stratégiai időszak tendenciáihoz képest, pedig a stratégiai időszakban összességében egy mérsékelt ütemű növekedés mutatkozott.

Az európai országok többségében 2000 és 2007 között növekedett vagy stagnált a – droghasználat utóbbi évtizedben tapasztalt trendjeit meghatározó – kannabiszhasználat elterjedtsége a felnőtt népességben, s hazánkban kívül mindössze három országban mutatkozott a periódus második felében a csökkenés vagy a stagnálás irányába mutató tendenciamódosulás. Az aktuális változásokról érzékenyebben tudósító éves prevalenciaértékek alapján azonban már az országok közel felében tapasztalhattunk csökkenést, vagy – a magyarországi változásokhoz hasonlóan – azt, hogy a kezdeti növekvő tendenciát az utóbbi években stagnálás vagy csökkenés váltotta fel a felnőtt lakosságban. A 16 éves korosztály adatai alapján azt is láthatjuk, hogy a kilencvenes évekre jellemző tendenciákhoz képest az európai országokban – s különösen a rendszerváltó országokban – 1999 és 2003 között átlagosan csökkent a tiltott drogok életprevalencia-értékének növekedési üteme. A legutóbbi vizsgálatok

pedig a legtöbb európai országból a fiatalok kábítószer-használat stabil vagy csökkenő tendenciáját jelezték. Azonban az országok között komoly eltérések mutatkoznak, s Magyarország e tekintetben, úgy tűnik, azon országok közé tartozik, melyekben a tendenciák relatíve kedvezően alakulnak.

*Stratégiai cél: „Csökkenteni a drogokat kipróbálók számát.” Időtáv: 2000–2007*

*A populációban történt változások:* A stratégiai időszak első felében a felnőtt lakosságban a valaha használók között kétharmados biztonsággal növekedett az új belépők aránya, majd 2003 és 2007 között csak hibahatáron belüli, de a csökkenés irányába mutató elmozdulást mértünk. Ez, a szokásszerűen a fogyasztókra számított mutató mentén jelentkező tendenciamódosulás – a valaha használók arányának a stratégiai periódus első felében való szignifikáns növekedése, majd stagnálása okán – a felnőtt népesség egészére vonatkoztatva markánsabban jelenik meg. Mindazonáltal a kipróbálók (azaz a valamilyen droggal az adott évben kapcsolatba kerülők) populációs arányának (vagy ha úgy tetszik, számának) csökkenéséről nem, csak a korábbi növekedéshez képest kedvező tendenciák megjelenéséről beszélhetünk. A drogokkal való kapcsolatba kerülés tekintetében legnagyobb kitettségű középiskolás korosztályban az életprevalencia-értékek a drogkipróbálás aktuális tendenciáit is jelzik. Ezek az adatok szintén a stratégiai időszak második felében, illetve a pre-stratégiai időszakhoz képest a teljes stratégiai időszakban megjelenő kedvező tendenciákat jelzik, s a fővárosi fiatalok körében az utóbbi két évre – kétharmados biztonsággal – a csökkenésre vonatkozó állítás is megkövetelhető.

A felnőtt népességben az új belépők számára vonatkozó becsléseket lehetővé tevő adatokkal Európa más országaiból nem rendelkezünk, az iskolás populációra vonatkozó vizsgálatok tendenciái azonban a stratégiai időszak első felében az európai országokban átlagosan a hazainál kisebb trendmódosulást jeleznek. Mindazonáltal olyan országokkal is találkoztunk, ahol nem csak a növekvő tendencia csökkenése, hanem számszerű csökkenés is bekövetkezett (lásd 29. és 32. ábra).

*Stratégiai cél: „... az első alkalommal drogokat használók átlagéletkora az utóbbi években csökken. Ezt a tendenciát nagyon fontos megfordítani”. Időtáv: 2000–2007*

*A populációban történt változások:* A középiskolás vizsgálatok a stratégiai időszak első felében országosan az első droghasználat életkorának csökkenését jelezték. E tekintetben az ESPAD-országok között 2003-ban csak kis különbségek mutatkoztak (Hibell és mtsai, 2004). A stratégiai időszak második felére országos adataink nincsenek, viszont a fővárosi diákok körében készült kutatások alapján azt valószínűsíthetjük, hogy e tekintetben a stratégiai

céltételezéssel ellentétes irányú, kedvezőtlen változások a stratégiai időszak második felére is átnyúltak.

*Stratégiai cél: „A fiatalok számára ne legyen ...elfogadott a droghasználat...” Időtáv: 2000–2007*

*A populációban történt változások:* A középiskolások körében a stratégiai periódus első felében a különböző drogok kipróbálását helytelenítők aránya – a marihuána és a crack kivételével, ahol viszont a céltételezéssel ellentétes irányú, hibahatáron túli csökkenés mutatkozott – nem változott szignifikánsan. A fővárosi diákok körében pedig – különösen a stratégiai időszak első felében – a NS céltételezésével ellentétes irányú változások zajlottak.

Európai kontextust lehetővé tevő trendadatokkal e tekintetben nem rendelkezünk, de a stratégiai periódus kezdetén a magyarországi diákok között a különböző magatartásokat helytelenítők aránya rendre meghaladta az európai országok átlagát.

*Stratégiai cél: „Fokozójék a fiatalok drogokkal és a használat következményivel kapcsolatos tudása, a drogokkal kapcsolatos negatív (elutasító) attitűdje” Időtáv: 2000–2003*

A középiskolás korosztályban a stratégiai periódus első felében jelentősen csökkent a kipróbálást és a rendszeres fogyasztást nagyon veszélyesnek tartók aránya. A fővárosi diákok körében a 2007-es adatok azonban azt jelzik, hogy ez a tendencia a szerek többsége esetében 2005 után megfordult, és a stratégiai periódus végén a szerek rendszeres fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés megegyezik a stratégiai periódus kiinduló értékeivel.

A 16 éves diákok veszélyészlelése az 1999 és 2003 közötti periódusban az ESPAD-országokban átlagosan csökkent, de Magyarországon kisebb mértékben. Mindazonáltal a magyarországi fiatalok veszélyészlelése a drogfogyasztó magatartások többsége esetében 2003-ban is meghaladta az európai átlagot.

*Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat*

*Stratégiai cél: „Megállítani és visszafordítani a drogproblémákkal küzdők számának emelkedését. ...” Időtáv: 2000–2007*

A stratégiai periódus első felére vonatkozóan rendelkezésre álló országos adatok szerint nem változott a drogfogyasztás miatti problémák előfordulási aránya a középiskolás drogfogyasztók körében, s a problémák halmozódása tekintetében sem történt szignifikáns elmozdulás. A fővárosban ettől valamelyest eltérő

tendenciákat tapasztaltunk: a 2005-ben a drogfogyasztás miatti problémák előfordulási aránya a valaha használók körében ugyan meghaladta a stratégiai időszak előtti értéket, azonban a 1999 és 2003 közötti növekedést követően a 2003 és 2005 közötti adatok kedvező irányú elmozdulást sejtetnek.

*Stratégiai cél: „...hosszabb távon .. {folyamatos vagy problémás<sup>41</sup>} (beszűrés: a tanulmány szerzője) a droghasználat növekedési ütemének csökkentését, megállítást, sőt a trend megfordítását tűzzük ki célul.” Időtáv: 2000–2007*

A valaha használókon belül a folyamatos használók, illetve kilépők aránya – a stratégiai időszak első felében megfigyelhető stagnálást követően – a stratégiai periódus végére kedvező irányba mozdult el: 2003 és 2007 között kétharmados biztonsággal csökkent a folyamatos használók, és növekedett a kilépők aránya.

Az európai országok – marihuána/hasis folyamatos fogyasztási rátája alapján képzett – sorrendjében 21 ország között hazánk a 7. legnagyobb folyamatos fogyasztási rátájú ország, s a folyamatos használók arányának hazai csökkenése ellenére e tekintetben nem sikerült javítani az európai országok között elfoglalt pozíciókon. Azaz Magyarországon a kannabiszfogyasztók kisebb eséllyel hagyják abba a használatot, mint az Európai Unió országaiban általában, illetve mint az országok többségében.

*Stratégiai cél: A droghasználók egészségügyi kezelésnek társadalmi ... elfogadottságának növekednie kell (NS. 84. old) Időtáv: 2000–2003*

Mint már korábban – „A drogproblémák kezelése iránt érzékenyebb ... közösségek kialakulása” stratégiai céllal összefüggésben – említettük, a lakosság döntő többsége a stratégiai periódus során stabilan, bár csökkenő mértékben – de a csökkenés ellenére más európai országokhoz képest továbbra is nagy arányban – a drogfüggőket „betegnek”, vagy „betegnek is” tartotta. Ennek ellenére lakosság a beavatkozási módok között döntően, és a stratégiai periódus első felében növekvő mértékben a büntető igazságszolgáltatás területére tartozó megoldási módokat (a kereskedők, illetve a fogyasztók szigorúbb büntetése) látta a drogprobléma kezelése során követendő útnak, s az egészségügyi kezeléssel kapcsolatos intézkedések preferenciája alacsony volt.

<sup>41</sup> A „fő cél” kontextusából adódóan e céltételezéshez nem a – már áttekintett – prevalencia adatokat gondoljuk monitorozási mutatóként hozzárendelni, hanem a folyamatos használók, illetve a kilépők arányának változását.

*Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét*

*Stratégiai cél: „Csökkenjen az illegitim és a visszaélésre használt szerekhez való hozzáférés.”*

*Időtáv: 2000–2007*

*A populációban történt változások:* A középiskolások körében a stratégiai periódus országos vizsgálatokkal lefedhető 1999 és 2003 közötti szakaszában a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége csökkent. Azonban 2003 és 2005 között – fővárosi adatok alapján – ez a tendencia megállni, az amfetamin és az ecstasy esetében pedig kétharmados biztonsággal megfordulni látszik. Mindazonáltal – a fővárosi fiatalok percepciói alapján – a tiltott drogok hozzáférhetősége 2005-ben nehezebb volt, mint a stratégiai periódus kezdetén.

Az ESPAD-adatok alapján a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége tekintetében 1999 és 2003 között összességében – a marihuána kivételével, melynek a diákok szerint jelentősen növekedett a hozzáférhetősége – csak igen kismértékű változások zajlottak az ESPAD-országokban átlagosan, a nyugat-európai országokban pedig a különböző drogok hozzáférhetősége tekintetében tapasztalt változások átlaga nulla. A rendszerváltó országokban – a hazai, összességében a csökkenés irányába mutató adatokkal szemben – inkább a hozzáférés kismértékű növekedése volt jellemző. Az észlelt hozzáférhetőség Magyarországon a stratégiai periódus közepére minden szer esetében valamelyest alatta maradt az európai átlagnak, a marihuána tekintetében pedig korábban is fennálló különbség még inkább jelentékennyé vált.

## NÉHÁNY ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉS A POPULÁCIÓS ADATOK ALAPJÁN

Mint láthattuk, a NS (2000) valamennyi fő célkitűzése mentén megjelentek olyan aspektusok, konkrét célmegfogalmazások, melyeknek a monitorozására többek között a populációs adatok mentén is lehetőség nyílik. Az adatokban megmutatózó tendenciák áttekintése, illetve a stratégiai célkitűzésekkel való összevetése alapján azonban nehezen tudunk egyértelmű általános megállapításokkal szolgálni a Stratégia megvalósulása tekintetében. Ez a rendelkezésre álló elemzési lehetőségek – a bevezetőn részletezett – módszertani korlátai mellett azzal is magyarázható, hogy a NS általunk is monitorozott célkitűzései részben NS végső céljait jelenítik meg, részben pedig olyan átmeneti/közbenes célokat, melyek a drogfogyasztás befolyásolásának modelljei mentén hozzájárulhatnak a Stratégia végső célkitűzéseinek érvényesüléséhez.

A NS egyik végső céljaként értelmezhető, 2. számú fő célkitűzés „Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kiala-

kítására és a drogok visszautasítására” tekintetében a végső célváltozóban kedvező irányú elmozdulásokat tapasztaltunk. A populációs adatok alapján összességében azt feltételezhetjük, hogy a stratégiai periódus első felében a magyar társadalom drogérzékenysége növekvő tendenciája a stratégiai időszak második felében nem folytatódott, a pre-stratégiai időszak tendenciáihoz képest pedig a stratégiai időszakban összességében egy mérsékelt ütemű növekedés mutatkozott. A hazai változások európai kontextusban is ígéretesek: Magyarország, úgy tűnik, azon országok közé tartozik, melyekben a tendenciák relatíve kedvezően alakulnak.

Hasonlóképpen kedvező irányú elmozdulásokat jeleznek a populációs adatok a NS azon végső célként értelmezhető (3.) fő célkitűzése mentén, amelyik a drogproblémákkal küzdő egyének és családok segítségét célozza meg: a stratégiai periódus második felében kétharmados biztonsággal csökkent a folyamatos használók, és növekedett a kilépők aránya, s az utóbbi években drogfogyasztás miatti problémák előfordulási arányára vonatkozó populációs adatok is kedvező irányú elmozdulást mutatnak.

Ugyanakkor a közbülső célok vonatkozásában megjelenő tendenciák már kevésbé egyértelműek a NS szándékaihoz képest (ezeket részletesen lásd az egyes céltételezésekhez való visszacsatolásokkal foglalkozó részben). A közbenső/átmeneti célváltozóknál történt elmozdulások ellentmondásai azonban – min láthattuk – nem feltétlenül a végső célok megvalósulásának sikertelenségét, azonban a végső célok elérését megcélzó utak mögötti teóriák, illetve az azok közötti választások problematikusságáról tudósítanak. A NS céltételezései közül ilyen problematikus területet érintenek – a 2. és 3. fő célkitűzések, továbbá az NS értelmezési keretét adó 1. fő célkitűzés „A társadalom váljon érzékenyebbé a drogz kérdések hatékony kezelése iránt..” mögött megjelenő – az attitűdállapotokkal kapcsolatos közbenső céltételezések, melyek különböző irányú elvárásokat, szándékokat fejeznek ki. Bár a különböző irányultságú célok az attitűdállapotok más-más aspektusát ragadják meg, azonban mivel a kutatási tapasztalatok alapján az attitűdállapotok különböző aspektusai erős együttmozgást mutatnak, ezen célok megvalósulása szükségszerűen ellentmondásokat hordoz mind a megvalósítás folyamata, mind eredményessége szempontjából. Ezen ellentmondás nem csak a NS-ban jelenik meg, a társadalmi kontroll elméletek, és a minősítési elmélet „konfliktusaként” folyamatosan jelen van a deviáns magatartások, illetve drogprobléma magyarázó, ill. befolyásolási modelljeiben is (pl. Lemert, 1964; Becker, 1963; Room, 2007). Az ezen modellekre építő célok közötti választás tekintetében talán megfontolandó, hogy egy társadalomban általában milyen erősek a stigmák, és hogy mennyire működnek általában a társadalmi kontrollmechanizmusokon alapuló beavatkozások. Mint láthattuk, drogfogyasztókkal/ drogfogyasztással kapcsolatos hazai attitűdállapotok az európai mezőben értelmezve a stratégiai időszak kezdetén és ma is szigorúnak tekinthetők. A különböző társadalomtudományi értelmezések – többek között – a társadalmi



attitűdök alakulásával hozzák összefüggésbe a folyamatos fogyasztási ráta relatív nagyságát (pl. Korf, 1995), azt a mutatót, ami hazánkban az elmúlt években tapasztalt csökkenése ellenére európai kontextusban ma is meglehetősen kedvezőtlen. Egy jövőbeni NS céltételezései szempontjából talán ezek is megfontolandók.

#### FELHASZNÁLT IRODALOM

- Aszmann A. (szerk.) (2003): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Nemzeti Jelentés. OGYEI, Budapest.
- Austria National Report (2006): *The Austria Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44967EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Becker, H. 1963: *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Currie C. et al (eds.) (2008): *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan A. and Barnekow V. (eds.) (2008): *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey*, WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents 5. szám, a WHO Európai Regionális Irodája, Kopenhága.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., and Vivian Barnekow, V. (eds.) (2004): *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Cyprus National Report (2007): *The Cyprus Drug Situation 2007*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index61273EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Czech Republic Report (2004): *The Czech Republic Drug Situation 2004*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34410EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Elekes Zs. (2002): Az alkohol- és drogfogyasztás fontosabb indikátorai. In: *Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai*. Társadalmi jelzőszám-füzetek. KSH, Budapest, 5–28.
- Elekes Zs. (2007): Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai 1992-2007. *Addiktológia*. 3., 189–212.
- Elekes Zs., Paksi B. (1993): Budapesti középiskolások drogfogyasztása. *Protestáns Szemle* 1993/4. Új évf. 2. 310-319.

- Elekes Zs., Paksi B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- Elekes Zs., Paksi B. (2000a): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. ISM, Budapest.
- Elekes Zs., Paksi B. (2000b): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In: Ritter I. (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről 2000*. Budapest, ISM 2000, 105–129.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003a): *The ESPAD 2003 Country Report – Hungary*. Kézirat.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003b): *A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási beszámoló, NKFP.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003c.): *8–10. évfolyamon tanuló fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási beszámoló. Kézirat.
- Elekes Zs., Paksi B., Lendvai A. (2005): A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. ICsSzEM Kutatási Beszámoló.
- EMCDDA (1997a): *Scientific Monograph Series No 1: Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe* EMCDDA.
- EMCDDA (1997b): *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*, EMCDDA, Lisbon, Portugal.
- EMCDDA (1999a): *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the National Level*. Lisbon EMCDDA.
- EMCDDA (1999b): *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon, Portugal.
- EMCDDA (2000): *Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys*, EMCDDA, Lisbon, Portugal.
- EMCDDA (2002): *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.
- EMCDDA 2004. *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines*. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use. EMCDDA, 2004, unpublished.
- EMCDDA (2005a): *Éves jelentés, 2005: A kábítószer-probléma Európában*. Az Európai Közöségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2005b): EMCDDA Statistical bulletin 2005. <http://stats05.emcdda.europa.eu/int>
- EMCDDA (2007):. EMCDDA Statistical bulletin 2006. <http://stats06.emcdda.europa.eu/en>
- EMCDDA (2007): EMCDDA Statistical bulletin 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/main>

- EMCDDA (2008a): *Éves jelentés, 2008: A kábítószer-probléma Európában*. Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg.
- EMCDDA (2008b): EMCDDA Statistical bulletin 2008. <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps>
- France National Report (2002): *The France Drug Situation 2002*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34803EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Hartnoll, R. (1993): A drogproblémák felmérése, alapkövetelmények. *Szenvedélybetegségek*, 1(5), 324–334.
- Hartnoll, R. (1998): *Epidemiological Key-Indicators*. Epidemiological Department, EMCDDA, Lisbon
- Hibell B., Andersson B. (1994): *Project Plan – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. The ESPAD project. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A. (1997): *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M. (2000): *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. (2004): *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Italy National Report (2006): *The Italy Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44943EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Johnston L., Driessen F., Kokkevi A. (1994): *Surveying Student Drug Misuse: A six-country pilot study*. Council of Europe. Strasbourg. France.
- Kokkevi A., Stefanis C.N. (1994): *Licit and illicit drug use in Greece: trends in general al school population*. University Mental Health Research Institute, Athens.
- Korf, D.J. (1995): *Dutch treat: formal control and illicit drug use in the Netherlands*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Kovacsics L., Sebestyén E. (2007): Illegális szerek fogyasztása. In: Németh Á. 2007 (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Nemzeti jelentés, 2006*. OGYEI, Budapest.
- Latvia National Report (2006): *The Latvia Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44947EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.

- Lemert, E.M. (1967): *Human deviance, social problems and social control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lithuania National Report (2005): *The Lithuania Drug Situation 2005*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34558EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Malta Report (2004): *The Malta Drug Situation 2004*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34502EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Menard S., Huizinga D. (1989): Age, period, cohort size effects on self reported alcohol, marijuana and poly drug use: results from the National Youth Survey. *Social Science Research*, 18. 174–194.
- Murányi I., Seres I. (1994): *Lebegéshez nem kell pótszer. Drogfogyasztás a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei középiskolások körében*. Nyíregyháza.
- Németh Á. (2007) (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Nemzeti jelentés, 2006*. OGYEI, Budapest.
- Nemzeti Stratégia (2000): *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében*. Ifjúsági és Sportminisztérium. Budapest.
- Paksi B. (1993): A hazai vizsgálatok áttekintése. In: Elekes Zs.: *Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében*. OAI, Budapest, 68–70.
- Paksi B. (2001): A magyarországi droghelyzet az európai adatok tükrében. In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2001*. (szerk.: Ritter Ildikó) ISM, Budapest, 91–105.
- Paksi B. (2002): A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái. In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. 2002*. (szerk.: Ritter Ildikó) GYISM, Budapest, 42–56.
- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Szakmai forrás sorozat 4., L'Harmattan, Budapest.
- Paksi B. (2007a): A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I., Eötvös Kiadó, Budapest, (229–253)*
- Paksi B. (2007b): A magyar társadalom drogérzékenysége. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I. Eötvös Kiadó, Budapest, (256–294)*
- Paksi B. (2007c): Drogepidemiológiai adalékok egy délnyugat-dunántúli városból. A droghasználat elterjedtsége és tendenciái a középiskolások körében Zalaegerszegen, 1993-tól napjainkig. *Addiktológia*. 2007. 3. (212–130)
- Paksi B., Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérzékenysége – új fejlemények. *MAT VI. Országos Kongresszusa*. 2007. november 22–24. Siófok, *Addiktológia/Addictologia Hungarica 2007. VI. Supplementum 1. pp. 49.*

- Paksi B., Arnold P. (2009a): Speciális populációk drogérintettsége. In: Demetrovics Zs. (szerk): *Az addiktológia alapjai II.* Eötvös Kiadó, Budapest. Megjelenés alatt.
- Paksi B., Arnold P. (2009b): A magyar társadalom drogokkal/drogfogyasztókkal kapcsolatos gondolkodása. Kézirat.
- Paksi B., Arnold P., Demetrovics Zs., Kun B., Rózsa S. (2007): A droghasználat társadalmi mintázatának egyes aspektusai a magyarországi felnőtt népesség körében. MAT VI. Országos Kongresszusa. 2007. november 22–24. Siófok, Addiktológia/Addictologia Hungarica 2007. VI. Supplementum 1. pp. 50.
- Paksi B., Elekes Zs. (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia*. 3–4., 273–234.
- Paksi B., Elekes Zs. (2004): A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. MAT V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, 2004. október 21–23.
- Paksi B., Elekes Zs. (2005): *A 9–10. évfolyamos középiskolások drogfogyasztása Budapesten 2005-ben.* Kutatási beszámoló, NDI.
- Pompidou Group (1995): Population survey in epidemiological research on drug use in Europe: Core Items and methodological aspects. *23rd Meeting of experts in Epidemiology of drug problems*. Strasbourg, 9–10 November.
- Room, R. (2007): Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. *Addiktológia*, 3, 232-254.
- Romania National Report (2005): *The Romania Drug Situation 2005*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34609EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Sandwijk J.P., Cohen P.D.A., Musterd S. (1991): *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1991 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over.* Instituut voor Sociale Geografia, Univesiteit Amsterdam.
- Sandwijk J.P., Cohen P.D.A., Musterd S. (1995): *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over.* Instituut voor Sociale Geografia, Univesiteit Amsterdam.
- Slovakia National Report (2006): *The Slovakia Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index45019EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Spain National Report (2006): *The Spain Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44931EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Zinberg, N.E. (1984): *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven, Yale University.



# A KÁBITÓSZER-PROBLÉMA KEZELÉSÉVEL ÖSSZEFÜGGŐ PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON

FELVINCZI KATALIN

## DEFINÍCIÓS PROBLÉMÁK A PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGGEL KAPCSOLATBAN

### PREVENCIÓ ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Manapság egyre elterjedtebbé válik az a felfogás, mely szerint a drogprenvenció problematikáját leginkább az egészségfejlesztés tágabb gondolati rendszerében szükséges szemlélni. Az Ottawai Charta (1986) szellemiségéből értelemszerűen következik ez az uralkodóvá váló felfogás, hiszen ez a dokumentum tette széles körben elfogadottá azt az egyébként 1948-ból származó gondolatot (Egészségügyi Világszervezet egészség-meghatározása), miszerint az egészség nem a betegség hiánya, hanem a testi-lelki-szociális jól-lét állapota. Vagyis az egészség nem pusztán egy kívánatos célállapot (nem terminális érték), hanem a leglényegesebb erőforrás az életminőség megtartása, illetve javítása szempontjából.

*Ebből következően az egészségfejlesztés nem redukálható bizonyos magatartásmódoktól való tartózkodásra, sokkal inkább olyan egyéni és közösségi kapacitások mozgósítását igényli, amelyek következtében az egészséget támogató, egészségbarát életvezetési alternatívák vonzereje megnő, illetve olyan személyes és közösségi készségek, jártasságok alakulnak ki, erősödnek meg, melyek eredményeképpen az egészségesebb alternatívák választása lehetségessé válik.*

Fentiekből fakadóan a drogprenvenció az egészségfejlesztés része. Az a körülmény, hogy gyakran tapasztaljuk e terület kiemelését az életmód, az életvezetés egészéből, nem a problémakör sajátos, megkülönböztető fejlődéstörténetével hozható összefüggésbe, sokkal inkább járulékos tényezők indokolják azt. Többek között a droghasználatnak, az illegális szerek visszaélészerű használatának kriminalizált volta indokolja ezt az eltérő bánásmódot, viszonyulást. Továbbá az is indokolja a drogkérdés kiragadását az egyéb egészségkárosító magatartásformák közül, hogy a drogkérdéssel kapcsolatban nem rendelkezünk jól szervezett, bepróbált társadalmi reakciókkal, intézkedési technikákkal. Ebből is adódik, hogy a Nemzeti Stratégia (2000) kiemelt prioritásként tartja számon a társadalom érzékenyítését, valamint hatékony eszközökkel felruházását a probléma kezelése érdekében. *Manapság egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy a drogmentes társadalom képzelet illúzió, de a problémával szembe nézni képes és kezelési technikákkal rendelkező társadalom léte reális célkitűzés lehet.* Sok esetben nem lehetnek megbízható becsléseink azzal kapcsolatban sem, hogy

a kábítószer-probléma milyen méreteken súlyosbodik. Annak ellenére, hogy az epidemiológiai vizsgálatokból jól tudjuk, hogy a középiskolás fiatalok közül minden harmadik, negyedik kipróbált már élete során valamilyen illegális szert (Paksi, 2004), sokan még mindig úgy vélik, hogy a drogos valamilyen egészen más ember, más anyagból gyúrták, mint droggal még nem fertőzött embertársainkat. Ebből adódóan felfokozott aggodalom, helyenként misztikus köd övezi a kábítószer-problémát és a problémával küzdő embert is. A közvélekedés egészen másként látja az illegális, mint a legális szereket (alkoholt, dohányt, gyógyszert stb.) rendszeresen fogyasztó személyeket. Az addiktológiai rendelésen, vagy a leszoktató programokban részt vevő függők körében folytatott szociálpszichológiai vizsgálatok is ezt az érdekes, kettős mércével történő mérést bizonyítják, vagyis, hogy a legális és illegális szert használók egészen más tulajdonságokkal jellemzik saját csoportjuk tagjait, mint a másik csoportot. Tehát maguk a szerhasználók is eltérően ítélik meg önmagukat, illetve hasonlóképpen függő, de más típusú anyagot használó sorstársaikat.

Az ismert tényezők rávilágítanak arra, hogy egyrészt az illegális droghasználat a függőségeknek csak egy alosztályát jelenti, a függőség szempontjából az anyag legalitása-illegalitása nem lényegi tényező. Arra is szükséges felhívni a figyelmet, hogy a társadalmi megítélés alakulása szempontjából nem perdöntőek a tudományos megfontolások: hiába állítja a szakma, hogy a droghasználat kezelése az általános egészségfejlesztés része, a társadalmi vélekedés (a kognitív reprezentáció) másként jeleníti meg ezt a problémakört. Szükséges megemlíteni azt is, hogy az illegális droghasználat felfokozott társadalmi veszélytudattal jár.

A fenti tényezők a napi gyakorlat szempontjából eltérő utat jelölnek ki a droghasználat megelőzésére, ugyanakkor a tudomány rendszertani szempontok mégis csak arra intenek bennünket, hogy az e területén folytatandó megelőzési munka során az egészségfejlesztés általános elveit, módszertanát, tudományos megfontolásait szükséges szem előtt tartani.

#### PRIMER-SZEKUNDER-TERCIER PREVENCIÓ VS. UNIVERZÁLIS-CÉLZOTT-JAVALLOTT PREVENCIÓ

A kábítószer-probléma kezelése során körvonalazódó megelőzési tevékenység és elsősorban az annak háttérben meghúzódó szemléletek átértelmezését tapasztalhatjuk az utóbbi időben. Az egészségfejlesztési és a droghasználat megelőzési gondolkodás közeledését élhetjük át az elmúlt években, mely szemléleti átrendeződés mindkét – egyébként egymáshoz szorosan kapcsolódó – terület számára nyereséggel jár. Manapság a mérvadónak tekinthető szakirodalom (IOM, 1994) a megelőzés területén három nagy kategóriát különböztet meg:



### 1. Általános (univerzális) prevenció – *Universal Prevention*

Az ebbe a kategóriába tartozó prevenciók stratégiák a populáció egészét szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a probléma-viselkedés megjelenését kívánják megakadályozni, illetve késleltetni. Ezen programok célcsoportja lehet a nemzet egésze, a helyi közösség, az intézmények. Ezek a prevenciók beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az univerzális prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnek tekinthető egyfelől, másfelől pedig a megfogalmazott üzeneteknek olyanoknak kell lenniük, amelyekből a populáció egésze profitálni képes. (Beleértve azokat is, akik már találkoztak a drogokkal.)

### 2. Célzott (szelektív) prevenció – *Selective Prevention*

Ezek a beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, illetőleg csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők, pl. társadalmi hovatartozásuk, iskolai karrierjük sajátos alakulása miatt. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között. Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, profitálni legyen képes ezekből. A célzott prevenciók beavatkozások az egyéni veszélyeztetettség mértékének felbecslésére nem tesznek kísérletet.

### 3. Javallott (indikált) prevenció – *Indicated Prevention*

Ez a kategória olyan prevenciók beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (DSM IV) függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését kívánják a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. Ezek a programok tehát elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nemcsak, vagy nem elsősorban a szerhasználat kialakulásának megakadályozása, hanem minden olyan viselkedészavar befolyásolása is, amely vélhetőleg kapcsolódik, vagy elvezet a szerhasználó életút kialakulásához. Ezek a programok különösen alkalmasak az olyan fiatalokkal való foglalkozás során, akik már összeütközésbe kerültek a büntető igazságszolgáltatás intézményrendszerével, ide sorolhatók az elterelés intézményrendszerén belül nyújtható szolgáltatások, beavatkozások is.

Azt láthatjuk tehát, hogy a korábban meghatározó jelentőségű, elsősorban probléma fókuszúnak tekinthető klasszikus, Caplantól (1964) származó felosztás egyre inkább egy célcsoport fókuszú kategorizáció irányába tolódik el. A hagyományosnak tekinthető felosztás érdeklődésének és intervenciók logikájának homlokterében a probléma elkerülése, korai felismerése és ismételt jelentkezésének elkerülése állt. Az utóbbi években egyre inkább preferált kategorizáció nem a probléma elkerülését hivatott elsősorban elősegíteni, hanem sokkal inkább az azzal való megküzdés általános, vagy speciális beavatkozási lehetőségeit vizsgálja.

#### A PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG TERVEZÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE

A prevenciók tevékenységgel összefüggésben az egyik leginkább problematikus pont mindig a programok hatásosságának a kérdése. Mit tekinthetünk a hatásosság szempontjából kedvező kimenetnek? Egyáltalán, a társadalmi és a szakmai elvárásokat szem előtt tartva, a prevenciók tevékenységnek mire kell hatást gyakorolnia? A szerkipróbálás populációs szintű gyakoriságára, a szerhasználati szokások alakulására, a problémás szerhasználat elterjedtségére, a kábítószer-használat súlyos szövődményeinek elkerülésére, általában az egészségtudatos magatartás kialakulására? Azt a kérdést is indokolt-e tekintetben felvetni, hogy a prevenciók tevékenységnek mikor kell kifejtenie a hatását? Közvetlenül a beavatkozást követően, vagy évek múltán? Az sem közömbös, hogy a hatásokat a beavatkozások konkrét tartalmának, célkitűzéseinek tükrében határozzuk-e meg, vagy általános, programoktól függetlenül, tudományosan megalapozott elvárásokat fogalmazunk-e meg. A fentiekben részletezett kérdések töredékére sem rendelkezünk megnyugtató válasszal. A hatás kérdése első közelítésben teljesen „ártatlannak” tűnik, azonban ha gondosan tanulmányozzuk a szakirodalmat, akkor jól látható, hogy a különböző vizsgálatok, kutatások meglehetősen különböző kérdésselvetésekkel dolgoznak. Némelyek valóban a prevalenciaadatok azonnali befolyásolását vélelmezik, és ennek fényében vizsgálják a programok hatásosságát, míg más vizsgálatok a közvetítő változókra kifejtett hatásokat vizsgálják, megint, mások pedig a hosszú távú viselkedéses változókra helyezik a hangsúlyt.

#### ÉRTÉKELÉSI TAPASZTALATOK ÉS ESZKÖZÖK

##### *Eredményesség a metaanalízisek tükrében*

Évekkel ezelőtt, amikor a prevenciók programok értékeléséről beszéltünk, még többé-kevésbé jogosan állítottuk, hogy e téren kevés a megbízható tapasztalat, a prevenciók tevékenységet nem elsősorban az teszi indokolttá, hogy azonnal

befolyásolni képes a droghasználat elterjedtségének mértékét, sokkal inkább az, hogy humanitárius kötelesség ezt a tevékenységet folytatni. Az eredményesség kimutatásával kapcsolatban indokolt volt azt állítani, hogy e tekintetben különösen nagyok a módszertani nehézségek, hiszen a ma zajló preventív beavatkozás hatása az eredményváltozók tekintetében csak évek, esetenként évtizedek elteltével fogja csak érzékeltetni hatását (Felvinczi, Ritter, 2001). Ezek az állítások mára már jórészt idejüket múlták. A preventív programok értékelése terén jelentékeny fejlődés következett be mind a nemzetközi, mind pedig a hazai tudományos életben. E helyütt eltekintek azon kutatások áttekintésétől, melyek egy-egy program értékelését tűzték ki célul, néhányat azonban megemlítek azok közül, melyek ezen programok értékelési eredményeinek metaanalízisén alapulnak.

Talán indokolt első helyen Tobler munkáját említeni, aki már a 80-as évek végétől foglalkozott elsősorban az iskolai szintűen megjelenő preventív programok meta-analízisével. A NIDA 1997-ben megjelent monográfiájában *Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: Results of the 1993 Meta-Analysis* címmel jelent meg összefoglalás *Nancy S. Tobler* tollából. Ez az átfogó tanulmány a 80-as-90-es években alkalmazott drogpreventív programok eredményértékeléseinek meta-analízisét mutatja be és fogalmaz meg általános, a későbbi programtervezés szempontjából is hasznosítható tanulságokat. Az elemzésbe 120, az iskolai szintűen megvalósított és értékelt programot vont be a kutatócsoport. A programokat egyfelől tartalmuk, másfelől pedig a bemutatás módja szempontjából kategorizálták. A metaanalízis elvégzése érdekében a kutatók egy 50 oldalas szempontrendszer határoztak meg, amely az információk számbavételét az alábbi kategóriák mentén tette lehetővé:

- a beavatkozás összetevői,
- a résztvevők szocio-demográfiai jellemzői,
- a megvalósított program egyéb jellemzői (a program létrejöttének időpontja, a megcélzott drog fajtája, célkitűzések, a résztvevők száma, az értékelésben résztvevők száma stb),
- a megvalósítás körülményei,
- az értékelési vizsgálat módszertani jellemzői,
- az adatfeldolgozás módszertani jellemzői.

A metaanalízis tanulságai napjainkban szinte közhelyszámba mennek: a preventív program viselkedésre gyakorolt hatása szempontjából a legnagyobb jelentőséggel a program megvalósításának interaktivitása bír. Ehhez képest másodlagos a program célkitűzése, illetőleg annak tartalmi fókusza.

Tobler elemzéséhez nagyon hasonló kérdésvetést és elemzést jelenít meg az Alisson Ritter által vezetett *Drug Policy Modelling Project* keretében megjelent *School based drug prevention: A systematic review of the Effectiveness on*

illicit drug use című tanulmány 2005-ben (Soole, Mazerolle, Rombonts, 2005). A két tanulmány megjelenése közötti időben jelentősen fejlődött a metaanalízis elvégzésének módszertana, valamint az egyes programok vonatkozásában alkalmazott értékelési technika és a prevenció szakemberek értékékelő munka iránti elkötelezettsége is. Talán ennek is köszönhető, hogy az eredményességre vonatkozó megalapozott megállapítások még inkább differenciáltabbá váltak. E második helyen idézett metaanalízis során 58 programértékelési tanulmány kvalitatív elemzését, valamint ezek közül 12 esetben kvantitatív metaelemzés elvégzését valósították meg. Az elemzett kör meghatározása szempontjából rendkívül szigorú kritériumokat alkalmaztak a kutatók. Csak olyan tanulmányok kerülhettek be a vizsgáltak közé, ahol az eredeti eredményértékelés pre- és poszt-tesztet, valamint kontrollcsoportos összehasonlítást is tartalmazott. Az eredményváltozók szempontjából is szigorú korlátokat szabtak: csak azok az értékelési vizsgálatok kerültek kiválasztásra, ahol az eredményváltozó a tényleges viselkedés szintjén volt mérhető, valamint kizárólag az illegális szerhasználatra vonatkozott. Fontos differenciáló tényező volt, hogy az előbbieken említett eredmény-változó idő dimenzióját is tekintetbe vették, tehát a rövid és a hosszú távú hatások is fontos elemzési szempontként jelentkeztek.

A tapasztalatok összefoglaló jelleggel az alábbiak szerint összegezhetőek: számos, az iskolai szinten megvalósuló program meghatározó mértékben képes kedvező irányban befolyásolni az illegális szerhasználatot. Különösképpen igaz ez a szociális befolyásolást, illetve a társas kompetenciákat növelő programok esetében. Nem mutatkozik kedvező hatás az érzelmi nevelést, illetőleg az ismeretátadást megcélzó programok esetében. A programok megvalósítóival kapcsolatban elmondható, hogy hatékonyabbak azok a programok, amelyeket nem speciálisan képzett szakemberek (egészségnevelők, prevenció szakemberek) közvetítenek. A programok intenzitásával, hosszával kapcsolatban elmondható, hogy érdemi kedvező hatást a minimum 10 alkalmat felölelő intervenciók érnek el. Ezen beavatkozások hatásosságát növeli, ha egy éven belül ismétlésre, vagy a beavatkozás bizonyos elemeinek felfrissítésére sor kerül. Az elemzés tanúsága szerint az alacsonyabb rizikó csoportba tartozó diákok körében eredményesebbek a prevenció beavatkozások, mint a magas kockázati csoportba tartozók körében.

#### *A prevenció programok elterjedtsége és sajátosságai az Európai Unióban*

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) szinte megalakulása (1993) óta folyamatosan napirenden tartja a prevenció intervenciók értékelését, tervezését, illetőleg a legjobb gyakorlatok széles körben történő megismertetését. Ezen tevékenysége keretében összefoglaló tanulmányok, tanulmánykötetek, illetve kézikönyvek jelentek meg az utóbbi 10 évben annak érdekében,

hogy ezek az ismeretek eljussanak az Európai Unió tagállamainak drogpolitikai döntéshozóihoz, illetőleg a szakemberekhez. Az EMCDDA e tárgykörben megjelent publikációi több, már a korábbiakban is érintett kérdésre rávilágítanak. Az 1997-ben megjelent tanulmánykötetben (EMCDDA 1997) található elemzések megjelentetése az EMCDDA azon első próbálkozásai közé tartozott, mely a prevenciós tevékenység elméleti alapjait, bizonyos definíciós problémákat igyekezett tisztázni, valamint a prevenciós tevékenységgel kapcsolatos szakmai elvárásokat próbálta körüljárni. Az Egyesült Államokban érvényes értékelési gyakorlatot is bemutatta. Ez a tanulmánykötet már előrevetítette a nem sokkal később kialakított EDDRA-adatbázis sajátosságait. Ez az adatbázis a legkülönbözőbb keresletcsökkentési tevékenységeket igyekszik egységes rendszerben bemutatni. Eredeti célja az volt, hogy a jó gyakorlatokat tegye széles körben ismertté és hozzáférhetővé az Európai Unió tagállamok között. Elsősorban értékelt programokat kívánt bemutatni, de nem fogalmazott meg egyértelmű elvárásokat a programok értékelésével összefüggésben. Az EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) adatbázisba való bekerülés feltétele a működés első 4-5 évében valójában csak a programok egységes szempontrendszer mentén történő leírása volt. A szempontrendszer viszonylag egyszerűnek tekinthető, nagy vonalakban megegyezik azzal a szempontrendszerrel, amelyet 2001–2005 között zajló, a prevenciós programok feltárását és teoretikus értékelését lehetővé tévő magyarországi kutatások is alkalmaztak (Paksi, Demetrovics, Czakó, 2002, 2003, Paksi, Demetrovics, 2002, 2006). Vagyis érdeklődtek a programok általános, specifikus célja, az ezeket megalapozó elméleti megfontolások, az alkalmazott módszer, a program bemutatására szánt időtartam, az interveniált csoport nagysága, az ismétlődő alkalmak száma és az interpretátor sajátosságai iránt. Valóban csak az értékelt programok kerülhettek be az EDDRA adatbázisba, de az értékeléssel kapcsolatos információ rendkívül szűkszavú volt, minthogy módszertani elvárások nem fogalmazódtak meg ezekkel összefüggésben. Ez persze könnyen érthető, hiszen a prevenciós programokhoz kapcsolódó értékelési kultúra és az adekvát módszertan hiánya megnehezítette az egyértelmű elvárások megfogalmazását. Ez az adatbázis az Európai Unió vonatkozásában legfeljebb arra a kérdésre tudott választ adni, hogy hol, melyik országban milyen elterjedtsége van a prevenciós beavatkozásoknak, azt a kérdést értelemszerűen nem tudta megválaszolni, hogy mely beavatkozások hatékonyak és melyek kevésbé.

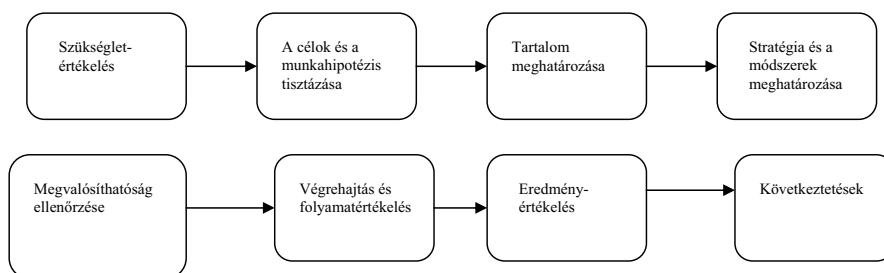
Az EDDRA adatbázis alapján 2002-ben az EMCDDA közzétett egy elemzést, aminek jóvoltából láthatóvá váltak bizonyos tendenciák az egyes országok, elsősorban az iskolai prevenció terén folytatott gyakorlatával kapcsolatban (Burkhart, 2002).

Az EDDRA adatbázis elemzése nem tette lehetővé a prevenciós gyakorlat érdemi megismerését, de az adatbázis bizonyos gyengeségeire, illetve a prevenciós programok gyengeségeire is felhívta a figyelmet. Kiderült ugyanis, hogy az országok

(rég EU-s tagállamok) meglepően kevés programot tudtak megjelentetni az adatbázisban, nemcsak azért, mert azok nem kerültek értékelésre, hanem azért is, mert a megadott roppant egyszerű szempontok mentén sem tudták a programokat az elvárásoknak megfelelő színvonalon, vagy minőségben leírni. Ennek következtében az EMCDDA praktikus fejlesztési törekvései elsősorban arra irányultak, hogy a szakembereket egyfelől a programok tervezése, másfelől pedig az értékelő munka megtervezése szempontjából lássák el munícióval. Ennek a törekvésnek a jegyében jelent meg egy az említett tevékenységek szakszerű lebonyolítását előmozdítani hivatott kézikönyv (Kröger, Winter, Shaw, 2004).<sup>1</sup>

A prevenció tevékenység szakmaiságának fejlesztése érdekében jelentékeny átalakítások történtek az EMCDDA tevékenységében is az elmúlt évek során. A kutatási adatok alapján egyre világosabbá vált, hogy a programtervezés és az értékelés egymással szoros összefüggésben van. Egyre inkább megerősödik az a feltételezés, hogy a megfelelően, gondosan megtervezett programok a közvetlen és a hosszabb távú eredményesség szempontjából is kedvezőbb képet mutatnak. Ezt a megközelítést terjeszti az EMCDDA is, a programtervezési és értékelési módszertani segítséget is összerendezett csomagokban kínálja. Ennek részeként került kialakításra a Prevention and Evaluation Resource Kit (PERK, 1. ábra), amely akár oktató programnak is tekinthető, mely lépésről-lépésre vezet végig a programtervezés egyes lépcsőfokain és mutatja be a kapcsolódó értékelési technikákat, módszereket, valamint az egyes lépésekkel kapcsolatosan letölthető tanulmányokat, szakirodalmat is tartalmaz.

1. ábra. A PERK általános struktúrája



Tehát a prevenció tevékenység megvalósításának tervezési és értékelési eszköze, a PERK egyértelműen azt üzeni a prevenció szakembereknek, hogy a tevékenység eredményessége közvetlenül a professzionális tervezéssel, valamint a folyamatba

<sup>1</sup> A kézikönyv magyar nyelven is hozzáférhető, a Drog Fókuszpont kiadásában látott napvilágot.

illesztett értékeléssel van összefüggésben. Vagyis, hogy a jól tervezett és értékelési elemekkel átítatott prevenciók beavatkozása a kívánt eredményt fogja meghozni.

Ez az üzenet, vagy ajánlás annál is inkább relevánsnak tűnik, mert a programok közötti választást, pontosabban annak a kérdésnek a megválaszolását, hogy melyik program jó, célszerű, illetőleg alkalmas, manapság már nem az egyedi programok hatásvizsgálata alapján lehet eldönteni, hanem sokkal inkább a már korábbiakban említett és az USA-ban egyre inkább egyeduralgódóvá váló metaelemzések/irodalmi áttekintések révén.

Az EMCDDA szakmai fejlesztési tevékenységének köszönhetően az EDDRA adatbázis is átalakításra került. Ennek megfelelően 2008-at követően az adatbázisba való bekerülés feltételei is átalakultak, az alábbiak szerint (Nemzeti Drog Fókuszpont hírlevele, 2008. május):

- a projektet értékelték;
- az elméleti háttér/feltételezései világosan kapcsolódnak a célokhoz;
- az egyértelmű evaluációs indikátorok kapcsolódnak a célokhoz és a kiinduló állapothoz;
- tartalmazza az evaluációs kutatási elrendezés egyértelmű leírását;
- a projekt legalább egy éve fut.

A közelmúltban kezdte meg működését egy best practice, jó gyakorlatok elnevezésű internetes felület is (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>), az EMCDDA szakmai fejlesztései eredményeként, ami a szakemberek és a szakmapolitikai döntéshozók számára kíván támpontokat adni a prevenció, a kezelés-ellátás, az ártalomcsökkentés és a szociális integráció kérdéskörében. Fő célja, hogy az alkalmazott beavatkozások minősége javuljon, valamint, hogy Európa-szerte ismertté váljanak a legjobb gyakorlatok.

Az értékelési kultúra egyre szélesebb körben történő terjedése immár a mindennapok intervencióinak tervezésében, illetve a programok kiválasztásában is érezteti hatását, de nem azon a módon, ahogy az avatatlan szemlélő gondolná. Vagyis nem az történik, hogy a programgazdák értékelik, vagy értékeltetik saját programjaikat és bemutatják annak az értékelés által is bizonyítottan tekinthető erősségeit, előnyeit, hanem a lebonyolított értékelés minősített tudományos kritériumok mentén, és csak azok a programok tekinthetők valóban jónak, amelyek értékelése is kielégít bizonyos, meglehetősen szigorú kritériumokat is. Ennek szemléletes példája az amerikai SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) által üzemeltetett „Hatásos prevenciók nemzeti nyilvántartása” (National Registry of Effective Prevention Programs).

Az ebben a nyilvántartásban szereplő programokat két, egymástól független szakértő értékeli egyfelől a lebonyolított értékelési vizsgálat/kutatás módszertani megfelelősége szempontjából, másfelől a széleskörű elterjesztésre való felkészültség

szempontjából. Vagyis a nyilvántartásba csak értékelt programok jelentkezhetnek, a minősítés pedig nem kizárólagosan, vagy elsődlegesen arra vonatkozik, hogy a program vajon jó-e, vagy sem, hanem, hogy a kapott kedvező értékelési eredmények milyen módszertan felhasználásával születtek.

Az értékelő vizsgálatok módszertanát 6 kritérium alapján, míg az elterjesztésre való alkalmasságot 3 kritérium alapján vizsgálják.

A nyilvántartásban szereplő, illetve abba bekerülni szándékozó programok/ intervenciók eredményességével összefüggő kutatások értékelése során az alábbi szempontokat mérlegelik:

1. megbízhatóság
2. érvényesség
3. intervenció hűség
4. adathiány és lemorzsolódás
5. egyéb, nem tervezett beavatkozásokból eredő hatások
6. az elemzés megfelelése.

Az elterjeszhetőségre való alkalmasság kritériumainak vizsgálata:

1. a megvalósításhoz szükséges segédanyagok rendelkezésre állása
2. képzési és egyéb támogató szolgáltatások rendelkezésre állása
3. minőségbiztosítási eljárások rendelkezésre állása.

Megállapítható tehát, hogy a prevenció programok értékelése, minőségi fejlődése terén jelentős előrehaladás tanúi lehettünk az elmúlt 15 év során. Továbbra is nehézséget jelent ugyanakkor egyértelműen rámutatni a valóban eredményes és az egyértelműen nem eredményes programokra. Ennek oka részben abban kereshető, hogy a ma végrehajtott prevenció beavatkozások tényleges hatásáról érdemi véleményt csak a beavatkozás után mintegy 15-20 évvel tudnánk formálni, és ez a körülmény, a módszertani szigorúság és az adatvédelmi szabályozás manapság érvényes elvárásai pedig szinte megoldhatatlan nehézségek elé állítják a kutatót (Caulkins, Pacula, Chiesa, 2004).

#### A NEMZETI STRATÉGIA PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGGEL KAPCSOLATOS CÉLKITŰZÉSEI

A Nemzeti Drogstratégia 2. pillére a prevenció témakörével, megközelítési lehetőségeivel, a beavatkozások lehetséges színtereivel foglalkozik. A pillér üzenete az alábbiak szerint fogalmazódik meg: *Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszaszűntetésére (megelőzés).*



A Stratégia 12, úgynevezett preventív szintet azonosít és határozza meg a szükséges tevékenységek körét.

A Stratégia által azonosított szintek az alábbiak:

1. család
2. iskola
3. munkahely
4. a szabadidő eltöltésének szinterei
5. honvédség
6. egyházak
7. média
8. információs társadalom
9. gyermekvédelmi intézményrendszer
10. rendőrség
11. kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok
12. romákkal kapcsolatos megelőző programok.

A Stratégiában megfogalmazódó célrendszer tekintetében elmondható, hogy minden esetben a protektív tényezők/faktorok erősítését és a kockázati tényezők gyengítését, kompenzálását kívánja elérni.

A szintér-megközelítés főbb ismérvei az egészségfejlesztési gondolkodásból származnak. A programok alkotása szempontjából ez a szempontrendszer elsősorban az Ottawai Chartát (1986) követő periódusban vált tapinthatóvá. A szintér a megcélzott populáció természetes élettere, azok az intézmények, azok a szervezetek, ahol a célpopuláció a maga természetes valójában tölti mindennapjait, alakítja kapcsolatait, formálja barátságait. *A szintér-programok tehát oda viszik a fejlesztő (protektív, kompenzatórikus) intervenciókat, ahol a probléma és a probléma bordonója is otthon van.* A Stratégia által azonosított szintek nem mindegyike tekinthető a szó valódi értelmében szintérnek, valójában szinterek, kockázati csoportok és az intervenciók közvetítői egyaránt megtalálhatóak a felsoroltak között.

Az 1. táblázat bemutatja, hogy a preventív intervenciók csoportosításának milyen alternatívája lenne elképzelhető (lásd a következő oldalon).

A Nemzeti Stratégia és ezen belül a preventív tevékenységek megvalósítása érdekében 3 alkalommal került sor akcióterv kialakítására, melyek kormányhatározat (1036/2002; 1129/2004; 1094/2007) formájában kerültek elfogadásra. Az akciótervek minden alkalommal számos, alkalmanként mintegy 5-8 célkitűzést, tevékenységcsoportot határoztak meg a preventív intervenciókkal összefüggésben. Az ismétlődések kiszűrését követően ezek a célkitűzések a 2. táblázat szerint alakultak. A táblázat áttekinthető jelleggel bemutatja, hogy az egyes kormányhatározatok milyen, a preventív tevékenységgel összefüggő kormányzati feladatokat határoztak meg.

1. táblázat. A prevenció intervenciók csoportosításának alternatívái

Szintér	Kockázati csoportok	Intervenciók közvetítői
család	veszélyeztető állapotok	média
iskola	romák	egyházak
munkahely		rendőrség
szabadidő		információs társadalom
gyermekvédelmi intézményrendszer		
információs társadalom		
honvédség		

2. táblázat. A prevenció tevékenységek megvalósítását szolgáló célkitűzések az akciótervekben

1036/2002 kormányhatározat	1129/2004 kormányhatározat	1094/2007 kormányhatározat
A Kormány felhívja a pénzügyminisztert, hogy dolgozzon ki egy olyan támogatási rendszert, amely a prevenció egészségfejlesztő programok szolgáltatáskénti igénybevételét országosan, minden tanintézményre kiterjedően biztosítja.	A Kormány elrendeli olyan iskolai egészségstratégia kialakítását, amely kiemelt módon kezeli az iskolai drogstratégiát. Ennek megvalósításában kulcsszerepet kell játszania az iskolai egészségfejlesztő – drogügyi koordinációs csoportok megalakulásának, hogy az iskolában is a pedagógiai program és az egészségkultúra részeként kezeljék a drogproblémát. A Kormány felhívja az érintett minisztereket, hogy dolgozzanak ki egy, az iskolai, prevenció egészségfejlesztési programok igénybevételét országosan lehetővé tévő támogató rendszert.	A Kormány elrendeli a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállítását. A Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság feladata a prevenció szolgáltatások tartalmi minimumkövetelményeinek meghatározásáról szóló szakmai ajánlás kidolgozása, az akkreditáció biztosítása. A szakmai ajánlásban foglaltak alapján, a prevenció szolgáltatással nem rendelkező területeken pályázati úton kell támogatni a prevenció szolgáltatások létrejöttét és működését.
A Kormány kiemelt jelentőséget tulajdonít annak, hogy a fiatalok kellő számú és minőségű egészségfejlesztő, illetve drogprevenció programok által (nyújtott) megfelelő tudással rendelkezzenek a kábítószeres használatának káros következményeiről. Ennek érdekében felhívja az érintett minisztereket, hogy dolgozzanak ki átfogó, ágazatra vonatkozó – az oktatási intézmények keretein kívül (különösen a kultúra, közösségfejlesztés, sport területén) megvalósítandó, pozitív üzenetet közvetítő – drogprevenció, illetve egészségfejlesztő programokat, és gondoskodjanak azok gyakorlati alkalmazásáról. A programoknak le kell fedniük az ifjúság, valamint a veszélyeztetett csoportok lehető leg szélesebb körét, így	A Kormány annak érdekében, hogy a fiatalok kellő számú és minőségű egészségfejlesztési, illetve drogprevenció programok által közvetített információval rendelkezzenek a kábítószeres használatának káros következményeiről, felhívja az érintett minisztereket, hogy dolgozzanak ki átfogó, ágazatra vonatkozó – az oktatási intézmények keretein kívül (különösen a kultúra, közösségfejlesztés, sport területén) megvalósítandó, pozitív üzenetet közvetítő – drogprevenció, illetve egészségfejlesztési programokat, és gondoskodjanak azok gyakorlati alkalmazásáról. A programoknak le kell fedniük az ifjúság, valamint a veszélyeztetett csoportok lehető leg szélesebb körét, így	A pályázati támogatási rendszer kibővítésével biztosítani kell, hogy az egészségfejlesztő és drogprevenció elemeket tartalmazó programok elérjék a) a 2008-2009. évben a közoktatási intézmények 5-11. évfolyamán tanuló fiatalok legalább 30%-át, b) a 2010. évtől kezdődően 500 millió Ft többletforrás bevonásával az egészségfejlesztő és drogprevenció elemeket tartalmazó programok által leginkább elérni kívánt teljes célcsoportot (a közoktatási intézmények 5-8. évfolyamán tanuló fiatalokat).

1036/2002 kormányhatározat	1129/2004 kormányhatározat	1094/2007 kormányhatározat
<p>– a közoktatásban és a felsőoktatásban résztvevőket,  – az iskolából kimaradókat,  – a munkanélküli fiatalokat,  – más pszichoszociális okból veszélyeztetetteket, – terhes anyákat és kábítószerfüggő újszülötteket,  – HIV és a fertőző májgyulladás szempontjából veszélyeztetett kábítószerhasználókat,  – egyéb pszichiátriai problémákkal küzdőket,  – hadkötelezettség alapján katonai szolgálatot teljesítő fiatalokat,  – a fiatalkorúak büntetés-végrehajtási intézeteiben fogvatartottakat.</p>	<p>– a közoktatásban és a felsőoktatásban résztvevőket,  – az iskolából kimaradókat,  – a munkanélküli fiatalokat,  – a más pszichoszociális okból veszélyeztetetteket,  – a terhes anyákat és kábítószerfüggő újszülötteket,  – a HIV és a fertőző májgyulladás szempontjából veszélyeztetett kábítószerhasználókat,  – az egyéb pszichiátriai problémákkal küzdőket,  – a Magyar Honvédségnél szolgálatot teljesítő fiatal korosztályt,  – a büntetés-végrehajtás intézeteiben fogva tartott fiatalkorúakat és fiatal felnőtteket.</p>	
<p>Felhívja az érintett minisztereket, hogy dolgozzák ki az iskolai drogügyekért felelős koordinátor szakemberek (pedagógus, egészségnevelő, iskolapszichológus, ifjúsági védőnő) működéséhez szükséges feladat- és hatásköri szabályokat, és teremtsék meg azok hatékony működésének feltételeit. Ezzel összefüggésben dolgozzák ki és szervezzék meg az iskolai drogkoordinátor szakemberek képzésének tematikáját, rendszerét.</p>	<p>Elrendeli azoknak a pedagógiai rendszereknek, módszereknek a fejlesztését, amelyek iskolai alkalmazása hatékonyan elősegíti a Nemzeti alaptantervben és a kerettantervekben az egészségfejlesztéssel és ezen belül a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatosan meghatározott fejlesztési célok megvalósítását.</p>	<p>A Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság és az Országos Rendőr-főkapitányság bevonásával ki kell dolgozni a preventív programokra vonatkozó egységes minőségbiztosítási rendszert.</p>
<p>A Kormány kiemelten fontosnak tartja a kábítószer-fogyasztás veszélyének fokozottan kitett zenés szórakozóhelyek, diszkók drogfogyasztás szempontjából történő biztonságosabbá tételét. Ezért felhívja az érintett minisztereket, hogy vizsgálják felül a zenés szórakozóhelyek és a diszkók működési engedélyezési eljárásának hatályos jogi szabályozását, illetve a működési engedéllyel rendelkező egységek rendszeres ellenőrzésének megvalósulását. A felülvizsgálat megállapításaira figyelemmel hajtsák végre a hatályos jogi szabályozás szükséges változtatásait.</p>	<p>Felhívja az érintett minisztereket, hogy dolgozzanak ki arra vonatkozó támogató rendszereket, hogy a graduális – felsőfokú – képzés, valamint továbbképzés során speciális, a kábítószer-problémával foglalkozó – főként egészségfejlesztéssel és kábítószer-megelőzéssel, illetve speciális esetekben kínálatcsökkentéshez kapcsolódó – külön modulok kerüljenek a tanrendbe iktatásra. Ennek érdekében az érintett tárcák megfelelő támogatás biztosításával segítsék elő a képzési rendszerek megvalósulását. Meg kell határozni a képzési rendszerek formáit, szervezeti kereteit, meg kell valósítani az egyes képzési formák közötti átjárhatóság feltételrendszerét. A kábítószer-használókkal foglalkozó szakemberek részére szervezett képzésekben kapjanak helyet a foglalkozási rehabilitációval foglalkozó szakemberek is.</p>	<p>Ki kell dolgozni a munkahelyi drogpolitikai irányelveket, valamint a Drogmentes Munkahely Program ki-szélesítését célzó speciális támogatási programokat.</p>

1036/2002 kormányhatározat	1129/2004 kormányhatározat	1094/2007 kormányhatározat
<p>A Kormány a kábítószer-probléma eredményesebb kezelése, illetve az érintett korosztály minél pontosabb felvilágosítása érdekében szükségesnek tartja a témával foglalkozó információs (megelőzési) kiadványok, oktatói kézikönyvek, segédkönyvek, segédkönyvek, segédkönyvek kellő példányszámban történő kiadását, médiaesemények számának növelését. Ezért felhívja az érintett minisztereket, hogy – országos lefedettségi szinttel – dolgozzák ki az információs kiadványok és a médiaesemények kiadásának, illetve támogatásának lehetőségeit és feltételrendszerét.</p>	<p>A Kormány a kábítószer-probléma eredményesebb kezelése, az érintett korosztály és a családok minél pontosabb felvilágosítása, a témával foglalkozó információs kiadványok, oktatói kézikönyvek, segédkönyvek kellő példányszámban történő kiadása, megfelelő terjesztése, a médiaesemények számának növelése érdekében felhívja az érintett minisztereket, hogy – országos lefedettségi szinttel – dolgozzák ki az információs kiadványok és a médiaesemények szervezésének, illetve támogatásának lehetőségeit és feltételrendszerét.</p>	<p>A hátrányos helyzetű személyeket, így különösen az iskolából kimaradó, munkanélküli, gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló fiatalokat, más pszichoszociális okból veszélyeztetetteket, telepeken, telepszerű lakókörnyezetben élőket, valamint a hajléktalanokat elérni kívánó, elsősorban a prevenciót, illetve a gyógyítást célzó pályázati programokat kell ki-dolgozni.</p>
<p>A Kormány egyetért azzal, hogy a pedagógusképzésben, illetve – továbbképzésben meg kell jelennie az egészségfejlesztéssel, ezen belül a kábítószer-megelőzéssel kapcsolatos ismeretanyagoknak. Ki kell dolgozni olyan pedagógiai rendszereket, amelyek iskolai alkalmazása hatékonyan elősegíti a nemzeti alaptantervben és a kerettantervekben az egészségfejlesztéssel – és ezen belül a kábítószer-fogyasztás megelőzésével – kapcsolatosan meghatározott követelmények megvalósítását.</p>	<p>A családok drogproblémák felismerésében és kezelésében való érzékenyebbé tétele érdekében a Kormány felhívja az érintett minisztereket, hogy dolgozzák ki a kábítószer-problémával érintett szülői csoportok támogatásának lehetőségeit, feltételrendszerét. A hatékony megvalósítás érdekében a prevenció és egészségnevelő programokkal el kell érni a szülőket is.</p>	
	<p>Felhívja az oktatási minisztert, hogy az érintett miniszterek bevonásával készíttessen felmérést a közoktatási intézményekben alkalmazott prevenció, egészségfejlesztési programokról, azok elterjedtségéről. E feladatával összefüggésben az oktatási miniszter tekintse át a prevenció programok megvalósulásának nemzetközi tapasztalatait, és a magyarországi sajátosságokat figyelembe véve hasznosítsa azokat az iskolai egészségfejlesztési programok kialakítása során.</p>	

Ha áttekintjük az egyes kormányhatározatokban megjelenő feladatokat és elsősorban a lefedett színtereket, akkor megállapíthatjuk, hogy ismétlődő jelleggel és nagy számban kerültek nevesítésre olyan akciók, melyek a közoktatási intézményeket, azokban tanuló diákokat, illetve a személyzetet célozzák, vannak fejlesztések,

amelyek a családokat, a munkahelyeket, illetve a szabadidő eltöltésének színtereit célozzák, valamint megjelennek a média, a társadalom széles köreinek informálását célzó tevékenységek is. Fejlesztési feladatok kerültek megfogalmazásra a hátrányos helyzetű, különösen veszélyeztetett feltételek között élő fiatalok prevenciós szükségleteinek kielégítése érdekében is.

E helyütt nem feladatunk a kormányhatározatokban megfogalmazott feladatok teljesülésének mértékét megítélni, érdemes azonban felhívni a figyelmet arra, hogy a 2002-es és 2004-es kormányhatározat szövegében helyenként szó szerinti azonoságok ismerhetők fel, ami nyilvánvaló módon arra utal, hogy az első periódusban az említett feladatok megvalósítása nem, vagy csak részlegesen történt meg.

A fejlesztési tevékenységek központi támogatása pályázati források bevonásával történt. (A tematikus és forrásallokációs megoldások részletezését lásd a Finanszírozás című alfejezetben.)

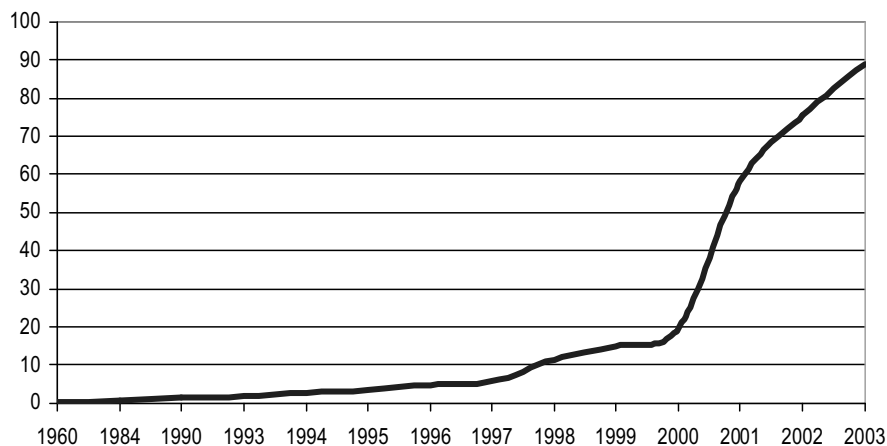
## A MAGYARORSZÁGI PREVENCIÓS SZÍNTEREK JELLEMZÉSE

### A KERESLET SAJÁTOSSÁGAI – A KÖZOKTATÁSI INTÉZMÉNYEK KÉSZSÉGE ÉS RÉSZVÉTELE A PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGBEN

Magyarországon 2004-ben az Oktatási Minisztérium megbízásából kutatás készült az iskolai színtéren megvalósuló egészségfejlesztés – drogprevenció helyzetéről. A kutatás (Viselkedéskutató Kft., Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Országos Közoktatásügyi Intézet) a magyarországi közoktatási (alap- és középfokú) intézmények prevenciós tevékenységben való részvételét vizsgálta, az iskolán belüli azon státusok számát tekintette át, amelyek a közvetlen tudásátadási funkción túli feladatok ellátását segítették elő, továbbá elemezte az iskola szervezeti légkörét és ennek összefüggéseit a közoktatási intézmények prevenciós hajlandóságával. A kutatás főbb megállapításai az alábbiak (Paksi, Felvinczi, Schmidt, 2005):

1. Az iskolai prevenciós tevékenység beindulása a jellemzően a kilencvenes évek végére tehető. Ezt megelőzően csak szórványosan, többnyire a speciális oktatási intézmények tevékenységi repertoárjában szerepelt csak ilyen irányú aktivitás. Az 1998-2000 közötti években az évente a prevencióba bekapcsolódó, vagy azzal próbálkozó iskolák köre 4-6%-kal bővült, de a 2000/2001-es tanévig bezárólag mindössze az intézmények negyede-ötöde szerzett ilyen irányú tapasztalatot. Igazi lendületet az iskolai prevenció/egészségfejlesztés a 2001/2002-es tanévben – feltehetően éppen az ISM-OM finanszírozással megvalósuló „Az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című projekt keretében – vett. Összességében mára már az iskolák 90%-a rendelkezik valamilyen prevenciós/egészségfejlesztési tapasztalattal.

2. ábra. A közoktatási intézmények bekapcsolódása az iskolai prevenció/egészségfejlesztő tevékenységbe (a megkérdezett iskolák kumulált %-ában)



2. A prevenció/egészségfejlesztési tevékenység által megcélzott területek tekintetében megállapíthattuk, hogy a leggyakrabban interveniált terület a legális és/vagy illegális szerhasználat. Az ezt követő leggyakrabban előforduló, az iskolák mintegy negyedében-harmadában interveniált területek viszonylag stabilan a táplálkozás, a mentális, illetve a testi higiéné.
3. Az iskolai prevenció tevékenység zöme nem a belső kapacitások, azok esetleges merevsége, korlátos volta által meghatározott módon, hanem külső szolgáltatók bevonásával történik.
4. Az iskolák programválasztása kevésbé átgondoltan történik, vagy azért, mert a prevenció szolgáltatók közötti választás nem tartozik a magasan prioritizált iskolai döntések közé, vagy azért, mert a prevenció szolgáltatások piaca kínálatkorlátos piacként percipiálódik az iskolák számára, s a döntések háttérben emiatt nem húzódik meg tényleges választás.
5. A prevenció tevékenység tematikájára vonatkozó kedvezőtlen tapasztalat, hogy nem látszik elmozdulás az integrált szemlélet irányába, sőt, a témakörök együttes kezelésének növekedésében sem mutatkozik meg a komplexitás növekedése. Ez roppant sajnálatosnak tekinthető, hiszen az egészségfejlesztés korszerű szakirodalma egyértelműen érvel az integrált megközelítések mellett.
6. Az iskolák programválasztása mögött meghúzódó kevésbé differenciált döntéshozatali mechanizmus másik jelzője, hogy az kevésbé a szükségletekre reagáló módon, sokkal inkább a támogatási rendszer függvényében történik. Ez megjelenik az interveniált területek tematikus választásban is – az utóbbi években az átlagosnál nagyobb mértékben támogatott drogtematika domi-

nanciájában – valamint abban is, hogy az utóbbi években gyakorlatilag csak a támogatott időintervallumban megvalósuló, azaz a 3-5 órás programok száma növekedett.

7. Az iskolai prevenció/egészségfejlesztési gyakorlatra vonatkozó – fentiekben összefoglalt – információk azt sejtetik, hogy az iskolák ezirányú tevékenységének alakulására inkább a spontenitás, és/vagy az információhiány dominálta kényszerválasztás, és/vagy az ilyen jellegű döntések alacsony iskolai prioritása, kevésbé átgondolt volta jellemző. Ezen jelenségek kezelésére, a közoktatási intézményekben folyó egészségfejlesztési/prevenációs tevékenység tervszerűségének, átgondoltságának növelésére volna hivatott az iskolai egészségfejlesztési-drogprevenció stratégia. A kutatási tapasztalatok azt mutatják, hogy tízből hét iskolában van kidolgozott egészségnevelési, és az intézmények valamivel több mint felében van drogstratégia.

A kutatás során nemcsak az iskolák konkrét, prevenció tevékenységét hanem annak szélesebb értelemben vett személyi és intézményi feltételeit is vizsgáltuk. E vonatkozásban a kutatás főbb tapasztalatai az alábbiak szerint összegezhetők:

8. Megvizsgáltuk egyrészt, hogy a közoktatási intézményekben oktató pedagógusok mennyire tekintik általános, elvi szinten a pedagógusi feladatok közé tartozónak az olyan, a prevenció/egészségfejlesztés témakörét is hordozó, a tudásátadáson túlmutató feladatok ellátását, mint a diákok döntéshozási, érzelm-feldolgozási stb. készségeinek fejlesztése, jövőképe alakítása. Adataink azt jelzik, hogy a nem közvetlen tudásátadáshoz kapcsolódó, inkább nevelési jellegű feladatok jelen vannak a pedagógusi szerepelvárások között a szakma gondolkodásában, azonban a tudásátadáshoz kapcsolódó feladatokhoz képest ezek az elvárások kevésbé hangsúlyosak. E feladatoknak a szerepelvárásokban megmutatkozó relatív háttérbe szorulása fokozottan megjelenik a szerepek gyakorlása során, azaz a tényleges pedagógusi munkában. Figyelemre méltó az a tapasztalat is, mely szerint a pedagógusok értelmezése szerint a nevelési feladatok, az elemi kulturális technikák átadása nem minősül szakmai munkának, a pedagógusok nem élik át ezen funkciójuk speciális oktatási potenciálját.
9. A kutatás fontos további tapasztalata a pedagógusi szerepfelfogás és a pedagógiai gyakorlat összefüggése. Az, hogy a pedagógus a különböző iskolai feladatok milyen széles körét tudja beiktatni a tevékenységébe, erős összefüggést mutat azzal, hogy milyen mértékben érzi az egyes tevékenység típusokat általában a pedagógus feladat-, avagy kompetenciakörébe tartozónak. Ez a tapasztalat azt jelzi, hogy a pedagógusok képzése/továbbképzése kapcsán a pedagógusi szerepkörrel kapcsolatos vélemények formálása jótékony hatással

lehet a pedagógusok oktatáson túlmutató tevékenységekben való személyes szerepvállalása szempontjából.

10. Az adatok fényében megkockáztathatjuk azt az állítást, miszerint a jelenlegi képzési/továbbképzési struktúra nem alkalmas a pedagógustársadalom egészségfejlesztési potenciáljának javítására.
11. Az adatok fényében úgy tűnik, hogy a pedagógusi szerepfelfogás és szerepgyakorlás szempontjából a képző intézmények pályaszocializációs potenciálja elmarad a munkahely sajátos szocializációs lehetőségeitől.
12. Az elemzések rámutatnak arra, hogy azokban az iskolákban, ahol a szervezeti tagok percepciójában az iskola vezetésébe a beosztottakat bevonó, az egyéni beleszólást lehetővé tevő, személyes célokat is respektáló, igazságos bánásmód az inkább jellemző, ott a pedagógusok gondolkodásában és munkájában nagyobb prioritást kapnak az ismeretátadáson túlmutató feladatok.
13. Jótékony hatással vannak az oktatáson túlmutató feladatok felvállalására a szervezet szakmaisággal kapcsolatos jellemzői is, az, hogy az iskola mennyire ad teret a pedagógusok szakmai fejlődésével, önkitaljesítésével kapcsolatos ambícióinak.

#### A PREVENCIÓBAN RÉSZT VEVŐK JELLEMZŐI

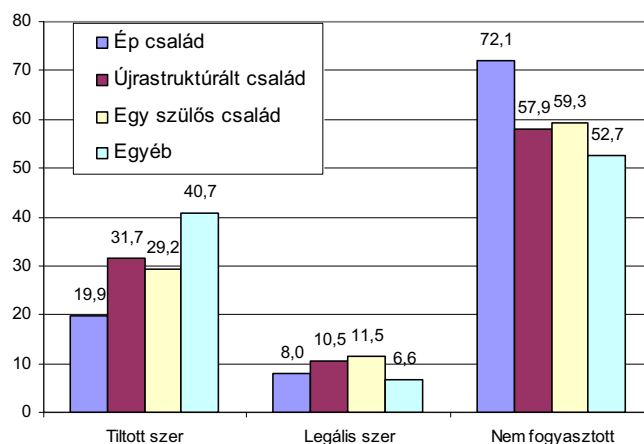
Mínt hogy az iskolai szinten megjelenő prevenciós intervenciók *univerzális* beavatkozásnak tekinthetők, viszonylag kevés információval rendelkezünk a célpopuláció specifikus jellemzőiről. E tekintetben elsősorban az Európai Iskola Vizsgálat (ESPAD), illetve az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) című kutatás adataira, az ott közölt prevalencia-mutatókra, illetve a szerkipróbálással párhuzamosan elemzett szocio-demográfiai háttértényezőkre, bizonyos pszichológiai, társas-lélektani jellemzőkre támaszkodhatunk. A teljesség igénye nélkül e helyütt csak néhány, az iskolai szinten zajló prevenciós tevékenység szempontjából is relevánsnak tekinthető egyéb megállapításra hívnám fel a figyelmet.

#### *Szerhasználat és családi háttértényezők*

A 2007-ben lebonyolított, az ESPAD kutatások módszertani elvárásait érvényesítő budapesti mintán végzett vizsgálat tanúsága szerint (3. ábra, Elekes, 2007) mind a tiltott, mind pedig a legális szerek kipróbálása szempontjából kockázati tényezőnek kell tartanunk a családi rendszerben tapasztalható diszfunkcionális elemeket, vagy azokat, amelyek a családi rendszer tagjai számára többlet-megterhelést jelentenek, tehát az egyszülős családban élést, az újrastrukturált családi rendszert és egyéb, a családi rendszert érintő zavarokat.

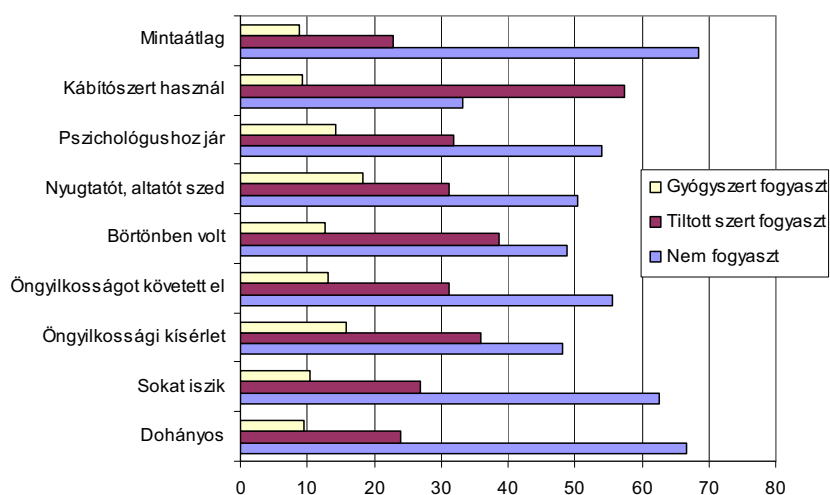


3. ábra. A tiltott és legális szerek fogyasztása a megkérdezett családjának szerkezte szerint (%). (Elekes, 2007)



Az előbb említett vizsgálat adatai alapján elmondható, hogy a tiltott szerek fogyasztása, kipróbálása szempontjából fokozott kockázatot jelent a generációs családban előforduló tiltott szerfogyasztás, börtönviseltség, illetve öngyilkossági kísérlet előfordulása (4. ábra).

4. ábra. Az egyes fogyasztási formák előfordulása a családban mutatkozó devianciák szerint (%). (Elekes 2007)



## PREVENCIÓS SZÜKSÉGLETEK

A 2007-es év során a Dél-Dunántúli Regionális KEF kísérletet tett annak feltérképezésére, hogy a régióban élő 14-16 éves fiatalok körében milyen preventív szükségletek azonosíthatók a kábítószer-használat veszélyeztetettsége szempontjából. A vizsgálat során több mint 9000 ezer fiatal megkérdezésére került sor, elsősorban a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos attitűdjeik, jövőbeli szerhasználati készségük szempontjából. Ennek alapján 3 kategória azonosítására került sor: védettek, veszélyeztetettek és egyik kategóriába sem sorolhatóak. Összességében a megkérdezett diákok 12%-át minősítették a kutatási adatok alapján veszélyeztetettnek (Fábián, 2008). A különböző kategóriákba sorolt diákok érdeklődése és vélt tudása a különböző, preventív programokban elvileg és gyakorlatilag tárgyalt témakörök vonatkozásában meglehetősen eltérően alakult. Ennek a kutatásnak a fő jelentősége abban mutatkozik, hogy kiemelt figyelmet fordít arra a szempontokra, mely *szerint nincsenek univerzálisan, minden célcsoportban azonos elvi hatásossággal megvalósítható programok*, a legjobb eredményeket mindig a leginkább illeszkedő beavatkozások hordozzák, vagyis a programokat mindig a célcsoport specifikus szükségleteihez szükséges igazítani.

## A KÍNÁLAT SAJÁTOSSÁGAI

### *Univerzális prevenció – Iskolai szintén*

A Nemzeti Drogstratégia megfogalmazása időszakában gyakorlatilag semmilyen átfogó képpel nem rendelkezünk az országban fellelhető preventív programok számosságáról, működésük célkitűzéseiről, a megcélzott populáció tényleges nagyságrendjéről. Ezért is volt indokolt egy olyan módszertan kialakítása, mely a beavatkozások módszeres áttekintését, elvi, teoretikus megfontolásait, módszertanát volt hivatott feltárni. Ahogy ez már a korábbiakban a programtervezéssel és értékeléssel foglalkozó alfejezetben említésre került, először 2001-ben Budapesten, majd 2004/2005-ben az egész országra kiterjedően történt az iskolai programok feltárására irányuló kutatás (Paksi és mtsai, 2002, Paksi, Demetrovics, 2002, 2003, Paksi és mtsai, 2006).

Az alábbiakban a 2004/2005-ös országos vizsgálat tapasztalatait foglalom össze, mely vizsgálat eredményeképpen lehetőség nyílik arra, hogy az országban jelenlévő, az iskolai szintéren a drogvizsgáló és/vagy egészségfejlesztési céltételezéssel tevékenykedő programok elterjedtségét és szakmai irányultságát bemutassuk.

A kutatás keretében azonosított 136 szolgáltató által kínált 280 iskolai drogvizsgáló program több mint négyötödével készült el sikeresen az adatfelvé-

tel, azaz 234 programról rendelkezünk részletes, a kataszterbe állításhoz szükséges információkkal (Paksi és mtsai, 2006).

A feltárt és értékelhető leírással jellemezhető 234 iskolai szintű tevékenykedő drogprenációs program többsége (139 program) közvetlenül a diákok körében végzi tevékenységét, 44 program kortárssegítő, illetve kortársoktatók képzésén keresztül közvetetten törekszik prevenció célkitűzéseit megvalósítani. Az iskolai prevenció programok 22%-a (52 program<sup>2</sup>) pedig a pedagógusok, és/vagy az iskolai szintű dolgozó más szakemberek számára kínálja tevékenységét (Paksi és mtsai, 2006).

A programok – az adatszolgáltatók bevallása szerint – a 2001/2002-es tanévben 370 ezer, egy átlagos tanévben pedig összesen mintegy 310 ezer diákot értek el,<sup>3</sup> ami a közoktatási intézményekben tanuló diákok összlétszámát tekintve azt jelenti, hogy országosan az 1–12. évfolyamos diákok közül évente körülbelül minden negyedik diák vesz részt valamilyen drogprenációs célzattal (is) zajló programban.

Az egyes korosztályok számára megjelenő prevenció kínálatról összességében azt mondhatjuk, hogy a legnagyobb választék a felső tagozatosok részére szervezett programokban mutatkozik (országosan 102 program). Ennél valamivel kisebb a kínálat a középiskolásokra irányuló programokból (95 program), s ezektől messze elmarad az általános iskolák alsó tagozataiban választható programok kínálata.

Területi elhelyezkedés szerint vizsgálva a közvetlenül a diákokra irányuló prevenció programok kínálatát, azt mondhatjuk, hogy a programok számát tekintve legnagyobb kínálat a fővárosban mutatkozik. A programok 54%-a (75 program) vállal prevenció munkát a fővárosban (is). Az egyes megyékben ennél kisebb, de meglehetősen kiegyenlített az iskolai prevenció szintűen kínált programok száma. Általában az országban fellelhető programok egyharmada (átlagosan 49 program) kínálja szolgáltatását egy-egy megyében a közoktatási intézmények számára. A fővárosban a kínálati oldalon jelentkező többlet azonban – figyelembe véve a fővárosban, illetve az egyes megyékben található iskolák számát (a fővárosban 3-4-szer több közoktatási intézmény található, mint egy-egy megyében átlagosan) – csak nagyobb választékot jelent és semmiképpen nem relatív túlkínálatot. (Paksi, 2006).

Kitűzött céljait, koncepcióikat tekintve az egyes programok rendkívül heterogén képet mutattak. Tapasztalataink szerint a legtöbb programgazda elsődlegesen nem elméleti megfontolásokból, alapvetésekből kiindulva alkotta meg a saját programját, módszerét, hanem sokkal inkább a rendelkezésére álló tudás, módszer és (adott

<sup>2</sup> Egy program diákok és szakemberek képzésével is foglalkozik.

<sup>3</sup> A 2001/2002-es tanévre vonatkozóan 130, egy átlagos tanévre pedig 128 program adatait ismerjük. A fent közölt elért populáció adat becslés érték, az egy program által átlagosan elérték számát vetítettük az összes programra. A megfelelő mért értékek: 349 ezer, illetve 285 ezer.

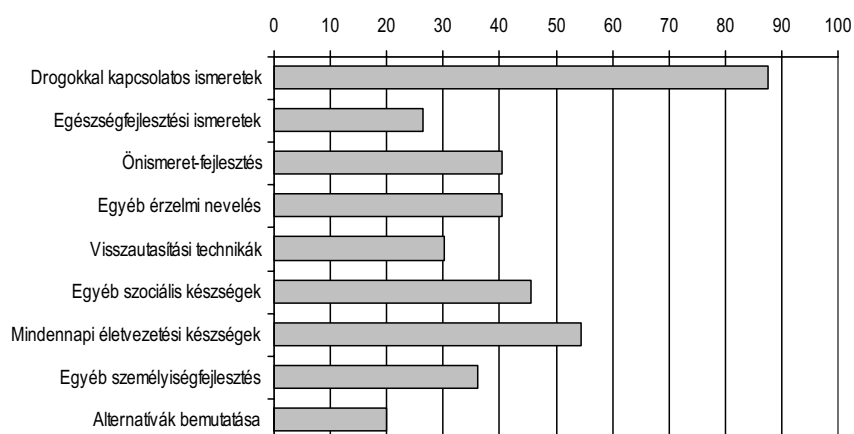
esetben szubjektív elképzelés volt a döntő. A programok mögött álló elméleti koncepció meghatározása sok esetben – többnyire évekkal a program megkezdése után is – nehézséget okozott. Ily módon viszont a programok elsődlegesen nem egy előre meglévő, tiszta elméleti keretbe illeszkednek, hanem különböző tényezőkből, elméleti és gyakorlati megfontolásokból lettek összeállítva. Néhány esetben az elméleti háttér szinte teljes mértékben hiányzott, azaz a tényleges tevékenységet döntően a spontaneitás, a meglévő készségek/lehetőségek/ kompetenciák adott helyzetben történő alkalmazása határozta meg. A tudatosabb programépítés esetén is a legtöbb programgazda több módszer és megközelítés együttes alkalmazását tekintette célravezetőnek, s tartózkodott attól, hogy egyetlen kizárólagos elméleti keretre építve alkossa meg a tevékenységet.

Mindezek következtében a programok koncepcióik alapján való típusokba sorolása helyett célravezetőbbnek tűnt az egyes programokban fellelhető modalitások azonosítása és a fellelhető modalitások előfordulási gyakorisága révén jellemezni a prevenciók kínálatot. Az általunk azonosított, a programokban megjelenő célkitűzések a következők voltak:

- drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos tárgyi ismeretek átadása,
- egészségfejlesztéssel kapcsolatos tárgyi tudásátadás,
- önismeret-fejlesztés,
- egyéb érzelmi nevelés/fejlesztés,
- visszautasítási technikák fejlesztése,
- egyéb szociális készsége fejlesztése,
- mindennapi életvezetési készségek fejlesztése,
- egyéb személyiségfejlesztés,
- alternatívák megismertetése.

A magyarországi kínálatban megjelenő, drogprevenciók célkitűzéssel is dolgozó prevenciók programok döntő többsége (87,5%-a) foglalkozik valamilyen mértékben drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek átadásával. Négyből három programban jelenik meg célként a mindennapi készségek és/vagy egyéb szociális készségek fejlesztése, hasonlóképpen összességében a programok háromnegyede fogalmazott meg önismeret-fejlesztéssel és/vagy egyéb érzelmi neveléssel és/vagy egyéb személyiségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzéseket. Minden harmadik-negyedik program helyez hangsúlyt a visszautasítási technikák elsajátítására. Viszonylag ritkábban fordul elő – a programok negyedénél-ötödénél – az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tárgytudás-átadás említése, illetve a törekvés az alternatívák szemléltetéssel, vagy gyakorlaton keresztül történő megismertetésére.

5. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül az interveniált populációra irányuló preventív programokban (a programok százalékában kifejezve N=136.) Paksi, 2006



#### *Prevenció az iskolán kívüli színtereken*

Az iskolai szintéren kívüli, de javarészt az iskoláskorú fiatalok számára kínált programok feltártsága messze elmarad az iskolai szintéren megjelenőktől. Egy, a közelmúltban lebonyolított vizsgálat tanúsága szerint a nem iskolai szintéren tevékenykedő szervezetek maximális száma 268-ra becsülhető. (Paksi és mtsai, 2008).

3. táblázat. Az iskolán kívüli preventív programok kategóriák szerinti besorolása. (Forrás: Paksi és mtsai, 2008)

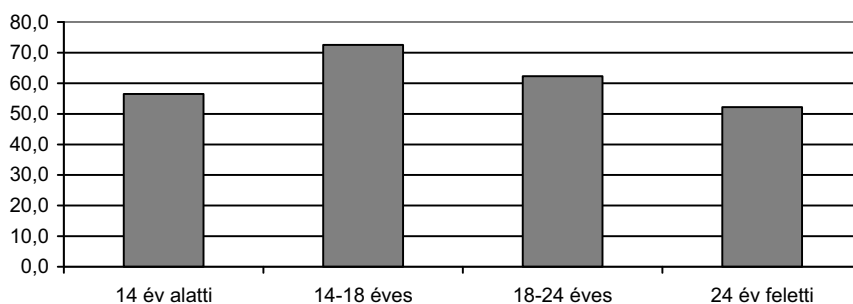
Program típusa	%-ban
Iskolán kívüli általános prevenció	39,4
Iskolán kívüli célzott prevenció	47,9
Iskolán kívüli javallott prevenció	11,3
Összesen	98,6

A megcélzott korosztályok tekintetében arról tájékoztat a hivatkozott kutatás, hogy a különböző korcsoportok számára nem iskolai szintéren kínált preventív programok/ szolgáltatások meglehetősen kiegyenlített arányban vannak jelen az országban.

A legnagyobb választék a középiskolás korosztály tekintetében tapasztalható: a programok/szolgáltatások legnagyobb arányban 14–18 éves korosztályt célozzák

meg. A megismert programok/szolgáltatások több mint 70%-a foglalkozik ezzel a korosztállyal. Ezt követi a 18–24 éves korosztályra irányuló programok gyakorisága, majd a 14 év alatti gyermekekkel foglalkozó programok következnek. A 24 éves kor feletti fiatal felnőtteket a programok/szolgáltatások fele célozza meg (Paksi, 2008).

6. ábra. A különböző korosztályokkal közvetlenül foglalkozó programok/ szolgáltatások aránya a feltárt közvetlen programok százalékában. (Paksi és mtsai, 2008)



Az eddigiekben is idézett kutatás eredményei alapján az vélelmezhető, hogy a nem iskolai szintűen jelenlévő szolgáltatók mintegy 300-310 ezer főt érnek el éves szinten.

### *Család*

Kevés olyan terület van a kábítószer-problémával összefüggésben, ahol szinte teljes egyetértés tapasztalható a különböző szereplők között, a család jelentősége mind a kábítószer-probléma kialakulása, mind pedig annak kezelése tekintetében ezen kevés, egyetértéssel övezett területek közé tartozik.

A kutatási tapasztalatok egyértelműen arra utalnak, hogy a család a leglényesebb és talán egyetlen tényleges védő tényező, valamint a későbbi adaptációs mozgástér legjelentékenyebb meghatározója.

A kutatások által bemutatott meggyőző érv anyag ellenére (Ashery, Robertson, Kumpfer, 1998) is viszonylag kevés olyan prevenciós intervenciót ismerünk, amelyek specifikusan a családok drogprevenciós potenciálját lennének képesek fejleszteni.

A hazai tapasztalatok azt mutatják, hogy a családok közvetlen megszólítása roppant nehéz. Igaz ez annak ellenére is, hogy viszonylag gyakran hallható az a panasz, hogy a szülők nagyon keveset, szinte semmit nem tudnak a drogproblémáról, hogy felismerni sem lennének képesek, ha gyerekük kábítószerrel használna. Ugyanakkor, ha az az ajánlat fogalmazódik meg, hogy valamelyik prevenciós szervezet

a kábítószer-használattal kapcsolatban tartana tájékoztatást a szülőknek, akkor rendkívül kevés szülő veszi igénybe ezt a lehetőséget, nyilván attól is tartva, hogy az érdeklődés a problémában való érintettséget tanúsítaná. Magyarországon a szülőket megcélzó preventív intervenciók általában az iskolai preventív programok részeként jelennek meg, illetőleg egyéb közösségi programok keretében. Számuk ugyanakkor valójában rendkívül kicsi.

### *Munkahely*

A munkahelyek szintéjére nagyban emlékeztethet bennünket az iskolai szinttel kapcsolatban megfogalmazottakra. A hasonlóság abban látható, hogy a felnőttek ébrenléti idejük meghatározó részét a munkahelyükön töltik, erre a szintre is igaz az, amit az iskolával kapcsolatban elmondtunk, hogy a munkahely a személyközi és az intézményes kapcsolatok alakulása szempontjából is meghatározó jelentőséggel bír. A munkahelyen megélt intézményi kapcsolatok, illetve az azokban tapasztalt siker–sikertelenség egzisztenciális jelentőséggel bírhat a munkavállaló számára. A munkahely egyértelmű forrása lehet a feszültségeknek, a megtapasztalt teljesítmény kényszer, a sikerek, de leginkább a sikertelenségek közvetlen hatással lehetnek az egyének pszichés egyensúlyára, testi-lelki egészségére, beleértve szerhasználati viselkedésüket. A szerhasználat (legális és illegális) egy másik aspektusa a biztonság, vagyis, hogy a szert használó munkavállaló veszélyforrás is lehet, kiváltképpen a veszélyes munkahelyeken, munkakörökben. A munkahely komplex jellegéből is adódóan a Drogstratégia készítésekor is markáns elvárások fogalmazódtak meg ezzel a szinttel kapcsolatban.

Sajnálatos módon épp a munkahelyek komplex jellegéből és sajátos szabályozottságából eredően viszonylag kevés program jelent meg eddig ezen a szinten (pl. Maradj a Zöld Zónában). A 1094/2007-es Kormányhatározat, mely a Nemzeti Drogstratégia megvalósítását hivatott támogatni, előírta a munkahelyi drogpolitikai irányelvek megalkotását, ami 2008-ban meg is történt.

A munkahelyi megelőzésnek nem az a célja, hogy a szert használót eltávolítsa a munkahelyről, hanem, hogy a munkahely ösztönzőit kihasználva, a korai kezelésbe juttatásban, a leszokásban és pozitív alternatívák keresésében tegye érdekeltté.

### *Céltartó preventív programok*

A fiatal felnőttek számára kínált speciális (céltartó) preventív beavatkozásnak tekinthetők a parti kultúrában, az ifjúsági szórakozóhelyeken ártalomcsökkentést végző szervezetek (ún. party service) szolgáltatásai, melyek vonatkozásában

részletes információkkal főleg az elmúlt 2 év tekintetében rendelkezünk (Drog Fókuszpont adatgyűjtése). A 4. táblázat betekintést ad egyfelől ezen programok országos elterjedtségébe/hatókörébe, a bevont munkatársak-segítők számosságába, a szolgáltatással lefedett eseményekbe, valamint a kliens kontaktusok számába. Figyelemre méltó, hogy 2006–2007 viszonylatában a kliens kontaktusok száma mintegy 30%-kal növekedett. Ezek a programok tartalmukat tekintve a prevenció és az ártalomcsökkentés határmezsgyéjén helyezkednek el, ezért is indokolt a célzott prevenció beavatkozások között számon tartani.

#### *Indikált prevenció*

Az indikált vagy javallott prevenció vonatkozásában jól beazonosítható módon 2003 óta működnek ilyen szolgáltatások Magyarországon. Ezek elsősorban az elterelés megelőző-felvilágosító formáját nyújtó szervezetek. Jelenleg 53 olyan szervezet működik, amelyik ebben a kategóriában is megfogalmazza tevékenységét, és amelyek rendszeresen biztosítják szolgáltatásaikat a bűnüldöző szervek látókörébe került, de jogszabályi értelemben elterelhető fiatal felnőttek számára (5. táblázat). Ezen típusú szolgáltatások Magyarország egész területét lefedik, nem alakulnak ki várólisták.

A szolgáltatások tartalmukat, célkitűzéseiket tekintve rendkívül sokfélék, minden esetben jellemző, hogy mind egyéni, mind pedig csoportos foglalkozásokat nyújtanak, kliensenként összességében az elterelés 6 hónapos periódusa alatt 24 óra időtartamban. A szolgáltatások között vannak absztinencia orientált és absztinenciát nem megkövetelők is. Az adott intervenció tartalmáról a [www.ndi-szip.hu](http://www.ndi-szip.hu) portálon lehet tájékozódni, illetve ezt rögzíti a kliens és a szolgáltató közötti terápiás-intervenció szerződés.

*A büntetés-végrehajtási intézményekben zajló prevenció beavatkozások is javarészt a célzott és/vagy a javallott (indikált) beavatkozások közé tartoznak.*

Jelenleg 19 bv. intézetben működik prevenció részleg, illetve további négy intézet esetében a kialakítást az országos parancsnok engedélyezte. A fogvatartottak elhelyezését külön zárcákban vagy körleten oldják meg. Annak ellenére, hogy a hatályos szabályozásban a közös elhelyezés, mint lehetőség fogalmazódik meg, szakmai szempontból szorgalmazható a különálló részleg, lehetőség szerint homogén zárcaközösség kialakítása, amihez az építészeti adottságok jelenleg még néhány intézetben, elsősorban a zsúfoltság okán, nem megfelelőek. (Tájékoztató a KKB 2008. szeptember 18-i ülése számára, BVOP). A büntetés-végrehajtási intézményekben fogva tartottak is jogosultak az elterelés mindhárom formáját igénybe venni, a megelőző felvilágosító szolgáltatást általában a már korábban bemutatott szervezetek – a földrajzi elérhetőség szem előtt tartásával – biztosítják. Még mind



4. táblázat. Party szerviz szolgáltatások 2006–2007. (Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont)

Program neve	Szolgáltatás földrajzi hatóköre	Program indulásának éve	Munkatársak száma 2006	Munkatársak száma 2007	Rendezvények típusai	Események száma 2006	Események száma 2007	Kontaktus szám 2006	Kontaktus szám 2007
Kék Pont Party Service projekt (Budapest)	országos	1999	1 főállású koordinátor, 15-30 önkéntes	1 főállású koordinátor, 20 önkéntes	Partik, fesztiválok	21	9	19 650	28 000
INDJT Közalapítvány Pécsi Bulisegély Szolgálat (Pécs)	Pécs, Baranya, Dél-Dunántúli régió	2000	8 professzionális segítő	7 professzionális segítő	Rock, disco, alternatív, egyetemi klub, fesztiválok	160	177	1720	2102
Mozgó-társ party service szolgáltatás (Debrecen)	Észak-alföldi régió, országos	2000	3 főállású és 7 részállású szakember, 46 egyetemi kortárs hallgató	3 főállású és 6 részállású szakember, 52 egyetemi kortárs hallgató	Fesztiválok, egyetemi partik	27	40-45 egyetemi buli, 8-10 fesztivál	911	2494
Agria party service (Eger)	Eger és kistérsége	2004	1 projekt koordinátor, 3 kortársoktató, 12-15 önkéntes kortárssegítő	1 projekt koordinátor, 8 önkéntes kortárssegítő	Főleg elektronikus zenei partik, fesztiválok	29	26	1451	1660
MI-ÉRTÜNK – Prevenációs és Segítő Egyesület (Békéscsaba)	Békéscsaba és kistérsége	2005	3 főállású alkalmazott, 2 önkéntes, 2-5 kortárssegítő	3 főállású alkalmazott, 2 önkéntes, 2-5 kortárssegítő	Fesztiválok	12	4 fesztivál (12 nap)	3300	3300
Fiatalok a fiatalokért – Party Service a parttikra (Székesfehérvár)	Székesfehérvár	2005	1 főállású, 10 önkéntes kortárssegítő	1 főállású szociális munkás, 10 fő önkéntes kortárssegítő	Rock, alternatív, elektronikus, fesztivál	6	6	600	612
<b>Összesen</b>						<b>255</b>		<b>27 632</b>	<b>38 168</b>

5. táblázat. A megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtó szervezetek listája

Alba Caritas Hungarica Alapítvány RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	Kiút Drogellenes Alapítvány
Alkohol-Drogsegély Ambulancia	Közösségi Mentálhigiénéért Alapítvány
ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kirendeltsége	Kvantum Zen Alapítvány
Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza	Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány
Boglári Gyermekjóléti és Családsegítő Alapítvány	Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálat
Dr. Bugyi István Kórház, Addiktológiai és Drogambulancia	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet – Szolnoki Addiktológiai Központ
Dracéna 2004 Bt	Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat –Debreceni Szociális Központ
Drog Stop Budapest Egyesület	Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat Addiktológiai Centrum
Drogambulancia Alapítvány	Magyar Református Egyház Válaszút Misszió Drogkonzultációs Irodája
Drogprevenációs Alapítvány	Megálló Csoport Alapítvány Szenvedélybetegekért Mentálhigiénés Egyesület
Egészségügyi és Szociális Ellátó Szervezet	Országos Addiktológiai Intézet
Egészségügyi-Szociális Központ	Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, TÁMASZ Krízis- és Drogambulancia
Emberbarát Alapítvány	Segély Helyett Esély Alapítvány
Esztergomi Szent Jakab Alapítvány/Drogprevenációs Iroda	Szeged megyei Jogú Város Önkormányzata Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum
Főplébániai Karitás Alapítvány	Székesfehérvári Zöld Alma Egészségfejlesztő Alapítvány
Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ	Szent Borbála Kórház
Független Egyesület	Szent Erzsébet Caritas Alapítvány RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat
Függő-Híd Egyesület a Szenvedélybetegekért	Szent Pantaleon Kórház Kht., Pszichiátriai Gondozó
GESZ Gyermekjóléti és Családsegítő Szolgáltató Központ	Sziget Gondozóház Alapítvány
Hétszínvilág Transz-perszonális Egyesület	Szociális Alapellátó Intézmény Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat
Humán Szolgáltató Központ	Szt. Cirill és Method Alapítvány RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat
Human Talentum Bt.	T+T Humán Szolgáltató és Oktatási Központ Bt.
INDIT Közalapítvány	Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt.
INDIT Közalapítvány TŰKÖR Drogambulancia	
Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Közhasznú Alapítvány	
Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány	
Karítás RÉV (NAPPALI) Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	
Katolikus Karitás – Caritas Hungarica	
Kék Kocka Segítő és Szolgáltató Nonprofit Bt.	

6. táblázat. A megelőző-felvilágosító szolgáltatások igénybevételi adatai. (Forrás: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2008)

	2003	2004	2005	2006	2007
Igénybevevők száma	1108	2419	2285	4152	3752

a mai napig van olyan büntetés-végrehajtási intézet, ahol nem megoldott a prevenció részlegek létrehozatala, illetve nem sikerül biztosítani az érintettek számára a megelőző-felvilágosító szolgáltatásokban való részvétel lehetőségét. Hasonlóképpen megoldatlan a tisztán ártalomcsökkentő programok működtetése a büntetés-végre-

hajtás intézményrendszerén belül, részben jogszabályi, részben anyagi erőforrások és/vagy szemléleti akadályok okán.

Összességében elmondható, hogy a legtöbb és valóban megbízhatónak tekinthető információval az iskolai szintéren megjelenő preventív beavatkozásokkal összefüggésben rendelkezünk. Megállapítható az is, hogy a Stratégiában nevesített preventív szinterek vonatkozásában kiáltó egyenetlenségek tapasztalhatóak, mind a lefedettség mértékében, mind a programok kidolgozottságában, mind a rendelkezésre álló erőforrások nagyságrendjében.

A PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG ÉRTÉKELÉSE MAGYARORSZÁGON  
– EREDMÉNY ÉS FOLYAMATÉRTÉKELÉS

*A preventív beavatkozások hatása a szerki próbálási hajlandóságra*

A probléma sajátos jellegéből fakadóan is viszonylag keveset tudunk arról, hogy a preventív beavatkozások miképpen befolyásolják az interveniált populáció későbbi szerhasználati viselkedését, sőt arról is csak sporadikus információink vannak, hogy a közvetítő változók tekintetében milyen hatást gyakorolnak az intervenciók.

2002-ben az ESPAD kutatások módszertanával, de a budapesti 9–10. évfolyamra járó diákok körében végzett vizsgálat alkalmával a törzskérdések mellett szerepeltek olyanok is, amelyek a megkérdezettek preventív programokban történt részvételét is firtatták. A 7. táblázat szemléletesen mutatja, hogy az életprevalencia-értékek szempontjából a drogprevencióban pusztán csak középiskolában részesültek és a soha preventív beavatkozásban részt nem vettek között nincs különbség, viszont a drogprevencióban már általános iskolás éveik során részt vevő diákok esetében a prevalenciaértékek szignifikánsan ( $p < 0,005$ ) alacsonyabbak, mint a preventióban érintetlenek és/vagy abban csak középiskolában részt vevő társaik esetében.

7. táblázat. Életprevalencia-értékek és a preventív programokban való részvétel. (Paksi, 2002)

Prevenív program mikor?	Életprevalencia-értékek %-ban
általános iskolában	27
középiskolában	34,3
is-is	27,6
nem	34,2

#### A PREVENCIÓS PROGRAMOK ÉRTÉKELÉSE MAGYARORSZÁGON

Magyarországon a prevenciós tevékenység értékelése viszonylag rövid múltra tekint vissza. A 90-es évek vonatkozásában semmilyen megbízható adattal nem rendelkezünk a bármilyen szintéren is megjelenő drogprevenciós programok számosságáról és/vagy azok tartalmáról. Ezt a hiányt egyértelműen azonosította is a Nemzeti Drogstratégia (ISM, 2000). Az egészségfejlesztési programok elterjedtségére vonatkozólag sem rendelkezünk, sőt a mai napig sem rendelkezünk átfogó, a valóságot hűen leírni alkalmas képpel.

Mint hogy a drogprevenciós tevékenység szempontjából az iskola kiemelkedően fontos szintérnek tekinthető egyfelől a célpopuláció könnyű elérhetősége, másfelől pedig a szerhasználati magatartás megjelenésének életkori mintázódása, továbbá a finanszírozási rendszer és annak prioritásai okán, a prevenciós programok szinte robbanásszerű elterjedése ezen a szintéren következett be. Az utóbbi néhány év vonatkozó kutatásai alapján jól látható, hogy 2000–2003 között a prevenciós programokat alkalmazó iskolák száma minimum megháromszorozódott, míg a programok száma csaknem ötszörösére nőtt (Paksi, Felvinczi, Schmidt, 2004).

#### AZ ISKOLAI SZÍNTÉREN MEGVALÓSULÓ PROGRAMOK ÉRTÉKELÉSE

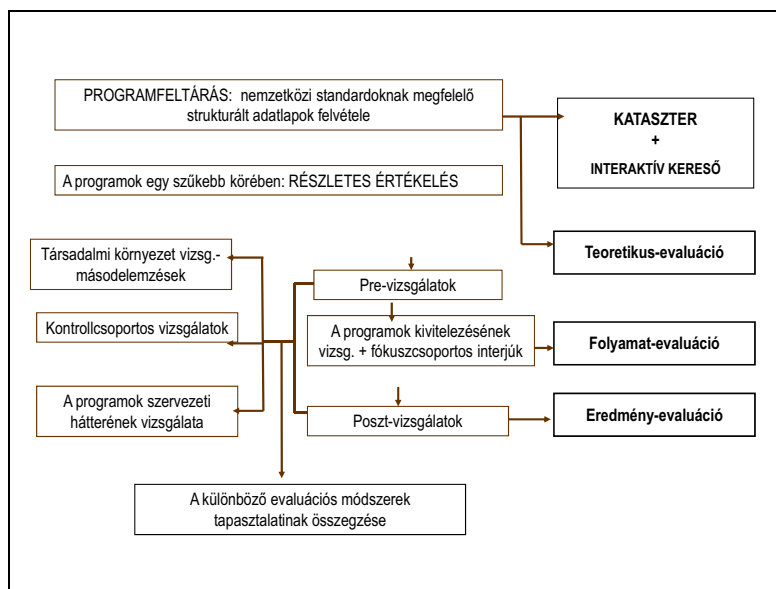
1. Az *első* komprehenzívnek tekinthető kutatás a programok elterjedtségével, illetve tartalmával, teoretikus összerendezettségével kapcsolatban 2001-ben zajlott. Ez a kutatás (Paksi, Demetrovics, Czakó, 2002) a budapesti székhellyel rendelkező iskolai szintéren megjelenő prevenciós programok EDDRA iránymutatásokat fő vonalaiban leképező kataszterét tárta fel, valamint néhány program hatáselemzését bonyolította le. A kutatás eredményeképpen 27 szervezet 43 programját sikerült feltárni. 7 program eredményértékelésére is sor került. Ezen programok esetében kérdőíves adatfelvétel készült a beavatkozást megelőzően, majd azt követően a megcélzott fiatalok körében. A nyert adatok kontextuálására a 2001-ben, az ESPAD vizsgálat módszertani elvárásainak eleget tevő budapesti populáción elvégzett kérdőíves vizsgálat jóvoltából kerülhetett sor. Az eredmények tanúsága szerint a kiválasztott programok a specifikus célként megfogalmazott célkitűzések 1/6-ban értek el a szándékoltnak megfelelő irányú szignifikáns változást az interveniált populációban. A programok végső célkitűzésének elérését mérni hivatott, egységesen minden program esetében felvett, az egészséghit modell fogalomrendszerében értelmezhető dimenziók mentén azonban az interveniált populáció egészére vonatkozóan kedvezőtlen eredmények születtek, vagyis az interveniált populáció tagjai összességében személyes kitettségüket jelen-

tékenyebbnek ítélték az intervenciót követően, mint azt megelőzően. Az is megállapítható volt, hogy a programok hatása nem homogén, sem a hatás iránya, sem a mértéke nem az alkalmazott prevenciók cél-tételezéseinek és/vagy módszereknek volt a függvénye, hanem a megcélzott fiataloknak az egészséghitmodell különböző dimenzióiban mért beavatkozás előtti állapotának. A kedvezőtlenebb kiinduló adatokkal jellemezhető diákok esetében a programok kedvező irányú elmozdulást értek el szinte minden céldimenzióban (pl. drogokkal kapcsolatos ismeretek, én-hatékonyság).

A kutatás egyik igen fontos további tapasztalata volt, hogy a prevenció programok szakmai stábjá, vezetői – a nemzetközi tapasztalatokkal megegyezően – nehézségekbe ütköztek, amikor a program működésének alapdimenzióit le kellett írniuk, amikor a célmeghatározás háttérben meghúzódó elméleti megfontolásokat kellett azonosítaniuk. Ez a tapasztalat hangsúlyosan hívta fel a figyelmet a prevenció szakemberek képzésének a fontosságára.

2. Az előbbieken röviden ismertetett kutatás módszertanával immár a vizsgált programok körét az egész országra kiterjesztve kívánták a kutatók (Paksi és mtsai) feltárni a hazai, iskolai szinten megjelenő drogprevenció programok elterjedtségét 2003–2005-ben. A kutatás algoritmusát a 2001-es vizsgálatéhoz hasonlóan a következő volt:

7. ábra. A prevenció programok feltárását, értékelését célzó kutatás algoritmusát (Forrás: Paksi, 2005)



Ezen vizsgálat során országos szinten 136 szervezet és 280 program került azonosításra. Ez alkalommal 8 program esetében került sor a folyamat és eredményértékelés lebonyolítására. Az eredmények részletes ismertetését számos publikációban közzölték a szerzők (Paksi és mtsai, 2006).

#### *A folyamatértékelés szempontjai*

A folyamatértékelés mindkét vizsgálat (2001, 2004–2005) során az alábbi szempontokat elemezte:

- a résztvevők bevonódásának mutatói,
- a tervezett és tényleges beavatkozás viszonya – mennyire sikerült megvalósítani a program lefolytatásával kapcsolatban kitűzött célokat,
- a résztvevők reakciói, véleményei, elégedettsége.

#### *Az eredményértékelés szempontjai*

Az eredményértékelés során a kutatók (Paksi és mtsai, 2006, 2007) a nemzetközi szakirodalomban széles körben ajánlott vizsgálati elrendezést alkalmazták, vagyis pre-teszt – beavatkozás – poszt-teszt, és lehetőség szerint összehasonlítás a nem interveniált, de azonos attribútumokkal rendelkező kontrollcsoporttal.

A vizsgálat során az elő- és utótesztben szereplő kérdések egyfelől lehetővé tették a változások mérését, másrészt a megvalósított programok specifikus célrendszerét is tekintetbe vették és biztosították a programban tételezett célok operacionalizálását. Mínt hogy a preventív beavatkozások kapcsán rövid távon érdemi viselkedéses változások elérése nem lehetséges (ha valaki már a programot megelőzően kipróbált valamilyen szert, ezen a preventív beavatkozás már nem tud változtatni!), csak két dolog mérésére van tényleges lehetőség:

1. a program specifikus céljainak elérése (közbülső változók mentén bekövetkezett módosulások),
2. hosszú távon tapasztalható viselkedéses manifesztációk, vagy azok hiánya – pl. nem történik meg az illegális szerek kipróbálása, ez esetben azonban longitudinális vizsgálatokra és vélhetőleg a maitól eltérő adatvédelmi előírásokra lenne szükség.

A probléma bonyolultsága okán különösen is fontos olyan közbülső változók azonosítása, amelyek bizonyítottan jól tudják előre jelezni a későbbi viselkedés alakulását, e tekintetben viszonylag jó predikciós értékkel rendelkezik az ún. egészséghit modell, (Becker, 1974, Hochbaum, 1970) amely bizonyos egészségkárosító/veszélyeztető

magatartásformák észlelését, illetve a prevenciós akciók megtétele útjában álló akadályok percepcióját méri.

A 2004–2005-ben történt értékelő kutatás eredményeképpen megállapítható, hogy a kiválasztott programok (234-ből 8) tekintetében csaknem valamennyi relevánsnak tekinthető dimenzió tekintetében kedvező irányú elmozdulások voltak tapasztalhatók az interveniált diákok körében. (Paksi és mtsai, 2005, 2006).

8. táblázat. Az eredményértékelés tapasztalatai a kitüntetett változók tükrében

Változó leírása	Változás iránya	Változás mértéke
Drogokról való tudás	nem változott	nem szignifikáns
Én-hatékonyosság	kedvező	szignifikáns
Drogfogyasztás kockázatának megítélése	kedvező	tendenciaszerű
Preventív viselkedés nehézségének megítélése	kedvező	szignifikáns

A fenti megállapításnak különösen azért van jelentősége, mert a korábbi vizsgálat (Paksi és mtsai, 2002) során a programok sem egyenként, sem pedig összességükben nem érték el a kívánatos irányú elmozdulásokat. Ugyanakkor azt is fontos megállapítani, hogy ezek a kedvező tapasztalatok nem voltak összefüggésbe hozhatók a programok teoretikus evaluációja során feltárt koherenciájának mértékével.

A fentiekben ismertetett két átfogó vizsgálat mellett több, helyi fókusszal és az előzőekben említett átfogó vizsgálatától eltérő módszertannal dolgozó kutatásról tudunk.

Az egyéb prevenciós színterek tekintetében módszeres értékelésre az eddigiek során még nem került sor, részben nyilván abból adódóan is, hogy ezeken a színtereken a prevenciós programok számossága elmarad az iskolai szintéren jelenlévő programokétól.

2008-ban a kábítószerügyi koordináció kutatási pályázatának jóvoltából sor került egy olyan kutatásra, mely megalapozhatja majd a későbbiekben az iskolai szintéren kívül megjelenő prevenciós programok módszeres értékelését is.

#### *A hazai értékelési tevékenység pozíciója a nemzetközi tapasztalatok és ajánlások fényében*

Magyarországon az értékelési kultúra általában és kiváltképpen a humán intervenciók vonatkozásában meglehetősen kevésbé fejlett. Az elmúlt évek (2001-től napjainkig) kezdeményezései nagy előrelépést jelentenek a drogprevenciós programok értékelése tekintetében. Kialakult ugyanis egy olyan, szélesebb körben is terjeszthető és terjesztendő módszertan, ami eleget tesz a nemzetközi szakirodalomban is található,

elvárásnak tekinthető standardoknak. Ugyanakkor meg kell állapítani, hogy még mind a mai napig nagyon kevés megfelelő módszertannal értékelt program jelenik meg a prevenciós kínálatban, az értékelő munkát általában mérsékelt módszertani igényesség jellemzi, ezért is adódik az a szokatlan helyzet, hogy a nemzetközi szakirodalomban oly nagy népszerűségnek örvendő metaelemzések<sup>4</sup> nem lehet elvégezni Magyarországon. Minthogy az értékelés iránti igényesség a programok közvetlen felhasználóit (pl. közoktatási intézmények vezetőit) nem jellemzi, ezért nem a megbízható, jó programokat választják, hanem azokat, amelyek megfelelő marketingtechnikával kínálják portékájukat.

A szakmapolitikai döntéshozónak mindenképpen meg kell fontolnia ezeket a szempontokat, és a jövőben nemcsak az értékelés iránti általános elvárásokat kell megfogalmaznia, hanem annak megfelelő szakmaiságát is kritériumként kell megszabni.

Összefoglalóan megállapítható, hogy a prevenciós tevékenység elterjedtsége hazánkban elsősorban az iskolai szinten tekinthető valóban jelentősnek és intenzívnek. A prevenciós munka értékelése vonatkozásában jelentős fejlődés volt megfigyelhető az elmúlt 15 évben, s az értékelés iránti igény egyre markánsabban fogalmazódik meg mind nemzetközi, mind pedig hazai viszonylatban. A külföldi tapasztalatok alapján megállapítható az is, hogy az értékelés nem áll meg az egyedi programok szintjén, hanem ma már az egyedi értékelések tapasztalatai irodalmi áttekintésekben és metaelemzésekben összegeződve fogalmazzák meg az egyedi értékelési eredményeknél általánosabb érvényű összefüggéseket. Magyarországon kevés értékelés történik, és még mind a mai napig nem szerves része a programok megvalósításának és tervezésének az értékelési komponens jelenléte. Ebből adódóan a hazai körülmények között megvalósított programokkal összefüggésben nem lehet még metaelemzéseket végezni. Ez a körülmény kiváltképpen azért bír jelentőséggel, mert egyértelműen kijelöli a szakpolitikai döntéshozók számára az utat: folyamatosan lehetőséget és forrásokat szükséges biztosítani a programok értékelése számára, valamint hogy fokozott figyelmet kell fordítani a prevenciós szakemberek módszertani, szakmai képzésére, hogy az értékelési kultúra minél szélesebb körben váljon elterjedtté.

---

<sup>4</sup> Metaelemzéseket érdemben csak már korábban, megfelelő módszertannal értékelt programok vonatkozásában lehet végezni, hiszen a metaelemzések a már értékelt programokban részt vevők vonatkozásában tudnak a prevenciós tevékenység tekintetében globális állásfoglalásokat megfogalmazni.



## AZ ÁLLAM SZEREPE A PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGBEN

A Nemzeti Drogstratégia egésze és a benne foglalt preventációs célkitűzések megvalósítása szempontjából a kormányzati tevékenységnek kimagaslóan fontos szerepe van, annak ellenére, hogy a tényleges tevékenységet az esetek túlnyomó többségében nem-kormányzati, nem állami szereplők valósítják meg, hanem civil szervezetek, vagy különböző formában működő gazdasági társaságok. Ennek megfelelően az államigazgatási szereplőknek szabályozási, finanszírozási, illetőleg ellenőrző, minőség-biztosítási funkciói vannak elsősorban.

*Szabályozási funkciók – Jogszabályalkotás*

A Nemzeti Drogstratégiát elfogadó országgyűlési határozat elsősorban egy politikai szándékot nyilvánított ki, de közvetlenül nem operacionalizálta ezt az elköteleződést. Ennek napi gyakorlattá formálását volt hivatott segíteni a 2002-ben, 2004-ben, majd legutóbb 2007-ben elfogadott kormányhatározat (1036/2002; 1129/2004, 1094/2007), melyek mindegyike számos, a különböző színtereken megnyilvánuló preventációs tevékenységgel összefüggésben fogalmazott meg célkitűzéseket. 2002-ben a tevékenységek kialakítását, szélesebb körűvé válását, 2004-ben a tevékenységek elterjedtségének felmérését, majd 2007-ben a minőségi beavatkozások elterjedését elősegítő intézkedések megvalósítását írta elő a kormányhatározat. A preventációs tevékenységhez kapcsolódóan jogszabályi kötelezettségek fogalmazódnak meg a Közoktatási törvényben, a Nemzeti Alaptantervben, az Egészségügyi törvényben, illetőleg a Társadalmi Bűnmegelőzés Nemzeti Programjában.

A jogszabályok alapján véve a preventációs tevékenységhez való hozzáférés feltételeit teremtik meg, de számos esetben – pl. kormányhatározatok – nem bírnak kikényszerítő erővel a tevékenység tényleges lebonyolítását és főleg annak megfelelő szakmai minőséggel történő megvalósulását illetően. Ez különösen is igaz abban az esetben, amikor a tevékenységek tényleges realizálói – ahogy ezt már korábban jeleztük – az államigazgatáson kívüli szereplők, akik állami feladat átvállalását valósítják meg. *Az állam tehát szabályozási funkcióját jogszabályalkotás révén képes gyakorolni, ugyanakkor a szabályozás gyakorlati megvalósulását elsősorban finanszírozási tevékenysége révén biztosítja.* A finanszírozást ugyanis bizonyos feltételek megvalósulásához kötheti, különösen is ez a helyzet a preventációs tevékenység vonatkozásában, ami ugyan javarészt – mint említettük – nem államigazgatási/állami/önkormányzati szereplők aktivitása révén valósul meg, azonban az érintett szervezetek tevékenységüket szinte kizárólagosan központi, vagy helyi költségvetési forrásokból tudják finanszírozni. Ezen a területen – drogprevenció – ugyanis nincs, vagy elenyésző mértékben van jelen a magán mecénatúra, ennek a közfeladatnak az ellátása csak költségvetési forrásokból biztosítható.

## FINANSZÍROZÁS

A prevenciók tevékenység finanszírozása pályázati forrásokból történik. Ezek a pályázatok különböző minisztériumok hazai és európai uniós pályázati alapjaiból kerülnek finanszírozásra. A kábítószer-problémával összefüggő prevenciók-egészségfejlesztési tevékenység fő finanszírozója a mindenkori kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium. A 9. táblázat bemutatja, hogy az elmúlt 8 évben milyen prevenciók tevékenységek, milyen összegben kerültek finanszírozásra az ISM-GYISM-ICSSZEM-SZMM pályázati alapjai révén.

A fentiek mellett egyedi támogatások formájában is sor került a normál pályázati kategóriákba nem illeszthető, vagy pedig speciális innovatív sajátosságokkal jellemezhető pályázatok finanszírozására. Ezen támogatási forma keretében a 10. táblázatban feltüntetett projektek megvalósítására került sor.

További finanszírozási lehetőséget hordozott és hordoz mind a mai napig e tevékenységek finanszírozására a Társadalmi Bűnmegelőzés Országos Programja, illetve az ennek keretében kialakított pályázati konstrukciók, prioritások.

Összességében megállapítható, hogy a különböző színtereken, különböző célcsoportokra koncentráló prevenciók és/vagy egészségfejlesztési beavatkozások finanszírozása különböző ágazati felelősségvállalások égisze alatt, de minden esetben pályázati források bevonásával történik, *vagyis a prevenciók tevékenység egyik színtér esetében sem vált normatívan finanszírozott tevékenységgé*, ami a beavatkozások fenntarthatóságát, tervezhetőségét és az ezen a területen kedvezőtlennek tekinthető versenyszellem minimális szintre szorítását sem teszi lehetővé. 2005-ben a Népegészségügyi Program keretében erőfeszítések történtek és komoly tervező munka zajlott annak érdekében, hogy az úgynevezett egészségfejlesztési normatíva kialakítható legyen, aminek keretében a közoktatási intézmények ez irányú tevékenysége elfogadható szinten került volna finanszírozásra. Ezeket a törekvéseket azonban a költségvetési szigor (egyensúlytartás, utóbb pedig a konvergencia program) felülírta. Az állam, illetve a kormányzat finanszírozási készségét nyilván nem kis mértékben befolyásolta az a körülmény is, hogy a prevenciók beavatkozások hatásossága, hatékonysága szempontjából kevés megbízható információ állt a döntéshozó rendelkezésére, valamint, hogy ezen a területen nincsenek egységes minőségi követelmények és nem működnek akkreditációs minőségbiztosítási eljárások.

9. táblázat. Pályázati kategóriák és megítélt támogatások 2001–2008 (Forrás: SZMM)

Év	Pályázati kategória	Keretösszeg eFt-ban	Megítélt összeg eFt-ban	Pályázók száma	Nyertesek száma
2001	KAB-ES-01 A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos akkreditált megelőzési programok fejlesztésének támogatása.	32 800	33 179	261	144
	DA/DD Iskolai egészségfejlesztési drogpreevenációs program	22 000	206 108	781	709
2002	KAB-ES-02 A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos akkreditált megelőzési programok fejlesztésének támogatása.	37 500	40 300	242	130
	DK Iskolai egészségfejlesztési drogpreevenációs program	280 000	190 261	300	159
2003	KAB-ES-03 A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos események támogatására	45 000	45 000	242	124
	DP Iskolai egészségfejlesztési drogpreevenációs program	280 000	278 890	696	536
2004	KAB-PR-04 A kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevenenciával foglalkozó intézmények komplex programjainak támogatására	45 120	65 495	177	60
	DE Iskolai egészségfejlesztési drogpreevenációs program	180000	176 614	774	316
2005	KAB-PR-05 Az információs társadalom nyújtotta eszközök kábítószer-fogyasztás megelőzésében való felhasználásának, valamint a kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevenenciával foglalkozó intézmények komplex programjainak támogatására	37 600	37 600	69	35
	DM Iskolai egészségfejlesztési drogpreevenációs pr	180 000	160 586	709	313
2006	KAB-PR-06 A kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevenenciával foglalkozó szervezetek komplex programjainak támogatására kiírt pályázati kategória	80 000	80 000	128	59
	DR Iskolai egészségfejlesztési drogpreevenációs program	170 000	155 036,2	451	274
2007	KAB-PR-07-A/B A helyi közösségi szinten zajló drogpreevenációs és egészségfejlesztési tevékenység elősegítése	90 000	166 814	315	150
	KAB-IPP-07 Iskolai egészségfejlesztési drogpreevenációs program	160 000	160 000	265	230
2008	KAB-PR-08-A/B Kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevenenciával foglalkozó szervezetek komplex megelőző és egészségfejlesztési programjainak támogatására	80 000	80000	220	83
	KAB-IPP-08 Iskolai egészségfejlesztési drogpreevenációs program	170 000	170 000	327	226
Összesen		1 890 020	2 045 883,2	5957	3548

10. táblázat. Egyedi támogatások 2000–2007. (Forrás: SZMM)

2000		2001		2002		2003	
Program neve	összeg (Ft)	Program neve	összeg (Ft)	Program neve	összeg (Ft)	Program neve	összeg (Ft)
Bács-Kiskun-sági Református Egyházmegyei Drogprevenációs Sz. – Drogprevenációs program támogatása	3 500 000	Bocskai István Gimnázium és Szakközépiskola, Drogellenes koncert	200 000	Tiszta Jövőért Alapítvány Köztes átmenetek kiállítás	4 200 000	Farkasinszky Terézia Drogcentrum, Rekreációs hét	3 500 000
Északi Támpont Egyesület Total Prevention Day program támogatása	500 000	Drog Stop Egyesület, Civil Falu szervezése a Pepsi Szigeten	7 000 000	City Net Marketing és reklámiroda Ne kábíts party	480 000	Sportpalánta Központ Sportegyesület, Játszóter Ecc-pecc bejöhetsz program	300 000
Fővárosi Pedagógiai Intézet-Drogprevenációs program pedagógusoknak	1 100 000	Tömörkény István Gimnázium, Kamaszpanasz drogprevenációs program	60 000	Laguna Diving Club A sport legyen a szenvedélyed	300 000	Target 2000 Kft, A te utad	970 000
Egészséges Ifjúságért Alapítvány Kortárssegítők képzése és tábora	2 000 000	Magiszter '97 Bt, Létkép-drogprevenációs program	1 300 000	Tiszta Tudat Egészség Egyesület III. Országos Addiktológiai Sportnap megrendezése	200 000	Sziget Droginformációs Alapítvány, Életvezetési Központ	4 000 000
		21. Színház Egyesület Tűnj el világ drogprevenációs drámaprogram	500 000	Homo Creatoris Bt. Háló mozi program	5 660 000	A jövő iskolája Alapítvány, Szülői kompetencia központok kialakítása	1 500 000
		Target 2000 Légy ésnél! drogprevenációs középiskolai projekt	1 300 000	Kék Pont Szeptemberfeszt droginformációs sátor	190 000	Tiszta jövőért, Sziget-Civil falu	8 000 000
		Pestszentlőrinci Pátria Alapítvány Drog és Szendély prevenációs program	250 000	Tiszta Jövőért Alapítvány Köztes Átmenetek kiállítás	3 825 000.	Lélek és Élet Alapítvány, Ez az a nap program	1 000 000
		Megismerve elfogadni Kh Alapítvány Drogmegelőző program cigány lakosság részére	1 000 000	Tiszta Jövőért Alapítvány Drogmegelőzési programsorozat roma fiatalok részére	10 000 000	Homo Creatoris Bt., Háló-mozi program	2 600 000
		R-Public Bt. Élmeny-park prevenációs közösségfejlesztő nonprofit szolgáltatás a Pepsi Szigeten	1 210 800			Gyöngyház Egyesület, Felvilágosító tevékenység szórakozóhelyeken program	2 500 000
		Tiszta Jövőért Alapítvány Köztes Átmenetek kiállítás a drogról	1 200 000			Sziget Kft., Szendélyek Napja	5 000 000
		II. kerületi Önkormányzat Drogkamion működése	5 000 000			Tiszta Jövőért, Köztes átmenetek	2 800 000
		ÁNTSZ Fővárosi Intézete Drogprevenációs rendezvény	300 000				



## MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK MŰKÖDTETÉSE

Mint ahogy azt a korábbiakban már több alkalommal jeleztük, a prevenciók tevékenység viselkedést befolyásoló hatásáról, a valóban jó gyakorlatokról kevés információ van. A ma kivitelezett, még oly jó színvonalú intervenciók hatása is csak évek múltán tud bebizonyosodni, csak bonyolult becslési-modellezési eljárások mentén lehet láttatni ezen beavatkozások költséghatékonyságát. Továbbá a prevenciók tevékenységek teoretikus háttere is sok tekintetben bizonytalan, spekulatívnak tekinthető. A nemzetközi és a hazai szakirodalomban rendelkezésre álló megbízható kutatási adatok sok tekintetben az általánosságok szintjén mozognak, amikor a hatékonyság kritériumait fogalmazzák meg. Tekintsük meg pl. az alábbi tényezőket, melyek a NIDA (National Institute on Drug Addictions) elemzése alapján kerültek megfogalmazásra, mint az eredményes prevenciók beavatkozások ismérvei:

- holisztikus egészségképen alapulnak, azaz a testi, lelki és társadalmi/közösségi egészségdimenziókat egyaránt figyelembe veszik;
- figyelembe veszik a megcélzott egyének, ill. csoportok biológiai (életkor, nem), társadalmi (társadalmi helyzet, munka világában betöltött szerep, marginalizáció stb.) sajátosságait;
- az adott szintér sajátosságait és az általuk nyújtott lehetőségeket messzemenően figyelembe veszik;
- interaktívak;
- nem kizárólag ismeretátadásra koncentrálnak, sokkal inkább az illegális szerfogyasztás megelőzése szempontjából védőtényezőnek számító egyes készségek fejlesztésére is;
- lehetőleg nem egyetlen szertípusra irányulnak, hanem a különböző addikciót okozó szerek és magatartások összességére (ott, ahol ez releváns);
- figyelembe veszik azt a tényt, hogy a megcélzott csoportokban lehetnek a csoport átlagos szerfogyasztási mintázatától eltérő, esetleg intenzívebb szerfogyasztási magatartást mutató személyek;
- ugyanakkor nem lehet a szerfogyasztás normalizálását szolgáló üzenetük vagy hatásuk a megcélzott populációban vagy annak környezetében;
- képesek arra, hogy az adott szintéren folyó egészségügyi típusú, pl. korai kezelésbe vételi programokkal együttműködjenek;
- beilleszthetőek egy adott szintéren megvalósuló átfogó megelőzési programba/politikába.

A fentiekben felsorolt kritériumok és elvárások mindegyike támogatható és valamennyi prevenciók programot megvalósító szervezet/programgazda ezen szempontoknak megfelelően tudná leírni saját beavatkozásait. Ugyanakkor a tevékenységek megfelelő monitorozási rendszerének kiépülése hiányában könnyen lehet, hogy a

valóságban ettől eltérő módszertannal, tartalmakkal és következményesen, hatékonysággal valósulnak meg a beavatkozások.

A nagyobb hatásosság/hatékonyság elérése érdekében szükséges egy átfogó minőségügyi rendszer működtetése a területen, ahogy azt a 2007-ben kihirdetett, már többször idézett Kormányhatározat elő is írta.

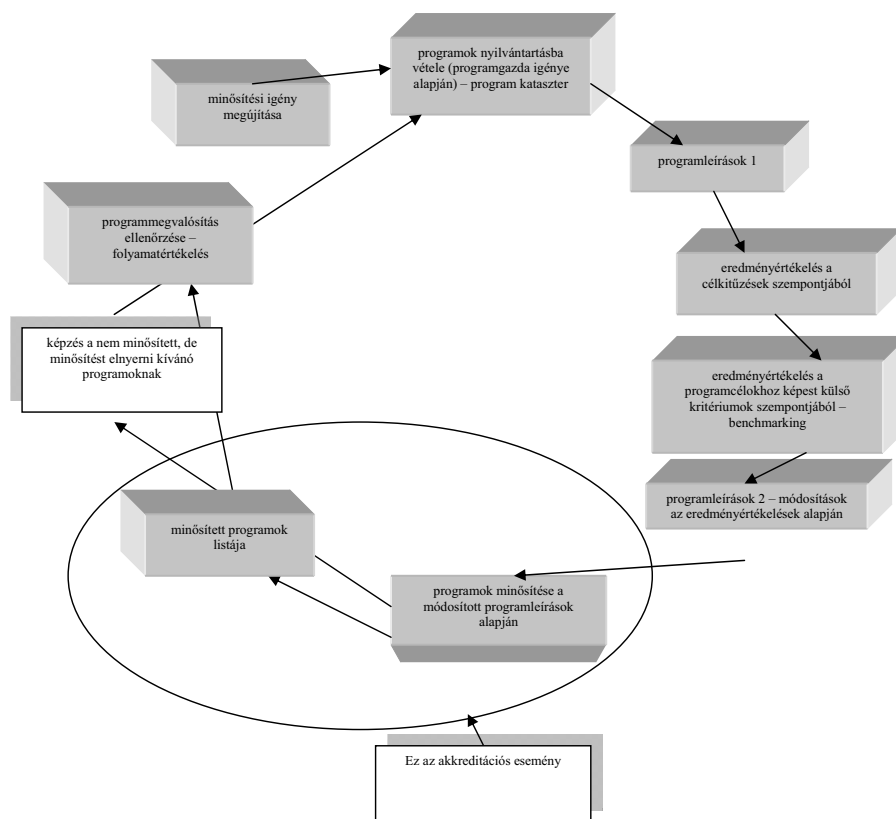
*Milyen kritériumoknak kell egy minőségügyi rendszernek eleget tennie?*

- képes operacionalizálni a jó gyakorlatokkal kapcsolatos elvárásokat a programok szintjén,
- az eredményértékelés és a programleírások közötti összefüggéseket meg tudja ragadni és ki tudja mutatni,
- biztosítani tudja, hogy a konkrét program megvalósítás az elvi leírásoknak megfelelő eljárásrendekkel zajlik.

A minőségügyi rendszerek nem szükségképpen garantálják a minőséget, hanem főleg azt biztosítják, hogy az intervenciók mindig az adott módon kerüljenek kivitelezésre. Ad absurdum azt is mondhatjuk, hogy a minőségügyi rendszerek – az eredménytől függetlenül –, akár a kedvezőtlen irányú változásokat eredményező intervenciók széles körű elterjedését is garantálhatják. Ez a felvetés különösen is igaz lehet egy olyan területen, ahol nincs föltétlenül egyetértés a beavatkozások célja, a reálisan támasztható elvárások, az elvárható eredmények és az alkalmazott módszerek tekintetében.

A 8. ábrán vázolt minőségügyi rendszer konzekvens működésének feltétele, hogy egyfelől a programleírások megfelelő mértékű differenciálást tegyenek lehetővé a különböző szakmai minőségeket és eredményességet produkáló programok/intervenciók között, másfelől pedig, hogy a programleírások kritérium rendszere legyen, ugyanakkor csak a tényleges implementációs gyakorlat alapján legyen megválaszolható.

8. ábra. Az ideális minősítési rendszer működésének folyamatábrája a preventív intervenciókkal összefüggésben



*Milyen készülségű Magyarországon a preventív beavatkozások minőségügyi rendszere?*

Jelenleg a preventív tevékenységet is érintő akkreditációs eljárás csak a pedagógus továbbképzési programokban létezik. Ennek eljárásrendje nem vizsgálja érdemben a programok tartalmi sajátosságait, a céltételezések helyes, vagy helytelen voltát, a programok minősítése gyakorlatilag a belső konzisztenciák vizsgálatára szorítkozik. Tehát az előbbi ábrán bemutatott folyamatból a Programleírás 1 mozzanathoz kötődik, vagyis a program korrekt, konzisztens leírása esetén megtörténik a kedvező minősítés, a program felkerül a minősített programok listájára. A későbbi ellenőrzések nem az eredményesség oldaláról vizsgálják a helyzetet, hanem abból a szempontból, hogy a program valóban a leírásoknak megfelelően kerül-e kivitelezésre. Ez az eljárásrend sok tekintetben hasonlónak tekinthető az EMCDDA



azon megoldásához, amikor a programok eredményességével kapcsolatban nem a módszeres értékelés/metaanalízis megoldást választotta, hanem összevonta az értékelés és programtervezés problémakörét, és azt képviselte, hogy a programok eredményessége akkor növelhető, hogyha a megfelelő tervezési algoritmus kerül alkalmazásra.

Noha a pedagógus-továbbképző programok akkreditációs eljárása tiszta és átlátható viszonyokat teremt, mint mondtuk, nem garantálja az eredményességet. A közvetlenül a diákokra, vagy más végső célcsoportokra irányuló preventív beavatkozások vonatkozásában pedig egyáltalán nem létezik minősítési eljárásrend. Ezzel kapcsolatban ugyanakkor számos alkalommal fogalmazódott meg pregnáns igény. Ebből is adódott, hogy a már korábban többször említett 1094/2007-es kormányhatározat, mely a Nemzeti Drogstratégia megvalósítását elősegítő akciótervnek tekinthető, több ponton is rendelkezik a keresletcsökkentési tevékenységek vonatkozásában a minőségügyi rendszerek, a szakmai minimum követelmények kimunkálásának szükségességéről. Az (univerzális) preventív vonatkozásában előírja egy drogpreventív/egészségfejlesztési akkreditációs bizottság felállítását, valamint (első körben) hogy az iskolai szinten megjelenő programok finanszírozásának feltétele az akkreditációs eljárás során való eredményes részvétel legyen.

Ahogy ezt a korábbiakban a programok értékelésével kapcsolatban már említettük, az iskolai szinten és a nem iskolai szinten megvalósuló, de univerzális preventív programok esetében rendelkezünk kimunkált képpel a preventív kínálatról. A 11. táblázat képet ad arról, hogy amennyiben elfogadjuk a fentiekben bemutatott akkreditációs ciklusra vonatkozó folyamatokra ajánlásait, akkor milyen feladatokat kell elvégezni egy hatékonyan működő, komprehenzív akkreditációs rendszer felállítására és működtetésére érdekében.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy az állam szerepe a drogpreventív tevékenységgel összefüggésben – egyéb keresletcsökkentési tevékenységekhez hasonlóan – viszonylag szűkre szabott keretek között mozog. Jogszabályalkotási tevékenysége révén megszabja a kereteket és jó esetben megteremti a lehetőségeket. Optimális esetben a jogszabályok reflektálnak egymásra, kölcsönösen segítik egymás megvalósulását. Ez azonban nem minden esetben alakul így. Pl. a Köznevelési Törvény érvényben lévő szabályrendszere nem támogatja a pedagógusok preventívra irányuló tevékenységét. Az állam finanszírozási tevékenysége révén segítheti a szakmapolitikai célok megvalósulását, ahogy ezt pl. a preventív programok 2000-es évek elején tapasztalható számbeli gyarapodása is mutatja, illetve a programok vállalt és emblémaként hordozott célkitűzései is a finanszírozási lehetőségekhez illeszkednek. *Tebát az állam finanszírozási elrendezéseivel akarva-akaratlanul szakmapolitikai célkitűzést valósít meg.*

## 11. táblázat

Tevékenység tartalma	Mely szintéren rendelkezünk vele?
Programok nyilvántartásba vétele (programgazda igénye alapján) – program kataszter	Iskolai szintér Nem iskolai szintér, univerzális prevenció részben
Programleírások 1	Iskolai szintér Nem iskolai szintér, univerzális prevenció részben
Eredményértékelés a célkitűzések szempontjából	Iskolai szintér, kiválasztott programok
Eredményértékelés a program célokhoz képest külső kritériumok szempontjából – benchmarking	
Programleírások 2 – módosítások az eredményértékelések alapján	
Programok minősítése a módosított program leírások alapján	
Programmegvalósítás ellenőrzése – folyamatértékelés	Iskolai szintér, kiválasztott programok
Minősített programok listája	
Képzés a nem minősített, de minősítést elnyerni kívánó programoknak	
Minősítési igény megújítása	

## AJÁNLÁSOK, ÖSSZEGŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK

Az előzőekben arra tettünk kísérletet, hogy a lehetőségekhez mérten átfogó jelleggel áttekintsük a kábítószer-probléma megelőzésével kapcsolatos fejleményeket 2000 és 2007 között. Egyértelműen megállapítható, hogy a prevenciós beavatkozások számbelileg és minőségileg is jelentős fejlődésen mentek át az eltelt évek során.

Számos hiányosságra szükséges azonban felhívni a figyelmet:

- a Nemzeti Stratégiában tételezett szinterek, akcióterületek rendkívül egyenlőtlenül fejlődtek, bár ez az egyenlőtlenség nem tekinthető magyar specifikumnak, hasonló helyzetet tapasztalunk más Európai Unió tagállamokban is;
- a prevenciós programok finanszírozása továbbra is sok esetlegességet hordoz, minthogy ezen a területen mindeddig nem épült ki a normatív finanszírozási rendszere;
- az értékelési kultúra még mindig nem tekinthető kellő mértékben elterjedtnek, az értékelés iránti igény nem jelenik meg markánsan a szervezetek, programgazdák oldalán, ami érthető, hiszen a finanszírozási rendszer nem teszi kötelezővé, sem pedig lehetővé az értékelési elem kötelező jellegű beépítését;
- az értékelési kultúra viszonylag szűk körben tapasztalható elterjedtsége következtében nem lehet irodalmi áttekintéseket és meta-elemzéseket megvalósítani;

- a programok akkreditációja, egyértelmű minőségi sztenderdek szerinti működtetése – noha ennek jogszabályi feltételei már megteremtődtek – még várat magára.

A jövőben a prevenció tevékenység eredményesebbé tétele érdekében a szakmapolitika irányítóinak fokozott figyelmet kell fordítaniuk az akkreditációs folyamat tényleges megvalósítására, az értékelési munka napi gyakorlattá tételére, a prevenció szakemberek felkészítésére, valamint arra, hogy a prevenció (végső és közbülső) célcsoportja megfelelő információ alapján tudja a szükségleteknek leginkább megfelelő programokat kiválasztani. Minthogy a prevenció kínálat meglehetősen kiegyenlítetlenül alakul, fontos feladat az eddig elhanyagolt színterek, illetve csoportok szükségleteire reflektáló programok kimunkálása.

#### HIVATKOZÁSOK

- Ashery, R. S., D.S.W. Robertson, E. B., Kumpfer, K. L. (1998): Drug Abuse Prevention Through Family Interventions, *NIDA Research Monograph 177* [551 old.].
- Bukoski, W. J.: (1997, szerk.): Meta-Analysis of Drug Abuse Prevention Programs, *NIDA Monograph 170*.
- Burkhart, G. (2002): Comparision of School-based prevention programmes in Europe – an analysisi of the EDDRA database, *EMMCDDA kiadványok*.
- Caplan, G. (1964): *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caulkins J., Pacula RL., Paddock, S., Chiesa (2004): What We Can–And Cannot–Expect From School-Based Drug Prevention. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 23, No. 1, March 2004, pp. 79–87.
- Elekes, Zs.: (2007) A budapesti 8–10. évfolyamon tanuló diákok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól – kutatási beszámoló.
- Evaluating Drug Prevention in the European Union, EMCDDA Scientific Monograph Series No 2, 1997.
- Fábián, R. (2008): A dél-dunántúli régióban tanuló 14-16 éves fiatalok drogfogyasztással kapcsolatos becsült veszélyeztetettsége és prevenció szükségletei, Kapocs, megjelenés alatt.
- Felvinczi, K. Ritter I. (szerk.2001): *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyzetről*. ISM szakmai forrás sorozat.
- Kröger, Ch., Winter, H., Shaw, R. (2004): Guidelines for the evaluation of drug prevention interventions – a manual for programme planners and evaluators, *EMCDDA kézikönyvek*.
- Nemzeti Drog Fókuszpont hírlevele, 2008 május, <http://www.drogfokuszpont.hu/?lang=1&pid=111>

- Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására, ISM szakmai forrás sorozat (2000).
- Ottawai Charta (1986) Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
- Paksi B., Demetrovics Zs. (2002): *A prevenció gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenció programok felmérése és értékelése*. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan. Budapest, 2002. [334 old. ISBN 963-9457-32-9].
- Paksi B., Demetrovics Zs., Czakó Á.: Az iskolai drogprevenció programok értékelése I., A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. *Addiktológia*. 2002.1. (15–37).
- Paksi B., Demetrovics Zs., Czakó Á.: Az iskolai drogprevenció programok értékelése II. – A programok eredményértékelése. *Addiktológia*. 2002.1. (38–49).
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nádas E., Felvinczi K.: Iskolai drogprevenció és egészségfejlesztő programok folyamat és eredményértékelése. Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése, Miskolc, 2007. Január 24-27. *Psychiatria Hungarica*, 2006. 21 (Suppl) 89. old.)
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K.: A magyarországi iskolai drogprevenció programok jellemzői. *Addiktológia*, 2006. 1-2. (5–36).
- Paksi B., Demetrovics Zs.: *Országos Drogprevenció Adattár*. CD. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2005.
- Paksi B., Felvinczi K., Schmidt A., (2005): Prevenció/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban OM. 2005. [http://www.om.hu/doc/upload/200507/prevencios\\_tevekenyseg\\_20050710.pdf](http://www.om.hu/doc/upload/200507/prevencios_tevekenyseg_20050710.pdf)
- Paksi, B. (2008): A nem iskolai szintéren megjelenő prevenció programok feltérképezése, Kutatási gyorsjelentés, KAB-KT-07-0028.
- Soole D., W., Mazerolle, L., Rombouts, S.(2005): *School based drug prevention: A systematic review of the Effectiveness on illicit drug use* The Drug Policy Modelling Project Monograph Series.
- Tobler, N. S.: (1997): Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: Results of the 1993 Meta-Analysis, in: William J. Bukoski, (1997): *Meta-Analysis of Drug Abuse Prevention Programs*, NIDA Monograph 170, p.:5–68.

# A DROGBETEGEK ELLÁTÁSA

RÁCZ JÓZSEF

## BEVEZETÉS – KÉRDÉSFELTEVÉS, FELADATMEGJELÖLÉS, LIMITÁCIÓK ÉS CÉLOK KIFEJTÉSE

A fejezetben a kábítószer-használók ellátásával foglalkozunk. Bemutatjuk az ellátás egészségügyi és szociális intézményrendszerét, az egészségügyi kezelésbe került droghasználók szociodemográfiai és droghasználati jellemzőit. Megvizsgáljuk, hogy az egészségügyi és a szociális ellátás intézményrendszere hogyan változott a Nemzeti Stratégia elfogadása óta: milyen mennyiségi és minőségi változások történtek, és ezek milyen hatással voltak az ellátásba kerültek számára és összetételére. A hazai adatokat európai uniós kontextusban is igyekszünk elhelyezni: az EMCDDA 2007-es jelentését alapul véve (mely 2005-ös adatokat tartalmaz). Megkíséreljük a hazai intézményrendszert is elhelyezni az Európai Unióban; itt már az elején jeleznünk kell, hogy a kezelés eltérő értelmezése, illetve a kezelőrendszer(ek) eltérő felépítése az egyes országokban az összehasonlítást csak nagyvonalakban teszik lehetővé. De az összehasonlítás talán így is alkalmas arra, hogy a hazai kezelési rendszer gyenge, vagy éppen erős pontjaira hívja fel a figyelmet. Sajnos, az egészségügy szerkezetátalakítása éppen folyamatban van a tanulmány megírása idején, ezért a drogbetegeket ellátó egészségügyi kapacításokról és azok finanszírozásáról elégtelen és ellentmondásos képet kaptunk több dokumentum áttanulmányozása után is (a részleteket lásd később!). Úgy tűnik, hogy az egészségügy ilyen irányú kapacitásait nem is lehet pillanatnyilag felmérni. A szociális ellátások közösségi szenvedélybeteg-ellátás részéről pedig a rendszer újdonsága (elsősorban az alacsonyküszöbű ellátások bevezetése) miatt nem rendelkezünk megfelelő adatokkal. Az egészségügyben kezelt drogbetegekről történő, az Európai Unió mintának megfelelő „Kezelési Igény Indikátor” 2006-tól (2. félév) került bevezetésre, ezért innen is kevés adat várható: ez az adatgyűjtés kiküszöböli a korábbi adatgyűjtés problémáit (ezeket is részletesebben lásd később!).

## KIINDULÓPONTOK (FORRÁSOK, MÓDSZEREK, POPULÁCIÓK)

Az EMCDDA (2005) definíciója szerint a *kezelés* (treatment) formalizált (szabályozott) kezelés valamely fizikai (épített) környezetben, a közösségben, melynek célja az illegitim droghasználat csökkentése vagy az absztinencia elérése, valamint a kliens általános egészségének javítása. (EMCDDA, 2005, 2. o.).

*Nem számít kezelésnek:* metadonbusz, tűcsere, telefonos segélyvonal, önségítő csoport, alkoholbetegekkel foglalkozó kezelés.

A kezeléseket a következő szempontok alapján csoportosíthatjuk:

- Drogmentes (de a nem agonista/antagonista gyógyszerelés megengedett),
- Helyettesítő (detoxikáció vagy fenntartó kezelés), Orvosiilag felügyelt kezelés,
- Setting: fekvőbeteg, ambuláns, háziorvos, bentlakásos stb.
- Modalitás: Minnesota, viselkedéses-kognitív, szociális-educatív, pszichoanalitikus stb.
- A kezelés „tulajdonosa”: önkormányzati, állami, civil, magán, egyházi.

A magyar „kezelés”, „terápia” fogalmak az EMCDDA definíciónál szűkebbek. Praktikusán azokról az egészségügyi intézményekről van szó, melyek az OSAP (Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program) adatgyűjtés, majd 2006-tól a „Kezelési Igény Indikátor” (Treatment Demand Indicator, TDI) hatálya alá esnek. A kezelés fogalma további kérdéseket is felvet: vajon egyetlen alkalom kezelésnek minősül-e? Akkor, ha utána a kliens nem jelentkezik, tehát nem pl. krízisintervenció történt, ami lehet egyetlen alkalom is. Célszerű lenne az adatgyűjtés – és az adatok összesítése során – a kezelési alkalmak számát is figyelembe venni. Az egyes EU-s országokban sincs egységes rendszer ebben a tekintetben.

A Jelentés (2001) az 1. táblázatban bemutatott módon foglalja össze a jelentésre kötelezett egészségügyi intézményeket:

1. táblázat. Az OSAP-jelentésre kötelezett egészségügyi intézmények (Jelentés, 2000) (Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OPNI)

Intézmények típusa	Jelentésre kötelezett intézmények száma	Kábítószeres beteget kezelt intézmények száma
Pszichiátriai gondozók	140	35
Gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozók	40	5
Addiktológiai, alkoholológiai gondozók	139	89
Pszichiátriai (és addiktológiai) osztályok és szakambulanciák	132	83
Drogambulanciák	16	16
Összesen	467	228

Az adatok későbbi bemutatása szempontjából két jelentős változás történt az OSAP-adatokra épülő adatgyűjtésben 1994, az adatgyűjtés bevezetése óta. Az egyik a 2000-es év vonatkozásában: a legnagyobb változás az „első kezelésre megjelent” beteg fogalmának a változása; ez nemcsak az adott intézményben először, hanem

általában az egészségügyi kezelőrendszerben először jelentkezett beteget jelenti. Fontos volt, hogy a tűcserére járók kikerültek a „kezelés” címszó alól. Néhány más változást jelez a 2. táblázat. A másik fontos változás, hogy 2006-tól az OSAP mellett (azt lassú elmúlásra ítélve) megjelent a TDI. Az OSAP-alapú adatgyűjtésnek ugyanis számos hiányossága volt: nem lehetett kiszűrni a duplikációkat (egy-egy beteg az év folyamán többféle kezelésben is részesülhetett), papíralapú volt, így a számtani és más technikai hibákat csak az adatok összegyűjtése után lehetett – ha egyáltalán – korrigálni; az adatgyűjtésre az év lezárultával egy alkalommal került sor: ha a kezelőhely nem vezetett évközbéli pontos nyilvántartást, akkor az adatlapok kitöltése nehézségekbe ütközött. Bizonyos intézmények (gondozók) törölték az adott évben náluk nem megjelenő volt betegeiket, míg a drogambulanciák nem, hanem az állományukban tartották azokat (noha ez a gyakorlat már akkor sem volt elfogadott). Ez az „összes beteg” értelmezésében különbségekhez vezetett. Az OSAP-nak nem volt belsőkontroll-mechanizmusa, illetve az adatgyűjtést tudományosan nem validálták. A túladagolások adatok is megjelentek az OSAP-adatok között, ami nemcsak az „összes” vagy az „új” beteg adatokat torzítja (emeli meg), hanem a fekvőbeteg – ambuláns kezelési arányokat is torzítja (mivel a túladagolások kezelése fekvőbeteg intézményekben történik), továbbá vidéken sok esetben ezeket az eseteket intenzív osztályon látták el, amik kimaradtak az adatgyűjtésből (tehát megnőtt a fővárosi esetek súlya, aránya). A TDI már nem tartalmazza a túladagolások eseteket, mert ezek ellátása az EMCDDA „kezelés” definíciója szerint nem minősül „kezelésnek”.

Az Európai Unió „rég” tagországaiban 2000 óta használják az Európai Tanács Pompidou Csoportja és az EMCDDA által közösen kifejlesztett Kezelési Igény Indikátor (Treatment Demand Indicator) 2.0 verzióját. Magyarország ezt 2006 óta használja. Az EMCDDA a TDI mentén közli a kezeléssel kapcsolatos adatokat, azonban itt akadnak zavaró tényezők. A TDI-ben szerepelnek az altatók és nyugtatók (mint legális szerek), azonban az EMCDDA által közzétett TDI-n alapuló táblázatok és ábrák esetében e szerek hol szerepelnek, hol nem. Vannak esetek, amikor ez egyértelműen kiderül, és vannak esetek, amikor nem. Az EMCDDA TDI-n alapuló táblázatainak és ábráinak értelmezését három tényező tovább bonyolítja. Egyrészt, az újonnan csatlakozott országokat is szerepelteti a TDI-adatok között (holott pl. Magyarországon ilyen adatgyűjtésre csak 2006 óta kerül sor). Korábban a sokkal kevésbé megbízható OSAP-adatgyűjtést használták, és az EMCDDA TDI-adatai között is nyilván ez szerepel (minden hibájával együtt, pl. a duplikációkkal). A második probléma a jelentő országok hiányos adatszolgáltatása: egyes adatsoroknál más-más összetételű országcsoport szerepel, tehát az egyes táblázatok, ábrák és a különféle „átlagadatok” összehasonlítása pontosan nem lehetséges (szinte mindig van olyan ország, amelyik az adott témakörben nem, vagy nem megfelelő adatot szolgáltatott). Ezeket a különbségeket – mivel összességükben nem tűnnek jelen-

2. táblázat. Az OSAP-adatgyűjtésben bekövetkezett főbb változások 1994–2001 között (Jelentés, 2001). Ezek olyan mértékű változtatások, hogy valójában nem is volna szakmailag helyes egy ábrán bemutatni az 1995–2007 között történt változásokat az ellátott drogbeteg számában!

A változás életbe lépésének éve	1996	2000
A változás utáni első éves adatok az új módszer szerint	1997	2000
A változás által érintett területek		
Definíciók		A nyilvántartott beteg fogalma helyett kezelt beteg
		Az új beteg életében először kezelt beteget jelent önbevallás alapján
Adatközlők	Civil és egyházi fenntartású ellátóintézmények is jelentenek adatokat	
Adatgyűjtés címzettje		Az OPNI csak az Egészségügyi Minisztérium III. főosztályának továbbítja az összesített adatokat
Életkori bontás	Új korcsoport: 13 éven aluliak	Új korcsoportok: a 35 éven felüliek további bontása
		Új kategória: Ismeretlen korú
		Teljes életkori bontás az új betegekről is
Kábítószer osztályozása		A részletesen be nem sorolt szereket a szertípus alatti egyéb rovatban kell feltüntetni (pl. egyéb opiát)
		A kizárólag csak tőcserében részesülőket nem lehet feltüntetni
		Orvosi rendelvény nélkül használt metadon
Kábítószer-használat gyakorisága		Új kategória: hetente fogyasztók
Halálozási adatok	A továbbiakban nem a kezelést nyújtó intézmények jelentik, hanem a boncolást végző intézmények és a rendőrség	



3. táblázat. Az OSAP-jelentésben bekövetkezett változások a drogfajták csoportosításában 1999–2000 között (Jelentés, 2000)

1999		2000	
1	OPIÁTTÍPUS	1	OPIÁTTÍPUSOK ÖSSZESEN
2	Ópium	1.1	Ópium
3	Heroin	1.2	Heroin
4	Morfin	1.3	Morfin
5	Egyéb opiátok (házi készítmények is, például máktea, máktej)	1.4	Egyéb opiátok (házi készítmények is, például máktea, máktej)
6	Szintetikus kábító fájdalomcsillapítók	1.5	Szintetikus kábító fájdalomcsillapítók
		1.6	Metadon
		1.7	Külön megjelölés nélkül
7	KOKAINTÍPUS	2	KOKAINTÍPUS ÖSSZESEN
8	Kokain (bázis, só)	2.1	Kokain (só)
9	Kokapaszta	2.2	Kokain bázis („crack”)
		2.3	Külön megjelölés nélkül
10	KANNABISZTÍPUS	3	KANNABISZTÍPUS ÖSSZESEN
11	Marihuana	3.1	Marihuana
12	Hasis	3.2	Hasis
		3.3	Külön megjelölés nélkül
13	HALLUCINOGENÉNEK	4	HALLUCINOGENÉNEK ÖSSZESEN
		4.1	LSD
		4.2	Külön megjelölés nélkül
14	AMFETAMINTÍPUS	5	AMFETAMINTÍPUS ÖSSZESEN
15	Amfetamin	5.1	Amfetamin
16	Metafetamin	5.2	Metafetamin
17	Egyéb amfetamin, Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB)	5.3	Egyéb amfetamin, Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)
		5.4	Külön megjelölés nélkül
18	NYUGTATÓTÍPUS	6	NYUGTATÓTÍPUS ÖSSZESEN
19	Barbiturátok	6.1	Barbiturátok
20	Benzodiazepinek	6.2	Benzodiazepinek
21	Egyéb nyugtatók	6.3	Külön megjelölés nélkül
22	POLITOXIKOMÁNIA (nem a fenti kategóriák)	7	POLITOXIKOMÁNIA (nem a fenti kategóriák)
23	SZERVES OLDÓSZEREK (inhalánsok)	8	SZERVES OLDÓSZEREK (inhalánsok)
24	EGYÉB KÁBÍTÓSZER	9	EGYÉB KÁBÍTÓSZER

tósnek – a továbbiakban nem vesszük figyelembe, ahogy az EMCDDA összefoglalói sem (ellenben az egyes, konkrét táblázatoknál mindig szerepelteti az EMCDDA, hogy mely országról van szó; EMCDDA, 2002, 2005, 2007). A fejezetben tehát az ilyen részletezéstől eltekintünk; az adatok megtekintése során a „kimaradó” országok jelentette különbségek a tendencia- vagy trendjellegű, nagyságrendbeli összefüggéseket nem vagy csak kis mértékben érintették. Végül, a harmadik probléma az, hogy a TDI-t egyes országokban csak ambuláns és fekvőbeteg-intézményekben veszik fel, más országokban börtönben működő kezelőhelyeken is, illetve a házi orvosokat is bevonják az adatszolgáltatásba. Néhány országban az alacsony küszöbű szolgáltatások keretében nyújtott metadon-fenntartókezelés külön szolgáltatásnak számít (tehát nem ambuláns ellátásnak).

A magyar, korábbi OSAP-adatgyűjtés is tartalmazta az altatókat és a nyugtatókat, mint ahogy a jelenleg használt TDI is. A magyar „Jelentésekben” megjelenő „droghasználók”, sőt „kábitószer-használók” számában az esetek többségében szerepelnek azok a kezelésre jelentkezett személyek, akiknél az elsődleges drog legális volt, azaz altatókat és vagy nyugtatókat szedtek (és emiatt kerültek kezelésbe). Mivel nagyságrendileg az összes (vagy az elsőként) kezelt betegek kb. feléről van szó, ez igen jelentős eltérés. A „Jelentésekben” megjelenő, aggregált adatokat mutató táblázatok és ábrák többnyire az összes (az emlegetett típusú legális és illegális) drogot használókat mutatják, és csak az esetek egy kisebb részében derül ki, hogy az adatok az illegális szerek (kábitószer) használóira vonatkoznak. Ez a fajta inkongruencia a magyarországi adatgyűjtés kezdete (1994) óta fennáll. Ebből adódóan minden olyan származtatott adat szisztematikus tévedést mutat, mely a „Jelentésekben” megjelenő kezelt drog/kábitószer-használóra vonatkozik (elsőként kezelt betegek vagy az összes kezelt beteg).

További említendő kérdés, hogy a kezelédefiníció milyen viszonyban van a valós kezelési folyamattal. Az OSAP ebben a kérdésben sokáig nem foglalt állást, azaz akár egy megjelenés is kezelésnek, és így jelentendő esetnek minősül, miközben a legtöbb külföldi szakmai állásfoglalás egynél több megjelenést, azaz a kezelés iránti igény valamiféle megerősítését is feltételül szabja a kezelési folyamat tényének (egy-egy országban a második vagy a harmadik megjelenéstől számítják a kezelési folyamatot megkezdettnek). A 2007-es és a 2008-as OSAP-adatgyűjtést kiegészítették ilyen instrukciókkal; kérdés, hogy a jelentő intézmények mennyire felelnek meg ennek az elvárásnak. További probléma, hogy az eltereléshez tartozó előzetes állapotfelmérés is sokszor kezelési eseménynek minősül és jelentésre kerül, miközben szó sincs az állapotfelmérő helyen kezelésről (ha az más, mint az elterelést végző hely). Ennek oka, hogy a szolgáltatók az adatgyűjtést összekapcsolják az OEP felé történő jelentéssel (ahova az állapotfelmérést jelenteni kell, ami után finanszírozás jár).

## ADATOK, EREDMÉNYEK

## DROGBETEGEK KEZELÉSÉNEK ÖSSZEHOSONLÍTÁSA AZ EURÓPAI UNIÓ TAGORSZÁGAIVAL

Az áttekintés az EMCDDA 2007-ben megjelent jelentésére, illetve az ahhoz csatlakozó statisztikai bulletinre támaszkodik. Az adatok a legtöbb esetben a 2005-ös helyzetet tükrözik, ezért a magyar adatoknál is ezt az évet vettük figyelembe.

Az EMCDDA (2007) jelentése szerint az Európai Unióban 100 000, 15–64 éves korú lakosára 44,4 új kliens jut, azaz olyan droghasználó, aki először jelentkezett kezelésre egészségügyi intézményben (vagy kezelést biztosító más ellátásban). Az EU-ban ugyanakkor a 100 000 lakosra jutó, elsőként kezelték nagy szóródást mutatnak az egyes országokban; az arány 2–111 között mozog. Magyarországon 2005-ben 100 000, 15–64 éves lakosra 91,2 új beteg (elsőként kezelésbe kerülő) kezelt beteg jutott (beleértve az altatók és a nyugtatók használatát is). Ilyen magas értéket csak Olaszország, Málta és az Egyesült Királyság ér el; pl. Hollandiában ez a szám mindössze 39. Az országonkénti összehasonlítások szerint magas a magyarországi kezelésbe kerülők száma.

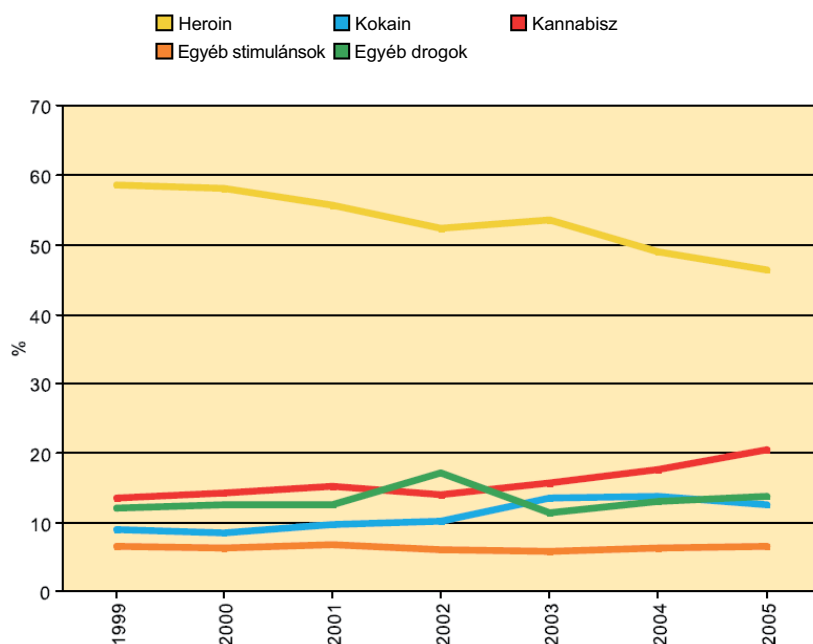
Az EU-ban a kezeléseket 89%-a ambuláns kezelés, 8%-a fekvőbeteg kórházi kezelés, míg a maradék 3% több szolgáltatásból kerül ki: alacsonyküszöbű intézmények, börtönrendszerbeli kezelőhelyek, házi orvosok. Ilyen „egyéb” kezelőhelyekről csak 8 tagország számolt be (Magyarországon az ilyen típusú kezelőhelyek nem vesznek részt az egészségügyi adatgyűjtésben). Magyarországon 2005-ben az elsőként kezelt betegek ellátására ambuláns formában került sor az esetek 73%-ában, fekvőbeteg ellátásra került sor 13%-ban és egyéb (toxikológiai) ellátásra 14%-ban. Látszik, hogy Magyarországon a fekvőbeteg-ellátás magasabb arányú, mint az EU-ban, aminek egyik oka lehet, hogy a túladagolás miatti kezeléseket is bekerülnek az adatgyűjtésbe mint „fekvőbetegek” (ez az ellátás az EU-ban általában nem minősül „kezelésnek”).

Az EU-ban 2005-ben a kezelésre az esetek 48%-ában heroinhasználat miatt került sor, 13%-ban kokain és 20%-ban kannabisz miatt; azonban az egyes országok között jelentős különbségek voltak (1. ábra).

Az elsőként kezelésre jelentkezők között kisebb volt a heroin előfordulása (35%), magasabb a kokainé (22%) és a kannabiszé (29%) (2. ábra).

Magyarországon heroinhasználatra az elsőként kezelésre jelentkezők között mindössze 5,3%-ban került sor, ezzel az EU-s országok alacsony heroinhasználó csoportjában vagyunk; 10% körüli vagy alatti értékeket Hollandiában, Finnországban, Svédországban és Dániában tapasztaltak. A kokainhasználat tekintetében szintén az alacsony kokainhasználó országok között van Magyarország (0,9% kokainhasználó az elsőként jelentkezők között). Kannabiszhasználat miatt 52,4%-ban került sor kezelésre; hasonlóan magas arány Németországban, Dániában és Franciaor-

1. ábra. A kezelésre jelentkező összes beteg megoszlása az elsődleges szerhasználat szerint az EU átlagában (EMCDDA, 2006). Jól látszik a heroinhasználat csökkenése és a kannabiszhasználat emelkedése a kezelt betegek között.

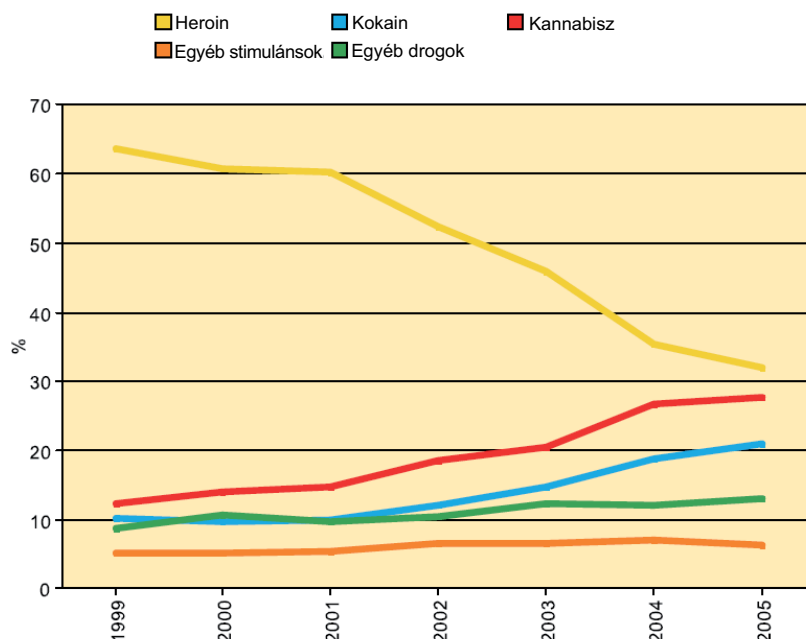


szágban volt megfigyelhető. Itt is utalunk arra, hogy a szerhasználat, különösen a kannabiszhasználat aránya a kezelésre kerülők között jelentős mértékben az adott ország drogpolitikájával, közelebbről büntetőpolitikájával („büntetés helyett kezelés” érvényesülése vagy kannabisz esetén a dekriminalizáció hatása) függ össze, illetve azzal, hogy a rendőrség mennyire „aktív” a fogyasztók felderítésében és üldözésében.

Az EU-ban a legtöbb kliens 20–30 év közötti; az *átlagéletkor* Bulgáriában 24,2 év és 32,4 év Svédországban.

Az elsőként kezelésbe kerülő kliensek átlagban 2-4 évvel fiatalabbak az összes kliensnél. Magyarországon a 20–24 éves korosztály a legnagyobb arányban reprezentált (az elsőként kezelték és az összes kezelt között), nőknél 2005-ben már a 25–29 éves korcsoport népesebb az előzőnél (ami az altató- és nyugtatószert használók magasabb életkorával van összefüggésben). Az elsőként kezelték átlagéletkora: 25,2 év volt. Az életkori megoszlás („fiatal használók”) hasonló a legtöbb új EU tagországnál (3. ábra).

2. ábra. Első kezelésre jelentkezett droghasználók elsődleges szerhasználat szerinti megoszlása az Európai Unió átlagában (EMCDDA, 2006). A heroinhasználat csökkenése és a kannabiszhasználat emelkedése még erőteljesebb, mint az 1. ábrán.

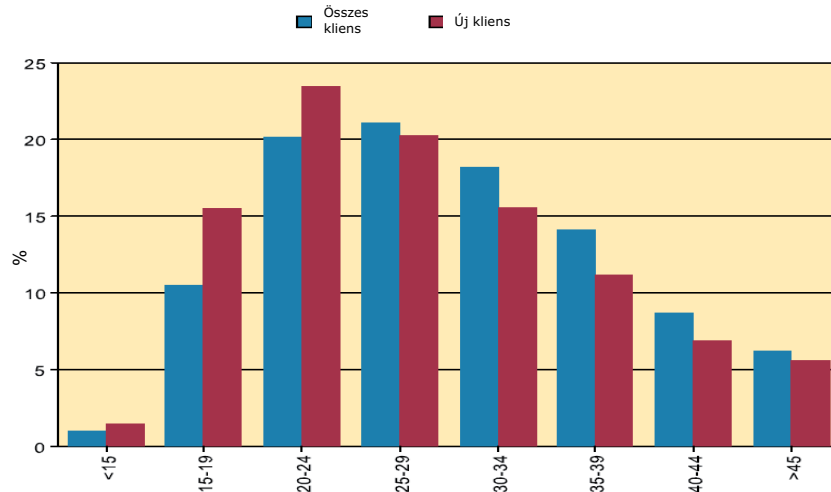


Az EU-ban a kezeltek között a férfiak dominálnak; a *férfi–női arány* országonként és drogonként nagy változatosságot mutat: pl. Svédországban a férfi–nő arány 1,8, Olaszországban ugyanez 6,3. Kannabiszhasználóknál az arány 6:1 a férfiak javára, míg altató- és nyugtatószereknél az arány kisebb egynél. Magyarországon a férfi–nő arány átlagban 2:1; altató- és nyugtatószerhasználóknál nálunk is a nők dominálnak. Összességében az első kezeltek 74%-a férfi (2005-ben).

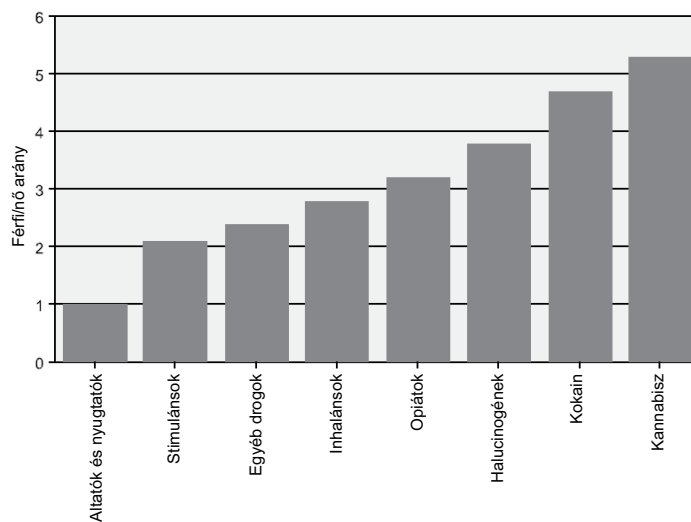
#### *Trendek a kezelési igényben*

1996 és 2005 között a kezelést folytató és jelentő szolgáltatók száma 50%-kal növekedett. 2004 és 2005 között 17%-kal nőtt a kezelésbe jelentkezők *száma* (új klienseknél ez a szám 13% volt) – azonban az országok közötti különbségek itt is nagyok (1. 2. és 5. ábra).

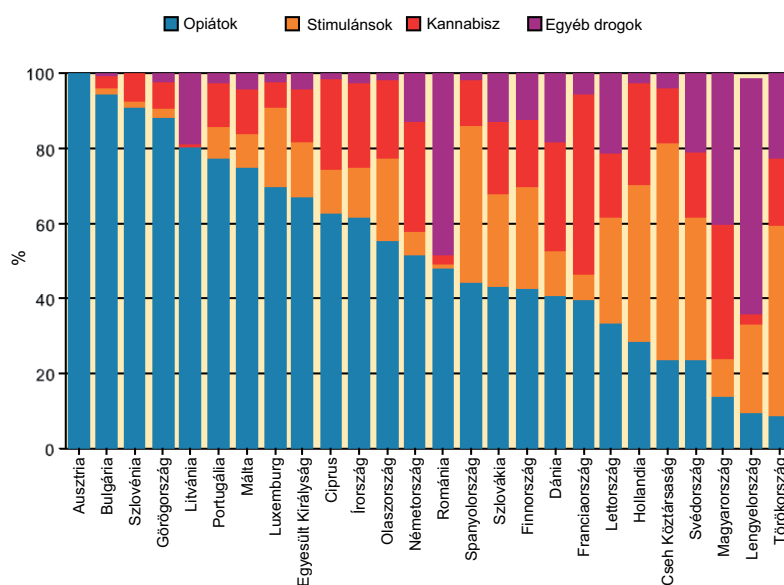
3. ábra. Az ambuláns kezelést kereső betegek életkor szerinti eloszlása: az első és az összes kezelt arányában (EMCDDA, 2006). A 20–29 éves korosztály képviselteti magát a legnagyobb számban a kezelt esetek között, de számottevő arányban jelennek meg a 45 évnél idősebbek is.



4. ábra. Az ambuláns kezelést keresők nemi megoszlása (férfi: nő aránya) drogtípusok szerint (EMCDDA, 2006). Az altató- nyugtatószereknél a férfi–női arány kiegyenlített, majd a férfiak részaránya nő; a legnagyobb különbség a kannabisz esetében figyelhető meg.



5. ábra. Az összes, kezelésre jelentkező beteg megoszlása az elsődleges szerhasználat szerint (EMCDDA, 2006). Látható, hogy Magyarországon – a többi EU-s országhoz képest – alacsony a heroin miatt kezelésbe kerültek aránya.



Magyarországon a kezelésbe kerülők száma 1995 és 1999 között lényegesen nőtt (kb. 135%-kal), majd 2002-ig ez a szám stagnált, majd ismét emelkedésnek indult (kb. 110%-kal) 2005-ig, majd tovább, 2006-ban is. Az emelkedés az összes kezelésre jelentkezők számának változása miatt következett be; az első kezelésre jelentkezők száma 1999–2002 között enyhén csökkent, majd 2003-ban megugrott, és azóta lényegében nem változott.

Az EU-ban a *használt szerek* tekintetében az új kliensek körében a heroinhasználat csökkenése volt a leginkább szembeötlő jelenség (az EU 20-ban 7 év alatt 33%-os csökkenés), míg a kokain (13%) és a kannabisz (18%) használata nőtt. Magyarországon a heroinhasználók száma 2000-ben érte el a csúcst (39%), majd 2004-ig csökkent – kisebb emelkedés azóta tapasztalható. A legnagyobb változás a kannabiszhasználatban állt be: 1995–1999 között 5%-ról 13%-ra nőtt a számuk, majd 2001-ben az összes kezelt 19%-át adták, aztán attól kezdve arányuk jelentősen nőtt, és 2006-ban elérte az összes beteg 38%-át a kannabisz miatt kezelésbe kerültek aránya. Az *injekciós használat* (bármely drog esetén) Magyarországon alacsony: 6%. Ezzel olyan országok társaságában vagyunk, mint Dánia, Németország, Spanyolország, Franciaország és Hollandia. Az újonnan csatlakozott országokban jellemzően magas az injekciós aránya (pl. Csehország: 60,6%, Szlovákia: 32,2% és a „listavezető” Litvánia: 91,1%).

*Az ambuláns és a fekvőbeteg kezelésben részt vevő kliensek szociodemográfiai összetétele*

Az egyes országok és az egyes szerek tekintetében is jelentős különbségek vannak, ennek ellenére néhány következtetés megállapítható:

- a legtöbb kezelést kereső droghasználó stabil környezetben él; csak egy kisebb csoport él bizonytalan szociális körülmények között (az ambuláns kliensek 7%-a, a fekvőbetegek 13%-a), illetve 8%-uk (ambuláns) és 10%-uk (fekvőbeteg) élt szociális intézményben;
- a kliensek 40%-a a szüleiével élt; az ambuláns kliensek 15%-a, a fekvőbetegek 7%-a élt a gyermekeivel;
- a kliensek 10%-a nem fejezte be az általános iskolát és csak 4%-uknak volt felsőfokú végzettsége;
- a munkanélküliség aránya magas: az ambuláns klienseknél 45%, a fekvőbetegeknél 76% (az EU átlagában a munkanélküliség 7,3%).

*Opiáthasználat miatti kezelésbevétel*

Az egyes országok között szintén nagy különbségek vannak, de néhány alapvető jellemző az egész EU tekintetében megállapítható:

- férfi–nő arány: 3-4:1-hez;
- az ambuláns kezelést kezdők átlagéletkora 32 év, a fekvőbeteg kezelésbe kerülőké 30 év volt;
- az első opiáthasználatra általában 15-19 éves korban került sor;
- az ambuláns kliensek 45%-a (összes kezelt; új klienseknél: 38%) injekciós volt, a szippantás aránya 37% (összes kliens) és 48% (új kliens) volt;
- az opiátok mellett a kokain jelent meg másodlagos szerként (23%), a kannabisz (17%), az alkohol (11%), vagy más opiátszármazék (35%);
- az opiáthasználat ritkán jelent meg másodlagos szerként (ambuláns kliensek 6%-ánál, fekvőbetegeknél 12%-ban).

*Kokainhasználat miatti kezelésbevétel*

2005-ben az összes kezelési igény 13%-ára kokainhasználat miatt került sor, az új klienseknél ez az arány 22% volt. Mivel Magyarországon a kokainhasználók nem jelentenek nagyarányú klienspopulációt, ezért az EU-s adatokkal történő részletes összehasonlítástól eltekintünk.

*Amfetamin- vagy Ecstasy-használat miatti kezelésbevétel*

A nem kokaintípusú stimulánsok miatt viszonylag ritka a kezelésbe kerülés, azonban egyes országokban ez az arány magas (Csehország, Lettország, Szlovákia, Svédország). Magyarország is ezekhez az országokhoz közelít (főleg a magas injekciós amfetaminhasználat miatt).



*Kannabisz miatti kezelésbevétel*

A kannabiszhasználat felel az összes kezelési igény 20%-áért, illetve az új kliensek körében a 29%-áért. Az országok közötti különbségek nagyok. A kezelés szinte kizárólag ambulanciákon történik. Néhány adat:

- itt a legnagyobb a férfi–nő arány: 5,3:1 (összes kezelt), 6:1 (új kezelt);
- a kezelésbe kerülők átlagéletkora 24 év körül van; a 15 év alatti korcsoportban a kannabiszhasználók elérik a 80%-ot;
- gyakorlatilag az összes használónál az első használatra 20 éves kor előtt került sor;
- átlagban, a kezelést megelőző hónapban, a kliensek 34%-a számolt be alkalmi használatról és 40%-uk napi használatról – a különbségek egyik fő oka a kannabiszhasználat eltérő jogi megítélése az egyes tagországokban;
- a kannabiszhasználat gyakran társul alkoholhasználattal (37%) vagy amfetaminhasználattal (28%), illetve kokainnal is (15%). A más szer miatt kezelésbe kerülteknél a kannabisz 26%-ban jelenik meg mint másodlagos drog.

*Büntetés helyett kezelés*

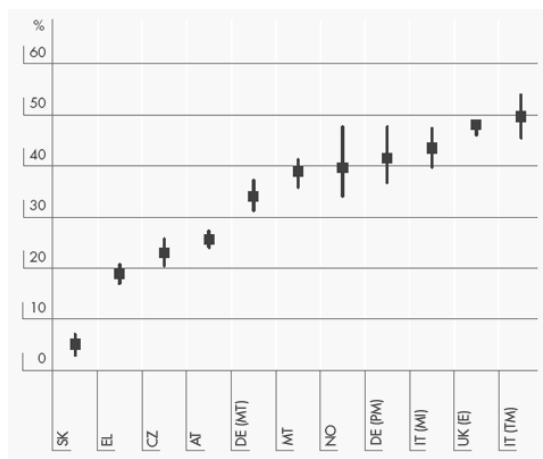
Az EU tagországaiban mindenütt érvényesül ez az elv; a megvalósítás formájában azonban igen lényeges különbségek vannak. Sok országban a droghasználat bizonyos formáit dekriminalizálták, így ezekben az esetekben a büntetés helyetti kezelésről nem is beszélhetünk. Magyarországon 2002-től emelkedik a büntetés helyett kezelésben levők száma, és ez szám 2006-ban elérte a kezelésbe kerülők 40%-át (Jelentés, 2007). Ezzel összemérhető EU-s adat nincs – a nagyon eltérő joggyakorlat miatt. Néhány adatot azonban megidézhetünk, jelezve a büntetés helyett kezelésbe kerülés arányait, nagyságrendjét. Stevens és mtsai (2003) hivatkoznak Welsch (2001) németországi adataira, ami szerint a férfiak 20%-a, a nők 11%-a került büntetés helyett kezelésbe; valamint ismertetik Grichting, Uchtenhagen és mtsai, 2002-es svájci adatait. Ezek szerint Svájcban, 1995–1998 között a bentfekvő kezelésbe kerülők egyharmada, míg az ambuláns kezelésben levők 4-6,5% került ily' módon kezelésbe. Sárosi (2008) a portugáliai rendszert bemutatva ismerteti, hogy a büntetés helyett kezelésre 2005-ben az új kliensek 2%-ánál került sor, amihez még hozzáadódik a büntető-igazságszolgáltatásból érkező, további 8%. Portugáliában a nagobbrészt kannabiszhasználattal összefüggő rendőrségi eseteket a „Drogaddikcióról lebeszélő bizottságok” (Commissions for the Dissuasion of Drug Addiction) látják el, és csak a kezelést igénylő eseteket utalják a kezelőrendszerbe. Meg kell jegyezni, hogy a büntetés helyett kezelés megvalósulása „mennyiségileg” összefügg azzal is, hogy a rendőrség mekkora erőfeszítéseket tesz a szerhasználók felderítése és üldözése terén. Az európai összehasonlítást az is nehezíti, hogy Magyarországon az egyik „büntetés helyett kezelési” forma nem egészségügyi kezelés (míg az EU-ban többnyire kizárólag egészségügyi ellátásokról van szó ilyen esetekben), azonban ezek az

adatok is megjelenhetnek a kezelési adatokban, hasonlóan az „elterelést” megelőző állapotfelméréshez, ahogy arra a korábbiakban utaltunk.

#### *Szubsztitúciós kezelés*

Noha az EMCDDA összegzései szerint a metadonfenntartó kezelés 1995-ben kezdődött el Magyarországon, a tényleges indulás 2003-ban volt, a térség országai között a legkésőbb.

6. ábra. 100 problémás opiáthasználóra jutó, metadonfenntartó kezelésben résztvevő kliens az EU néhány országában, 2004-es és 2005-ös adatok<sup>1</sup> (EMCDDA, 2007). A fenntartó kezelések „lefedettsége” jelentős, országokonkénti különbséget mutat.



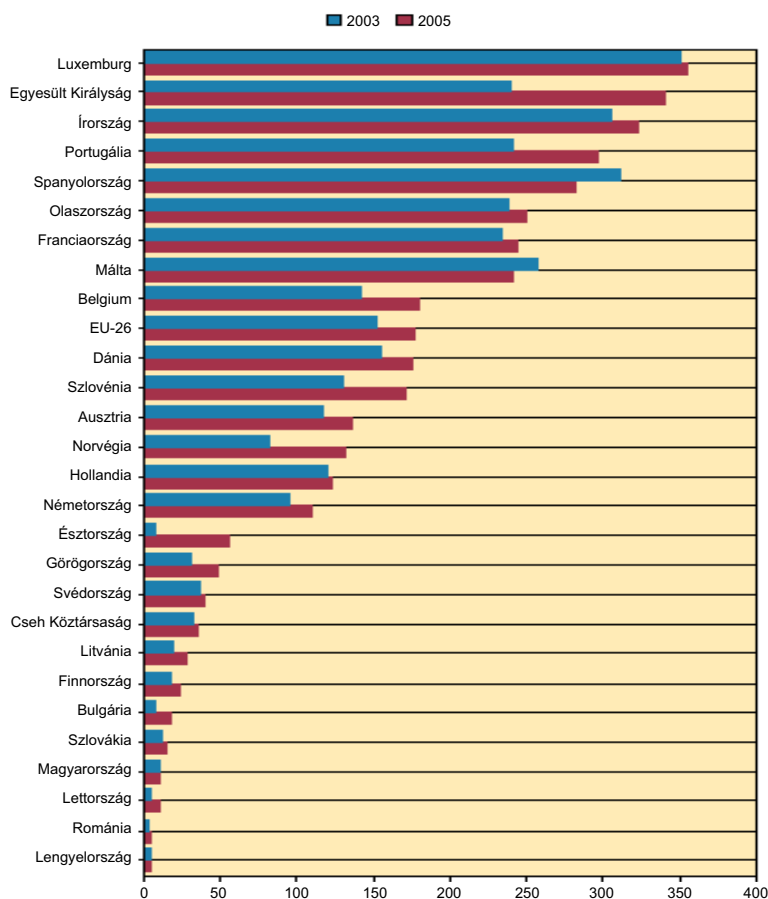
A 6., 7. ábra és a 4. táblázat a szubsztitúcióban résztvevő klienseket mutatja: nagy szóródás van az országok között; az adatok szerint az ilyen kezelésben résztvevők száma Magyarországon – EU-s összehasonlításban – alacsony.

A 4. táblázatban (204. o.) látható, hogy milyen nagy szóródást mutat a metadonfenntartó kezelésben levők aránya az összes, becsült heroinhasználóhoz képest: egyes országokban a „lefedettség” az 50%-ot is eléri (egy-egy országban pedig meg is haladja).

Elekes és Nyírády (2007) adatai alapján a problémás droghasználók (ebben nemcsak az opiáthasználók szerepelnek) 6%-a jut kezelésbe. Budapesten a problémás opiáthasználók száma 2000-2500 (Elekes és Nyírády, 2006); a szubsztitúciós kezelésben részesülők aránya a problémás opiáthasználókhoz képest 23-29%. Országosan rosszabb arányokkal találkozunk, mert a kezelések döntő része Budapesten történik.

<sup>1</sup> Ahol adatok álltak rendelkezésre.

7. ábra. 100 000 felnőtt (18–64 éves) lakosra jutó metadonfenntartó kezelésben résztvevő kliens (2003–2005 közötti adatok) (EMCDDA, 2007). Látható, hogy Magyarországon milyen csekély a „lefedettség” ennél a kezelési formánál a többi EU-s országhoz képest!



#### *Fertőző betegségek a droghasználók között*

Magyarországon 2005-ben nem volt HIV-fertőzött a vizsgált esetek között. Az újonnan csatlakozott országoknál hasonlóan alacsony arányokkal találkozunk: Szlovákia 0%, Szlovénia 0,4%, Csehország 0-2,7%, Bulgária 0,4%. Kivételt jelentenek Lengyelország 2,4-31,5%, illetve a balti országok magas HIV fertőzöttségi adatai (8. ábra).

Az EMCDDA (2007) adatgyűjtése szerint, ami 17 ország 60 helyi kutatására terjedt ki 2004–2005-ben, az injekciós droghasználók között a HCV antitestek

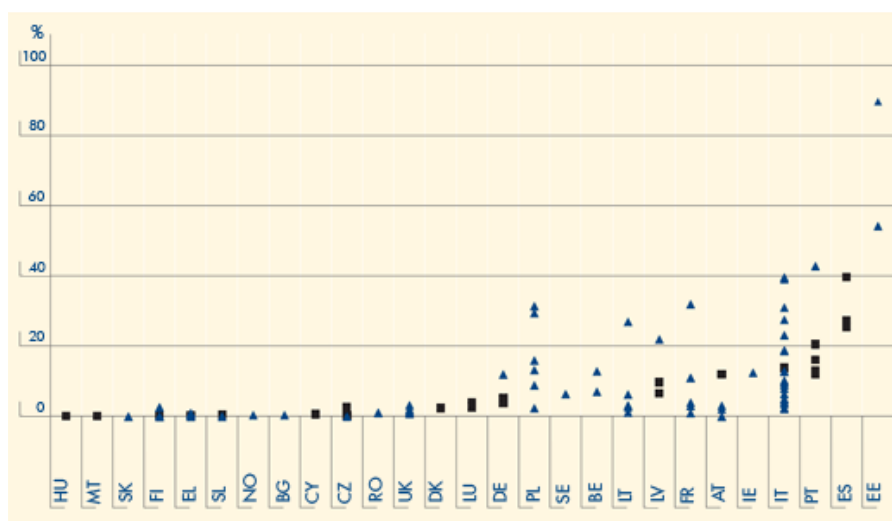
4. táblázat. Szubsztitúciós kezelésben részesülők a problémás droghasználók százalékában. Az előző ábrához hasonlóan, csak részletes bontásban láthatók a „lefedettség” adatok!

Ország	Problémás droghasználat becsült prevalenciája	Fenntartó kezelések száma	Lefedettség (2)
Belgium	20 200	7000 (1996)	35 (3)
Dánia	12 752-152 000	4398 (4298 methadon, 100 buprenorphin) (1999. január 1.) (4)	33–63
Németország	80 000-152 000	50 000 (2001) (4)	27–34
Görögország	n.a.	966 (2000. január 1.) (4)	–
Spanyolország	83 972-177 756	72 236 (1999)	41–86
Franciaország	142 000-176 000	71 260 (62 900 buprenorphin, 8360 methadon) (1999. december) (4)	40–50
Írország	4694-14 804	5032 (2000. december 31.) (4)	34–100 (5)
Olaszország	277 000-303 000	80 459 (1999) (4)	27–29
Luxemburg	1900-2200	864 (2000) (4)	38–45
Hollandia	25 000-29 000	11 676 (1997)	40–47
Norvégia	9000-13 000	1100 (2001)	8–12
Ausztria	15 984-18 731	4232 (2000. január 1.) (4)	23–26
Portugália	18 450-86 800	6040 (2000. január 1.)	7–33
Finnország	1800-2700 (6)	240 (170 buprenorphin, 70 methadon)	9–13
Svédország	1700-3350 (6)	621 (2000. május 31.) (4)	19–37
Egyesült Királyság	88 900-341 423 (7)	19 630	6–22

előfordulása 60% volt. A 25 éves kor alatti injekciós használóknál, 7 ország adatai alapján, a HCV-fertőzöttek meghaladták a 40%-ot. Mindössze 5 ország akadt, ahol a HCV-prevalencia kisebb volt, mint 25%. Becslések szerint az EU-ban mintegy 1 millió HCV-fertőzött személy él, akik életük során injekciós droghasználók voltak. Magyarországon a HCV-fertőzöttség 11% volt, azonban ez az érték 82 szűrt eseten alapult, így figyelembevétele csak nagy fenntartásokkal fogadható el. Minőségileg megbízhatóbb adatokkal csak 2006 óta rendelkezünk: ez 28,9%-os HCV-fertőzöttséget mutat.

A HBV eltérő képet mutat az egyes országok vakcinációs szintjei miatt; összességében 6 ország adatai alapján a fertőzöttség mértéke 40% volt (anti-HBc). Magyarországon ez az érték is 0% volt (HBsAg).

8. ábra. A HIV-fertőzés előfordulása az injekciós droghasználók között, 2004-5-ben (EMCDDA, 2006). Magyarországon nagyon kicsi a HIV-fertőzés előfordulása injekciós droghasználók között! Az egyes EU-s országok között jelentős különbség van a fertőzöttség tekintetében. A fekete négyzet nemzeti mintára történő becslést jelöl, a kék háromszög a lokális vagy regionális becsléseket jelöli. Magyarországon a HIV előfordulása 1% az injekciós droghasználók között.



#### *Kábítószerhasználattal összefüggő mortalitás*

Az EMCDDA definíció szerint a címbeli kifejezés a droghasználathoz kapcsolódó direkt mortalitást jelenti. A definíciókban és az adatgyűjtésben az egyes tagországokban nagy különbségek mutatkoznak. 1990 és 2004 között a becslések a halálozási adatokat évi 6500 és 9000 közé teszik; azaz, ebben a periódusban több mint 122 000 haláleset fordult elő. Országoként 3-5-től 50 haláleset/millió lakos volt az előfordulás (az EU átlagában 18,3). A legmagasabb halálozási arányokat Norvégiából (48,1) és Dániából (50,9) jelentették. A 15–39 éves férfiak körében a halálozás háromszor magasabb, mint a hasonló korú nőknél. 2004–2005 között ebben a korosztályban a halálozás 4%-áért felelt a kábítószer-használattal összefüggő mortalitás. Magyarországon 2005-ben 28 haláleset fordult elő (2,8/millió lakos). Az opiáttal kapcsolatos halálozás felel az esetek több mint feléért, ami viszonylag alacsonynak mondható a többi EU országhoz viszonyítva, ahol általában az opiáthasználattal összefüggő halálozás igen magas értéket ér el (70-80%-nál magasabb arányok).

A direkt halálozás mellett a kábítószer-használat indirekt módon is növelheti a mortalitást. Pl. az injekciós droghasználathoz társuló AIDS 2003-ban 1400 halál-

esetet okozott. Becslések szerint, egyes európai városokban a fiatal felnőttek mortalitásának 10-20%-a közvetve vagy közvetlenül az opiáthasználatnak tudható be.

Az opiát-túladagolás miatti halálozás a férfiakat sújtja (az esetek 59-100%-ában), míg pl. Csehországban, Lengyelországban és Szlovákiában a nők közötti halálozás is gyakori. A túladagolásban meghaltak életkora a 20. és a 30. év között van. A 2004-ben csatlakozott tagországoknál magas a 25 év alatti, túladagolásban meghaltak száma, ami egy fiatalabb, heroinhasználó populáció jelenlétére utal. A „régibb” tagországokban a túladagolásban meghaltak átlagéletkora nő, ami arra utal, hogy a heroinhasználat a fiatalabb korcsoportokban csökken.

Az opiátokon kívül az amfetamin-származékok használata ritkán vezet haláleset-hez; a kokain esetében pedig nehéz elkülöníteni a hosszú használat kardiovaszkuláris szövődményei miatt bekövetkező halálozástól.

#### *A kábítószer-használattal összefüggő mortalitás trendje*

Az EU-15 tagországban és Norvégiában ez a halálozás a 80-as években és a 90-es évek elején mutatta a legmagasabb értéket, majd csökkenni kezdett, feltehetően az injekciós heroinhasználat csökkenésével. Úgy tűnik azonban, hogy ez a csökkenés 2003 körül megszakadt. Az új tagországokban 2002-ben halálozási csúcs volt megfigyelhető, majd pedig egy csökkenés a következő években. Magyarországon is megfigyelhető volt a halálozás csökkenése 1996–1997 után (52, illetve 47 haláleset), 2001-ben jelentkező magasabb értékkel: 40 haláleset). Az összhalálozáson belül a heroin túladagolásban meghaltak számának csökkenése is tapasztalható, azonban az utóbbiak aránya 2004-től újra növekedni kezdett.

#### *Problémás droghasználók mortalitási adatai*

Az EMCDDA (2006) által, Csehországban végzett mortalitási kohorszvizsgálat adatai szerint a stimulánshasználók standardizált mortalitási aránya 4-6-szor magasabb volt, mint a hasonló korú átlagnépességé, míg az opiáthasználóknál ez az arány 9-12-szeres volt. A büntetőeljárás alá vont heroin-, kokain-, illetve crackhasználók körében egy francia vizsgálat szerint a férfiak körében a mortalitás ötször, nőknél 9,5-szer magasabb volt, mint az átlagpopulációban. A droghasználat a szuicídium miatt bekövetkező halálesetekhez is hozzájárulhat, egy skót vizsgálat szerint a kábítószer-használathoz kapcsolódó halálozás 13%-a volt öngyilkosság (lásd EMCDDA, 2007).

#### *Ellátórendszerek az Európai Unióban*

Az EMCDDA 2007-ben közzétett, a droghasználó klienseket ellátó hálózatát bemutató dokumentum az egyes tagországok ellátórendszereit mutatja be (2005-2006-os adatok alapján). Egy korábbi EMCDDA összegzés (2002) részletesebb bemutatót tartalmazott a tagországok ellátórendszereiről.

Az egyes tagországok ellátórendszerei nagyban különböznek egymástól. Van, ahol a drog- és alkoholbeteg-ellátás egy rendszerben történik, van, ahol a drogbetegellátás mellett nem specializált „addikciós központok” is működnek (ahol elsősorban alkoholbetegeket, de drogbetegeket is) kezelnek. Vannak országok, ahol a droghasználó kliensek ellátása összefonódik a mentális egészséggel foglalkozó szolgáltatókkal, máshol pedig az általános egészségügyi ellátással. Egyes országokban a drogbetegek ellátása alapvetően a helyi önkormányzatok feladata, de többnyire a nemzeti egészségügyi rendszerben kezelik őket; azonban ez mindenhol kiegészül nonprofit vagy magánszolgáltatókkal. A legtöbb országban megfigyelhető – és ez lényeges különbség a hazai rendszerekkel szemben –, hogy az „egészségügyi” ellátók szociális szolgáltatásokat is végeznek, vagy az utógondozás is rehabilitáció kezelésnek minősül és a kezelőszemélyzet is végzi azokat. Sok helyütt vannak konzultációs (*counselling*) központok, illetve külön pszichoterápiás szolgáltatások. Sok esetben nem is beszélhetünk egészségügyi és szociális ellátókról, mert mindkettőt nyújtják a szolgáltatók. A bentlakásos vagy fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények is különböznek aszerint, hogy rövid, középtávú vagy hosszú idejű ellátást nyújtanak. A legtöbb országban a fekvőbeteg-ellátás is specializált (drogbetegek), sok helyen azonban általános „addiktológiai” vagy pszichiátriai osztályokon, sőt, általános kórházi osztályokon vagy krízisosztályokon is történik kezelés.

A legnagyobb különbség, hogy a legtöbb EU-s országban az egészségügyi és a szociális szolgáltatók, illetve szolgáltatások nem válnak élesen ketté; gyakran ugyanaz az intézmény nyújtja mindkettőt.

### Összefoglalás

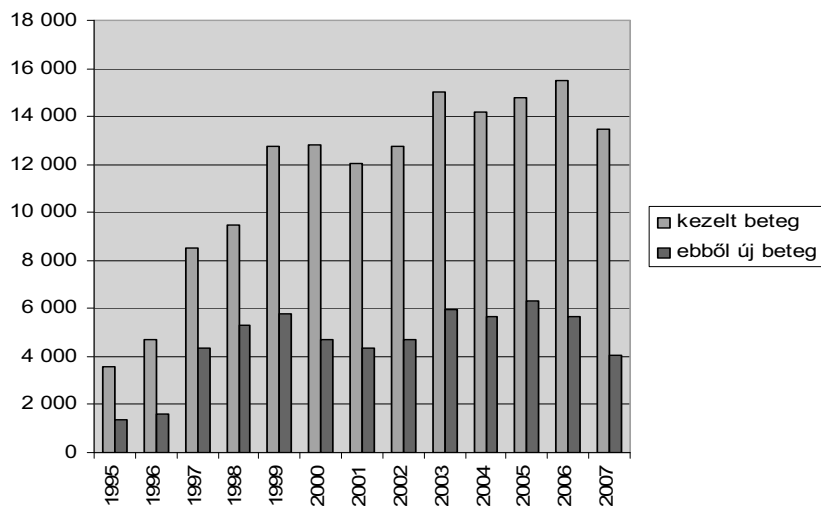
Az Európai Unióhoz viszonyítva Magyarországon magas a fekvőbeteg-ellátás aránya droghasználók kezelésében. Ez azért is meglepő, mert Magyarországra a marihuánahasználát dominanciája jellemző a kezelésbe kerültek csoportján belül. Ugyanakkor láthattuk, hogy a magyarországi adatokat a túladagolós kezelések (mint fekvőbetegesetek) és az addiktológiai ambulanciák összefonódása a fekvőbetegosztállyal tovább növelheti a fekvőbetegek számát (feltételezve, hogy utóbbi esetben az ambuláns eseteket is fekvőbetegként jelentik). 2000 óta a – többnyire – injekciós heroinhasználat visszaszorult, bár 2004 óta újra kisebb emelkedés tapasztalható. Ez a csökkenő tendencia megfelel az EU-ban tapasztaltaknak (de nem az újabb emelkedés!). Ez a csökkenés a mortalitási adatokban is megmutatkozik, tekintve, hogy Magyarországon a kábítószer-használattal összefüggő mortalitásban a heroinhasználat vezet. Magyarországon a kannabisz miatti kezelések aránya magasabb, mint az EU átlag; kokain viszont számottevő mértékben nem fordul elő. A kannabisz miatti kezelések összefüggnek Magyarországon a „büntetés helyett kezelés” elv érvényesülésével; az ehhez hasonló EU-s gyakorlatokat direkt formában nehéz összehasonlítani a magyar helyzettel, de feltételezhető, hogy Magyarországon

a büntető-igazságszolgáltatás rendszerén keresztül több droghasználó jut kezelésbe, mint az EU átlagában. Az Európai Bizottságnak az EU 2005-2008. évi Drog akciótervét értékelő jelentés (2.1.2.4. szakasz, 7. bekezdés) külön is említi, hogy a legtöbb országban a kannabiszhasználók ellátása még mindig olyan ellátóegységekben történik, amelyek más típusú drogokat használókat is ellátnak, és amely tény számos problémát vet fel, ill. kockázatot okoz. Ezért a kannabiszhasználók kezelése Magyarországon is a jelenlegi gyakorlat átgondolását igényli. A fertőző betegségekkel és a mortalitással kapcsolatos adatok szerint a magyar adatok az EU-s átlagoknál kisebbek. A szolgáltatások terén a legnagyobb különbség, hogy a magyar rendszerre jellemző egészségügyi és szociális szolgáltatások szétválasztása messze nem ilyen éles, illetve az egészségügyi ellátások is viszonylag függetlenek a pszichiátriától.

#### KEZELÉSI HELYZETKÉP MAGYARORSZÁGON

A kezelésben részesülő drogfogyasztók (ideérve az altató- és nyugtatóhasználatot) száma 2000–2001-ben némileg csökkent, majd 2002–2003-ban megugrott, majd ingadozásokkal, ahogy a Jelentés (2007) fogalmaz, lépcsőzetes növekedési tendenciával nőni kezdett (9. ábra).

9. ábra. Kezelésben részesült droghasználó beteg (elsőként, illetve az összes). Meg kell jegyeznünk, hogy a betegszámban megfigyelt ingadozások az adatgyűjtésben bekövetkezett változásoknak is – részben – tulajdoníthatók!

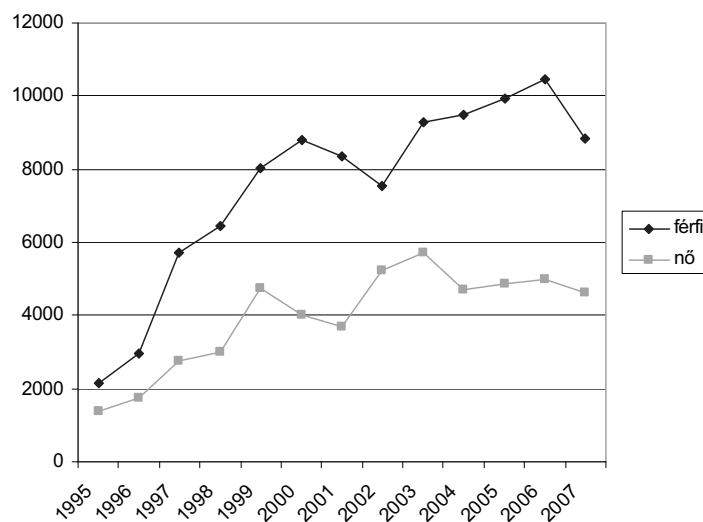




Az új (elsőként kezelésbe kerülő) betegekre nézve is érvényesek az előző megállapítások: azzal a kiegészítéssel, hogy 1999-2000-ben jelentős csökkenés következett be, amit lassú emelkedés, majd 2002-2003-ban nagyobb emelkedés váltott fel, majd megjelent a „lépcsőzetes növekedési” mintázat. Szembetűnő a 2000 körül tapasztalható csökkenés: ez feltehetően kapcsolatban van a törvényi szabályozással (az elterelést csak függők vehették igénybe), majd a törvényi szabályozás ismételt változása a kezelték számának növekedését eredményezte (2003-tól). Egyértelmű következtetéseket nehéz levonni, mert 2000-ben az „új” (elsőként kezelt) beteg fogalma is változott; továbbá az első kezelés továbbra is önbevalláson alapult, ami okozhatja az adatok szóródást („lépcsőzetességét”).

A nyugtató- és altatószerek kivételével minden kategóriában magasabb a férfiak, mint a nők aránya (10. ábra). 2006-ban a kannabisz esetében volt a legnagyobb a különbség (88:12 a férfiak javára), opiátoknál 75:25, amfetaminoknál 69:31, nyugtatóknál pedig a tendencia megfordult: 65:35 a nők javára. Férfiaknál a 20–24 éves korosztály vezet, 2005-ig nőknél is ez a korosztály adta a legmagasabb értéket, azonban 2006-ban, ha kismértékben is, de a 25–29 éves korcsoportba tartozók voltak többségben – ez a nyugtató- és altatóhasználat magyarázható. 2006-ban nőknél a 15-19 évesek aránya közel megegyezett a 20–24 éves korosztállyal.

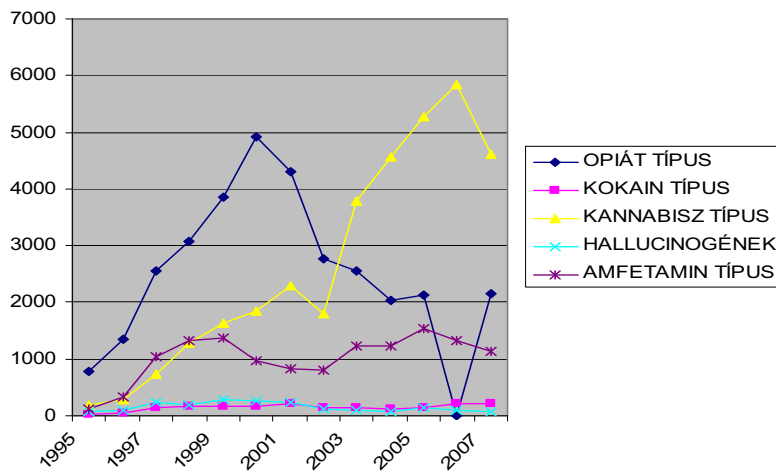
10. ábra. A kezelésben részesültek nem szerinti eloszlása. Jól látszik a férfiak magasabb aránya!



Az opiáthasználat miatti kezelések száma 2000-ig folyamatosan nőtt, majd innentől kezdve egy erőteljes csökkenés következett be, ami 2004-ig tartott (11. ábra). Ek-

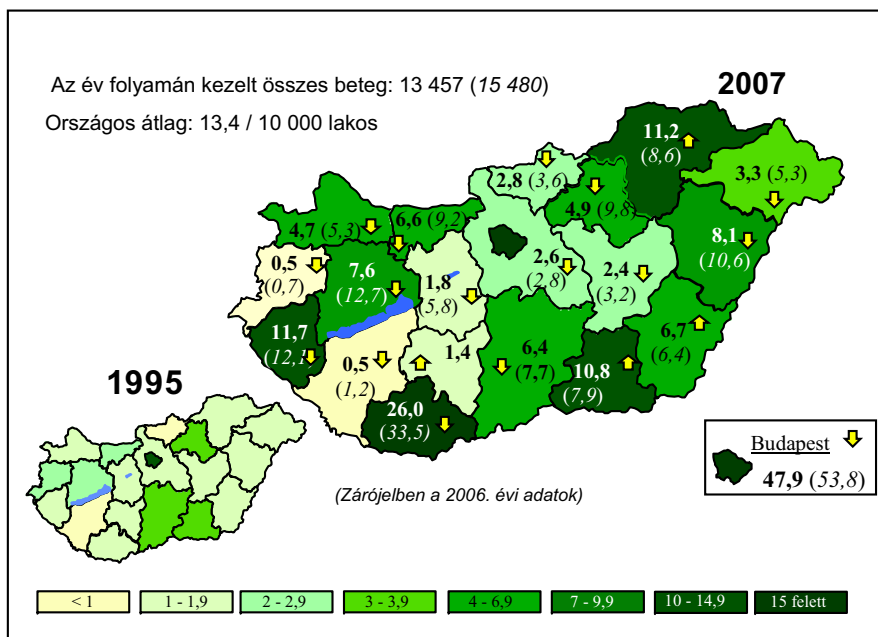
kortól egy enyhe növekedés tapasztalható (2004 és 2006 között: 15% növekedés), majd 2007-re egy újabb csökkenés figyelhető meg (7,4%-os csökkenés az előző évhez képest). A kannabiszhasználat is növekedett (bár 2001-2002-ben csökkenés volt megfigyelhető), 2003-tól ez a leggyakrabban használt szer a kezelésbe kerülők körében (2006-ban: 38%). 2007-ben a kannabiszhasználók száma csökkent (az előző évhez képest 21%-kal). A kannabiszhasználat 2005-2006-ban 11%-kal nőtt. A legmagasabb növekedési ütem – ugyan alacsony fogyasztó-számokkal – a kokainhasználóknál következett be: 2005: 138 fő, 2006: 204 fő, a növekedés 48%. A kokainhasználók száma, bár alacsony, a növekedés tendenciája viszont igen magas! Az elmúlt 5 évben számuk megduplázódott (131 főről 218 főre)! A kannabiszhasználat a férfiakra jellemző. Az injekciós droghasználat 2002 óta lassan csökken, 2006-ban a szer adminisztrálásának 10%-ban volt ez a módja.

11. ábra. A használt kábítószer fajtája szerinti megoszlás. Elsősorban a heroin- (csökkenő) és a kannabiszhasználat (2007-ig növekvő) tendenciája a szembeszökő!

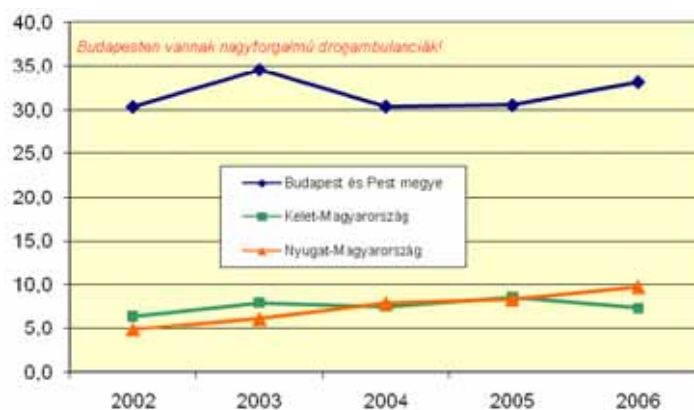


A drogbetegek ellátása területileg továbbra is kiegyenlített (1. térkép és 12. ábra).

1. térkép. A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók területi megoszlása 2007-ben. A területi aránytalanságok jól láthatók az ábrán. Az 1/10000 lakosra jutó számok feltehetően arra utalnak, hogy itt a kezeléshez való hozzáférés a rossz, és nem arra, hogy ezeken a területeken kevesebb droghasználó él.

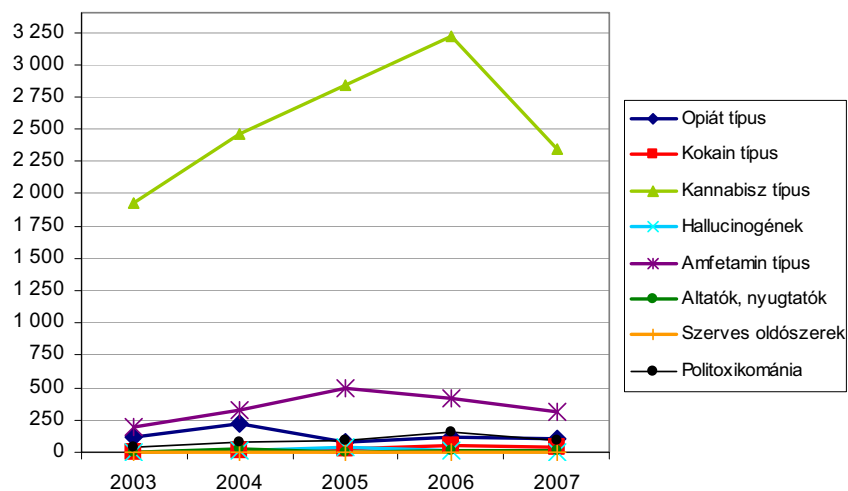


12. ábra. 10 ezer lakosra jutó kezelt drogfogyasztó területenként 2002–2006-ban. Budapest messze felülreprezentált a kezelt droghasználók számát és arányát illetően!



A szertípusok szerinti megoszlások alakulására magyarázatot kapunk, ha a büntetőeljárás alternatívájaként („büntetés helyett kezelés”, közkeletű szóhasználat: elterelés) indult kezelési eseteket vizsgáljuk meg (13. ábra). Körülbep 1999–2000 között a kannabiszhasználat csökkent, majd enyhe emelkedés (2000–2002) után meredek emelkedés figyelhető meg; így vált a kannabisz a leggyakrabban használt droggá 2003 után a büntetés helyett kezelték között, és mint láttuk, általában a kezelésre jelentkezték között is. A heroinhasználat 2000–2001 után csökkenni kezdett, majd 2004-ben kisebb emelkedést mutatott, utána pedig 2005–2006 között kismértékben emelkedett, majd 2007-ben ismét csökkent: a trendet pontosabban a 2008., 2009. évi adatok ismeretében lehet majd megállapítani. A büntetés helyett kezelésben részesülők száma 1999 után csökkent 2001–2002-ig, majd 2003-ban hirtelen 206%-kal megugrott, és azóta is folyamatosan emelkedik, bár kisebb mértékben. 2002 óta a kezelt betegek között folyamatosan nőtt a büntetés helyett kezelték száma, akik – mint láttuk – elsősorban kannabiszhasználok. 2007-ben 1185 nem eltereltet jelentettek a szolgáltatók, eltereltet (függetlenül az elterelés típusától, azaz függőséget gyógyító kezelés, más ellátás, ill. megelőző-felvilágosító szolgáltatás) pedig 2958 esetet (tehát 2,5-szer annyi az elterelt, mint az egyéb módon a segítőrendszerbe került).

13. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma szertípusok szerint 2003–2007 (fő)  
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés



Ezek között a kliensek között a férfi–női arány 89:11, az arány a kannabisz-használóknál megfigyelhető arányra hasonlít (ami nem véletlen, tekintettel arra, hogy ilyen fogyasztók kerülnek a büntető-igazságszolgáltatás rendszerébe). Az európai, szórványos adatokkal való összehasonlítás szerint a büntetés helyett kezelésbe kerülők aránya Magyarországon magas.

Ezt kiegészíthetjük még 2006-os amerikai adatokkal: a kezelésre felvett kábító-szer-használók 38%-a érkezett a büntető-igazságszolgáltatásból (ebben benne vannak az alkoholhasználat miatt ilyen módon kezelésbe vettek, illetve az ittas, vagy drog hatása alatt álló autóvezetők is): marihuána-, illetve PCP-használók esetében ez 58-58% volt, metamfetaminhasználóknál 55% került ily módon kezelésbe. 2005-ben a serdülők 50%-a került be ezen az úton; ez az arány a marihuánahasználó serdülők esetében 1995–2005 között 26%-kal nőtt (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008). Magyarországon a büntetés helyett kezelésbe kerülők aránya a kezelésbe kerülők között még az amerikai adatokat is meghaladják!

Néhány szempontot azonban ki kell emelnünk, ami az előzőekben tett kijelentéseket árnyalják:

- A nem egészségügyi szolgáltatónál végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatást nem kezelés (ide értendő az egyébként egészségügyi szolgáltató által végzett program is, amennyiben megfelel a szakmai követelményeknek, azaz munkaidőn túl történik, erre a célra kialakított szakmai tartalommal). Nehéz, szinte lehetetlen leválogatni az eseteket, de világossá kell tenni az adtok korlátait.
- Az elterelés megjelenése pl. az OSAP-rendszerben korábban említésre került, azaz az állapotfelmérés nem kezelés, ez szintén erősen zavarja az adatok értelmezhetőségét.
- A nemzetközi összehasonlítások mindig bizonytalanságot rejtenek magukban, az eltérő intézményi rendszerek és az eltérő adatok miatt; azonban úgy látjuk, egy „durva” összehasonlítás mégis a „büntetés helyett kezelés” magyar alkalmazásának kiterjedtségére utal.

A TDI adatok pontosabb helyzetértékelést is lehetővé tesznek a közeljövőben – amire az OSAP-adatok nem alkalmasak. Egy budapesti drogambulancia (Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia) betegforgalmát, valamint a kezelésre jelentkezők „Addikció Súlyossági Indexét” (ASI) vizsgálva Rác és mtsai (2008) azt találták, hogy a büntetés helyett kezelés elv érvényesülése döntően befolyásolta az ambulancián jelentkezők számát és a jelentkezők ASI „problémaindexeit” (pontosabban skálaösszegeit). 2001–2005 között a kezelésre jelentkező esetek (n = 628) között a büntetés helyett kezelésre „küldött” esetek száma 24%-ról 72,6%-ra nőtt. Egy klaszterelemzés szerint az ambulancián jelentkezők fele nem rendelkezik kezelést igénylő problémával. A büntetés helyett kezelés a probléma-

mentes droghasználókat (általában alkalmi kannabiszhasználók<sup>2</sup>) éri el; ez a jogintézmény nem alkalmas arra, hogy súlyos állapotú droghasználókat elérjen, és azokat a kezelés irányába motiválja (bár az intézmény jogi tartalma nem ezt a célt tűzte ki, addiktológiai szakmai megfontolásból *lehetne* ilyen célja). A jogintézmény alkalmazása sem segíti elő a kliensek kezelésre történő motiválását: a gyakorlatban a büntetőeljárás alá vont személy nem választ büntetés *vagy* kezelés között (ami a motiváció szempontjából fontos lenne, lásd pl. Stevens és mtsai, 2003), hanem „automatikusan” irányítják a kezelésbe. Nem állíthatjuk, hogy a problémamentes kliensek kiszorítják a kezelőhelyekről a problémával rendelkező droghasználókat, hiszen a vizsgált drogambulancia is csak az állapotfelmérést végzi el, majd felvilágosító-megelőző szolgáltatást nyújtó szervezetekhez irányítja a problémamentes vagy csekély problémájú, kezelést nem igénylő eseteket. A felvilágosító-megelőző szolgáltatók – ilyen szolgáltatások végzésére valóságos iparág jött létre – eleve egy rossz paradigma mentén foglalkoznak klienseikkel ugyanolyan időkeretben, mint ahogy a függő droghasználókkal kellene (kéthetente két óra, fél éven keresztül).

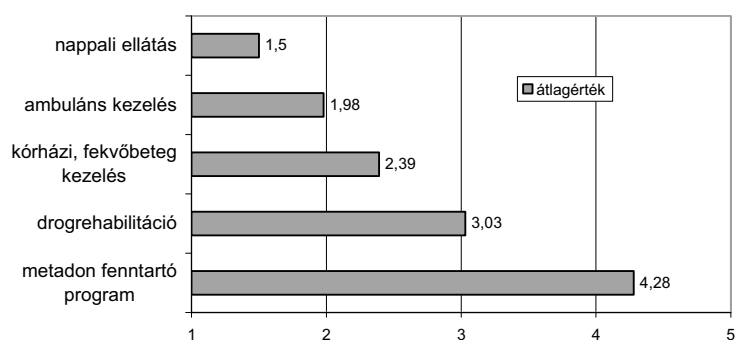
Tehát a kezelőrendszerben megjelenő kliensek száma és összetétele, problémáik súlyossága alapvetően a büntető törvénykönyv és a büntető-igazságszolgáltatás aktivitása által meghatározott. Ehhez alkalmazkodik az ellátórendszer (terápiás és prevenciószolgáltatók), és nem a droghasználat mintázataiban bekövetkező változásokhoz vagy a kezelőrendszeren kívül rekedt droghasználók eléréséhez. A kezelőrendszer a BTK-ra és a rendőri intézkedésekre rugalmas, azok felé nyitott, nem pedig a droghasználó populációk kezelési igényeire (ha módosul a BTK vagy ha csökken a rendőri aktivitás, jelentősen változik a büntetés helyett kezelésben résztvevők fogyasztás, illetve annak súlyossága szerinti összetétele és száma).

Elekes és Nyírády (2007) problémás droghasználók becslése kapcsán tapasztalták, hogy a problémás droghasználók – akik számát országosan 19 333–29 075 főre teszik – 6%-a kerül kapcsolatba az egészségüggyel. A problémás droghasználók száma – EU-s összehasonlításban nem túl nagy, az egészségüggyel való kapcsolatbakerülésük aránya viszont kicsi. Elekes és Nyírády (2006) becslései szerint a budapesti opiáthasználók száma 2005-ben 2000–2500 fő között mozgott. Ebből az egészségügyi adatbázisokban 576 fő szerepelt (23-30%). Ezeket a szerhasználókat a metadon-helyettesítő kezeléssel sikerült elérni: 2005-ben Budapesten 575 szerhasználó volt helyettesítő kezelésben. Az adatsor ugyanakkor arra is utal, hogy az opiáthasználók számára más ellátások kevésbé hozzáférhetők.

Ide idézhetjük a kezelésen kívüli problémás droghasználókkal készített vizsgálat (Márványkői, Melles és Rácz, 2006) egyik megállapítását, a leginkább „elérhetetlen” szolgáltatásokról (1: könnyen elérhető, 5: nehezen elérhető):

<sup>2</sup> Az alkalmi kannabiszhasználóknak is lehetne valamilyen problémája az élete valamely területén, amit az ASI mérni tudna; de ilyen ezekben az esetekben nincs.

14. ábra. Az egyes kezelőhelyekre való bejutás nehézségének megítélése. Az 1-es érték jelentette, hogy könnyűnek, míg a 6-os érték azt jelentette, hogy a megkérdezett, kezelésen kívüli injekciós szerhasználók hogyan érzékelik az egyes terápiás típusokba való bejutások nehézségét. Látható, hogy a legnehezebbnek a metadonfenntartó kezelésbe történő bejutást ítélték meg.



A szerzők a vizsgálatból azt a következtetést vonják le, hogy a legnehezebb a metadonhelyettesítő programba bejutni; tehát ez az ártalomcsökkentő kezelés nem elérhető, azt pedig végképpen nem állítható, hogy könnyen elérhető volna a problémás opiáthasználóknak. Az ártalomcsökkentés egyik fontos eleme pedig éppen a könnyű elérhetőség lenne.

#### A SZUBSZTITÚCIÓS KEZELÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Noha elvileg a metadonhelyettesítő kezelés 1995-ben kezdődött el Magyarországon, a tényleges indulás 2003-ban volt, a térség országai között a legkésőbb. Egy gyors felfutás után a betegszám nem növekszik; a finanszírozott rendszer elérte kapacitása határait. 2007-ben elkezdődött a Suboxone-helyettesítő kezelés, ami alternatívát jelent a metadon mellett, több, a metadonnál előnyösebb tulajdonsággal. Ezek az előnyös farmakológiai és pszichiátriai tulajdonságai teszik lehetővé (a magyar felfogás szerint<sup>3</sup>), hogy büntetésvégrehajtó intézményekben is lehetséges legyen ez a kezeléstípus. A tanulmány írása idején azonban a Suboxone-helyettesítő kezelés még nem kezdődött el a bv. intézményeiben.

<sup>3</sup> A büntetés-végrehajtás szakemberei szerint a metadon nem tárolható biztonsággal az egyes bv. egységek egészségügyi részlegein, ezért nem engedélyezik használatát, csak az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben (IMEI), ahol viszont még nem találtak olyan esettel, hogy alkalmazni kellett volna...

5. táblázat. Metadonhelyettesítő kezelésben résztvevők

	Budapest	vidék	összesen
2003	249 (éves átlag)	0	249
2004	n.a	n.a	377 (éves átlag)*
2005	575	191	766
2006	672	181	853

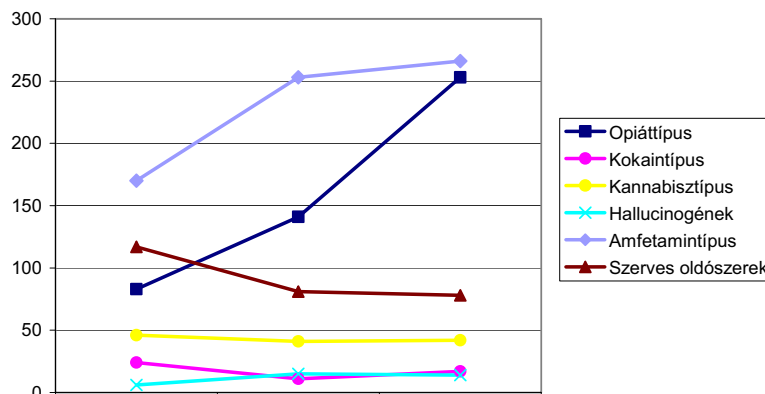
\*: 80% budapesti

2003 és 2006 között 343%-ra nőtt a szubsztitúcióban résztvevő kliensek száma.

#### SÜRGŐSSÉGI ESETEK ELLÁTÁSA

2004 óta az opiátok okozta sürgősségi esetek száma jelentősen nőtt a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán (kb. háromszoros növekedés) (15. ábra). Szintén nőtt az amfetaminhasználattal összefüggésbe hozható esetek száma. A túladagolással összefüggő esetek egészségügyi ellátása országosan megfelelőnek tekinthető; és már az OMSZ sem jelenti a rendőrségnek az ilyen eseteket. Ugyanakkor nem ismert pl. a kokainhasználattal összefüggésbe hozható kardiovaszkuláris vagy agyi események előfordulása, vagy egyáltalán, még maga a hazai megjelenés sem.

15. ábra. 2004 és 2006 között a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drogmérgezés miatt kezelték száma. A pszichofarmakológiai hatásoknak is betudhatóan, az opiátok és az amfetamin szerek használói kerülnek be túladagolással ebbe az intézménybe, amely Budapest területén az összes kábítószer-túladagolt esetet fogadja.





## A DROGHASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Noha a statisztika „importált” HIV-fertőzött esetekről tud, más vizsgálatok találtak HIV-fertőzötteket injekciós droghasználók között (egyét gyorseszettel és konfirmációval, hármát önbevallás alapján 197 injekciós droghasználó között, Rác, Ujhelyi és Fehér, 2002). Az adatgyűjtés bizonytalanságai miatt – egy-egy pozitív esetenél nem derült ki, hogy az adott személy injekciós droghasználó vagy sem, illetve csak szinte „véletlenszerűen” derült ki – 2006-tól az Országos Epidemiológiai központ bevezette a surveillance-jellegű adatgyűjtést, országos lefedettséget jelentő mintákkal. A HIV-, HCV- és HBV-fertőzött esetek száma nemzetközi összehasonlításban alacsony. Az igazi összehasonlítást a későbbi években történő adatgyűjtés teszi majd lehetővé!

6. táblázat. A vizsgált intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége korcsoportok szerint. A hepatitisz C = (HCV) fertőzöttek arányára hívjuk fel a figyelmet elsősorban!

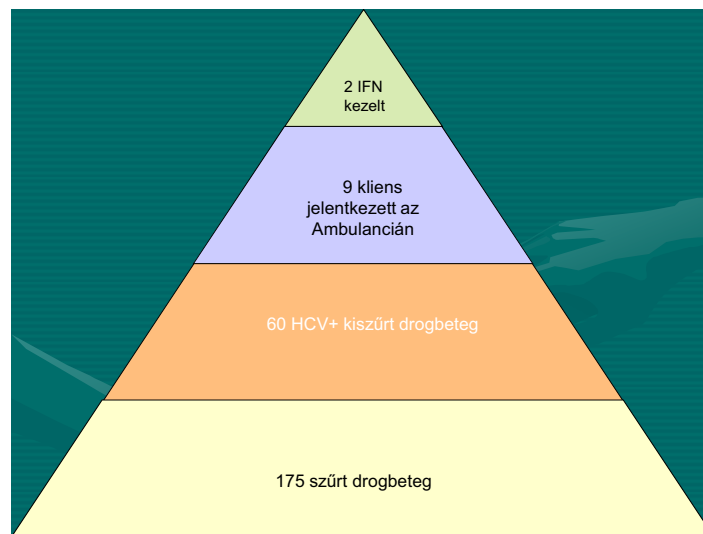
Korcsoport		HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
		száma	közül pozitív	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
					szám	%		szám	%
< 25 év	férfi	27	0	27	0	0,0	27	9	33,3
	nő	18	0	18	0	0,0	18	4	22,2
25-34 év	férfi	142	0	142	1	0,7	137	35	25,5
	nő	32	0	32	1	3,1	30	5	16,7
> 34 év	férfi	64	0	64	1	1,6	60	19	31,7
	nő	17	0	17	2	5,9	15	11	73,3
Összesen	férfi	233	0	233	2	0,9	224	63	28,1
	nő	67	0	67	2	3,0	63	20	31,7
Ffi+nő		300	0	300	4	1,3	287	83	28,9

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2007a)

2006-ban – az újonnan bevezetett módszerrel, újbegyenes szűréssel – végzett vizsgálat szerint a HIV-fertőzöttség 0%, a hepatitisz B-fertőzöttség 1,3% (HBsAg antigén jelenléte), a hepatitisz-C-fertőzöttség 29,9% (6. táblázat). Az ebben a vizsgálatban szűrt fertőzötteknek csak egy töredéke (1%) jelent meg HCV-kezelésen (Gazdag és Szabó, 2007; mint láttuk, általában a szűrt, fertőzött injekciós droghasználóknak csak néhány százaléka jut kezelésbe) (16. ábra). Vélhetően komplex okok játszanak

szerepet ebben az alacsony arányban: a szűrt kliensek, egyáltalán az injekciós használók felvilágosításától, a velük kapcsolatos megkereső munka összetevőitől kezdve a kliensek gondozásáig.

16. ábra. HCV-szűrt drogbetegek közül a HCV-kezelésbe kerültek arányát mutató ábra (Gazdag és Szabó, 2007). Látható, hogy a szűrt eseteknek csak töredéke kerül a megfelelő ellátásba: ennek okaira a szövegben részletesebben kitérünk.

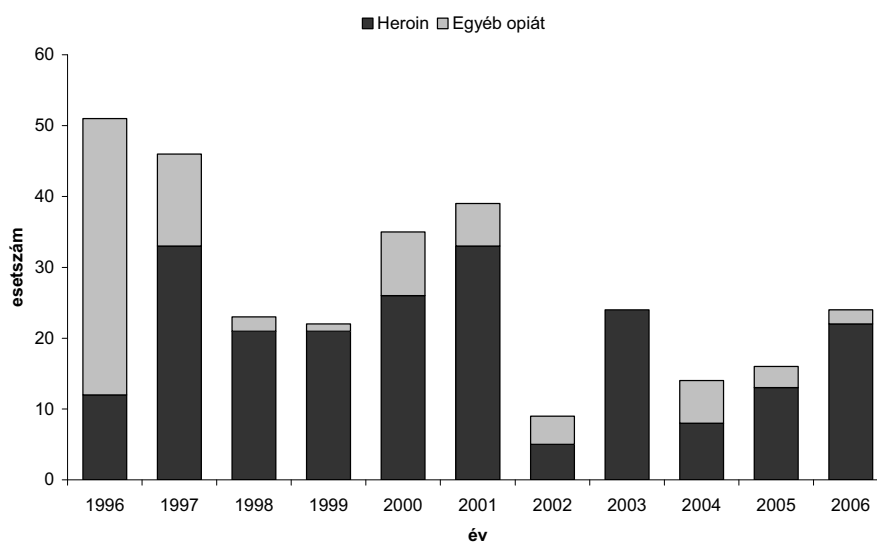


#### KÁBÍTÓSZERHASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ KÖZVETLEN ÉS KÖZVETETT HALÁLOZÁS

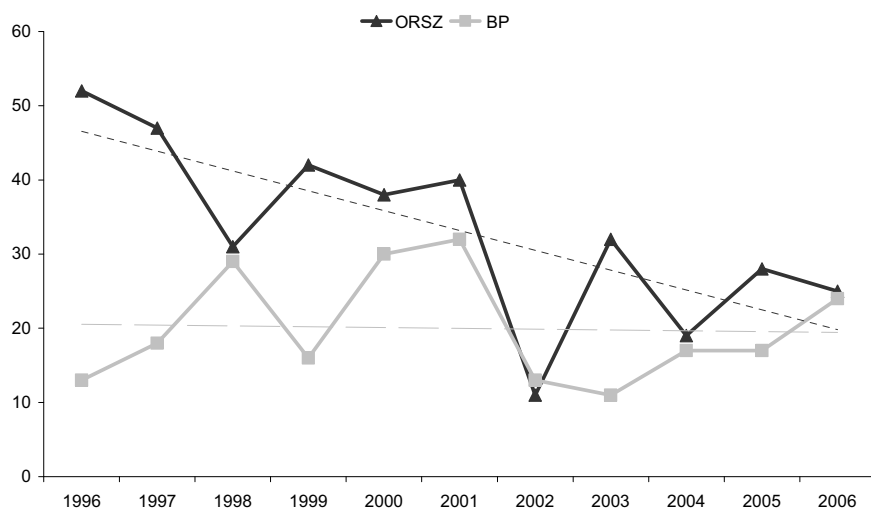
A kábítószer-használattal összefüggő közvetett halálozás megfelel az EMCDDA kulcsindikátorának. A mutatót az adatgyűjtésben bekövetkező változások, az adatszolgáltatás módjában bekövetkező változások miatt is fenntartásokkal kell kezelni, a szakértők szerint 2004-től lehet azt állítani, hogy megbízható adatokkal rendelkezünk a közvetlen halálozás tekintetében (Horváth, Dunay és Keller, 2007), de igazán pontos adatokkal csak 2008. után fogunk rendelkezni, az internetes adatbázis kiépítése következtében.

A közvetlen halálozás elsősorban az opiát-, azon belül a herointúladagolással függött össze Magyarországon, és 2006-ban az esetek 96%-át adó Budapesten (17. és 18. ábra).

17. ábra. Heroin és egyéb opiátok okozta halálozás 1996–2006 között Magyarországon (Horváth, Dunay és Keller, 2007)



18. ábra. Kábítószer-használattal összefüggő halálozás Magyarországon (ORSZ) és Budapesten (BP) 1996 és 2006 között (Horváth, Dunay és Keller, 2007). A halálozás csökkenő tendenciát mutat.



A szaggatott vonalak a trendvonalakat jelzik. A százalékos értékek jelzik, hogy az országos halálozás milyen hányadát képviselte a fővárosi kábítószeres halálozás az adott évben (Horváth, Dunay és Keller, 2007).

A halálozási mutató 2003-ig csökkent, majd – különösen Budapesten – újra, kismértékben emelkedni kezdett. Az emelkedés összefügghet az – újra – növekvő heroinhasználattal.

Az indirekt halálozási arányok alacsonyok – azonban az adatokat fenntartásokkal kell kezelni, hiszen a boncolás nem mindig jár együtt kábítószerre történő toxikológiai vizsgálatkéréssel (7. táblázat).

7. táblázat. Indirekt kábítószer-használattal összefüggő halálozás Budapesten 1996–2006 között (Horváth, Dunay és Keller, 2007)

Indirekt kábítószeres halálozás	Esetszám	Férfi/Nő	Életkor átlag és határok	Halálok
Erőszakos halál	48	42/6	26,9 év (18–52)	Öngyilkosság: akasztott (4) érfelmetszett (3) gyógyszermérgezés (9) lövés (2) magasból esett (4) heroin túladagolás (6) vonatgázolt (2) Baleset: alkoholmérgezés (4) áramütött (1) CO-mérgezés (1) gázolás (1) gyógyszermérgezés (2) kihülés (1) magasból esett (1) vízbefulladás (1) vonatgázolt (2) Életellenes bűncselekmény (3)
Természetes halál	25	22/3	27,5 év (16–55)	Hirtelen szívhalál: 11 Hirtelen szívhalál + pozitív vegyvizsgálat: 11 Egyéb: 3

A KEZELÉSBEN RÉSZTVEVŐK ÉS A KEZELŐRENDSZER ÉRTÉKELÉSE  
A NEMZETI STRATÉGIA SZEMPONTJAI ALAPJÁN

A Nemzeti stratégia harmadik „pillére” a kezelés, ellátás (egészségügyi és szociális ellátások). A Stratégia hosszú és rövid távú célokat fogalmazott meg; most ezeknek a céloknak az elérését próbáljuk felvázolni a rendelkezésre álló adatokból (a célokat némileg összevontan, csoportosítva ismertetjük).

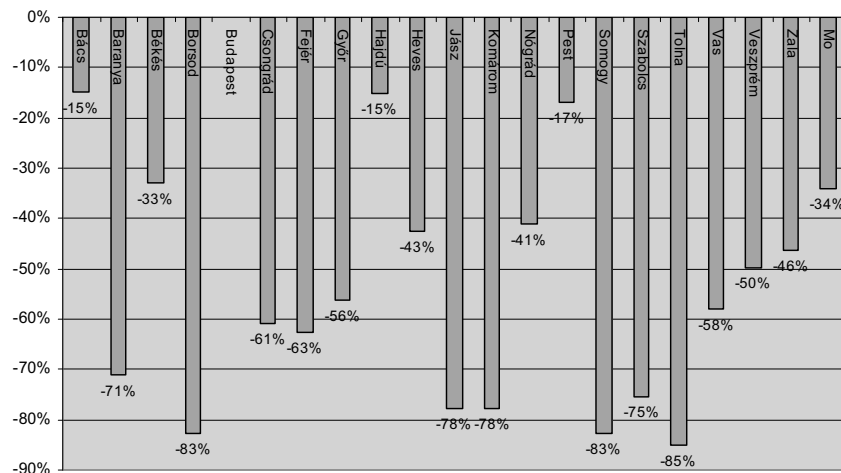
*Az ellátó kapacitások fejlesztése*

*Egészségügyi ellátás.* 2000-hez viszonyítva (12 789 kezelt) 2006-ra 1,2-szeresére (120%) nőtt az egészségügyi ellátásban részesülők száma (15 480 fő). Feltehetően a 2007. évi kapacitáscsökkentés is szerepet játszott abban, hogy a 2006. évi csúcshoz képest 2007-re az összes kezelt drogbeteg száma az előző év 85%-ra, az új betegek száma az előző évi 92%-ra csökkent. Feltehető, hogy a drogbetegek ellátása – a kapacitáscsökkenés mellett az drogbetegségek alacsony finanszírozása miatt is – a szociális szférába tevődik át. Ezt elősegíti e szféra fejlődése (közösségi szenvedélybeteg-ellátás, alacsonyküszöbű ellátások). Ugyanakkor a magas szintű gyógyítást, a komorbid pszichiátriai zavarokban szenvedő drogfüggők gyógyítását a szociális szolgáltatók önmagukban nem képesek elvégezni. A kezelésbe került droghasználók között 2003. óta a kannabiszhasználat vezet (a BTK változása és a rendőri intézkedések nyomán): a kannabiszhasználók egy jelentős részének – szövődményes állapotok, társuló pszichiátriai problémák nélkül – ugyanakkor nem az egészségügyi ellátásban lenne a helye (ahogy egy drogambulancia adatai alapján is ez jól látható: Rácz és mtsai, 2008).

Most, 2008 tavaszán, a pszichiátriai ellátások, ezen belül az addiktológia, illetve még tovább, a drogbeteg-ellátás területén kaotikus helyzetet látunk, kapacitáscsökkenéssel és forráskivonással. A továbbiakban a bezárásra ítélt – ezt is lehet üzenetértékű gesztusként kezelni – Országos Addiktológiai Intézet helyzetértékelését mutatjuk be. Az ellátások az addiktológiai járóbeteg-ellátás egészére vonatkoznak, azaz az alkohol- és drogbetegellátásra (az egyéb szenvedélybetegek aránya nem jelentős).

A 19. ábra grafikonján Budapest és Pest megye addiktológiai (heti rendelési idők) kapacitásai összevontan láthatók. Budapesten jelenős többletkapacitás, Pest megyében jelentős hiány mutatkozik. Az eltérést a 11/2002 EüM-rendelet alapján számolták: 8,3 óra/hét/10 000 lakos.

19. ábra. Hiányzó addiktológiai óraszámok (hét) 10 000 fő bontásban, 2007-ben a 11/2002. EüM rendelet alapján



8. táblázat. Az addiktológiai járóbeteg-ellátás teljesítmény- és finanszírozási jellemzői 2006–2007-ben (2006: 100%). 2007-ben jelentősen csökkent a járóbeteg-ellátók teljesítménye (betegforgalma) és bevétele

2007/2006	Szakorvosi óraszám	Nem szakorvosi óraszám	Ellátott esetek	Beavatkozások	Pontszám	Fix díj változása	Teljesítmény utáni bevétel	Összes bevétel
Gondozók	100%	102%	85%	83%	78%	50%	80%	58%
Szakrendelők	99%	100%	77%	84%	83%		88%	88%
Gondozók – szakrendelők	100%	102%	83%	83%	80%	50%	83%	62%

Az OEP adatai szerint az addiktológiai járóbeteg-ellátás 2005–2007 közötti átlagos havi díja a gondozói munka tekintetében csökkent, míg a szakrendelői munkáé nőtt. Ha az esetszámokat tekintjük, az „addiktológiai” esetek (feltehetően alkoholológiai esetek) száma 2007-ben 1,2-szer volt több, mint a drogbetegellátás esetei – a gondozás terén – és 3,2-szer több a szakrendelői ellátás terültén. Feltehető, ugyanakkor, hogy az alkoholbetegek–drogbetegek közötti arány nem 1,2–3,2 között van, hanem legalább egy nagyságrenddel magasabb. Az adatokat nehéz értelmezni: az alkoholbetegek kiszorulnak az ellátásból, illetve be sem kerülnek oda, a drogbetegek

9. táblázat. Az OEP által, az addiktológiai járóbeteg-ellátás finanszírozásáról közzétett adatok (2008). A táblázat a 8. táblázathoz képest nem mutatja a járóbeteg-ellátás csökkenését; ezzel is felhívjuk a figyelmet az egyes adatbázisok és adatgyűjtések számainak különféle értelmezhetőségére!

Szakma	2005			2006			2007								
	Eset- szám	I esetre jutó beav.	I esetre jutó pont	Átlagos havi díj eFt	Átl. Havi díj/eset	Eset- szám	I esetre jutó beav.	I esetre jutó pont	Átlagos havi díj eFt	Átl. Havi díj/eset					
043 Alkohológia	169	1,4	857	13	0,08	146	1,5	800	11	0,08	85	2,0	1079	11	0,13
044 Drogbetegellátás	14 059	4,7	3049	3949	0,28	16 110	4,6	2850	4886	0,30	12 330	4,9	3136	4409	0,36
045 Addiktológia	47 875	3,5	1822	9245	0,19	49 826	3,7	1858	9610	0,19	39 911	4,1	2002	8830	0,22
Q43 Alkohológia (G)	15 199	2,0	1175	9485	0,62	16 447	2,0	1175	8696	0,53	13 301	1,9	1015	6004	0,45
Q44 Drogbetegellátás (G)	98 437	1,7	661	15 663	0,16	81 461	1,7	669	13 480	0,17	82 019	1,6	606	10 485	0,13
Q45 Addiktológia (G)	128 444	1,7	929	91 088	0,71	126 009	1,7	946	64 629	0,51	101 344	1,9	945	43 413	0,43
<i>összesen/átlag</i>	304 183	2,1	1 093	289 999	2,2	289 999	2,2	1143	248 990	2,3	248 990	2,3	1115		

(többnyire problémamentes kannabiszhasználók!) pedig „megtöltik” az ambuláns kezelőhelyeket...

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium (PSZK) (2007) véleménye szerint a pszichiátriai/addiktológiai fekvőbeteg-ellátás jelentős csökkenést szenvedett el a korábbi 4,2 aktív ágy/10e lakos mértékről 3,1 aktív ágy/10e lakosra. A járóbeteg-ellátással kapcsolatban a PSZK megállapítja, hogy a 2007-es évi finanszírozás a 2001. évi kb. 36%-a. A finanszírozás átgondolatlanságát és szakmai tartalom nélkülségét jól példázza a HBCS-k területén (fekvőbeteg-ellátás), hogy míg a kannabiszdependencia szorzója 0,72406, addig az opiátdependencia szorzója 0,68314. Az egészségügyi, de a közösségi drogbetegellátást is nehezíti a finanszírozással kapcsolatban annak taj-kártyához (illetve személyes adatokat tartalmazó ellátási szerződéshez) kötése, ezzel az anonimitás megszűnése. A taj-kártyával nem rendelkezők vagy kiesnek a kezeléssel (illetve be sem kerülnek oda), vagy a taj-kártya megszerzése külön ügyintézés igényel. Itt célszerű lenne egy „anonim-keret” biztosítása a szolgáltatóknak (az úgynevezett fix finanszírozási díj egyre csökkenő összege erre nem tűnik elégségesnek). Az átgondolatlan szakmapolitikai döntések is sokat ronthatnak az ellátáson és rossz üzenetet küldenek a szerhasználók felé (pl. a vizitdíj esetében, amit ugyan később visszavontak).

Az addiktológiai fekvőbeteg-ellátást érintő ágyszámcsökkentés mértékét, az addiktológiai és TÁMASZ rendelők bezárásának a terápiás kapacitás csökkenésére vonatkozó hatását ma még nem lehet tisztán látni, de a „terápiás spektrum” megteremtése eléggé illuzórikusnak tűnik ilyen körülmények között. A szolgáltatók túlélését szolgálja a nagy tömegű beteg minél „olcsóbb” (kevésbé intenzív, a tünetekre koncentráció) ellátása, illetve az addiktológiai betegek „kiszorítása” az egészségügyi ellátásokból a szociális ellátásokba. Ezt a „kiszorítást” bizonyos értelemben megkönnyíti a szenvedélybetegekkel foglalkozó szociális szolgáltatások fejlődése: a szenvedélybetegek közösségi ellátása, az alacsonyküszöbű ellátások fejlődése – a hozzájuk kapcsolódó normatívákkal. Az egészségügyben kezelt szenvedélybetegek számának csökkenése mögött olyan kérdések is állhatnak, mint hogy pl. a közösségi ellátásban megjelenő szenvedélybeteget nem utalják be – esetleg még egy kivizsgálás erejéig sem – egészségügyi ellátásba.

Az alapellátásban dolgozókat sem sikerült bevonni a „kezelési láncba”.

### *Szociális ellátások*

A Szociális törvény 2005. évi CLXX. törvényben foglaltak szerinti változtatása (az alacsonyküszöbű szolgáltatások nevesítése a szenvedélybetegek közösségi ellátásán belül) tovább növelte a szociális szolgáltatások szerepét. A közösségi szociális szolgáltatásokban ellátott droghasználók számát nem ismerjük. A Nemzeti Család- és



Szociálpolitikai Intézet keretében elvégzett kutatás (Ladányi és Forrai, 2005) szerint szenvedélybetegek átmeneti otthonában a kábítószerfogyasztók aránya 9%, a nappali ellátó intézményekben 33%, a rehabilitációs intézményekben pedig 25%. Ez mindösszesen 305 főt tett ki. (Megjegyezzük, hogy az EMCDDA „kezelés” definíciója szerint ezek az esetek is „kezelésnek” minősülnek.)

A szociális ellátások fejlesztése a Nemzeti Stratégia hosszú és rövid távú céljai között is megjelent: az egészségügyi szolgáltatásokkal történő együttműködés (a legkevésbé pontosan ennek megvalósulása látszik); megkereső programok, alacsony küszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatások (itt ezek szociális ellátás komponensét hangsúlyozzuk), közösségi programok (AA, NA, felépült drogbetegek támogató csoportjai). Ugyanakkor pl. az „alacsonyküszöbű program” meghatározását és gyakorlatát nehezen értelmezik a szolgáltatók (Márványkövi és Rácz, 2005; Melles, Márványkövi és Rácz, 2007; – a vizsgálat idején a fogalomnak a Szociális törvényben rögzített definíciója még nem volt érvényben); a megkereső és utcai munka tűnik ebből a szempontból a leginkább problematikusnak, mert ezekkel a módszerekkel speciális, társadalmilag kirekesztett, „rejtőzködő” droghasználó csoportokhoz is el lehetne jutni.

#### *A kezelési spektrum*

A Nemzeti Stratégia kezeléssel foglalkozó részének leginkább átfogó és legambiciózusabb célja volt a különböző „szintű”, különböző intenzitású és jellegű szolgáltatások közötti folytonos „kezelési lánc” megteremtése: az alacsonyküszöbű, megkereső, kapcsolatfelvételt célzó programoktól az intenzívebb ellátást nyújtó ambuláns és fekvőbeteg-ellátásig, a terápiás közösségek és hosszúterápiás intézetek, a rehabilitáció beemelésével, utánkövetéssel és monitorozással, bekapcsolva az egészségügyi alapellátást, valamint a szociális szolgáltatókat.

#### *Az (elmaradt) intézményfejlesztés*

2000-ben 16 drogambulancia működött az országban, 2006-ban 21, de ebből 6 Budapesten. A Nemzeti Stratégia célkitűzése (megyéenként egy drogambulancia) nem valósult meg. A drogbetegek legnagyobb részét a drogambulanciák látják el (2002-ben 24%-ukat, 2006-ban 50,3%-ukat). Konzultációs központok nem részesültek, a Semmelweis Egyetemen folyó addiktológiai konzultáns-képzés végzett hallgatói sem az egészségügy, hanem inkább a szociális szolgáltatások terén helyezkednek el (már aki egyáltalán az addiktológiai ellátásban keres munkát); az egészségügyben továbbra sem sikerült a konzultációnak (counselling) teret nyernie. A drogbetegellátásban – is – résztvevő TÁMASZ ambulanciák bezárása jelenleg

folyamatban van. Az addiktológiai járóbeteg-ellátás más formái is kapacitáscsökkentést mutatnak (ahogy az előzőekben ezt bemutattuk).

Pszichiátriai és addiktológiai fekvőbeteg-ellátásban 2006-ban a kezelték 23%-a vett részt, ami lehetséges, hogy a sürgősségi esetek miatt ilyen magas arányú. A fekvőbeteg-ellátás területén utaltunk a pszichiátriai/addiktológiai ágyszám csökkenésére. Kérdés, hogy az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet kiesett kapacitását (fekvő- és járóbeteg-ellátás) hogyan pótolják.

„Papíron” gyermek- és ifjúsági drogbetegellátást járóbeteg-ellátás keretében 2006-ban 36 szolgáltató, fekvőbeteg-ellátásként 10 intézmény biztosított. Nagy kérdés, hogy ezek az intézmények valóban képesek-e gyermek- vagy ifjúsági addiktológiai eseteket kezelni!

A „rehabilitációs” szolgáltatók, drogterápiás intézetek férőhelye (az OEP támogatást kapó férőhelyek) száma 2008-ban 260 volt (a Nemzeti Stratégia hosszú távú céljaként megfogalmazott 500-zal szemben).

*A büntetés-végrehajtásban* is történtek pozitív változások a drogfüggő fogvatartottak kezelése tekintetében, azonban a helyettesítő kezelések hiánya szembeötlő – nemzetközi összehasonlításban is. Nehezen érthető a bv. álláspontja a metadonfenntartó kezelések elutasításával kapcsolatban, amit esetleg a Suboxone-helyettesítő kezelés fel tud oldani. Az ún. drogprevenációs körletek „kezelési spektrumát” célszerű lenne kiszélesíteni, nemcsak az emlegetett szubsztitúciós kezelések, hanem a pszichoterápiás, önsegítő csoportok (NA, AA) felé is. Elvonó-, illetve az elvonást segítő gyógyszeres kezelésre alapvetően nem is a bv. intézményeiben, hanem a rendőrségi fogdáknak (előállítás), illetve az előzetes letartóztatás ideje alatt lenne szükség: ezen a területen orvosilag nem elfogadható, a szakmai protokolloknak nem megfelelő gyógyszeres kezelések történnek.

#### *Az egészségügyi szerkezetátalakítás hatásai a Nemzeti Stratégia céljaira*

Alapvetően az a helyzet, hogy ezek a hatások ma még pontosan nem láthatók. Ami mára láthatóvá vált, hogy a szerkezetátalakítás a Nemzeti Stratégia olyan hosszú távú célkitűzéseit is érintik, mint az egészségügyi szolgáltatások *kapacitásnövekedése, elérhetősége, hatékonysága*, a *komplex biopszichoszociális szemlélet* érvényesülése és a *multidiszciplináris teamek* létrejötte a kezelőhelyeken. Ilyen körülmények között az sem valószínű, hogy a Nemzeti Stratégia 2000-ben rövid távúnak gondolt, de azóta sem megvalósult programelemei működéséhez közelebb kerülünk: pl. *addiktológiai fekvőbeteg részlegek, önálló osztályok, gyermekaddiktológiai ellátás, nappali kórházak, megyéenként kialakítandó, helyettesítő kezelést végző centrumok*, illetve komplex szolgáltatást nyújtó, és nemcsak a nevükben jelzett *drogambulanciák és konzultációs*

*központok* kialakítása, bizonyos *gyógyszerek* 100%-os támogatása, vagy egyáltalán, az indikáció megváltoztatása; vagy a speciális populációk elérése és terápiába vonása, pl. *komorbid pszichiátriai zavarban szenvedők* sajátos igényű kezelése. A területi drogbetegellátás különbségei nem csökkentek számottevően.

#### *A Nemzeti Stratégia megvalósult céljai*

A Nemzeti Stratégia elfogadása idején hiányzó *terápiás protokollok* elkészültek (2008-ban jelentek meg az Egészségügyi Közlönyben: LVIII. évfolyam 3. szám, 2008. február 21.). Elkészültek a szakmai minimumfeltételek is, illetve egy járóbeteg-beavatkozási lista, a beavatkozásokat ténylegesen tükröző pontértékekkel. Ezek azonban a „szakma” javaslatai, a „hivatalos” válasz még nem ismert. Ugyanakkor Addiktológiai Szakmai Kollégium – ami egykor létezett – továbbra sem jött létre.

*Az adatgyűjtésben* megvalósult változások:

- a „Kezelési Igény Indikátor” (TDI) alapú adatgyűjtés (2006-tól): nemcsak összhangban van az EMCDDA adatgyűjtésével, de a későbbiekben lehetővé teszi a kezelésben részesülő droghasználók pontosabb jellemzését, számuk pontosabb meghatározását (a duplikációk figyelembevételével), valamint a betegutak követését;
- a droghasználattal összefüggő halálozási mutató összhangba hozása az EMCDDA kulcsindikátorával (2004-től; drug-related death: DRD);
- a fertőző betegségek (HIV, hepatitisz B, C) surveillance-szerű adatgyűjtése injekciós droghasználói mintákon, országos lefedettséget biztosító minták kialakításával (2006-tól).

*Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság:* a „civil” résztvevők révén a kezelés-ellátás szakmák is képviselthez jutottak.

*Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok:* 2008-ban 85 „aktív” működő fórum, melyek többek között az ellátás-kezelés helyi véleményezésével is foglalkoznak (NDI, 2008).

*Adatvédelem:* a rendelkezésre álló információk szerint az ellátás területén nem fordulnak elő súlyos vagy nagyobb számú adatvédelmi problémák.

*Oktatás, továbbképzés:* az egészségügyi és a szociális szolgáltatásokban dolgozók számára létrejöttek – a kötelező pontszerzés keretei között és azon kívül is – akkreditált (és nemcsak akkreditált) továbbképzések; amik egy részét az illetékes tárca támogatta (Jelentés, 2007).

1999 augusztusa óta létezik ráépített képzésként addiktológus szakképzés.

10. táblázat. Az addiktológus szakorvos és szakpszichológus képesítést megszerzettek száma (EüM, 2008). Látható, hogy az addiktológusi pálya nem vonzó a szakemberek körében!

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Addiktológus szakorvosok	10	5	11	10	6	1	5	3
Klinikai addiktológiai szakpszichológusok	0	9	0	0	4	0	0	0

Az adatokból látszik, hogy aligha az addiktológusképzés fogja a drogbetegek kezelési igényét kielégíteni, még az egészségügyön belül sem.

#### *A fertőző betegségek előfordulása*

A korábbi adatszolgáltatás nem adott pontos képet a droghasználók fertőző betegség érintettségéről (csak akut eseteket jelentettek, nem derült ki értékelhetően, hogy a fertőzött kábítószer-használó vagy sem). A változást az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) 2006. évi vizsgálata hozta, amikor országos lefedettséggel injekciós droghasználó mintákat alakítottak ki (300 fő). E minta – újonnan bevezetett módszerrel, ujjbegyes szűréssel – végzett vizsgálata szerint a HIV-fertőzöttség 0%, a hepatitisz B-fertőzöttség 1,3% (HBsAg antigén jelenléte), a hepatitisz C-fertőzöttség 29,9%. Összességükben, nemzetközi összehasonlításban ezek alacsony arányok. A korábbi anonim és ingyenes HIV-szűréshez hasonlóan 2005-től a hepatitisz C-szűrés is anonimá és ingyenessé vált injekciós droghasználók számára az ÁNTSZ keretei között. A hepatitisz C-fertőzés kezelésével kapcsolatban az érintett orvosok (infektológia, hepatológia) sokszor nem egyértelmű üzeneteket továbbítanak a drogbetegekkel foglalkozó szakemberek felé: drogfüggők, beleértve a fenntartó kezelésben résztvevőket is, kizárása – szakmai protokoll által vagy a gyakorlat által – az interferon kezelésből. Jelenleg az Egyesített Szent László és Szent István Kórházban a fenntartó kezelésben részesülő drogfüggőket is fogadják kezelésre, addiktológiai kontroll mellett. A probléma az, hogy a szűrt droghasználók nem mennek vissza a leletekért, illetve azok közül is csak nagyon kevesen kerülnek HCV-kezelésre (kb. 15% jut el kivizsgálásra, és ennek 37%-a kezelésre, azaz néhány százalék – Gazdag és Szabó, 2007).

#### *Kábítószerhasználattal összefüggő halálozás*

Az OSAP-adatok alapján történő adatokat az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet végzi el 2004 óta. A mutatót az EMCDDA egyik kulcsindikátorával kompatibilissé tették (drug-related death, DRD). A kábítószer-használattal összefüggő

direkt halálozási mutató alakulásában is szerepet játszottak adminisztratív intézkedések; a pontosság és a hitelesség tekintetében nagy áttörést a szakemberek a 2008-tól bevezetendő internetes adatgyűjtőrendszerrel remélnék.

A heroin-túladagolásban meghaltak száma 2004 óta növekszik, az összes illegális szer okozta halálesetekben belül aránya közel megduplázódott (2005: 46%-a, 2006: 88%-a). Heroin-túladagolást 2006-ban csak Budapestről jelentettek. Egyelőre nem ismert, mi áll a növekvő heroin-túladagolásos halálesetek hátterében (Jelentés, 2007).

A halálozási arányok nemzetközi összehasonlításban alacsonyak.

#### ÉRTELMEZÉSEK, KÖVETKEZTETÉSEK

Az Európai Unióhoz viszonyítva Magyarországon magas a *fekvőbeteg-ellátás* aránya droghasználók kezelésében (láttuk azonban, hogy az adatgyűjtés torzulása a túladagoltak ellátásán keresztül éppen ezt az arányt növeli meg). Ez azért is meglepő, mert Magyarországra a marihuánahasználat dominanciája jellemző a kezelésbe kerültek csoportján belül. 2000 óta a – többnyire – injekciós heroinhasználat visszaszorult, bár 2004 óta újra kisebb emelkedés tapasztalható. Ez a csökkenő tendencia megfelel az EU-ban tapasztaltaknak (de nem az újabb emelkedés!). Ez a csökkenés a mortalitási adatokban is megmutatkozik, tekintve, hogy Magyarországon a kábítószer-használattal összefüggő mortalitásban a heroinhasználat vezet. Magyarországon a kannabisz miatti kezelések aránya magasabb, mint az EU átlag; kokain viszont számottevő mértékben nem fordul elő, ugyanakkor aránya meredeken emelkedik (még egyelőre kis esetszám mellett). A fertőző betegségekkel és a mortalitással kapcsolatos adatok szerint a magyar adatok az EU-s átlagoknál kisebbek, azonban a szűrt HCV-eseteknek csak kb. néhány százaléka jut kezelésbe, ami nagyon alacsony arány.

A szolgáltatások terén a legnagyobb különbség az, hogy a magyar rendszerre jellemző az egészségügyi és szociális szolgáltatások szétválasztása. A kezelőrendszerek és -filozófiák különbözősége miatt az ilyen megállapításokkal ugyanakkor óvatosan kell bánnunk.

Véleményünk szerint a két típusú szolgáltatás (az egészségügyi és a szociális) merev szétválasztása komoly problémák forrása lehet a jövőben, ha megjelenik az a tendencia (ami alkoholbetegeknél már látunk), hogy az egészségügyből „kiszorulnak” a súlyosabb droghasználók. E merev szétválasztás miatt nehezen valósulhat meg e két terület együttműködése, a multiprofessionális teamek létrejötte, a bio-pszicho-szociális szemlélet, és az intézményeken átívelő esetgondozó rendszer (persze, ennek a jelenlegi finanszírozási környezet sem kedvez).

Magyarországon az egészségügyi ellátásba kerülők számát és összetételét a BTK,

illetve a rendőrség aktivitása határozza meg. Jelentős számban kerülnek a „büntetés helyett kezelés” elve („elterelés”) miatt kezelésbe droghasználók, akiknek a többsége marihuánahasználó. 2003 óta a marihuána vált dominánssá a kezelésbe kerültek között. Nézetünk szerint ez a magas arány azzal a következménnyel jár, hogy a bekerülők száma és összetétele a BTK-tól, illetve a rendőri aktivitástól függ; a kezelőintézmények ebben az irányban válnak „nyitottá”, nem pedig a droghasználók kezelésre motiválásában vagy megkeresésében, felkutatásában (outreach).

Terápiás eredményességi vizsgálatokból ismert, hogy a terápia eredményessége a terápiában töltött 6–12. hónapban mutatkozik meg, majd 12 hónap után tovább emelkedik (összefoglalóan: McLellan és mtsai, 2000; ugyanakkor a klienseknek csak egy kisebb része marad ilyen sokáig terápiában). Magyarországon nincsenek olyan adatok, melyek a terápiában töltött időt mutatnák, vagy a terápiák eredményességét. A jelenlegi finanszírozási feltételek mellett illúzió a droghasználók ilyen hosszú ideig történő terápiában tartása (bár az amerikai kutatásokban az utánkövetésnél terápiának számították pl. a 12 lépéses programokban történő rendszeres részvételt is).

Magyarországon a kezelésbe került heroinhasználat csökkent, azonban 2004 óta emelkedés figyelhető meg, ami a kábítószer-használattal összefüggő halálozásban és a sürgősségi, toxikológiai esetek számának növekedésében is tükröződik. A problémás droghasználóknak csak 6%-a kerül kezelésbe, ugyanakkor a becsült injekciós opiáthasználóknak Budapesten a 23-29%-a (Elekes és Nyírády, 2006, 2007).

Az *egészségügyi ellátás* jelenlegi állapotát, az egészségügy szerkezetátalakítása miatt nehéz pontosan feltérképezni: az addiktológia mind a fekvőbeteg-, mind pedig a járóbeteg-ellátásban kapacitás- és finanszírozáscsökkenést szenvedett el; azt még nem tudjuk, hogy ez közvetlenül a drogbetegellátást hogyan érintette. Folyamatos az addiktológiai betegek „kiszorítása” az egészségügyi ellátásokból a szociális szolgáltatások felé; szintén nem látjuk, hogy speciálisan a drogbetegeket ez hogyan érinti. A szociális szolgáltatások (különösen a szenvedélybetegek közösségi ellátása, az alacsonyküszöbű ellátás) jelentős fejlődésnek indultak, noha az itt ellátott droghasználók számát jelenleg még nem ismerjük.

A Nemzeti Stratégiában, a „harmadik pillérrel”, az ellátásokkal kapcsolatban megfogalmazott célok szerint a *kezelési spektrum* kiépülése nem valósult meg; az egészségügy terén, noha 20%-kal emelkedett a kezelt droghasználók száma, ezek a használók elsősorban a büntető-igazságszolgáltatás felől érkező, jelentős problémával nem rendelkező droghasználók. A szociális szolgáltatások jelentős minőségi és mennyiségi fejlődése mellett a megkereső, utcai programokat hiányoljuk, melyek révén társadalmilag kirekesztett, „rejtőzködő” droghasználói csoportok is elérhetőkké válnának, kezelésbe, illetve szűrési programokba lehetne bevonni őket. A magyarországi adatok a kábítószer-használattal összefüggő halálozás és a fertőző betegségek előfordulása tekintetében továbbra is alacsonyak, ami komoly eredmény

(noha a térségben sem történt e területeken jelentős romlás). Jelentős változások történtek az adatgyűjtési rendszerekben; remélhetően az adatgyűjtés pontosabb képet mutat az ellátórendszerrel kapcsolatba kerülő droghasználók társadalmi összetételéről, illetve lehetővé válik a betegutak vizsgálata, tervezése, ezt figyelembevevő szakpolitika kialakítása. Fontos lépésnek értékeljük a kábítószer-használat kezelésével kapcsolatos egészségügyi, szakmai protokollok létrejöttét: ezeket szakmai vita előzte meg. Megfogalmazódtak a szakma részéről az ellátás minimumfeltételei és a fenntartható finanszírozásra vonatkozó javaslatok is.

A droghasználók ellátásával kapcsolatos adatok és mutatók alkalmasak arra, hogy a következő Nemzeti Stratégia tervezéséhez felhasználjuk őket, és a tervezés során adatokkal alátámasztható célkitűzéseket fogalmazzunk meg. Jelentős szerepe lesz még a 2007. és a 2008. évi adatoknak, mert néhány, pontosabb adatszolgáltatást lehetővé tevő mutató hatása akkorra „érik be”: akkor még pontosabb és részletesebb adatokkal fogunk rendelkezni az egészségügyi, illetve szociális ellátásba került droghasználókról és a fertőző betegségek alakulásáról.

#### HIVATKOZÁSOK

- Elekes Zs. és Nyírády A. (2006): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése. Nem publikált kutatási beszámoló. Idézi: Jelentés, 2006.
- Elekes Zs. és Nyírády A. (2007): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése fogás-visszafogás módszerrel. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)* 6,2:97–112.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002): Classifications of drug treatment and social reintegration and their availability in EU Member States plus Norway. FINAL REPORT; Lisszabon, Portugália.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2005): Classifications of drug treatment and social reintegration and their availability in EU Member States plus Norway. FINAL REPORT. Rua da Cruz da Santa Apolónia, Lisszabon.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007): State of the drugs problems in the EU and Responses to the drug use in the EU and Statistical bulletin.
- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1308EN.html>
- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1325EN.html>
- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34943EN.html>
- hozzáférés 2008.05.08.
- Gazdag G. és Szabó O. (2007): HCV-fertőzött drogbetegek kezelésével szerzett első tapasztalataink. MAT kongresszus, Siófok, kézirat.
- Horváth M., Dunay Gy., Keller É. (2007): Országos és fővárosi kábítószer-fogyasztással

- összefüggő halálozás Magyarországon 1996–2006 között. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 6,4: 290-301.
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről: 2000., 2001., 2002., 2003., 2004., 2005., 2006., 2007.
- Ladányi E. és Forrai E. (2005): A szenvedélybetegek szociális szakosított ellátása. in: Gyuris T., Ladányi E és Forrai E (szerk.): *A szociális szolgáltatások helyzete Magyarországon 2001–2005*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 437–597.
- McLellan, A.T., et al., 2000. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association* 284(13):1689–1695.
- Márványkövi F., Melles K. és Rác J. (2006): A kezelésbe és tucserébe jutás akadályai problémás droghasználók körében Budapesten. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 5,4:319–342.
- Márványkövi F. és Rác J. (2005): Alacsonyküszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzői Magyarországon, 2004-ben. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 4,4, 431–459.
- Melles K., Márványkövi F. és Rác J. (2007): Low-threshold services for problem drug users in Hungary. *Central European Journal of Public Health*, 15 (2): 84–86.
- Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (2008): A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok helyzete 2008-ban. Háttéranyag az ORSZÁGGYŰLÉS Kábítószerügyi eseti bizottságának 2008. április 16-ai üléséhez. Budapest.
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2007): Az egészségügyi miniszterhez írt levél az új drogstratégia tervezés tárgyában. Kézirat.
- Rác J., Melles K., Márványkövi F. és Lencse M. (2008): A „büntetés helyett kezelés” elvének érvényesülése egy drogambulancia betegeinek vizsgálata alapján. *Orvosi Hetilap*, 149, 13: 601–607.
- Rác J., Ujhelyi E. és Fehér B. (2002): Emberi immunhiányt okozó víruspozitív esetek intravénás droghasználók között. *Orvosi Hetilap*, 143,3:131–133.
- Sárosi P. (2008): Quasi-Coerced Treatment of Drug Users: Experiences from Portugal and Hungary. Kézirat.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Treatment Episode Data Set (TEDS). Highlights – 2006. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services, DASIS Series: S-40, DHHS Publication No. (SMA) 08-4313, Rockville, MD, 2008.
- Stevens A., Berto D., Kersch V., Oeuvray K., van Ooyen M., Steffan E., Heckmann W., Uchtenhagen A. (2003): Summary Literature Review: The international literature on drugs, crime and treatment. European Institute of Social Services, University of Kent, Canterbury, UK.



# ÁRTALOMCSÖKKENTÉS SZÁMOKBAN

TAKÁCS ISTVÁN GÁBOR

## AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS DROGPOLITIKAI IRÁNYZATA

A Nemzetközi Ártalomcsökkentés Társaság definíciója szerint az ártalomcsökkentés azokat a politikákat, programokat és projekteket takarja, amelyek a pszichoaktív szerek használatához kapcsolódó egészségügyi, szociális és gazdasági károk csökkentésére törekednek (IHRA, 2002). Az ártalomcsökkentő megközelítés legfontosabb jellemzői Riley és O'Hare (2000) nyomán az alábbiak.

*Pragmatikus*, vagyis elfogadja, hogy a droghasználat jelen van a társadalomban, s bizonyos szempontból annak normál összetevőjét adja, és a jelenség kezelésében reális, megvalósítható célokat tűz ki maga elé.

*A humanisztikus értékeket* tarja szem előtt, és elfogadja, nem ítéli el morálisan a droghasználó droghasználatra vonatkozó döntését.

*Ártalomközpontúság*. Nem a droghasználatra magára, hanem az ezzel kapcsolatos konkrét ártalmakra, kockázatokra koncentrálnak.

*Inkluzivitás*. Az ártalomcsökkentő megközelítés, célja elérése érdekében befogadja, s nem kizárja a különböző beavatkozási lehetőségeket. Ez annak a belátásán alapul, hogy a különböző esetekben, más és más beavatkozási módok lehetnek hatékonyak ugyanannak a célnak, az ártalmak csökkentésének elérésében. Ezzel összhangban az ártalomcsökkentés nem zárja ki, de nem is várja el az absztinencia elérését.

*Céljai hierarchikusak*, a célokat a célpopuláció, a kliens igényeihez, szükségleteihez, képességeihez és lehetőségeihez rugalmasan kerülnek kialakításra, és időben is változhatnak.

A költségek és hasznok egyensúlyban tartására koncentrálnak.

Az ártalomcsökkentés a pszichoaktív-szer-használat minden formájával kapcsolatosan érvényes drogpolitikai irányzat, leggyakrabban mégis az intravénás kábítószer-használattal kapcsolatos ártalmak csökkentésére irányuló szolgáltatások konkrét formáiban jelenik meg. A legelterjedtebb ilyen szolgáltatások közé soroljuk a tűcsereprogramokat, a helyettesítő–fenntartó kezeléseket, a nappali melegedőket, biztonságos fogyasztói helységeket és a biztonságosabb használatra irányuló tanácsadást. Ezek a programok elsődlegesen az intravénás droghasználók (a továbbiakban IDH-k) között terjedő HIV, HCV és HBV, illetve egyéb vér útján terjedő betegségek megelőzésére koncentrálnak. Ezen felül törekszenek az egyéb, szerhasználattal vagy bizonyos szerhasználói életformákkal kapcsolatban megjelenő betegségek (pl.

TBC, tályogok stb.) megelőzésére, a túladagolások halál megelőzésére és kezelésére, a különböző szociális (mint például munkanélküliség, hajléktalanság, adósságok stb.) és mentális problémák kezelésére, a köztéri droghasználat és az ezzel járó közrend zavarának, és a mindezekkel együttesen járó közkiadások csökkentésére is. Az ártalomcsökkentő módszerek általában az ellátás, kezelési lánc kontinuumán helyezkednek el, szoros kapcsolatban a többi segítő beavatkozással. Az ártalomcsökkentő irányzat mindazonáltal magában foglalja a kábítószer-használattal kapcsolatos politika által okozott ártalmak csökkentését is. Világszerte a megerősödéséhez a HIV-járvány megjelenésén túl az amerikai mintájú, represszív, „zéró tolerancia” típusú, prohibicionista modellel szembeni kritizmus is vezetett. Az ártalomcsökkentés szószólói arra hívják fel a figyelmet, hogy a kábítószer-használók kriminalizációja és ennek az emberek életére, a társadalom működésére vagy akár a gazdaságra való negatív hatása jóval súlyosabb, mint amiket a kábítószerek egyáltalán okoznak. A dekriminalizáció mint ártalomcsökkentés ily módon a represszív drogpolitikák által okozott egyéni és társadalmi károk csökkentése. Hazánkban az ártalomcsökkentés irányzata az intravénás használat területén túl a táncos-zenés szórakozóhelyeken előforduló, többnyire rekreációs droghasználattal kapcsolatos kockázatok minimalizálása irányuló törekvésekben érhető tetten leginkább. Annak ellenére, hogy a legális szerekkel kapcsolatos károk és közkiadások világ- és országos viszonylatban is meghaladják az illegális szerekét, és az ártalomcsökkentésnek legalább akkora szerepe van, illetve lenne a problémák kezelésében, jelen fejezetnek nem feladata, hogy a legális szerekkel (pl. alkohol, nikotin) kapcsolatos hazai közpolitika alakulását vizsgálja.

#### AZ ALACSONYKÜSZÖBŰSÉG ELVE HAZÁNKBAN

Hazánkban gyakran az ártalomcsökkentéssel azonos értelemben használják az alacsony küszöbű kifejezést, de a két fogalom nem minden esetben egyezik meg. Hazánkban, bár alacsony küszöbű, könnyen, magas szintű követelmények nélkül igénybe vehető ártalomcsökkentő szolgáltatások már a kilencvenes évek elejétől működtek, az elv definiálása először a *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma viszszaeszközítésére* című kormányhatározatban történt meg, 2000-ben. A Stratégia definíciója szerint az ilyen szolgáltatások a droghasználókkal szemben – mintegy a kapcsolatfelvétel első fázisában – nem várják el, hogy azonnal abbahagyják a droghasználatot, és a drogmentességet megkövetelő kezelőhelyek szigorú terápiás szerződéseikhez és házirendjéhez alkalmazkodjanak (72. old.). A Stratégia ekkor még a fenntartó szubsztitúciós kezeléseket is az alacsony küszöbű szolgáltatások közé sorolja. A Stratégia szerint az alacsony küszöbű szolgáltatások profilja a megkereső tevékenységre, utcai munkára, motiválásra, konzultációra és a droghasználat okozta

egészségügyi és szociális károk mérséklésére terjed ki (67. old.) (ISM, 2000). Az alacsonyküszöbűség elvének pontosabb definiálására egészen 2006-ig kellett várni, amikor a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoportja megalkotta az „Alacsony küszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális ellátásában” című szakmai irányelvét (NCSSZI, 2006). Az irányelvben az alacsony küszöbű intézmény célcsoportját úgy határozzák meg, mint ahol „a változást igénylő szenvedélybetegek, addiktológiai problémával küzdők, kortársaik, hozzátartozóik, közvetlen szociális környezetük szolgáltatásban részesül.” A definícióban tehát változást igénylő szenvedélybetegekről van szó, ami nem feltétlen fedi le az ártalomcsökkentő szolgáltatások célcsoportját, akik között olyanok is vannak, akik nem szenvedélybetegek, nem függők, és nem igényelnek változást, céljuk csupán a szerhasználat, lehetőleg kisebb ártalommal. A két fogalom céljai ugyanakkor – a célcsoport meghatározási különbségtől eltekintve – megegyezők, amennyiben az alacsony küszöbű szolgáltatás „célja a szenvedélybetegek és közvetlen környezetük minél szélesebb körének elérése, fogadása és ellátása, a szerhasználatnak, valamint járulékos ártalmainak a csökkentése, a változás elindítása és segítése, az életvitelbeli változás ösztönzése” és módszertana is azonos, amennyiben „ingyenes, mentes a bürokráciától, és igénybevétele nem feltétele a szolgáltatást igénybe vevő absztinenciájá”. Az NCSSZI iránymutatása szerint továbbá az ilyen intézmény anonim, önkéntes, ingyenes, életkorhoz, lakóhelyhez nem kötött, nem megtagadható azért mert az igénybevevő szer hatása alatt áll, és kliensközpontú. Az iránymutatás az alacsony küszöbű tevékenységi formák közé sorolja a pszichoszociális intervenciókat, információs, valamint felvilágosító szolgáltatásokat, telefonos, információs vonalak fenntartását, megkereső munkát (pl. táncos-zenés szórakozóhelyeken, magyar környezetben partiszervíz vagy bulisegély), drop-in szolgáltatásokat és tű- és fecskendőcsere-szolgáltatásokat. Ezek a programok túlnyomóan szociális szolgáltatások, működésüket a szociális törvény szabályozta, szabályozza. A klasszikusan ártalomcsökkentő szolgáltatásnak minősülő gyógyszeres fenntartó – helyettesítő – kezelés ugyanakkor egyfelől a mindenkori egészségügyi tárca és egészségbiztosítási rendszer kompetenciájába tartozik (bár bizonyos fejlesztésekre és több esetben fenntartásra is a szociális tárca is ítélt oda támogatást erre a kezelési formára), és mint később látni fogjuk, hazánkban a kapacitás hiánya miatt nehezen igénybe vehető ellátási forma. Levonhatjuk tehát azt a következtetést, hogy Magyarországon az alacsony küszöbű szolgáltatások többnyire (eltekintve attól a kivételtől, amikor nem ártalomcsökkentés szemléletű szervezetnek valamilyen alacsony küszöbűvel igénybe vehető programja is van) ártalomcsökkentés orientációjúak, viszont nem minden ártalomcsökkentő szolgáltatás felel meg az alacsonyküszöbűség minden kritériumának.

Az alacsony küszöbű szolgáltatások – melyeket az előbb felvázoltak alapján joggal nevezhetünk sok esetben ártalomcsökkentő szolgáltatásnak – pontos definíciója csak 2006-ban látott napvilágot, de alacsony küszöbű szolgáltatás címszóval már évekkal

korában is lehetett minisztériumi pályázati pénzt nyerni. Nem biztos ugyanakkor, hogy ezek a szolgáltatások valóban ártalomcsökkentők, illetve alacsony küszöbűek voltak. Márványkövi és Rácz (2005) az alacsonyküszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzőinek vizsgálatakor a *Droginfo* című, kábítószerrel kapcsolatos segítő szolgáltatásokat felsoroló kiadványban több olyan, magát alacsony küszöbűként jellemző szolgáltatást talált, amelyekről ránézésre kiderült, hogy nem azok (pl. absztinencia-orientált bentfekvéses és járóbeteg-kezelést kínáltak). Végül 62, magát alacsonyküszöbűként meghatározó szervezet közül 44-nek küldték ki a kérdőívet (a többiek vagy megszűntek, vagy jelezték, hogy nem tudják magukra nézve értelmezni a kérdőív kérdéseit, ami arra utalt, hogy nem végeztek ilyen tevékenységet), melyből 29 kérdőív érkezett vissza (66%-os visszaküldési arány).

A fogalmak bizonyos fokú keveredése, majd az évek során lassú tisztázódásuk miatt tehát nehéz átfogó képet kapni a tárgyalt, 2000–2008-as időszakban az ártalomcsökkentés fejlődéséről. Tekintettel arra, hogy a leginkább kockázatos magatartást folytató intravénás droghasználó csoportra kialakított tűcsere és gyógyszeres fenntartó programok működéséről vannak a legtöbb és legmegbízhatóbb adataink, ezért dolgozatunkban ezt a két ártalomcsökkentő irányzatot elemezzük részletesebben. Mivel az illegális tudatmódosító szerek használóinak egyik legnagyobb (és az intravénás használókénál jóval nagyobb) csoportját alkotják a táncos-zenés szórakozóhelyeken megforduló, többnyire rekreációs mintázatú droghasználók, ezért a fejezet befejező részében az erre a színtérrre kialakított szolgáltatások adatai kerülnek bemutatásra. Annak érdekében, hogy kritikus szemmel tekinthessük át az ártalomcsökkentés 2000 és 2008 közötti hazai alakulását a számok tükrében, röviden előbb ismertetnünk kell azokat az Európai Unió és magyar dokumentumokat, amelyek a drogpolitikai irányvonalakat erre az időszakra felvázolják.

#### ÁRTALOMCSÖKKENTÉS AZ EURÓPAI UNIÓS ÉS HAZAI STRATÉGIAI DOKUMENTUMOKBAN

Magyarország számára 2004. május 1-i csatlakozása után az Európai Unió drogstratégiája és akciótervei szolgálnak európai szintű drogpolitikai iránymutatásul. A magyar Stratégia keletkezésének idején az EU korábbi stratégiája és akcióterve volt érvényben. Az Európai Unió 2000–2004-es stratégiája, röviden bár, de beszél az ártalomcsökkentésről. A Stratégia 4. alapelve szerint nagyobb hangsúlyt kell kapnia többek között a kábítószer-használat káros következményeinek csökkentésének (5. old.). A Stratégia második fő célkitűzése, hogy öt év alatt jelentősen csökkenjenek a kábítószerrel kapcsolatos egészségügyi károk (HIV, HCV, HBV, TBC etc.) valamint a kábítószerrel kapcsolatos halálozás (Az Európai Unió Tanácsa,

1999). Az EU 2000–2004-es akcióterve bár a magyar Stratégiánál kevésbé részletesen, szintén szól a helyettesítő kezelés hozzáférhetőségének bővítéséről (3.1.2.1 pont) a kezelésbe nem kerülő kábítószer-használók eléréséről az ártalmak csökkentése érdekében (3.1.2.6) a hepatitisz A és B oltások elérhetővé tételéről (3.1.2.7) (Az Európai Unió Tanácsa, 2000). Az Európai Unió 2005–2012-es évekre szóló drogstratégiája a keresletcsökkentés területén prioritásként határozza meg a HIV/AIDS és hepatitisz, az egyéb fertőzések és betegségek, valamint a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi károk megelőzésével és kezelésével foglalkozó szolgáltatások elérhetőségének javítását (11. old.) (Az Európai Unió Tanácsa, 2005a). Hasonlóképpen a Stratégiát gyakorlati teendőkre lefordító, az Európai Unió 2005–2008-ra vonatkozó Akcióterve is, a keresletcsökkentés teendői között egyértelműen hangsúlyozza a kábítószerfüggők számára a hozzáférés javítását a károsodás csökkentésére kidolgozott valamennyi vonatkozó szolgáltatáshoz és kezelési lehetőséghez, kellő tekintettel a nemzeti jogszabályokra (13. old. 15. pont), valamint a HIV/AIDS-re, a hepatitisz C-re, és más vérrel terjedő fertőzésekre és betegségekre vonatkozó átfogó és összehangolt nemzeti és/vagy regionális programok végrehajtásának biztosítását, oly módon, hogy e programokat az általános szociális és egészségügyi szolgáltatásokba kell integrálni (13. old. 16. pont) (Az Európai Unió Tanácsa, 2005b).

Az Európai Tanács 2003. június 18-i ajánlása a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről kifejezetten azt tanácsolja a tagállamoknak, hogy biztosítsanak hozzáférést a droghasználók számára kondomokhoz és steril fecskendőkhöz, és létesítsenek ez utóbbi cseréjére programokat és helyszíneket. Törekedjenek a megfelelő hepatitisz B vakcináció lefedettségre, valamint az egyéb HIV-, HCV-és HBV-megelőzési formák terjesztésére, az érintett populáció szűrésének növelésére és a megfelelő kezelésekre. Az ajánlás javasolja többek között azt is, hogy a drogterápia széles spektrumán a drogmentes terápia mellett a megfelelő pszichoszociális segítséggel és terápiával kapcsolt szubsztitúciós kezelésnek biztosítsanak helyet, valamint a drogok börtöntől való távol tartásának alapvető céljának megőrzése mellett biztosítsák mindazokat a kezelési formákat a droghasználóknak, amelyek a börtönökön kívül elérhetőek. Az ajánlás mindezek kiemeli a prioritizált célok hatékony megvalósítását elősegítő adatgyűjtés és tudományos elemzés kialakítását is. (Az Európai Unió Tanácsa, 2003).

Magyarországon a 2000-ben konszenzussal elfogadott Nemzeti drogstratégia harmadik számú fő célja segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció) (ISM, 2000). A Stratégia e cél megvalósításához kapcsolódó 2009-ig elérni szándékozott hosszú távú célként tűzi ki a droghasználat okozta társadalmi és egészségügyi ártalmak és károk csökkentését (67. old). A Stratégia szerint az ártalomcsökkentő módszerek a HIV- (és hepatitisz-)fertőzésnek kitett intravénás droghasználó cso-

portokban lényegében az egyetlen hatásos és költséghatékony megelőző módszert jelentik. Középtávú célként, vagyis a 2000–2002 költségvetési évek vonatkozásában határozza meg a Stratégia többek között a segítő kapcsolatban résztvevő droghasználók számának növekedését és az intravénás kábítószer-használók között a HIV (AIDS) megjelenésének megelőzését, és a hepatitisz (elsősorban a hepatitisz C) terjedésének csökkentését, valamint a kábítószer-használattal kapcsolatos egészségügyi ártalmak és kockázatok csökkentését (69. old.). Rövid távú célként, mint a közvetlenül a Stratégia elfogadásának idején előttünk álló és a középtávú célokat megvalósítani hivatott feladatokként sorolja fel a Stratégia az alacsony küszöbű szolgáltatások, az ártalomcsökkentő programok (megkereső szolgálatok, telefon-szolgálatok, tanácsadás, jogsegély, tűcsere stb.) jelentős fejlesztését, illetve modellintézmény-hálózat kialakítását (72. old.), valamint azt, hogy ezeket a programokat kezelőhelyek szakmai ellenőrzése alá célszerű rendelni, és mindegyik esetében – a módszer adaptációja mellett – a hazai alkalmazás protokollját kell elkészíteni. A Stratégia a fenntartó kezeléssel kapcsolatban rövid távon régióként minimum egy, középtávon megyénként egy fenntartó kezelési centrum létrehozását és működtetését tartja indokoltnak (72. old.). A Stratégia opiátfogyasztók esetében a szermentességet fenntartó naltrexonkezelés biztosítása mellett a detoxikáláshoz és terápiához szükséges más gyógyszerek törzskönyvezését és OEP általi kiemelt támogatását is rövid távú célként tűzi ki (73. old.).

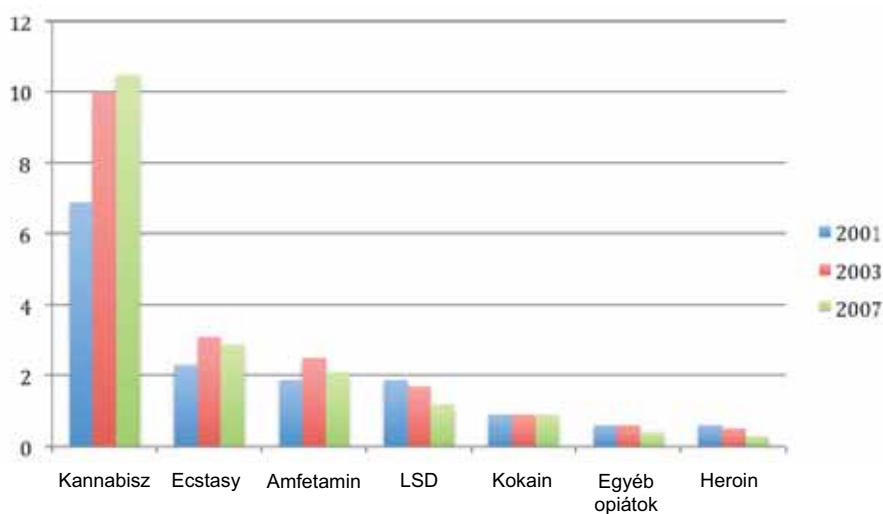
A rekreációs droghasználattal – a táncos-zenés szórakozóhelyek vagy partik világában zajló ártalomcsökkentéssel kapcsolatban a Stratégia legrészletesebben a *közösség és együttműködés* fejlesztésének részeként foglalkozik (38. old.). Hosszú távon a „biztonságos szórakozóhelyek számának növelése” jelenik meg (41. old.), középtávon ehhez a közúti ellenőrzések fokozása mellett a Stratégia célul tűzi ki, hogy a szórakozóhelyre illetve az onnan való hazajutás alkalmával a fiatalok a tömegközlekedés vagy speciális szolgáltatások lehetőségeit vehessék igénybe, ezzel csökkentve a „diszkóbalesetek számát” (43. old.). Rövid távon pedig a „jogsabályi környezet elemzése és szükség szerinti módosítása” (pl. a zenés-táncos szórakozóhelyek engedélyezési eljárásának jogi újrászabályozása, a helyi igazgatási és ellenőrzési hatáskörök gyakorlása), „helyi prevenciós szolgáltatások létesítése” (pl. diszkóbusz), valamint a „helyi ellenőrzési formák megteremtése és ellenőrzése” fogalmazódik meg célkitűzésként (44–45. old.). A Nemzeti Stratégia *kezelési célokkal foglalkozó fejezetében* (64. old.), ha nem is részletesen, de említés szintjén megjelenik a rekreációs szintéren szükséges megkereső tevékenység erősítésének rövid távú célja (71. old.). A legkevésbé kifejtett a kínálatcsökkentési oldal, itt csak általánosságban fogalmazódik meg a „szórakozóhelyek és más drogfertőzött színterek biztonságának” javítása, mint középtávú célkitűzés (84. old.).

2003-ban a Társadalmi Bűnmegelőzés Nemzeti Stratégiája az ágazati együttműködésben megvalósítandó feladatok közé sorolja a kábítószer-politika ártalomcsökkentő módszereinek, eszközeinek (például a túcsereprogram, az „alacsony küszöbű” szolgáltatások) biztosítását (Magyar Országgyűlés, 2003).

#### A SZOLGÁLTATÁSOK CÉLCSOPORTJÁNAK MÉRETE MAGYARORSZÁGON

Az ártalomcsökkentő programok fejlődésének vizsgálatakor tudnunk kell, hogy mekkora az a célcsoport, amit ezeknek a programoknak el kell érniük. Ahogy a bevezetőben említettük, e programok elsődleges célcsoportja az IDH populáció.<sup>1</sup> Magyarországon az IDH-k elsődlegesen heroint és amfetamint injektálnak. Metamfetamininjektálás nem jellemző, a kokain intravénás használata előfordul, de nem kimondottan gyakori. Crack-kokain használat nem jellemző Magyarországon, így crackinjektálás sem. Saját, házi készítésű kábítószer (pl. „kompót”) injektálása sem jellemző.

1. ábra. A tiltott szerek életprevalencia-értékeinek változása 2001 és 2007 között, a 18–53 éves populáció körében (%). (Forrás: Paksi és Arnold 2007, idézi Drog Fókuszpont 2008)



<sup>1</sup> A táncos-zenés szórakozóhelyen zajló rekreációs droghasználók adatairól az erről a szcénáról szóló fejezetben lesz majd szó.

Ahogy az 1. ábrán megfigyelhetjük, 2001–2007 között a heroinhasználat életprevalenciája a felnőtt populációban (18–53) Magyarországon enyhén csökkenő tendenciát mutat (0,6%, 0,5%, 0,3%), a kokainé gyakorlatilag nem változott (0,9% 0,9% 0,9%), az amfetamin kipróbálásának 2001–2003 közötti enyhe növekedése (1,9%, 2,5%) megállt, 2003–2007 között 2,5%-ról 2,1%-ra csökkent. Ezekből a százalékarányokból nem lehetne biztonsággal megbecsülni a használók, főleg a legalább havi rendszerességgel használók számát, erre más módszertanokkal születtek kísérletek. Rácz és Ritter (2003) a gyors helyzetfelmérés és válasz (RAR) módszerével vizsgált kutatásukban szakemberek fókuszcsoportját kérdezték az intravénás droghasználat elterjedtségéről, de a résztvevők nem vállalkoztak a jelenség nagyságának megbecsülésére. Érdekesség, hogy a módszertani problémák említése mellett felmerült, hogy „mindenki érdekelt az állammal szemben” a probléma láthatóvá tételével kapcsolatban, a használók az esetleges szankciók elkerülésében, a segítők esetleg azért, mert így nem kerül munkájuk negatív megítélés alá, más részük meg ezzel ellentétes módon, éppen a jelenség felnagyításában lehet érdekelt a nagyobb finanszírozás céljából.

Először 2003-ban kísérelték meg felmérni azt, hogy mekkora lehet az intravénás droghasználat elterjedtsége Magyarországon, de csak Budapestre koncentrálna, és csak az opiáthasználatot tekintve. Nyírádi (2004) a szorzó módszert alkalmazva a hosszabb ideje opiátot használókat tekintette „problémás droghasználónak,” bevittől függetlenül. A módszer lényege, hogy metadon-, illetve túcsereklenseket kérdeztek meg arról, hogy hány százaléka kerül be kezelésbe szerintük az opiátfogyasztók közül Budapesten. A megkérdezettek a számot 47%-ra becsülték, ezt felszorozva a kezelési számmal, a kutatók 4000-re tették a budapesti opiáthasználók számát. A kliensek becslése szerint ennek 82%-a intravénás használó (kb. 3280 ember) Budapesten. Ez a kutatás nem szól az amfetamint injektlókról, és meglehetősen esetleges, hogy a kliensek mi alapján becsülték, vagy mit tekintettek kezelésnek. 2005-ben egy megismételt, azonos módszertanú vizsgálat (Elekes, Nyírádi, 2006) már csak 2669 főre teszi a Budapesti opiáthasználók számát, a kliensek ebben az évben 31,8%-ra tették a kezelésben megjelent opiáthasználók számát. Ugyanezen szerzők egy másik módszert használva, a rendőrségi és egészségügyi adatbázis átfedéseit vizsgáló fogás-visszafogás módszerével a számot Budapesten 1872 főre teszik, 1201–2543 közötti intervallumban. Konklúziójukban az opiáthasználók számát 2000–2500-ra becsülik.

Országos viszonylatban a szerzők 2005. évi adatok alapján, a rendőrségi és egészségügyi adatbázis átfedéseit vizsgáló fogás-visszafogás módszerrel a számot 24204 főre becsülték, 95%-os megbízhatósággal 19 333–29 075 közötti intervallumban (Elekes, Nyírádi, 2006). Ebbe a számba sajnos azok is bekerültek, akik MDMA-t vagy amfetamint használtak, függetlenül a gyakoriságtól, ami önmagában nem feltétlenül jelent problémás használatot, és nem tudunk semmit a kokain- vagy



heroinhasználat intenzitásáról sem a mintában. Ez a probléma felülbecslést eredményezhetett. Az intravénás drogfogyasztók számát ugyanakkor ugyanezzel a módszerrel országosan 3941 főre becsülték, 2069–5813 közötti konfidencia intervallummal. A becslés a két adatbázisban „regisztrált” IDH-kal foglalkozott, ami a „bevallást” tekintve egyrészt alulbecslést eredményezhetett, másrészt nagyban függ az az évi rendőri aktivitástól, illetve az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségétől.

A másik rendelkezésünkre álló adatbázis az egészségügyi rendszerben regisztrált használók száma (OSAP).<sup>2</sup> Ezek a számok viszonylag megbízhatatlanok hiszen nagyban függenek az éves rendőri aktivitástól, a kórházak, kezelőhelyek felvevő kapacitásának változásától, adott esetben leépítésektől, ágyösszevonásoktól, kezelőhelyek megszüntetésétől, a TDI<sup>3</sup> kódok bevezetése előtt nem szűnnek duplikációra, de nagy vonalakban mégis informálnak a jelenség elterjedtségéről és alakulásáról. Az egészségügyi rendszerben regisztrált kábítószer-használók adatai szerint 2003 és 2007 között az „opiátfogyasztás miatt” kezelték száma 2000–2500 fő között ingadozott,<sup>4</sup> és csökkenő tendenciát mutat, az amfetamin típusú szerek „fogyasztása miatt” kezelt betegek száma az 1100–1500 fős sávban ingadozott, tendenciája szintén csökkenő. A „kokain miatt” kezelték aránya az összes kezeltben belül 1,6% volt, de a kokainfogyasztás miatt kezelték száma az elmúlt 5 év alatt közel megduplázódott (131 főről 218 főre) (Drog Fókuszpont, 2008). 2003 és 2007 között a kezelőrendszerben regisztrált intravénás használók száma 2000–2400 személy között mozog, a szám alapvetően szintén csökkenő tendenciát mutat.

Mekkora tehát a célpopuláció nagysága? A legjobb válasz talán az, hogy még mindig nem tudjuk biztosan. A kutatók az opiáthasználók számát egyszer Budapesten 4000-re, később 2669-re, majd 2000–2500 közöttire teszik, az intravénás használók számát országosan 2069–5813 közé sorolják, ugyanakkor évente megjelenik 2000–2500 fő opiáthasználó és 1100–1500 amfetaminhasználó a kezelőrendszerben. Mint később látni fogjuk, a túcsereprogramok 2007-ben már 2019 IDH-val voltak kapcsolatban, ebben az évben 783 ember vett részt csak metadonprogramban. Tehát vagy az a helyzet, hogy majdnem az összes opiát- és amfetaminhasználó kezelésbe kerül Magyarországon – ami nem valószínű – vagy továbbra sem lehet tudni megbízhatóan a célpopuláció nagyságát.

<sup>2</sup> Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program

<sup>3</sup> Kezelési igény indikátor

<sup>4</sup> Az elterelést választók és az önkéntesen kezelésre jelentkezők együtt szerepelnek ebben a statisztikában, a többszörös regisztráció nincs kiszűrve, így duplikáció előfordulhat.

## AZ ALACSONY KÜSZÖBŰ PROGRAMOK FINANSZÍROZÁSÁNAK MÉRTÉKE

Az alacsony küszöbű programok finanszírozásáért felelős minisztérium (ISM, GYISM, ICSSZEM, majd SZMM) a Szociális és Munkaügyi Minisztérium tájékoztatása szerint a vizsgált években a következő keretösszegekkel rendelkezett alacsony küszöbű programok pályázati támogatására. A külön túcserére költött támogatási összegek meghatározása a Szociális és Munkaügyi Minisztérium miatt azért nem lehetséges, mert nagyon kevés szervezetnél választhatóak szét az alacsony küszöbű szolgáltatások a túcsera szolgáltatásoktól. Egy korábbi tájékoztatóból tudjuk, hogy 2005-ben a 169,2 millió forintból 33,8 millió forint jutott túcsereprogramokra.

1. táblázat. Az alacsony küszöbű programok finanszírozása a szociális tárca által (A Szociális és Munkaügyi Minisztérium tájékoztatása alapján).

Év	Összeg	Egyéb összeg
2001	70 000 000 Ft	
2002	80 000 000 Ft	+ KAB-TŰ-02: 40 000 000 Ft
2003	80 000 000 Ft	
2004	117 500 000 Ft	+ KAB-ELT-04 (inf.): 49 901 000 Ft
2005	169 200 000 Ft	
2006	170 000 000 Ft	
2007	170 000 000 Ft	
2008	120 000 000 Ft	

2008-ban már normatív támogatást is kaptak az alacsony küszöbű programok, azonban még a közösségi ellátás részeként. Önálló alacsony küszöbű programként normatív finanszírozásuk 2009 januárjától indult el. 36 szolgálat került befogadásra 266 millió Ft összegben.

## TÚCSEREPROGRAMOK MAGYARORSZÁGON

A túcsereprogramok alapvető célja az, hogy az intravénás droghasználókat (IDH) steril injektáló felszereléssel lássák el, így megelőzze körükben a felszerelés megosztását, illetve újrafelhasználását, valamint begyűjtse és megsemmisítse a nem injektáló populációra nézve is fertőzésveszélyt jelentő már használt eszközöket. Alapvető feladatuk tehát az IDH-k, és a velük szexuális kapcsolatot létesítők egészségének megvédése, s nem utolsó sorban a megbetegedésekkel járó társadalmi költségek kivédése.

Magyarországon soha nem volt annak törvényes akadályja, hogy az állampolgárok a gyógyszertárakban fecskendőket vehessenek. A gyógyszertárakban ugyanakkor Magyarországon ez idáig még semmilyen, kimondottan az IDH-kat megcélzó program nem működött, a használt fecskendők leadása nem lehetséges.

Nem hivatalos formában már 1994-ben megkezdődött Szegeden a steril tűknek az IDH-k körében való terjesztése. Az 1994–1998 között regnáló kormány által készített, végül hivatalossá nem váló „alternatív drogstratégiaként” emlegetett dokumentum már szól az ártalomcsökkentésről (TASZ, 2003).

1995-ben megkezdődik az első „hivatalos”, engedéllyel rendelkező tűcsereprogram, Budapesten. A programnak a kezdeti időkben sokat kellett szenvednie a rendőri igazoltatásoktól, megfigyelésektől. A program 1996-ban megállapodást írt alá a rendőrséggel, azóta a telephelyükön megszűnt a rendőri jelenlét.

1996-ban Szegeden és Pécsen, 1997-ben Veszprémben indult meg tűcsereprogram.

2000-ben a hivatalos drogstratégiában nevesítésre kerül a tűcsere, mint a HIV- és hepatitiszjárvány elleni küzdelem hatékony eszköze. 2000 őszén a Pszichiátriai Szakmai Kollégium kiadta az „A tűcserélés szakmai irányelvei” című állásfoglalását (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2001). Az állásfoglalásban meghatározták a tűcserélés általános célkitűzéseit, vagyis az intravénás drogfogyasztási forma szövődményeinek és a vér által terjedő fertőzések kialakulásának megelőzését. Az állásfoglalás szerint a szolgáltatást a rejtett drogfogyasztó populáció megtalálása érdekében alacsony küszöbű és anonim beavatkozásként kell nyújtani. A szakmai iránymutatás szerint az ÁNTSZ engedéllyel és a szolgáltatás nyújtásához szükséges speciális tárgyi és személyi feltételekkel rendelkező civil és állami intézmények végezhetnek tűcserét.

2002-ben Miskolcon létesül új program.

Budapesten 2003-ban két utcai megkereső tűcsereprogram indult be. Az egyik program beindulása után a rendőrség többször megjelent a tűcsere busznál is, igazoltatta a klienseket (TASZ, 2003). A civil szervezetek megkeresésére az adatvédelmi ombudsman (2003) állásfoglalásában elítélte ezt a rendőri gyakorlatot, megállapítva, hogy a tűcsere-program tevékenységével kapcsolatban bűncselekmény nem állapítható meg, így a rendőrségnek nincs jogalapja az igazoltatáshoz. A helyzet tisztázására ebben az évben megszületett egy megállapodás a három budapesti tűcsereprogram és a Budapesti Rendőr-főkapitányság között arról, hogy a Főkapitányság támogatja a tűcsereprogramokat és tolerálja a működésüket, vagyis „azokon a területeken és abban az időpontban, ahol a program által bejelentett tűcsere folyik, nem végez célirányos ellenőrzést”. A megállapodás része volt egy, a program használói számára kiállított anonim igazoló kártya bevezetése is, amely felmutatásával az igazolásba futó IDH mentesül attól, hogy a rendőr a nála „feltalált” steril vagy használt fecskendő miatt „rendőri intézkedést foganatosítson”. Habár az

ártalomcsökkentéssel foglalkozó civil szervezetek jogértelmezése szerint a rendőrnek nem lenne joga pusztán a fecskendő miatt bárkit vizeletvizsgálatra kényszeríteni és ellene eljárást indítani (TASZ, 2006), a kártyarendszer mégis valamilyen biztosítékot jelentett arra, hogy a tűcsereprogramokban kiadott fecskendők miatt a következő sarkon a rendőrök nem viszik el a droghasználót. Ebben az évben, 2003-ban került kihelyezésre az azóta is egyetlen budapesti tűcsere-automata, az év végén Gyulán és Pécsen helyeztek működésbe automatákat.

Szintén 2003-ban alakult meg az Ártalomcsökkentők Szakmai Közhasznú Egyesülete, amely a szakma és a társadalom informálása, képzések szervezése, szakmai konszenzusok kialakításának elősegítése mellett a szakmai érdekérvényesítés feladatára jött létre.

2004-ben Debrecenben, Kecskeméten és Gyulán indul be tűcsere, szintén ebben az évben Kecskeméten, illetve Miskolcon helyeztek üzembe tűcsere-automatákat.

2005-ben Békéscsabán indul tűcsereprogram. 2005 tavaszán a civil szervezetek a BRFK-val kötött megállapodást országos szintűre szerették volna kiterjeszteni. Az ORFK-val kötendő megállapodást azonban a Legfőbb Ügyészség állásfoglalása megghiúsította. A Legfőbb Ügyészség 2005. május 30-i állásfoglalása szerint „Az illegális drogfogyasztás, annak bármilyen módon, illetve céllal történő segítése – álláspontom szerint minden esetben – bűncselekmény gyanújára utal. Ennek észlelése esetén a bűnüldöző hatóságok hivatalból kötelesek eljárni.” Ebben az évben december elsején AIDS világnapon a helyzet tisztázása érdekében, és azért, hogy az ellentmondásos helyzetre felhívja a közvélemény figyelmét, a Társaság a Szabadságjogokért kampányaként az egyik tűcsereprogram munkatársa, e fejezet szerzője eljárás kezdeményezett önmaga ellen a legfőbb ügyészségen. Az önfeljelentés célja az ártalomcsökkentő programok munkája körül kialakult bizonytalan jogi helyzet tisztázása volt, azzal a hosszú távú célkitűzéssel, hogy a programok kliensei a rendőri eljárástól való félelem nélkül tarthassanak maguknál steril és használt eszközöket, és erről a programok és a rendőrség között országos megállapodás születhessen.

Az ügyészség 2006 júniusában megszüntette a tűcsereprogram munkatársával szemben folytatott nyomozást a társadalomra való veszélyesség tudatában való tévedés miatt, azonban a bűnsegédi magatartást megállapította. A 2005. évi CLXX. törvénnyel módosított Szociális törvény<sup>5</sup> alapján ugyanakkor a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé bekerült az alacsony küszöbű ellátás. Ennek megfelelően a 9/2006. (XII. 27.) SzMM rendelettel módosított, 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet<sup>6</sup> kiegészült az alacsony küszöbű ellátásról szóló bekezdésekkel (39/L §), amely a tűcsere programokat mint kiemelt ártalomcsökkentő szolgáltatást határozza meg. Így az

<sup>5</sup> 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

<sup>6</sup> 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium állásfoglalása szerint, mivel jogszabályi szinten szabályozásra került a tűcsereprogramok finanszírozása, a fent említett jogi problémák megszűntek. A jogszabályi környezet változásának eredményeként a 30 000-nél több, állandó lakosú települések önkormányzatainak biztosítania kell a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsony küszöbű ellátást (Drog Fókuszpont, 2007).

A jogszabályt 2008-ban módosították, így 2009-től a normatív támogatás megszűnik, de a normatív típusú speciális pályázatok útján lehet elnyerni.

2006 júliusában az egyik Budapesti mobil programot működtető szervezet megnyitotta fix telephelyű programját is a nyolcadik kerületben, ahol mára a legnagyobb forgalmat bonyolító programmá vált. 2006-ban indult be az Országos Epidemiológiai központ szervezésében, a tűcsere- és metadonközpontok közreműködésével zajló, az intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések HIV, HBV, HCV évi prevalenciájának országos felmérése, amely a következő három évben is megismétlődött.

2007-ben az egyik Budapesti program Miskolcon létesített új fix telephelyű tűcsérét is nyújtó programot.

#### A TŰCSEREPROGRAMOK MŰKÖDÉSE SZÁMOKBAN

A tűcsereprogramok forgalmi adatairól, bár 1994 óta működnek, csak 2003 óta rendelkezünk viszonylag megbízható országos adatokkal. Az adatok a 2. táblázatban láthatóak.

Míg 2003-ban 15 program működött az országban 11 szervezet által, addig 2008-ra már 15 szervezet 27 programot működtetett. A 2. táblázatról leolvashatjuk, hogy 2003 és 2007 között a kiadott fecskendők száma megnégyszereződött, a 2. ábrán pedig láthatjuk, hogy ezért a növekedésért leginkább a fix telephelyű programok a felelősek, a mobil (busszal működő) és utcai megkereső programok forgalma alacsonyabb és ingadozóbb, az automaták forgalma stabilan növekszik.

A kontaktusok száma ez idő alatt meghétszereződött, a kliensek száma viszont érdekes módon csak duplájára nőtt (3. és 4. ábra). Azt látjuk tehát, hogy kétszer annyi kliens hétszer több alkalommal lép kapcsolatba a szolgáltatókkal és négyszer annyit visz el fecskendőket. Ez utalhat arra, hogy az elért kliensek egyre inkább a tűcsereprogramokban fellelhető felszereléseket használják (egyre gyakrabban), de utalhat a másodlagos tűcsere növekedésére is, vagyis arra, hogy a kliensek olyanoknak visznek felszerelést, akik maguk nem veszik fel a kapcsolatot a szolgáltatókkal, illetve arra, hogy a klienseket olyan szolgáltatásokkal is egyre inkább el tudják érni a szervezetek, amelyek túlmutatnak a pusztán tűcsérélésen.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Illetve utalhat arra, hogy a szolgáltatók megbízhatatlanul szolgáltatnak adatot. Ez korábban biztosan így volt, az adatszolgáltatás a Fókuszpont és a tűcsereprogramok együttműködésének

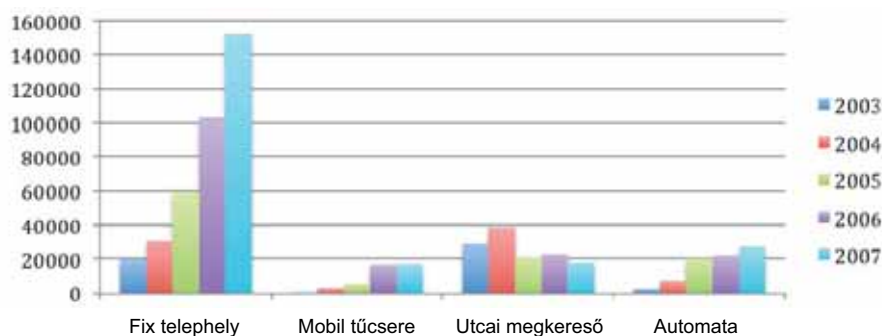
2. táblázat. A tűcsereprogramok működése számokban (Forrás: Drog Fókuszpont, 2008b)

Év	Fix telephely	Mobil tűcsere	Utcai Megkereső	Automata	Összesen
<b>2003</b>					
Programok száma	6 (2 Budapest 4 vidék)	3 (3 Budapest 0 vidék)	3 (2 Budapest 1 vidék)	3 (1 Budapest 2 vidék)	15 program 11 szervezet által
osztott	19 600	682	28 970	2415	51 667
hozott (+ gyűjtött)	7984	695	15081	5	23 764
becserelési arány	40,7%	101,9%	53,1%	0,2%	46,5%
kliensek száma	490	37	424	-	951
kontaktusok száma	2321	912	426	-	3659
<b>2004</b>					
	7 (2 Budapest 5 vidék)	3 (3 Budapest 0 vidék)	5 (2 Budapest 3 vidék)	5 (1 Budapest 4 vidék)	20 program (13 szervezet által
osztott	30 649	2870	38 742	7510	79 771
hozott (+ gyűjtött)	18 739	2370	21 384	65	42 558
becserelési arány	61,1%	82,6%	55,2%	0,8%	53,4%
kliensek száma	561	82	471	-	1114
kontaktusok száma	3665	1590	1007	-	6262
<b>2005</b>					
	6 (2 Budapest 4 vidéki)	2 (2 Budapest 0 vidék)	5 (2 Budapest 3 vidék)	5 (1 Budapest 4 vidék)	18 program 13 szervezet által
osztott	58 804	5500	20 823	20 263	105 390
hozott (+ gyűjtött)	32 941	3722	15 343	496	52 502
becserelési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	-	959
kontaktusok száma	5172	2148	1380	-	8700
<b>2006</b>					
	6 (2 Budapest 4 vidék)	2 (2 Budapest 0 vidék)	8 (3 Budapest 5 vidék)	5 (1 Budapest 4 vidék)	21 program 13 szervezet által
osztott	102 981	16 689	22 763	22 090	164 523
hozott (+ gyűjtött)	53 907	14 789	12 613	1002	82 311
becserelési arány	52,3%	88,6%	55,4%	4,5%	50,0%

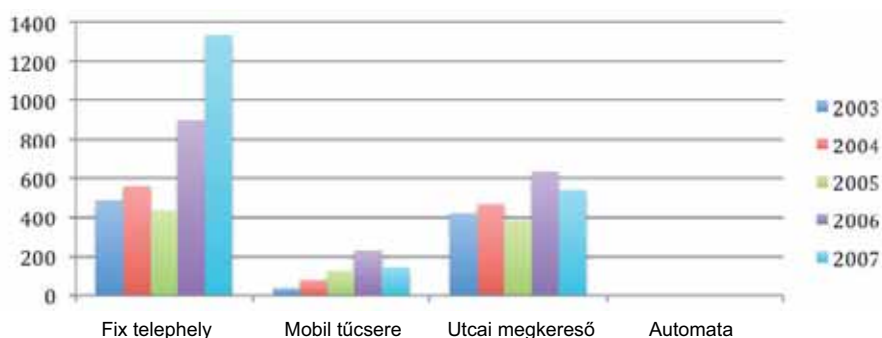
közönhetően folyamatosan javul. Mindenképpen fontos az adatok értelmezésekor figyelembe vennünk, hogy főleg a korábbi időszakokra vonatkozóan sok a hiányos vagy becslést érték!

Év	Fix telephely	Mobil tüssere	Utcai Megkereső	Automata	Összesen
kliensek száma	900	232	636	-	1768
kontaktusok száma	6013	3117	1758	-	10 888
2007	9 (3 Budapesti 6 vidéki)	4 (2 Budapest 2 vidék)	9 (4 Budapest 5 vidék)	5 (1 Budapest 4 vidék)	27 program 15 szervezet által
osztott	151 960	16 885	17 687	27 242	213 774
hozott (+ gyűjtött)	75 498	16 848	11 787	1180	105 313
becserélési arány	49,7%	99,8%	66,6%	4,3%	49,3%
kliensek száma	1333	145	541	-	2019
kontaktusok száma	14 570	3158	10 239	-	27 967

2. ábra. A tüssereprogramok kiadási forgalma programtípusonként (Forrás: Drog Fókusz-pont 2008b)

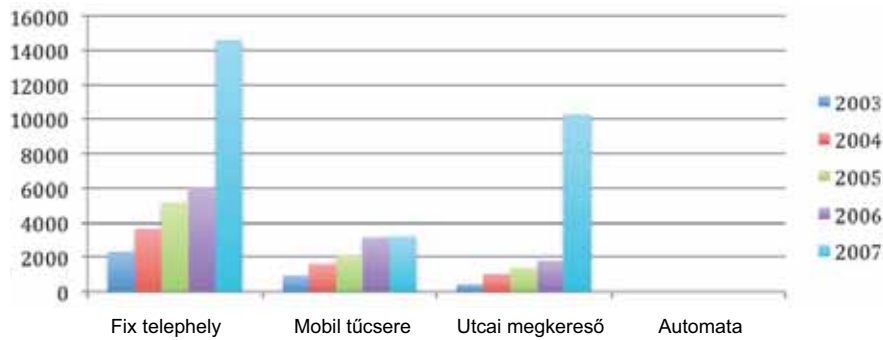


3. ábra. A tüssereprogramok kliensforgalma programtípusonként<sup>8</sup> (Forrás: Drog Fókusz-pont 2008b)



<sup>8</sup> Az automaták nem számolják a klienseket.

4. ábra. A tűcsereprogramok kontaktusszáma programtípusonként<sup>9</sup> (Forrás: Drog Fókuszpont 2008b)



A fix telephelyen történő tűcsere adatainak megugrásáért 2007-ben leginkább a Budapest nyolcadik kerületében megnyitott új program a felelős, amely nagy számú addig el nem ért, nagyobb részben amfetaminhasználó IDH populációhoz jutott el. Az utcai megkereső programok kontaktus számának 2007-es növekedését egy budapesti program adatai okozzák, ez a program, bár minden más adata hasonló a 2006-oshoz, 2007-ben beszámolója alapján nyolcszor annyi kontaktust létesített ugyanannyi emberrel, ugyanannyi tűt cserélve.

A visszahozatali arány a programokban egyenletesen 50% körül mozog, az automaták visszahozatali aránya folyamatosan nagyon alacsony. A büntető törvénykönyv egészen biztos, hogy hatással van a tűcsereprogramok igénybevételére, illetve a visszahozatali arányra is. A rendőrségtől való félelem miatt a mai napig kevésbé szívesen hozzák vissza a fecskendőket, még akkor is, ha már többé-kevésbé működő „kártyarendszer” is biztosítja a programok zavartalan igénybevételét. Fontos tudnunk azt is, hogy a hazai tűcsereprogramok többnyire nem egy az egy arányban cserélnek, ez is lehet az oka annak, hogy csak a fecskendőket hozzák vissza. A nemzetközi tapasztalat viszont az, hogy az egy az egy arányban cserélés lehet hogy javítja a visszahozatali arányt, de semmiképp nem kedvez a HIV- és hepatitiszprevenciónak.

<sup>9</sup> Az automaták nem számolják a klienskontaktusok számát. Elméletben lehetne a kiadott fecskendő számával számolni, de egy kontaktus alkalmával több fecskendőt is vehet az illető. A fecskendő ára 20 forint.



## A TŰCSEREPROGRAMOK ADATAI FŐVÁROS-VIDÉK VISZONYLATBAN

3. táblázat. A tűcsereprogramok működése főváros–vidék viszonylatban (Forrás: Drog Fókuszpont 2008b alapján)

Év	osztott	Hozott +gyűjtött	arány	kliens	kontakt	Szervezetek és programok száma
2003						
Budapest	29 829	15 342	51,4%	553	3212	4 szervezet 8 program
Vidék	21 838	9933	45,5%	398	447*	7 szervezet 7 program
2004						
Budapest	56 261	31 873	56,7%	735*	5760*	4 szervezet 8 program
Vidék	23 510	10 685	45,4%	379*	502*	9 szervezet 12 program
2005						
Budapest	80 651	41 639	51,6%	680	8426	4 szervezet 7 program
Vidék	24 238	10 860	44,8%	279	274*	9 szervezet 11 program
2006						
Budapest	140 169	74 464	53,1%	1246	10 261	4 szervezet 8 program
Vidék	20 186	7717	38,2%	266	371*	9 szervezet 13 program
2007						
Budapest	186 350	96 764	51,9%	1798	27 427	4 szervezet 8 program
Vidék	27 424	8549	31,2%	221	540	9 szervezet 19 program

\* hiányos, vagy becslést tartalmazó adatok

Érdeemes elvégezni az összehasonlítást a főváros és vidék viszonylatában. Azt fogjuk tapasztalni, hogy bár 2003-ban nagyjából ugyanannyi tűt adtak ki összesen a vidéki városokban, mint Budapesten, a fővárosban az eltelt évek alatt a kiadott tűk mennyisége hatszorosára nőtt, vidéken gyakorlatilag ugyanannyi maradt (2007-re 8 vidéki városban van valamilyen tűcsereprogram) (3. táblázat és 5. ábra).

A kliensek számát tekintve a budapesti programokban a vizsgált időszakban háromszoros növekedés történt, vidéken a kliensek száma majdnem a felére csökkent (6. ábra).<sup>10</sup>

Budapesten a kontaktusok száma majdnem kilencszeresére, 27 427-re nőtt, vidéken változatlan maradt, enyhén nőtt 447-ről 540-re (7. ábra, 251. o.).

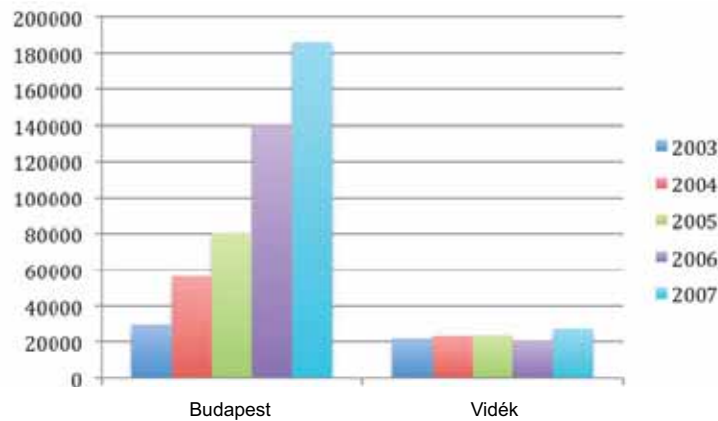
Budapesten a tűk kiadásának, a kontaktusoknak és a folyamatos növekedésnek nagy részét 2006-ig egyetlen szervezet fix és utcai (valójában szintén egy kihelyezett

<sup>10</sup> A különböző tűcsereprogramokban duplikációsűrűs nincs, viszont a nagyobb tűcsereprogramok tapasztalata az, hogy klientúráik nincsenek igazából átfedésben.

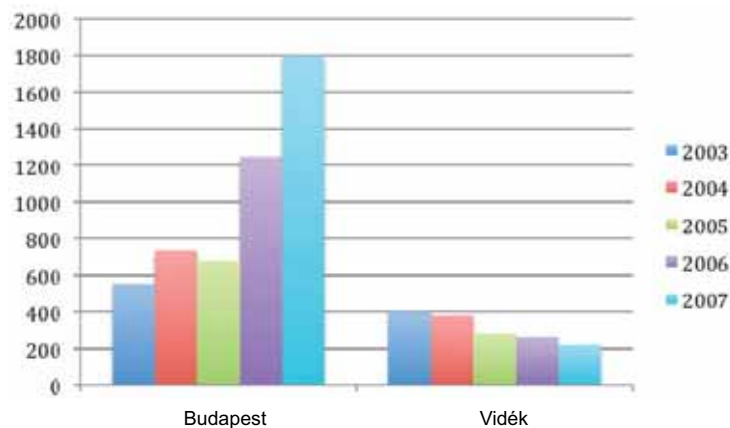
fix telephelyen) programja adja. Mellette kisebb számban, de szintén növekvő adatokkal működik a többi budapesti program. A nyolcadik kerületi új fix telephelyű program egy év alatt, 2007 végére elérte a másik budapesti fix telephelyű program kliens- és túforgalmát.

Vidéken a legnagyobb túforgalmat és esetszámot folyamatosan Szegeden dokumentálják. Szeged forgalma azonban 2007-re jelentősen visszaesik, a 2003-ban jelentett 17 000 kiosztott fecskendőből (350 kliensnek) 2007-re 6420 lesz, 130 kliens

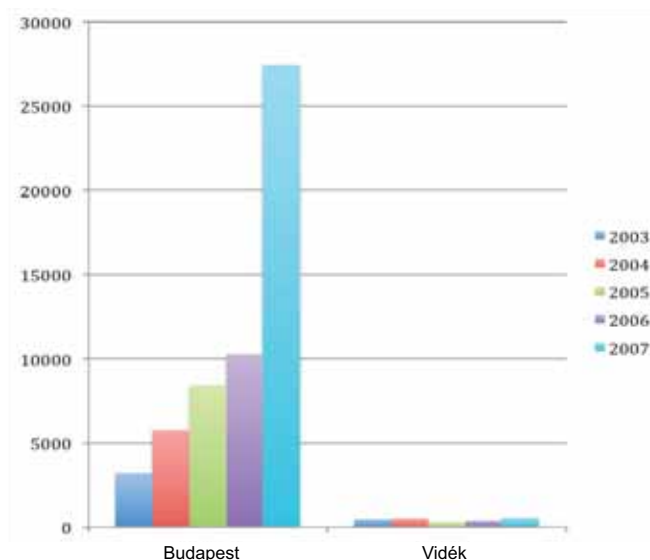
5. ábra. A tűcsereprogramok túforgalma főváros–vidék viszonylatában (Forrás: Drog Fókuszpont 2008b)



6. ábra. A tűcsereprogramok kliensforgalma főváros–vidék viszonylatban (Forrás: Drog Fókuszpont 2008b)



7. ábra. A tűcsereprogramok kontaktusszáma főváros–vidék viszonylatban (Forrás: Drog Fókuszpont 2008b)



között megosztva. Azért fontos Szegedet külön tárgyalni, mert ha ezt a várost külön vesszük, azt tapasztaljuk, hogy az összes többi városban a programoknak 0–31 ember között változik az éves forgalma (2003 és 2007 között a vidéki programoknak Szegedet nem számítva az évek során átlag 12; 15,8; 9, 7,6; majd 7,5 kliensük van). A tűcsere-automatákat nem számítottuk ide, fontos megemlíteni, hogy vidéken Szeged mellett nagyobb forgalmat a miskolci tűcsere-automata mutat, 2007-ben például 9304 kiadott tűvel (ami majdnem ugyanakkora, mint a budapesti automata forgalma!). Szeged és Miskolc mellett Pécsen van még nagyobb tűforgalom.

#### A TŰCSEREPROGRAMOK TEVÉKENYSÉGEI A TŰCSERÉN TÚL

A tűcsereprogramoknak a tűcsereadatokon túlmutató jellemzőiről csak egy, keresztmetszeti vizsgálat létezik 2004-ből, így az e területen zajló fejlődésről időiségében nem rendelkezünk információval. Márványkövi és Rác (2005) alacsony küszöbű szolgáltatásokat vizsgáló kutatása a 62 megkérdezettből 29 válaszoló alacsony küszöbű intézményről (melyből 10 nyújtott tűcserét) a következőket állapította meg. Túladagolás megelőzését célzó szolgáltatások nem voltak jellemzőek náluk, a munkatársak ezzel kapcsolatos elsősegély tanfolyamon nem is vettek részt. A szerzők ezt a droghalálesetek alacsony számával, másrészt az egészségügy és a szociális ellátások között tapasztalt merev határvonallal magyarázzák. A szerzők az alacsony küszöbű intézményeknél mint nyújtott szolgáltatást 2004-ben tanácsadást azonosítottak,

tűcserét is (az ezzel foglalkozó, specializált szervezeteknél). HIV- és hepatitiszszűrés csak a szolgáltatások egyötödénél volt, tbc-vel és nemi betegségekkel kapcsolatos szűrés pedig gyakorlatilag hiányzott. A szervezetek közel fele szűréssel kapcsolatos tanácsadást sem végzett. Azóta ez a helyzet változott, a tűcsereprogramokban és metadonközpontokban az OEK 2006–2007–2008-as kampány szűrése óta évente egy alkalommal biztosan van szűrés, de 2006-ban már a tűcsere-szervezetek nagy része önállóan vagy a megyei ÁNTSZ-szel együttműködésben végzett szűrést HIV és/vagy hepatitisz C vírusra (Drog Fókuszpont, 2007). 2004-ben az alacsony küszöbű szervezetek egy harmada biztosított óvszert, háromnegyedük pedig tanácsadást a biztonságos szexuális érintkezéssel kapcsolatban. Az alacsony küszöbű szolgáltatások közül 2004-ben a megkérdezettek közül mindössze három biztosított éjszakai szállást, 24 nyújtott munkakeresési tanácsadást, 25 a szociális szolgáltatásokról nyújtott információt, de jogsegély, tisztálkodási lehetőség, ételadás nem volt jellemző a szolgáltatókra. Az intézmények fele biztosított klubszerű ellátási formát, ahol hideg ételt is adtak.

Specifikusan tűcsereprogramokkal kapcsolatban a kutatás megállapította, hogy 2004-ben jelen volt biztonságosabb injekciós technikák oktatása – egyéni konzultációval inkább – szűrés előtti és utáni fertőtlenítést szolgáló törlőkendőt, valamint fertőtlenítősprayt a szolgáltatók adtak, de egyéb, a fertőzés megakadályozása szempontjából fontos kellékeket már nem minden szolgáltató nyújtott. Az akkor 10 szervezetből steril vizet vagy vénageneráló kenőcsöt csak három, főzőeszközt is csak négy szervezet biztosított. Egy olyan szervezet volt, ahol az összes kellék elérhető volt (érszorító, spray, steril víz, aszkorbinsav, vénaregeneráló, főzőeszköz, szűrő, víztartó). 2004-ben hepatitisz B elleni védőoltást csak egy tűcsere biztosított. A sorstársak – volt vagy jelenlegi droghasználók, szexmunkások – bevonása a programokba igen alacsony szintű volt.

A szerzők Magyarországon az alacsony küszöbű intézményeket alulfejlettnek tartják, mindössze 44-re teszik az ilyen szolgáltatások országos számát, magas küszöbű bentfekvéses intézmény viszont 2004-ben 335, ambuláns pedig 132 volt. Tehát szerintük kevés alacsony küszöbű, elvileg költséghatékony szolgáltatás, és sok „magas” küszöbű, intenzív ellátást nyújtó, „drága” szolgáltatás volt megfigyelhető.

Nincsen adatunk arra, hogy az alacsony küszöbű programokból, kimondottan pedig a tűcsereprogramokból évi hány alkalommal történt referálás magasabb küszöbű ellátási formák felé, holott tudjuk, hogy ez a tűcsereprogramok napi gyakorlatának része.

E helyütt fontos még megjegyezni, hogy a tűcserek egyik nagyon fontos jellemzője, vagy akár szolgáltatása az, hogy moralizálás nélkül viszonyulnak a kliensekhez, akik közül sokaknak gyakran szinte ez az egyetlen hely, ahol őszintén beszélhetnek problémáikról, és ahol elfogadják őket. Az „emberi kapcsolat” e formája nehezen számszerűsíthető, de kiemelten fontos értéke ezeknek a programoknak.

## A HELYETTESÍTŐ KEZELÉS MAGYARORSZÁGON

A helyettesítő gyógyszeres kezelés lényege, hogy az illegális pszichoaktív szer használatát orvos által kontrollált legális pszichoaktív szer-használatra cserélik fel. A helyettesítő kezelést hazánkban az opiát- (leginkább heroin-)függőség kezelésére használják. Magyarországon helyettesítő kezelést háromféle protokollban alkalmaznak. A rövid méregtelenítő kezelés során a heroin helyett adagolt helyettesítő szer mennyiségét gyors ütemben, maximum harminc nap alatt folyamatosan nullára csökkentik. A hosszú távú méregtelenítő kezelésben a csökkentés ritmusa lassúbb, 1 hónaptól 6 hónapig terjedő időszakban történik. A hosszú távú fenntartó kezelés során a helyettesítő gyógyszer szedésének nincs időbeli korlátja. E formát abban az esetben alkalmazzák, ha a kliens nem szándékozik, vagy nem tud felhagyni opiáthasználati igényével. Ez a kezelés, bár nem jár absztinenciával, a nemzetközi tapasztalatok alapján sikeresen képes az illegális opiáthasználat megszüntetésére vagy csökkentésére, a HIV illetve egyéb vér útján terjedő betegségek terjedésének megelőzésére (ti. a szert nem injekciósan, hanem szájon át alkalmazzák), a kliens egészségügyi, pszichés jóllétének javítására, szociális helyzetének stabilizálására és javítására, munkaerő piaci reintegrációjára, valamint a beszerzési bűnözés megszüntetésére illetve jelentős csökkentésére. A leggyakrabban alkalmazott opiáthelyettesítő szerek a metadon és buprenorfin. E két gyógyszer 2005 óta szerepel az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének létfontosságú gyógyszer listáján,<sup>11</sup> mint olyan gyógyszerek, amelyeket e nemzetközi szervezet útmutatója szerint az opiátfüggőség kezelésében az országoknak alkalmazniuk kell.

A metadon tartalmú Depridol – törzskönyvezett gyógyszerként – a szubsztitúciós kezelések hatékonyságát felismerő orvosok Budapest néhány kezelőhelyén már a nyolcvanas években is alkalmazták az opiátfüggők terápiájában, annak ellenére, hogy a gyógyszer indikációja akkor erre nem terjedt ki. Az első dokumentált Depridol-kezelés 1989-ben történt a budapesti Róbert Károly körúti, ma Nyírő Gyula Kórház Addiktológiai osztályán. Ez akkor egy Angliában több éve fenntartó metadonkezelésben álló és akkoriban hazánkban dolgozó angol nemzetiségű beteg ellátását jelentette. 1998-ig, az ebben a kórházban történő kezelés megszüntetéséig a fővárosban gyakorlatilag csak ezen a kórházi osztályon volt lehetőség a terápia igénybevételére, amire később természetesen magyar állampolgárok is egyre nagyobb számban jelentkeztek (TASZ, 2003). Kísérleti jelleggel 1989-ben a Nyírő Gyula Kórház Klapka- Jász utcai Drogambulancián is indult ilyen program, de itt az első években codein- és dihydrocodin-származékokat használtak szubsztitúciós céllal.

Ezen az ambulancián végül 1992-ben kezdeményezték a metadon (Depridol) alkalmazását, majd szintén ebben az évben kísérleti jelleggel kezdték alkalmazni

<sup>11</sup> WHO Model (Complementary) List of Essential Medicines

a szert két kórházi osztályon is (a Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztályán és az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben).

1994-ben a Fővárosi ÁNTSZ a Depridol-metadon kezelés szabályozásáról rendelkezett, majd 1995-ben a Pécsi Drogambulancián kezdtek el Depridot használni a heroinhasználók kezelésében. A kilencvenes években a Depridolkezelések folytatása számos akadályba ütközött a különböző hatóságok, köztük a rendőrség részéről. A BRFK Rendészeti Osztályának munkatársai 1995 októberében hatósági ellenőrzést tartottak a legnagyobb forgalmú budapesti drogambulancián, melynek során az adatvédelmi biztos későbbi állásfoglalása (Adatvédelmi Ombudsman, 1996) szerint jogellenesen áttekintették az orvosi dokumentációkat és a betegek kártonjait is.

1997 októberében ugyanezen az osztályon egy kábítószer-fogyasztó elleni nyomozásra hivatkozva rendőrök jelentek meg és ellenőrizték a Depridol-készletet, valamint lefoglalták az 1996-tól ott kezelt több mint 1200 beteg listáját. A lista jogtalan lefoglalása miatt a főorvos másnap panaszt tett az adatvédelmi biztosnál. Egy héttel később a rendőrök kábítószerrel való visszaélés és vesztegetés gyanúja miatt őrizetbe vették az orvost és megindult ellene a büntetőeljárás. Ezt követően az addiktológiai osztályon a rendőrség lefoglalta a külön vezetett, Depridollal kezelt betegek listáját is. Az orvost a munkahelyéről bilincsben szállították el, lakásán éjszakai házkutatást tartottak. Az eljárás szakmai felháborodást váltott ki, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa (1997) megállapította a törvényt sértést. A főorvos ellen indított közel egy évig tartó büntetőeljárást végül az ügyészség vádemelés nélkül megszüntette. A betegek száma a rendőrség megjelenését követően természetesen azonnal lecsökkent. Azokat, akik megmaradtak, egy ideig Seduxen nyugtatóval kezelték a Depridol helyett.

1998-ban a Pszichiátriai Szakmai Kollégium megfogalmazta, majd 1999-ben meghosszabbította és 2001-ben kiegészítette a detoxikációra vonatkozó protokollal is a metadon- (depridol-) kezelés szakmai irányelveit.

2000 novemberében – az OGYI T-7691/01. szám alatt forgalomba hozatali engedélyt adott ki Methadon-EP 5 mg és Methadon-EP 20 mg nevű tablettára, amelyek indikációja kifejezetten az opiátfüggőség. Ebben az évben a Veszprémi Drogambulancián indult be fenntartó metadon- (depridol-)terápia. 2000. december 5-én az országgyűlés elfogadta a *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* c. stratégiai programot, ezen belül a metadon programok alkalmazását és fejlesztését. Ezzel szinte egy időben az ÁNTSZ országos vezetője körlevélben megtiltotta a Depridol felírásának engedélyezését a kábítószerfüggők kezelése során, majd a pécsi és a Jász utcai ambulanciát is feljelentette arra hivatkozva, hogy a hatósági előírások megszegésével kábítószerterjesztésnek. A feljelentés szerencsére nem szabta gátját a programok folytatásának (Szemelyácz, 2002).

2001 októberében a Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa koordinálásával kézirat formájában megjelent a „Metadonkezelés magyar manuálja”.

Ebben az évben Szegeden a Pszichiátriai Osztály koordinálásával kezdtek el metadonkezelést két beteg esetében, majd 2002-ben kiszélesítették ezt a kezelési formát.

2002. április 25-én az Egészségügyi Közlöny 9. számában hivatalosan megjelent a metadonkezelés módszertani levele. Az Egészségügyi Közlönyben való megjelenés végleg megszüntette a kezelések illegális, félillegális helyzetét. 2002. május 12-én az Egészségügyi Közlöny 10. számában közzétették a metadonkezelés OEP-finanszírozását is. A kezelést azóta az állam finanszírozza és a betegek számára ingyenes. 2002-ben elindult Gyulán a metadonkezelés. Ettől az évtől kezdve gyűjtik országosan a metadonfenntartó kezeléssel kapcsolatos adatokat a Nyíró Gyula kórházban.

2003. szeptember 1-én megkezdődött Budapest második metadonprogramja a Soroksári Addiktológiai Centrumban.

2004-ben két új kezelőhelyen indult metadonkezelés, áprilisban a Drogmegelőzési Módszertani Központban (OPNI), szeptemberben pedig a miskolci drogambulancián.

2007-ben beindult egy harmadik metadonprogram Budapesten a 15. kerületben egy alapítvány által. Közben viszont bezárt az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet. A megszüntetés körülményeire jellemző, hogy a fenntartó programban lévő 65-70 kliens egy részét a két másik budapesti program át tudta venni, másik részük sorsa nem ismert. A kliensek elmondása szerint a személyzet esetükben nem tudott mást tenni, minthogy egy doboz metadont nyomtak a kezükbe, hogy osszák be és idővel csökkentsék le maguknak a nulláig.

2007-ben kezdődött el kis számban egy buprenorfin naloxon kevert gyógyszer (Suboxone) alkalmazása is, addig hazánkban egészen 2007-ig csak metadonhidrokloridot használtak helyettesítő szerként.

#### A HELYETTESÍTŐ KEZELÉS ALAKULÁSA SZÁMOKBAN

Magyarországon nincs lehetőség patikában receptre, vagy házi orvos által helyettesítő szerhez jutni. A helyettesítő gyógyszeres kezelést nyújtó kezelőhelyek és a kezelésben részesülő opiáthasználók száma Magyarországon stabilan alacsony. Megfigyelhető a kevés intézmény leterheltségében mutatkozó aránytalanság. 2007-ben a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján 359 klienst kezelnek, ehhez az intézményhez tartozik még Soroksár, ahol 140 embert, az OPNI bezárt, így Budapesten egyetlen másik hely maradt, ahol fenntartó kezelést végeznek, de csak harminc körüli létszámmal. Vidéken 11-67 között mozog a fenntartó kezelésben lévők száma, a legtöbben Szegeden és Miskolcon vannak ilyen kezelési formában.

4. táblázat. A metadon-programok működése számokban (Forrás: Drog Fókuszpont éves jelentések 2004–2008; GYISM, 2002, 2003)

Év	Budapest				Vidék					Összesen
	Budapest Jász utca									
1992-1995	Budapest Jász utca									
	Évi 32-33									Évi 32-33
1995-1999	Budapest Jász utca					Pécs				
	Évi 31-34					n.a.				n.a.
2000	Budapest Jász utca				Veszprém	Pécs				
	89				n.a.	n.a.				n.a.
2001 április – 2002 május	Budapest Jász utca				Veszprém	Pécs		Szeged		
	172				n.a.	n.a.		2		n.a.
2002	Budapest Jász utca				Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged		
	Havi 100- 156				Havi 1-10	Havi 17-21	Havi 3-20	5		
2003	Budapest Jász utca		Budapest Soroksár		Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged		
	260		n.a.		Havi 10-13	Havi 12-16	Havi 26-30	Havi 3-10		750
2004	Budapest Jász utca	Budapest OPNI	Budapest Soroksár		Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged	Miskolc	
	n.a.	n.a.	n.a.		n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	757
2005	Budapest Jász utca	Budapest OPNI	Budapest Soroksár		Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged	Miskolc	
	429	67	79		12	37	32	72	38	766
2006	Budapest Jász utca	Budapest OPNI	Budapest Soroksár		Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged	Miskolc	
	410	118	144		11	42	20	62	46	853
2007	Budapest Nyíró drogamb.	Budapest OPNI	Budapest Soroksár	Budapest Drogoplex	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged	Miskolc	
	359	65-70	140	28	11	33	28	67	47	778-783

#### ÁRTALOMCSÖKKENTÉS A TÁNCOS-ZENÉS SZÓRAKOZÓHELYEKEN

Világszerte az ebben a szcénában működő ártalomcsökkentő szolgáltatások célja a kábítószer-használattal kapcsolatba hozható kockázatok minimalizálása, illetve problémák esetén a megfelelő intervenció. Az ártalmak csökkentésébe tartozik az információátadáson túl azoknak a feltételeknek a biztosítása, melyek hiányában a kockázatok megnőnek: ilyen a túl meleg tánctér, a kellő mennyiségű hideg víz,



ásványianyag-bevitel, vagy a pihenési lehetőség hiánya. A tabletták hatóanyag-tartalmának bizonytalansága miatt van lehetőség több európai országban arra, hogy a tablettát használat előtt „teszteljék,” kielemezzék. Hazánkban ilyen „pill testingre” nincs lehetőség. A hazai szolgáltatók a pihenési lehetőség kapcsolatteremtés és beszélgetések mellett tájékoztató anyagokat, szórólapokat, ásványvizet, ételeket, mint például szőlőcukrot, kekszet, vitaminokat, gyümölcsöt osztanak a szórakozóknak.

#### A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS ALAKULÁSA A TÁNCOS-ZENÉS SZÓRAKOZÓHELYEKEN MAGYARORSZÁGON

A 90-es évek közepére a táncos-zenés szórakozóhelyek Magyarországon az egyik legjelentősebb rekreációs kábítószer-használati közeggé váltak. A diszkóktól az alkalmi partikig terjedő skálát átfogó első kvantitatív kutatás szerint a budapesti táncos-zenés szórakozóhelyeken a kábítószer-használat életprevalencia-értéke a mintában 68,6%-volt, az előző havi prevalencia pedig 55,2% (Demetrovics, 1998). Az egyes szórakozóhely-típusok között a különbség jelentős volt, a partikon az életprevalencia 95,2%, az elmúlt havi prevalencia 87,5% volt, a klubokban a megfelelő értékek 81,7%, illetve 64,3%, míg a diszkókban ennek mintegy fele: 40,9% és 26,6%. Országos mintán is elvégezve a kutatást (Demetrovics, 2001), az életprevalencia érték 52,6%-volt, az elmúlt havi prevalencia pedig 29,5%.

Demetrovics, Nádas és Kun (2008) a kilencvenes években ezen a területen készült kutatásokat összefoglalva megállapítják, hogy táncos-zenés szórakozóhelyeket látogatók körében a kábítószer-használat lényegesen magasabb, mint a normál populációban, de a szcénára jellemző fogyasztás szociális-rekreációs mintázatú, vagyis alacsony intenzitású, a kannabiszhasználattól eltekintve elsősorban a szituációhoz-, az adott rekreációs környezethez kötődik, és a társas együttlétek által meghatározott. A legelterjedtebb szernek (a kipróbálás és a használat prevalenciáját tekintve) a kannabisz származékok számítanak, de a rekreációs színtérhez a legszorosabban a pszichostimulánsok (amfetamin és Ecstasy) használata kapcsolódik, mely szerek használata gyakorlatilag kizárólag ebben a helyzetben történik. A szerfogyasztó populáció szociodemográfiai jellemzőit, munkával, tanulással kapcsolatos tevékenységét, valamint pszichológiai jellemzőit tekintve nem mutat devianciát, az egyetlen a vizsgálatban azonosított devianciájuk a kábítószer-fogyasztás. Bizonyos jellemzők mentén (jövedelem, várható iskolai végzettség) a rekreációs környezetben elért droghasználó fiatalok kedvezőbb képet mutatnak, mint a drogokat soha ki nem próbáló társaik. Jelentős különbségek vannak a zenei irányzatoktól függően, a kábítószer-használat az elektronikus zenei irányzatokat (house, techno, trance, goa, breakbeat stb.) játszó, parti-típusú helyekhez kapcsolódik a legszorosabban.

A fővárosban, illetve általában a férfiak körében jelentősebb a kábítószer-fogyasztás. Nemzetközi összehasonlításban a magyarországi adatok nem mutatnak jelentős eltérést más európai nagyvárosban tapasztalt szerhasználati jellemzőktől, sem a használat mértékét, sem annak alapvető struktúráját tekintve. Hazánkban alacsonyabb a kokain jelenléte, amit valószínűleg e szer magas ára magyaráz, egyúttal a használatban az amfetamin és az Ecstasy kompenzál, s ugyanakkor magasabb az LSD használatának mértéke.

2003-ban kizárólag budapesti elektronikus zenei partikat látogatók körében készült anonim kérdőíves vizsgálat (Demetrovics és Menczel, 2004; Demetrovics, 2005), mely szintén a különböző zenei irányzatokat preferálók eltérő szerhasználati szokásait mutatta ki, az eredmények az 5. táblázatban láthatók.

5. táblázat. Az egyes drogokat kipróbálók aránya a különböző elektronikus zenei irányzatokat látogatók körében (Forrás: Demetrovics, 2005)

	N	kannabisz	amfetamin	ecstasy	kokain	LSD	herbál drogok	ketamin	PCP	GHB
Drum 'n' Bass	202	91,6	47,0	56,4	31,7	42,6	36,0	16,3	11,4	8,2
Breakbeat	225	84,9	38,5	44,3	23,5	38,7	26,6	11,8	4,5	2,3
Goa	205	93,2	65,5	72,9	42,3	53,2	49,7	28,1	8,6	8,9
Techno	159	79,9	64,8	73,0	28,3	35,8	14,2	40,9	14,0	9,9
House	35	80,0	57,1	62,9	37,1	40,0	25,7	25,7	2,9	12,1
Trance	39	79,5	59,5	63,2	24,3	23,1	8,1	21,6	8,1	2,7
Kísérleti elektronika	46	76,1	31,1	34,8	26,7	34,8	20,0	11,1	6,5	0,0

Demetrovics és mtsai 2005-ös országos kutatása szerint elsősorban a fiatalok között jelenik meg az intenzívebb és nagyobb dózisu használat, csökken az LSD használata, de nő a kokainé. Demetrovics, Kun, Nádás és Vadász (2005) a rekreációs színtérben zajló droghasználat 2000 utáni trendjével kapcsolatban a kutatásokat áttekintve megállapítják, hogy a parti szcénában a kábítószer-használat a korábbi évekhez viszonyítottan lassult ütemű, de folytatódó növekedése tapasztalható, a látogatók életkorának lejjebb tolódásával. Az elektronikus partik palettája kiszélesedik, az addig „underground” zenei irányzatok megjelennek az „overground” vagy mainstream rendezvényeken is. A szerzők valószínűsítik, hogy a droghasználat elsődlegesen nem a partizókon belül, arányaiban nőtt, hanem egyrészt a partikat látogató (és drogokat használó) fiatalok száma növekedett, másrészt pedig az alacsonyabb droghasználati aránnyal jellemezhető diszkó-típusú szórakozóhelyek felől történt elmozdulás a magasabb illegális szer használati arányokkal jellemezhető parti-kultúra felé. Demetrovics és munkatársai (2005) fontos tapasztalata, hogy a

szórakozóhelyek tulajdonosaival és alkalmazottaival készült interjúk ambivalens irányultságot jeleztek a parti szcénában megjelenő ártalomcsökkentő célú fejlesztésekkel (szellőztetés, ivóvíz rendelkezésre állása, pihenőszoba létesítése stb.), illetve intervenciókkal (ártalomcsökkentő szemléletű segítők jelenléte a partikon) szemben. Az „overground” szcénára dominánsan ezen beavatkozások elutasítása, illetve esetenként elvi fontosságuk elismerése mellett szükségtelenségük hangsúlyozása volt jellemző. A kutatók szerint a háttérben általánosságban a problémák jelenlétének – különösen a saját helyszínre vonatkozó – tagadása állt. A drogambulanciák kliensei között alacsony a rekreációs színtérről érkezők aránya, többségük a büntetőeljárás alternatívájaként kerül a kezelőhelyekre, a kisebb részt kitevő spontán jelentkezők többsége pedig inkább életvezetési, mintsem súlyos függőségi problémák miatt kér segítséget.

#### A TÁNCOS-ZENÉS SZÓRAKOZÓHELYEN MŰKÖDŐ ÁRTALOMCSÖKKENTŐ SZOLGÁLTATÁSOK TÖRTÉNETE MAGYARORSZÁGON

Az első kimondottan parti szcénát megcélzó program 1999-ben indult el Budapesten, a „Party Service” elnevezésű program azóta is leginkább az underground szcénába tud eljutni, a mainstream alkalmakra nem, vagy ritkán nyernek bebocsátást. A program dominánsan kortárs önkéntesekkel dolgozik.

2000-ben elindult Pécsen a „Bulisegély” amely a Party Service szolgáltatással ellentétben professzionális segítőköt alkalmaz. A program Pécsen, Baranya megyében és a Dél-Dunántúli régióban működik. Ugyanebben az évben születik meg a debreceni „Mozgó-társ” party service program, amely az Észak-alföldi régióban illetve országosan működik.

2000-ben a Drogstratégia hosszú távú célként jelöli meg, hogy [a diszkók esetében...] „az ellenőrzés folyamatába kell illeszteni olyan elveket, melyek a biztonságos szórakozást lehetővé teszik: az üzemeltetőnek biztosítania kell a túlsúfoltság elkerülését, a megfelelő szellőzést, a folyóvíz biztosítását, a személyzet célirányos képzését és ellenőrizhetőségét, a helyszínen elérhető információs anyagokat, elsősegély helyet, együttműködést a helyi segítő szervezetekkel és intézményekkel.”

Még szintén 2000-ben, az Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkára kezdeményezésére egyeztetések folytak szórakozóhely tulajdonosok, a rendőrség és néhány egyéb érintett szervezet képviselői között, a táncos szórakozóhelyeken történő biztonságosabb szórakozás megvalósulási lehetőségeinek kidolgozása érdekében. Célja a szórakozóhelyek által nyújtott szolgáltatások színvonal-növekedése, magasabb standardok kialakulása, hosszabb távon a biztonságos szórakozás elvi és gyakorlati feltételeinek, mint minimális elvárásnak – mind fogyasztók, mind a szolgáltatók általi – megfogalmazása volt (Demetrovics

és Pelle, 2000). A program tervezetének vázlata 2000 júliusára készült el, majd az év végén megalakult a Biztonságos Szórakozóhelyek Egyesület (BSzE).

2002-ben jogszabályi szinten történt fontos változás a szórakozóhelyekkel kapcsolatban. A 4/1997. (I. 22.) Kormányrendelet<sup>12</sup> 1. sz. mellékletében kerülnek felsorolásra és meghatározásra az egyes üzletkörök, melyek között megtalálhatjuk mind a zenés szórakozóhely, mind a diszkó kategóriáját. A Kormányrendelet 2002. december 13. napi változatában a diszkó engedélyezése a következő szöveggel egészül ki: „Diszkó a különböző szeszes és szeszmentes italok értékesítése palackozva és kimérve, étel, gépzene szolgáltatás. A működési engedélynek az abban felsorolt adatokon túlmenően tartalmaznia kell az üzlet befogadóképességét. Az üzletben az ingyenes és korlátlan mennyiségű ivóvíz elérhetővé tételét – mellékhelyiségen kívül is – biztosítani kell. A 300 főt meghaladó befogadóképességű üzletben a fentiekben túlmenően folyamatos gépi szellőztetést, és a vendégek részére a szórakozóhely légtérétől elkülönülő, attól hűvösebb, csendes, pihenésre alkalmas, ülőhelyekkel ellátott helyiséget kell biztosítani” (Kemeczy, 2005).

2003-ban a minisztérium PHARE pályázat keretében pályázatot hirdetett „Biztonságos szórakozóhelyek” címmel, de a pályázati összeget nem tudta elkölteni az állam, mert a program meghirdetésekor kevés a területen aktívan tevékenykedő szervezet működött. A 8 nyertes pályázó közül például mindössze két szervezetnek volt már megelőzően is tapasztalata a szcénában folytatott ártalomcsökkentő tevékenységet illetően (Drog Fókuszpont, 2005).

2004-ben elindul az Agria party service, amely Egerben és kistérségében működik.

2005-ben egy Békéscsabán és kistérségében szolgáltatást nyújtó, valamint egy Székesfehérváron működő party service szolgáltatás kezd meg működését.

#### A TÁNCOS-ZENÉS SZÓRAKOZÓHELYEKET MEGCÉLZÓ ÁRTALOMCSÖKKENTŐ PROGRAMOK MŰKÖDÉSE SZÁMOKBAN

A kapcsolatteremtés és beszélgetések mellett a szervezetek munkatársai tájékoztató anyagokat, szórólapokat, valamint egyéb, a drogfogyasztás ártalmait csökkentő italokat, ételeket osztottak a szórakozó fiataloknak. A szolgáltatók 2006-ban körülbelül 4500 liter vizet, 3844 darab óvszert, 46 000 szórólapot, valamint szőlőcukrot, kekszet, vitaminokat, gyümölcsöt osztottak szét. 2007-ben 6000 liter vizet, 5722 db óvszert és 40 200 db szórólapot valamint szőlőcukrot, kekszet, vitaminokat, gyümölcsöt osztottak szét a programok.

<sup>12</sup> 4/1997. (I.22.) Kormányrendelet az üzletek működéséről és a belkereskedelmi tevékenység folytatásának feltételeiről

6. táblázat. A táncos-zenés szórakozóhelyeket megcélzó ártalomcsökkentő programok működése számokban (Forrás: Drog Fókuszpont 2005, 2007, 2008)

	Budapest*	Pécs**	Veszprém**	Debrecen**	Eger**	Békéscsaba**	Székesfehérvár**
Hatókör	országos (de főleg Budapest)	Dél-Dunántúli régió (Pécs, Kaposvár, Siófók)	Veszprém	Debrecen	Eger	Békéscsaba és kistérsége	Székesfehérvár
2005	47 rendezvény (57 nap) (be-csúlt forgalom 15260 fő)	63 rendezvény	6 rendezvény	26 rendezvény	16 rendezvény		
2006	21 rendezvény 19650 fő	160 rendezvény 1720 fő	-	27 rendezvény 911 fő	29 rendezvény 1451 fő	12 rendezvény 3300 fő	6 rendezvény 600 fő
2007	9 rendezvény 28000 fő	177 rendezvény 2102 fő	-	40-45 egyetemi buli, 8-10 fesztivál 2494 fő	26 rendezvény 1660 fő	4 fesztivál 3300 fő	6 rendezvény 612 fő

\* ez a program a kontaktusok számát az elvitt vizes poharak számával méri.

\*\* ez a program a személyes kontaktusok alapján vezet anonim nyilvántartást. A két típusú program így nem összehasonlítható

## ÁRTALOMCSÖKKENTÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI INTÉZMÉNYEKBEN

A büntetés-végrehajtási intézményekben fogva tartottak között egy 2004-es vizsgálat szerint átlag kétszer gyakoribb a kábítószer-használat előfordulása (Elekes, Paksi, 2004). A fogvatartottak 31,5%-a fogyasztott életében legalább egyszer tiltott szert a kutatás szerint. A heroin életprevalenciája körükben 7,4%, a kokainé 11,2% az amfetaminé 16,2% volt. A fogvatartottak 12,4% nyilatkozott úgy, hogy valamilyen tiltott szert rendszeresen használ. A fogvatartottak 7,9%-a fogyasztott legalább egy alkalommal valamilyen tiltott szert a börtön falain belül. A kábítószer-használat tehát létezik a magyar börtönök falain belül is, a legelterjedtebben használt szer a kannabisz, a legális Rivotril után. A heroin használata a börtönök falain belül bár előfordul, de ritka jelenség, csakúgy, mint az intravénás használat.<sup>13</sup>

Ártalomcsökkentő szolgáltatás a magyarországi büntetés-végrehajtási intézményekben jelenleg nincs. Metadon vagy más opiát szubsztitúciós terápia a fejezet

<sup>13</sup> Volt fogvatartott IDH-k személyes közlései alapján, előzetes eredmények, a Drogprevenziós Alapítvány kutatása.

megírásáig nem volt elérhető, sem fenntartó sem pedig detoxikációs céllal, a kliensek kérésére sem.

#### EREDMÉNYEK. A POTENCIÁLIS ÁRTALMAK ELŐFORDULÁSA SZÁMOKBAN 2000–2008 KÖZÖTT

Ahhoz, hogy valamilyen szinten meg tudjuk ítélni az ártalomcsökkentő programok hazai szerepét, látnunk kell, hogyan alakultak velük párhuzamosan a csökkenteni próbált ártalmak ebben az időszakban.

#### INTRAVÉNÁS DROGHASZNÁLAT

A fejezet elején szoltunk az intravénás droghasználat elterjedtségének felbecsülésének nehézségeiről. A rendelkezésre álló egészségügyi regisztrációs adatok a 2000–2008-as időszakban nem utalnak az intravénás droghasználat növekedésére. Nincs jelenleg olyan kutatási eredményünk, ami az injektlás gyakorisági változásával foglalkozna. A túcsereprogramok kliensszáma Budapesten folyamatosan nő, de ez lehet, hogy csak az újonnan nyílt programoknak tudható be, vagyis annak, hogy egy eleve létező populációhoz jutottak el.

#### TÚLADAGOLÁSOS HALÁLESETEK

A kábítószerrel kapcsolatos közvetett, nem direkt túladagolások esetekről (bal-esetek, erőszakos cselekmények, egészségügyi szövődmények) szőrványos adatokkal rendelkezünk, melyeket következtetések levonására nem tartunk alkalmasnak. Az EMCDDA definíciója szerint kábítószer okozta halálról akkor beszélünk, ha egy vagy több drog közvetlenül (mérgezéssel vagy túladagolással) okoz halált, és legalább az egyik drog kábítószer volt (EMCDDA, 2008c). A tiltott szerekkel kapcsolatos közvetlen halálok, a túladagolások stabilan alacsonynak mondhatók Magyarországon, túlnyomó részük a fővárosban történik. Többségüket opiátok (többnyire heroin) teszik ki, a többi szerrel összefüggésben évi pár eset történik.

Az opiát-túladagolások esetek is enyhe csökkenést mutatnak 2000 és 2007 között. Bár nem tudunk ilyen kismértékű elmozdulásokból feltétlen változásra következtetni, a csökkenés hátterével kapcsolatban érdemes pár tényezőt megemlíteni. A hivatalos statisztikák szerint 2000 és 2007 között nem nőtt a heroin fogyasztása Magyarországon. Sokáig előfordult, hogy a túladagolások esetekhez az IDH-k nem mertek mentőt hívni a rendőrségtől való félelem miatt. Az adatvédelmi

7. táblázat. A kábítószer-használatat közvetlenül összefüggő halálozások<sup>14</sup> (Forrás: Drog Fókuszpont éves jelentések 2004-2008; GYISM, 2002, 2003)<sup>15</sup>

	2000	2001	2002 <sup>15</sup>	2003	2004	2005	2006	2007
Heroin	-	-	n.a.	-	8	13	22	17
Metadon	-	-	n.a.	-	2	2	0	1
Morfin	-	-	n.a.	-	2	-	2	1
Opiátok	35	39	n.a.	24	-	-	-	-
Szintetikus fájdalomcsillapító	-	-	n.a.	-	-	-	-	1
Egyéb opiát	-	-	n.a.	-	2	1	-	2
Hallucinogének	-	-	n.a.	0	-	2	0	0
Amfetaminszármazékok	2	1	n.a.	4	-	6	0	1
„Ecstasy” MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA	-	-	n.a.	-	3	3	0	0
Kokain	-	-	n.a.	4	2	1	1	0
Egyéb kábítószer	-	-	n.a.	-	5	-	-	1
Heroin+kokain	-	-	n.a.	-	-	-	-	1
Opiát+egyéb szer együtt	-	-	n.a.	-	10			
Kannabisz	1	0	n.a.	0	-	-	-	-
Összesen	38	40	n.a.	32	34	28	25	25

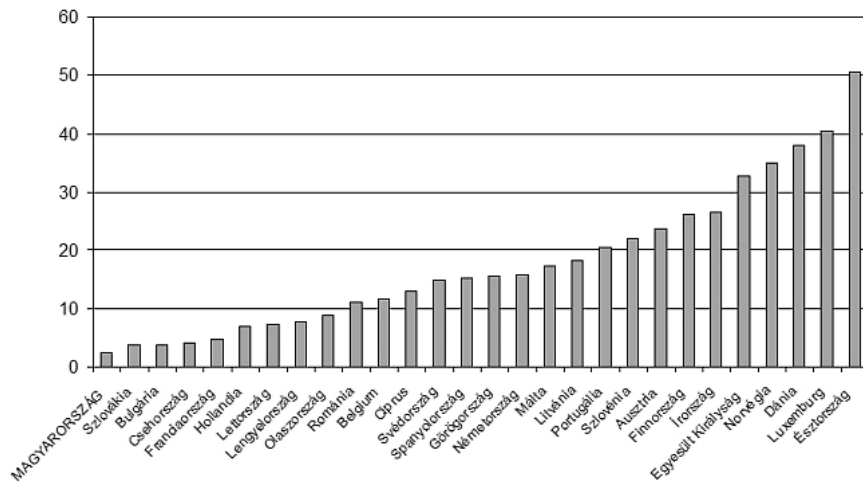
ombudsman a TASZ beadványára már 1998-ban megállapította, hogy az Országos Mentőszolgálat a segítségért hozzáfutó, rosszullevő, rosszullevő miatt gyógykezelésre szoruló drogfogyasztókról nem tehet bejelentést a rendőrségnek. Mivel később is előfordult, hogy rendőr érkezett a mentővel, 2005-ben az OMSZ főigazgatója levélben utasította a szegedi mentőszolgálatot, hogy „a jövőben csak abban az esetben kérjen a mentőegység a kábítószerrel rosszul lévő beteg ellátásához rendőri segítséget, amennyiben a beteg részéről támadás éri, valamint a rendőrséget is csak az egészségügyi adatok védelméről szóló törvényben foglalt esetekben értesítsék.” Hazánkban naloxonosztás az ártalomcsökkentő programokban nem történik, túladagolás-kezelési tréningek nincsenek, de a helyzet kezelésével kapcsolatos tanácsadás előfordul. Magyarországon a túladagolások időbeni kezelését megkönnyítő felügyelt biztonságos használói szoba nincs.

Az Európai Unióban a kábítószer-túladagolásokat tekintve Magyarország az egymillióra vetített halálozások számában az utolsó helyen szerepel.

<sup>14</sup> A különböző években különböző címkével jelentek meg a statisztikák, ezeket itt is különböztetve kezeljük.

<sup>15</sup> A 2002-es évre az adatok megbízhatatlansága miatt nem történt adatközlés.

8. ábra. Egymillió lakosra jutó kábítószer-fogyasztás miatt bekövetkezett halálesetek száma az Európai Unió tagállamaiban (Forrás: Drog Fókuszpont, 2008c)



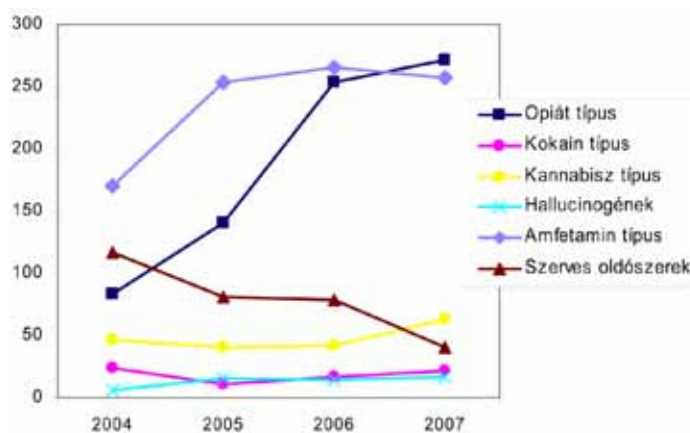
A túladagolások statisztikáit elővigyázatossággal kell kezelni, hiszen például 2000-ben szerepel a kannabisz is egy alkalommal, mint a halál közvetlen kiváltója, holott tudjuk, hogy ennek a szernek az akut toxicitása annyira alacsony, hogy a világon nincs egy halálos kannabiszmérgezést dokumentáló eset sem (Hall és Solowij, 1998), tehát biztos, hogy ezt a halált nem kannabiszmérgezés okozta. A 2005-ös és 2004-es MDMA halálok is megkérdőjelezhetők: A 2004-es esetekről nincs részletes információnk, de a 2005-ös három esetről alaposabb utánajárással kiderül, hogy egyiket sem „közvetlen MDMA-mérgezés” okozta. Az derült ki ugyanis, hogy egyikük öngyilkos lett, másikuk egy depressziós férfi volt, akinek a vérében nagy mennyiségű MDMA-t találtak, de halálának körülményeiről több információ nem ismert. A harmadik személy halálát sem MDMA-„mérgezés” okozta, hanem „nyomkarimás jármű általi lefejeztetés,” vagyis vonat gázolta el. A 2005-ös év két hallucinogén túladagolása sem kábítószerrel volt kapcsolatos, a halál oka az őszi kikerics gumójának száján át történő fogyasztását követően kialakuló heveny oxicolhcinmérgezés volt (Sárosi, 2006). A kokainnal és amfetaminnal kapcsolatos közvetlen haláloknál sem lehetünk teljesen biztosak abban, hogy a halált önmagában a szer okozta. A rekreációs környezetben használt kábítószerrel kapcsolatos halálozás tehát folyamatosan alacsony hazánkban, de valamivel pontosabb képet kapunk a helyzetről, ha áttekintjük a bejelentett kábítószer-mérgezések alakulását.



KÁBÍTÓSZER-MÉRGEZÉSEK

A kábítószer-mérgezési esetekről országosan nem, csak fővárosi szinten rendelkezünk megbízhatóbb adatokkal. Ahogy a 9. ábrán látható, az opiát típusú mérgezési esetek száma folyamatosan növekszik, az amfetaminé egy növekedés után csökken, továbbá a kannabisz típusú szerekkel kapcsolatos mérgezések mutatnak valamilyen szintű növekedést 2006 és 2007 között.

9. ábra. Kábítószer-mérgezési esetek a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán 2004 és 2007 között (Forrás: Drog Fókuszpont 2008)



AZ HIV- ÉS HEPATITISZPREVALENCIÁK ALAKULÁSA AZ INTRAVÉNÁS HASZNÁLÓK KÖZÖTT

Az intravénás használók között a HIV és a hepatitisz B, C vírusok előfordulásával kapcsolatban egyrészt a 2000–2008 között regisztrált esetek számából, másrészt a célzottan e populációban végzett szűrőkampányok eredményeiből nyerhetünk információt.

Az ÁNTSZ-ekben, kórházakban és szűrőhelyeken bejelentett és regisztrált HIV-, HCV- és HBV-pozitív IDH-k számából több okból nem kaphatunk igazán pontos képet. Egyrészt nem tudjuk, hogy a célcsoport mekkora része jutott el ezekre a szűrésekre. Másrészt a bejelentett esetek csak bizonyos százalékánál volt egyáltalán ismert a fertőzés módja, és még ha ismert is volt, nem biztos, hogy minden személy felfedte IDH voltát. Az 1985 és 2007 között regisztrált 20 HIV-pozitív intravénás droghasználó személy közül egy volt hazai állampolgár, aki a diagnosztizálás után nem sokkal elhunyt. A többi eset mind külföldi állampolgár volt. A diagnosztizált HBV-pozitív IDH-k száma a teljes diagnosztizált csoporthoz képest nagyon

8. táblázat. Az ÁNTSZ-ekben, kórházakban és szűrőhelyeken bejelentett és regisztrált HIV-HCV- és HBV-pozitív IDH-k száma (Forrás: Drog Fókuszpont éves jelentések 2004–2008; GYISM, 2002, 2003)

	Regisztrált HIV+ IDH	Az összes regisztrált eset között %-ban	Bejelentett HCV+ IDH	Az összes regisztrált eset között %-ban	Bejelentett HBV+ IDH	Az összes regisztrált eset között %-ban
1985–2002	12	1,15%				
2000			5	8,5%	0	0%
2001			5	11,6%	6	3,8%
2002			3	7,1%	6	3,8%
2003	1	1,6%	2	6,7%	7	4,9%
2004	2	2,7%	11	27,5%	6	4,6%
2005	2	1,9%	1	4,5%	1	0,8%
2006	0	0%	4	13,8%	0	0%
2007	3	2,5%	5	22,7%	2	2,5%
Összesen	20	1,3%	36	12,5%	28	2,7%

alacsony. Feltételezhető, hogy a HBV esetek nagy részére a spontán gyógyulás és a fent említett tényezők miatt ebben a rendszerben nem derül fény. A diagnosztizált HCV-pozitív IDH-k száma ugyanakkor 12,5%, amely jelentősebb problémára utal, amelyet a kifejezetten ezt a célcsoportot vizsgáló kutatások meg is erősítenek.

Az Országos Epidemiológiai Központ 2006-ban, 2007-ben és 2008-ban az ország tűcsere és metadon központjainak segítségével az intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések HIV, HBV, HCV évi prevalenciájának felmérését végezte el. A szűrővizsgálat során az ujjbegyből történő vérvételt követően szárított vérminta felhasználására került sor, amely technikának bevezetése ezekben a vizsgálatokban történt meg először hazánkban.

9. táblázat. Az Országos Epidemiológiai Központ 2006 és 2007 évi szűrőkampányának eredményei (Forrás: Fókuszpont jelentés 2006, 2007)

	HIV		HBV			HCV		
	elemszám	pozitív eset	elemszám	pozitív eset	%	elemszám	pozitív eset	%
2006	300	0	300	4	1,3	287	83	28,9
2007	567	0	564	2	0,4	548	141	25,7

Ami első látásra szembetűnő, hogy egy ekkora populációban sem sikerült egyik évben sem HIV-pozitív esetet kimutatni. Ezelőtt a két kutatás előtt joggal lehetett

gondolni, hogy a nem kellő lefedettség miatt nem tudjuk, hogy mi a helyzet a HIV-et tekintve. Az, hogy a 2006-ban a tűcsereprogramok és metadonközpontok által elért, illetve kezelt kb. 2365 emberből 300 (12,6%) és a 2007-ben elért, illetve kezelt 2802 emberből 567 (20,23%) esetében egy HIV-pozitív esetet sem találtak, mindenképpen azt kell, hogy mutassa, hogy járványról semmiképpen nem beszélhetünk. Azt, hogy a vírus jelen lehet, természetesen nem zárhatjuk ki, de egyelőre annyira alacsony szinten, hogy még kimutatni sem lehet. Ez, ismerve a nyugat-európai, kelet-európai és ázsiai növekvő tendenciákat, nagyon pozitív helyzet. Nem ismerünk adatot arról, hogy a hazai intravénás droghasználók injekciós magatartása bármiben különbözne a világ többi országának használóiétól, ezért ehhez az eredményhez köze lehet a hazai ellátórendszernek, köztük is a tűcsereprogramoknak. A megfelelő adatok és kutatások híján ugyanakkor a tűcserek léte és az alacsony HIV-prevalencia közötti kapcsolat hangsúlyozásával elővigyázatosnak kell lennünk. Némileg árnyalja például a képet az a kutatási tapasztalat, hogy 2006-ban a tűcsereprogramokban megforduló kezelésen kívüli problémás droghasználók ( $n = 67$ ) jelentős része használt már tűt másokkal közösen injekciós droghasználók (28%-uk az elmúlt 30 napban is! Eszközeiket még ennél is többen osztották meg az elmúlt 30 nap folyamán (40,3%) (Márványkővi és munkatársai, 2006).

A hepatitisz B vírus jelenléte mindkét vizsgálatban nagyon alacsony számban volt kimutatható, de ez az eredmény nem mond semmit a lezajlott, de már gyógyult fertőzések számáról (a kötelező HBV védőoltás 1999-es bevezetése miatt a 2007-ben 23 évesnél fiatalabbak gyakorlatilag védettek voltak a betegséggel szemben.)

A hepatitisz C vírus esetében ugyanakkor sokkal rosszabb helyzettel kell szembeeselnünk. Mindkét évben nagyjából azonos arányban 28,9% illetve 25,7% volt a HCV-fertőzöttség a vizsgált populációban, vagyis majdnem minden harmadik, az alacsony küszöbű intézményekkel kapcsolatba lépő injekciós droghasználó Magyarországon hepatitiszvírus-hordozó.

2008-ban összességében a férfiak és a nők HCV-fertőzöttségi arányában az eltérés nem volt szignifikáns ( $p > 0,5$ ), azonban kiugróan magas, az átlagos prevalencia érték közel kétszerese (51,7%) volt megfigyelhető a 34 évesnél idősebb nők körében. Az intravénás használat kezdetét tekintve a hepatitisz C-fertőzöttség aránya legmagasabb (32%) volt azok körében, akiknél nem régebben, mint 2-4 éve történt az első injekciós droghasználat. Azon intravénás kábítószer-használók csoportjában, akiknél az első injekciós droghasználat 10 évnél régebben történt, 31,3%-os volt a HCV-fertőzöttség aránya. Amennyiben az első szerhasználat 5-9 éve történt, a pozitívítási arány 26,4% volt, míg az új kábítószer-használók közül csak heten (8,4%) fertőződtek a vírussal. Az opiátfogyasztó intravénás kábítószer-használók közül szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) többen voltak HCV-fertőzöttek (27,5%) mint a nem opiátfogyasztók (21,2%).

Budapesten ( $n = 308$ ) jóval magasabb volt a HCV-pozitívak aránya ( $n = 111$ , 36%), mint vidéken ( $n = 240$ , 12,5%). Azokban a vidéki városokban viszont, ame-

lyek nagyobb mintát tudtak leszűrni, valószínűleg az intravénás használók nagyobb előfordulása miatt, a szám magasabb volt, Pécs esetében 18,6%, Szegeden 25%, Veszprémben 42,9% (e város esetében a mintaszám statisztikailag alacsonynak számít  $n = 14$ ) (OEK, 2007).

Budapest területi különbségeit jól érzékelteti, hogy az egyik szolgáltató 2006-ban nyílt, és rendkívüli gyorsasággal sok (többségében amfetamininjektáló) embert elérő 8. kerületi fix telephelyű program által beküldött 70 minta 75%-a bizonyult HCV-pozitívna, ami nagyon magas szám! A legnagyobb budapesti metadonközpont 80 mintájából „csak” 18% bizonyult HCV-pozitívna (OEK, 2007).

A hepatitisz vírussal kapcsolatban világszerte kevésbé egyértelmű a tűcsereprogramok hatékonysága. A hepatitisz C jóval előbb jelent meg az IDH-k körében, mint a HIV, és lényegesen virulensebb is annál, így a legtöbb országban nem a járvány megelőzése, hanem már csak a visszafordítása lehetett a kitűzött cél. Az eredmények egyelőre nem olyan egyértelműek, mint a HIV esetében, és valószínű, hogy a hepatitisz terjedésének megelőzésével kapcsolatosan új módszerek kidolgozására van szükség, a tesztelési és kezelési lehetőség növelése mellett (Hunt és munkatársai, 2003).

#### KÖZTÉRI DROGHASZNÁLAT

Magyarországon a köztéri kábítószer-használat soha nem volt igazán jellemző, nyílt drogscénák nem alakultak ki. Budapesten egyes kerületekben fellelhetők olyan elhagyott házak, környékek, ahol az eldobált fecskendőkből rendszeres és jelentős intravénás droghasználatra lehet következtetni. A jelenség még nem öltött olyan méretet, hogy biztonságos droghasználói szobák létesítésére több oldalról is felmerüljön az igény, habár a Budapest nyolcadik kerületében azonosított 75%-os HCV-pozitivitás az IDH-körében felveti az ilyen programok megnyitásának lehetőségét!

#### HAJLÉKTALANSÁG ÉS MUNKANÉLKÜLISÉG

A hajléktalanság és munkanélküliség a problémás kábítószer-használathoz társuló két olyan teher, amelyeken az ártalomcsökkentő programok megpróbálhatnak enyhíteni.

Nincsenek pontos adataink arról, hogy az ártalomcsökkentő programok klientúrájának mekkora aránya hajléktalan, vagy munkanélküli. Az egészségügyi kezelésbe kerülő kábítószer-használók TDI<sup>16</sup> adatai az adatszolgáltatás lassan egyre

<sup>16</sup> Kezelési Igény Indikátor

pontosabbá válásával már árnyalni tudják a képet. 2007-ben például 1185 nem elterelésben megjelenő kliens TDI adatai<sup>17</sup> szerint 90%-os feldolgozottság mellett, a mintába kerülők 27%-a volt munkanélküli, amely három és félszerese az országos értéknek. A minta 10%-a nem rendelkezett állandó lakhellyel (Drog Fókuszpont, 2008). Valójában nincs pontos képünk arról, hogy az alacsonyküszöbű szolgáltatók és ezen belül az ártalomcsökkentő programok mekkora arányban nyújtanak a hajléktalanságot és munkanélküliséget csökkentő szolgáltatásokat, csak egyes, modell értékű programokról van tudomásunk, Budapesten és vidéken is (Rácz és Márványkövi 2005). A kevés ilyen program hosszabb-rövidebb időre átmeneti szállásokat nyújt kábítószer-használók számára. A munkaerőpiaci reintegrációt tekintve az ártalomcsökkentő programok inkább munkával kapcsolatos tanácsadást nyújtanak, a konkrét munkaközvetítés, esetleg munka adása nem jellemző.

## DISZKUSSZIÓ

A tűcsereprogramok minden Európai Unió államában elérhetőek, többnyire erre specializált alacsonyküszöbű intézményekben, de nyolc országban speciális patikai programokban is. A legtöbb Unió országban ahol a heroininjektálás az utóbbi időben gyakoribb, az alacsony küszöbű és ezen belül a tűcsereprogramok növekedéséről lehet beszámolni, de az anyagi nehézségek miatt csökkenés is előfordul pár ilyen államban (Bulgária, Lengyelország, Románia<sup>18</sup>). Azokban az országokban, ahol a heroinhasználat hulláma korábbra tehető, a fecskendő igény stabilizációját és csökkenését lehet megfigyelni. Általánosságban a szubsztitúciós és tűcsere szolgáltatások az utóbbi két évtizedben hamar elterjedtek lettek az Unióban, de a lefedettség tekintetében jelentős különbségek vannak az országok között (Európai Bizottság, 2008).

A nemzeti karakterisztikák, az igények és a válaszok különbözősége, az adatgyűjtések különbözőségei miatt nehéz Magyarországot összevetni más európai országokkal a tűcsereprogramok viszonylatában. Csehországban például, amely Magyarországgal nagyjából azonos lélekszámú ország, a becslések szerint sokkal többen használnak intravénásan kábítószerket, mintegy 29 000 ember (2006-os becslés), akik közül sokan metamfetaminhasználók (a pervitinhasználók számát 19 700-ra becsülik), akiknek többször van szükségük napi injektálásra. Nem csoda, hogy tűcsereszámaiban is messze felülmúlja hazánkat Csehország: 2006-ban

<sup>17</sup> 36,1% kanabiszt, 28,8% opiátot, 13,9% stimulánsokat használt elsődleges szerként.

<sup>18</sup> Románia például teljesen külső szponzorok által finanszírozta a tűcsereprogramokat Bukarestben. 2005-ben még több mint egy millió tűt osztottak ki a fővárosban, a források elapadása után 2006-ban már csak 300 000-et (EMCDDA, 2008a).

4 millió fecskendő osztott szét az ország 90 ártalomcsökkentő programja. Hazánkhoz hasonlóan az IDH-k között előforduló HIV-pozitívák száma itt is 1% alatti (EMCDDA, 2008b). A nálunk lakosságában fele akkora Szlovákiában 2006-ban több mint kétszer annyi fecskendőt adtak ki, mint nálunk. 2006-ban az intravénás használók számát Szlovákiában 13 700–34 300-ra tették (7500–19 000 opiát és 6000–15 000 pervitinhasználó). Az IDH-k közti HIV előfordulásáról sajnos nincsenek adataink.

A velünk nagyjából azonos lakosságú Portugáliában vagy Ausztriában is nagyságrendileg több tűt osztanak ki. Portugáliában 2006-ban 10,9% és 20,2%-közötti HIV-pozitivitást szűrtek ki az önkéntes tesztre jelentkező IDH-k között, és ebben az országban már 1993 óta masszív tűcsere kampány folyik. Érdekes, hogy ebben az országban a Nemzeti AIDS Bizottság a Gyógyszertárak Szövetségével együtt hozta létre 1993-ban a tűcsereprogramot, amely mostanra az ország patikáinak felét, számos mobil egységet, és civil szervezetet foglal magába. 1993 és 2006 között 38 millió tűt és fecskendőt cseréltek ki a program részeként. Magyarországon mindkét szervezetnek van megfelelője, de e két szervezet semmit nem tett a kábítószer-használók közötti HIV és hepatitisz megelőzésért (hazánkban nem lehetett elérni, hogy a főgyógyász körlevelet küldjön a patikáknak, hogy a droghasználókat kivétel nélkül mindenhol szolgálják ki).

A különbségeket tehát olyan sok tényező határozza meg, hogy nem lehet egykönnyen megmondani, nálunk miért adnak ki ennyi fecskendőt, máshol pedig fele annyit vagy tízszer többet. Biztosan múlik a probléma valós és észlelt nagyságán, múlik a hivatalos szervek elkötelezettségén, múlik a források mennyiségén is. Sokban múlik azon a pár emberen, akik ezen a területen dolgoznak, és munkásságukkal előmozdítják, vagy éppen folyamatosan akadályozni próbálják a programok elterjedését. Hazánkban is mindkettőre a mai napig van példa. Múlik a jogszabályi környezeten, azon, hogy a rendőrség mennyire partner a programokkal, és mennyire tekinti céljának a droghasználók üldözését, illetve mennyire gyorsan tud alkalmazkodni a megváltozott viszonyokhoz. Múlik azon, hogy mennyire „szúr szemet” és nyújt kellemetlen látványt a probléma, vagy mennyire rejtett. Múlik a lakosság tájékozottságán, azon, hogy volt-e, mikor és milyen HIV/AIDS felvilágosító kampány az országban. Múlik a kábítószer-használókra ragadt stigma nagyságán, az adott társadalom pragmatizmusán, vallásosságán vagy épp moralizálásra hajlamosságán. Múlik azon, hogy a „szakma” mennyire képzett vagy nyitott, mekkora erőforrásokkal rendelkezik, és még sorolhatnánk. Magyarországon adott egy továbbra is ismeretlen nagyságú, de biztosan több ezres, és az ezredforduló óta a jelek szerint nem növekvő létszámú intravénás droghasználó csoport, akik többnyire heroint és amfetamint injektálnak. Eddigi tapasztalataink szerint túlnyomó részben a fővárosban. Vidéken Szegedet, Miskolcot és Pécsét leszámítva alig vannak intravénás használók – legalábbis akik a szolgáltatásokkal kapcsolatba lépnek. Természetesen nem kizárt,

hogy a többi vidéki program nem éri el az egyébként létező IDH-populációt. Ami ennél elképzelhetőbb, hogy vannak olyan fehér foltok az országban, akár falvak vagy városok, ahol létezik intravénás droghasználó közösség, de valamiért nem tudunk róluk, vagy nem tudunk róluk annyira, hogy valaki tűcsereprogramot próbáljon meg nyitni ott. Ahogy a nyolcadik kerületben a 2006-ban megnyílt fix telephelyű tűcsereprogram másfél év alatt ezres nagyságrendű, gyakorlatilag teljesen új intravénás populációra „talált rá,” ugyanúgy előfordulhat, hogy mondjuk, ha Dunaújvárosban vagy Győrben nyílna egy program, hirtelen hasonló esetszámokkal találkozna. Magyarország észak-nyugati felén nincsenek tűcsereprogramok. Nem tudjuk, hogy ha lenne rá igény, akkor már lenne-e erre utaló jel. Lehet, hogy ez egy olyan „rejtőzködő populáció,” amely a program megnyitása után jelenne csak meg. A 2000 és 2007 közötti adatokat áttekintve továbbra is relevánsnak tűnik Márványkövi és Rácz (2005) következtetése, miszerint egy csökkenő injekciós használat mellett a tűcsereprogramok egyre nagyobb arányban jutottak el injekciós használókhoz, és nőtt a programok által lefedett populáció nagysága. Mindenesetre az adatokból az látszik, hogy ha hazánkban jóval nagyobb lenne a probléma, mint aminek nagyjából észleljük, akkor ennek meg kellene mutatkoznia a kábítószer-túladagolás statisztikáiban, az egészségügyi rendszerben megjelenő kliensek számában, vagy a HIV–hepatitisz pozitív esetek számának emelkedésében. Egyelőre ezek a számok Magyarországon stabilan alacsonyak.

Több mint fél millióan részesülnek opiátszubsztitúciós kezelésben az Európai Unióban, ez a becsült problémás opiáthasználók egy harmadát érinti. Ahol az adatok ezt lehetővé teszik, az EU országokban 5% és 50%-közé teszik a problémás opiáthasználók szubsztitúciós kezelésbe vonását (Európai Bizottság, 2008). Az Európai Bizottság elemzésében megállapítja, hogy biztosítani kell azt, hogy ezek a szolgáltatások elérhetőek és fenntarthatóak legyenek, és lefedjék az egyes országok egész területét (Európai Bizottság, 2007). Az EU-ban a legelterjedtebb szer a metadon, de egyre inkább használják a buprenorfint is, főleg a háziorvosi rendszerben. Lassan ható morfint, kodeint és heroint (diacetil-morfin) is használnak egyes országokban. A metadonkezelést kiegészítő, vagy önálló heroinkezelést alkalmaznak jelenleg kontinensünkön Németországban, Hollandiában, (és a nem EU-tag Svájcban), Spanyolországban és bizonyos engedéllyel rendelkező orvosok Nagy-Britanniában. Dániában 2009-ben kezdik meg ezt a kezelési formát és tervbe van véve Luxemburgban is. Magyarországon heroin mint fenntartó szer jelenleg nem elérhető.

Nemzetközi összehasonlításban továbbra is alacsonynak ítélnék meg az opiáthasználók helyettesítő kezelésbe vonásának arányát hazánkban, még akkor is, ha pontosan nem tudjuk, hogy hányan vannak az opiáthasználók. A fent említett Csehországban 3700-an, Portugáliában 22 922-en, Ausztriában 8120-an, de például Németországban 64 500-an voltak valamilyen formájú helyettesítő kezelésben

2006-ban (EMCDDA, 2007). Északkelet-Magyarországon, Nyíregyházán, Debrecenben vagy Északnyugat-Magyarországon, Győr-Sopron megyében nem lehet metadonkezeléshez hozzáférni, sok régióban nincs metadonkezelés, sokszor 2-300 kilométert kell utaznia egy betegnek, hogy kezeléshez jusson, ha egyáltalán hozzá tud jutni. Hazánkban a helyettesítő kezelésre egészen biztos, hogy továbbra is jóval nagyobb az igény, mint amit az egészségügyi rendszer kielégít. Márványkövi és mtsai. (2006) a kezelésbe jutás akadályait vizsgáló kutatásukban a tűcsereprogramokban megkérdezettek – bár a megkérdezést megelőző egy évben legtöbbjüknek erre volt igénye – a legnehezebben, a hosszú várakozási idő miatt nagyon nehezen igénybe vehető kezelési formának a metadonkezelést tartották. Budapesten a metadont adó ambulanciákon folyamatosan várólisták vannak, a programba bekerülni nehéz, noha elvileg ennek a kezelési formának alacsonyküszöbűnek, könnyen elérhetőnek kellene lennie. Ennek számos oka van, melyekből ha nem is mindent, de többet rég óta ismerünk. Egyrészt bürokratikus akadályai vannak annak, hogy kellő létszámban lehessen embereket felvenni a programba: ilyen a teljesítményvolumen-korlátozás, vagyis az előző évi forgalom bizonyos százalékánál többel nem nőhet az adott évben a kezelt létszám. Nem minden intézmény kap OEP befogadást (A 2008 végén Budapesten működő három programból csak egynek volt OEP befogadása), vagyis az Egészségügyi Pénztár egyszerűen nem fizeti ki a metadonkezelést, és a gyógyszert az intézménynek más forrásból kell kifizetnie. Továbbá nem minden esetben elegendő a metadonkezelésért kapott pontszám ahhoz, hogy az ambulancia személyzetét és a komplexebb ellátást finanszírozni lehessen.

Mindazonáltal a bürokratikus korlátok olyan nagyon nem magasak, hogy ha egy szervezet, vagy egy orvos metadonkezelést akar végezni, akkor ne tudná megtenni. Valójában hazánkban túl kevesen vannak azok a pszichiáterek, szakorvosok, akiket „érdekelne” ez az ellátási mód. Megfogalmazódnak olyan vélemények is, hogy az ambulanciák kapacitását leterhelik az eltereléssel a rendőrség által „szállított” kliensek, de felmerül az is, hogy kényelmesebb lehet a büntetés elől „elterelt” kannabiszhasználókkal alkalmanként találkozni, mint felvállalni a helyettesítő kezelésben lévő heroinhasználóval való napi találkozásokat. A fenntartó kezelés az addiktológus szakma által elfogadott kezelési forma. A metadonközpontok több rehabilitációs intézménnyel folyamatos kapcsolatot tartanak fenn, sok ilyen intézménnyel jó a kapcsolatuk, de a rehabilitációs szakma részéről a mai napig megosztott a vélemény a fenntartó kezeléssel kapcsolatban.

Az opiátokkal, de a más kábítószerekkel kapcsolatos károknak valóban jó részét az illegalitás és az illegalitáshoz kapcsolódó életforma adja. A nyugat-európai bizonyítékok egyre inkább afelé mutatnak, hogy a heroinhasználat egészségügyi, szociális, anyagi, bűnözési stb. problémáit a leghatékonyabban maga a heroin orvosi biztosítása tudja csökkenteni – amíg a személy eljut addig a pontig, hogy el akarja és el tudja hagyni a szert és absztinenssé válik. Ha sikerül persze, onnantól az



absztinencia hatékonyabb, egészségesebb és olcsóbb. Sajnos messze vagyunk még attól, hogy a magyar orvos társadalom, hovatovább a politika ezt felismerje.

Az Európai Unióban a bebörtönzöttek körében az injektló kábítószer-használat életprevalenciája Európában 7% és 38% közötti (Európai Bizottság, 2007). Az Unióban három országban van lehetőség tű- és fecskendőcserére börtönökben. Spanyolországban például 38 börtönben van lehetőség tű- és fecskendőcserére. A szubsztitúciós és helyettesítő detoxifikációs kezelések 17, illetve 19 országban férhetők hozzá börtönökben, habár a regionális lefedettség nagymértékben eltérő. Magyarországon a büntetés-végrehajtási intézményekben helyettesítő kezelés nincs, néha akkor sem elérhető, ha maga a kliens kéri, vagy korábban kint ilyen kezelésben vett részt. Óvszerostást 16 ország börtöneiben végeznek. Az Európai Bizottság megállapította, hogy a börtönökben megvalósuló ártalomcsökkentő beavatkozások az Európai Unión belül még mindig nincsenek összhangban az ENSZ Közgyűlése (1990), az UNAIDS/WHO (1993) és az UNODC (2006) által elfogadott egyenértékűségi elvvel, amely a börtönben és a társadalom számára azon kívül elérhető egészségügyi szolgáltatások és ellátás (beleértve az ártalomcsökkentést is) közötti egyenértékűsége szólít fel. Ezért lényeges az, hogy az országok a börtönviszonyokra kidolgozott ártalomcsökkentő tevékenységeket fejlesszenek ki, amelyek a börtönökben a droghasználók és az alkalmazottak igényeihez igazodnak, és hozzáférhetőbbé tegyék a szolgáltatásokat. A börtönből való szabadlábra helyezést követően is biztosítani kell azt, hogy ezek a szolgáltatások – a minőség és hozzáférés tekintetében is – elérhetők maradjanak (Európai Bizottság, 2007).

A táncos-zenés szórakozóhelyekkel kapcsolatban a következő megállapításokat tehetjük. Az Európai Unióban az ártalomcsökkentés elterjedt az éjszakai szórakozóhelyek világában (klubok, ravek, fesztiválok), amely leginkább információátadásban merül ki a rekreációs droghasználat potenciális ártalmairól (honlapok, szóróanyagok, telefonos vagy internetes segítségvonalak formájában). Az EU két tagországa biztosít jelenleg hivatalos formában helyszínen tablettatesztelést, ez Ausztria és Spanyolország. Franciaországban, Németországban és a Cseh Köztársaságban jogi okokból, Belgiumban pénz szűkében megszüntették ezt a szolgáltatást (Európai Bizottság, 2007). Magyarországon mostanáig nem volt lehetőség a bizonytalan hatóanyag-tartalmú tablettát használat előtt szakértővel bevizsgáltatni. Arra sincs jelenleg lehetőség, hogy a Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet laborjaiban a lefoglalások miatt állami pénzen kötelezően bevizsgált tabletták hatóanyag-tartalmáról meglévő részletes információhoz hozzá lehessen férni. Jelenleg informálisan, honlapok fórumain, a használók beszámolóiból lehet viszonylag időben információt szerezni a tabletták minőségéről. A többnyire önkéntesekkel, kortársakkal működő „parti szervíz” vagy a professzionális segítőket alkalmazó „bulisegély” programok sok szórakozó fiatalhoz jutnak el évente. Bár nem született eddig becslés arra,

hogyan élnek rekreációs drogokkal hétfégenként a diszkókban, valószínű, hogy sokkal többen, mint akikhez ezek a programok az információikkal eljutnak. A „partiszervíz” programok az underground eseményeken kapnak részvételi lehetőséget, de ez a közeg az „overground” diszkók látogatóinál valószínűbben tudatosabb, kontrolláltabb használatot rendelkezik. A mainstream szórakozóhelyeken, ahol „tagadják a problémát” – a potenciális „drogos hely” stigma és profitvesztés miatt – valószínűleg problémásabb illegális és legális droghasználat zajlik. Ide ezek a szolgáltatások nem, vagy kevéssé jutnak el. Szerencsére a rekreációs színtér kábítószer-használatára az esetleges intenzívebb szakaszok után is a normalizáció jellemző (Csák és mtsai, 2005) a drogambulanciák kliensei között alacsony a rekreációs színterről érkezők aránya, és a fatális kimenetelű balesetek is nagyon ritkák.

#### FELHASZNÁLT IRODALOM

- Adatvédelmi Ombudsman (1996): *A kábítószer-függők gyógykezelésére szakosodott intézményekben a betegek személyiségi jogait sértő rendőrségi ellenőrzésekről szóló 172/A/1996. számú ajánlás*, 1996. április 29., Budapest.
- Adatvédelmi Ombudsman (1998): *A drogfogyasztás okozta rosszullet miatt kibívtott mentőszolgálatnak a betegek személyiségi jogait sértő gyakorlatával kapcsolatos adatvédelmi biztosi ajánlás (522/A/1997)* Budapest, 1998. február 27.
- Adatvédelmi Ombudsman (2003): Az adatvédelmi biztos a túcsereprogramról, 2003.08.19. ügyszám: 909/K/2002–2.
- Állampolgári jogok országgyűlési biztosa (1997) 739/A/1997-23. számú adatvédelmi biztosi ajánlás, 1997, Budapest
- Az Európai Unió Tanácsa (2003): The Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence url: <http://href.hu/x/2kz9>
- Az Európai Unió Tanácsa (2005a): *Az EU drogstratégiája (2005–2012)* Az Európai Unió Tanácsa, Brüsszel 2005. 3.25.4, 11. o. URL: <http://href.hu/x/6kbg>
- Az Európai Unió Tanácsa (2005b): *Az EU kábítószer-ellenes cselekvési terve (2005–2008)* Az Európai Unió Tanácsa, Brüsszel 2005, 13. o. 15–16. pont URL: <http://href.hu/x/6kbh>
- Csák, R., Forstner, M., Márványkövi, F. és Rácz, J. (2005). *Kvalitatív panelvizsgálat a budapesti elektronikus zenei partiélet szereplői, valamint a drogpolitika megvalósítói körében.* ELTE TÁTK Drogtanulmányok Kutatóintézete
- Demetrovics, Zs. (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein.* L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Demetrovics, Zs. (2005): The characteristics of psychostimulant use in the Hungarian

- party scene. The Inaugural European Association of Addiction Therapy Conference. Budapest, 2005. július 6–8. Összefoglaló 13. o.
- Demetrovics, Zs. és Menczel, Zs. (2004): Droghasználat parti-látogató fiatalok körében. A Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, 2004. október 21–23. Összefoglaló 12–13. o.
- Demetrovics, Zs. és Pelle, A. (2000): „Biztonságos szórakozóhely” program. Ajánlás valamint elméleti és jogi háttéranyag a táncos szórakozóhelyek biztonságos üzemeltetéséhez. *Személybetegségek*, 8(6), 433–441. o.
- Demetrovics, Zs., Nádas, E., és Kun, B. (2005): Rekreációs droghasználat Magyarországon – előzmények In.: *Partik, Drogok, Ártalomcsökkentés – Kvalitatív Kutatások a Parti Szcénában*, szerk.: Demetrovics, Zs. és Rácz, J., Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Szakmai Forrás Sorozat, Kutatások VIII. L'Harmattan Kiadó, 2008.
- Demetrovics, Zs., Kun, B., Nádas, E., Vadász, P. (2005): A magyarországi táncos-zenei rekreációs szintéren megjelenő droghasználat jellemzői. In.: *Partik, Drogok, Ártalomcsökkentés – Kvalitatív Kutatások a Parti Szcénában*, szerk.: Demetrovics, Zs. és Rácz, J., Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Szakmai Forrás Sorozat, Kutatások VIII. L'Harmattan Kiadó, 2008.
- Drog Fókuszpont (2004): 2004-es éves jelentés az EMCDDA számára – „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2004, Budapest.
- Drog Fókuszpont (2005): 2005-ös éves jelentés az EMCDDA számára – „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2005, Budapest.
- Drog Fókuszpont (2006): 2006-as éves jelentés az EMCDDA számára – „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2006, Budapest.
- Drog Fókuszpont (2007): 2007-éves jelentés az EMCDDA számára – „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2007, Budapest.
- Drog Fókuszpont (2008): 2008-as éves jelentés az EMCDDA számára – „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2008, Budapest.
- Drog Fókuszpont (2008b): A túcsere adatok évi bontásban – a Fókuszpont a szerző kérésére küldött összesített adatai.
- Drog Fókuszpont (2008c): Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás – Tények és számok [www.drogfokuszpont.hu](http://www.drogfokuszpont.hu)
- Elekes Zs., Nyírády A. (2006). A problémás drogfogyasztás elterjedtségének beclése. Nem publikált tanulmány. 2006-os ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2006 28. old.

- EMCDDA (2007): Statistical Bulletin, Table HSR-3. Estimated number of clients in methadone treatment and of clients receiving any opioid substitution, <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/hsrtab3a>
- EMCDDA (2008a): Country Overview: Romania <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ro>
- EMCDDA (2008b): Country Overview: Check Republic <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/cz>
- EMCDDA (2008c): Drug-related infectious diseases and drug-related deaths, [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)
- Európai Bizottság (2007): A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről szóló 2003. június 18-i tanácsi ajánlás végrehajtásáról, COM/2007/0199, Az Európai Közösség Bizottsága, Brüsszel, 18.4.2007.
- Európai Bizottság (2008): Commission Staff Working Document  
Accompanying document to the Communication From The Commission To The Council And The European Parliament On an EU Drugs Action Plan 2009–2012  
Report Of The Final Evaluation Of The Eu Drugs Action Plan (2005–2008) Sec(2008) 2456 Bruxelles, le 18.9.2008.
- GYISM (2002): *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről*, Gyermek Ifjúsági és Sportminisztérium, 2002, Budapest.
- GYISM (2003): *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről*, Gyermek Ifjúsági és Sportminisztérium, 2003, Budapest.
- Hall W., Solowij N. (1998): Adverse effects of cannabis, *The Lancet*, 1998; 352(9140): 1611–6.
- Hunt N., Trace M., Bewley-Taylor D. (2003): *Reducing drug related harms to health: an overview of the global evidence*, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2003.
- IHRA (2002): What is harm reduction? <http://www.ihra.net>
- ISM (2000): Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására – A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai, ISM 2000, Budapest – az oldalszámok az elektronikus verzióból származnak.
- Kemenczky M. (2005): A Biztonságos Szórakozóhely Program jogi környezetének elemzése, Dr. Kemenczky Márta, [bunmegelozes.hu](http://bunmegelozes.hu) – Emlékeztető az Országos Bűnmegelőzési Bizottság 2005. december 1-jei üléséről <http://www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=117&lang=hu>
- Magyar Országgyűlés (2003): A Társadalmi Bűnmegelőzés Nemzeti Stratégiája – Melléklet a 115/2003. (X. 28.) OGY. határozathoz
- Márványkői F., Rácz J. (2005): Alacsony küszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzői Magyarországon, 2004-ben. *Addictologia Hungarica* 4(4):431–459, 2005
- Márványkői F., Melles K., Dr. Rácz J. (2006). A kezelésbe és tűcserébe jutás akadályai. *Addiktológia* 2006. V. évfolyam 4. szám. 319–341

- Nyírádi A. (2004): *Problémás drogfogyasztás, 2004-es éves jelentés az EMCDDA számára*, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2004 39. old.
- Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport (NCSSZI) (2006): *Szakmai iránymutatás – Alacsony küszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális ellátásában*, Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium Budapest, 2006.
- Országos Epidemiológiai Központ (2007): *Szakmai beszámoló a hazai intravénás kábítószerhasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2006–2007. évi prevalenciája felmérésének teljesítéséről*, kézirat.
- Paksi B., Arnold P. (2007). A magyarországi felnőtt népesség drogérintettsége – új fejlemények. *Addiktológia 2007 Supplementum 1*. p. 49. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007.11. 22–24.).
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium (1998): A fenntartó metadonkezelés szakmai irányelvei. *Psychiatria Hungarica*, 1998, 13 (4): 477–479.
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2001): A tūcserelés szakmai irányelvei, A Pszichiátriai Kollégium állásfoglalása. *Psychiatria Hungarica*, 2001, 16 (1): 107–110.
- Rác J. és Ritter I. (2003): *Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon*, Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, Gyermek Ifjúsági és Sportminisztérium, 2003, Budapest.
- Riley D., O’Hare P. (2000): *Harm Reduction: History, definition, and Practice, in Harm reduction. National and international perspectives*. Edited by Inciardi JA, Harrison LD. Thousand Oaks, Sage Publications, 2000.
- Sárosi P. (2006): Túladagolt halálozási adatok, Drogriporter.hu, TASZ, 2006
- Szemelyác János (2002): *Drogbetegek kezelése egy szigorú drogpolitikában. A tiltás gyümölcsei*, 2002. TASZ drogpolitikai füzetek 3.
- Társaság a Szabadságjogokért (2003): *Ártalomcsökkentés Magyarországon*, TASZ Drogpolitikai Füzetek 5. szám, TASZ, 2003 Budapest.
- Társaság a Szabadságjogokért (2006): *Drogpolitikai jelentés 2006*, TASZ drogpolitikai füzetek 7. szám. TASZ, 2006, Budapest.
- United Nations General Assembly (1990): Basic Principles for the Treatment of Prisoners A/RES/45/111. 68th plenary meeting 14 December 1990 <http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf>
- WHO (1993): WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons, 1993 WHO Global Programme on AIDS. WHO/GPA/DIR/93.3 [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf)
- WHO, UNAIDS, UNODC (2006): HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings – A Framework for an Effective National Response, UNODC, New York, 2006 [http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701\\_hiv-aids\\_prisons\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf)

- Az Európai Unió Tanácsa (2000): Az Európai Unió Kábítószer-ügyi akcióterve (2000–2004), Brüsszel, 2000.
- Az Európai Unió Tanácsa (1999): Az Európai Unió kábítószer stratégiája (2000–2004) Brüsszel, 1999.
- Elekes, Zs. és Paksi, B. (2004c). A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Nem publikált kutatási beszámoló. idézi: Drog Fókuszpont (2005) 2005-ös éves jelentés az EMCDDA számára – „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2005, Budapest.

# JOGALKOTÁS ÉS JOGALKALMAZÁS

FRECH ÁGNES

## A NEMZETI STRATÉGIA ÉS A BÜNTETŐJOG

*„A harmadik évezred küszöbén egy szabad, magabiztos és produktív társadalom kialakításának képe vezérel bennünket. Ez a társadalom az emberi méltóságot, a testi, lelki és szociális jól-létet, illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja. E tényezők megóvása és fejlesztése érdekében a társadalom képes kezelni a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat.*

*A kábítószer-probléma valamennyiünket érint és együttes cselekvésre készítet. Az állam és intézményei az együttes cselekvésben jelentős szerepet kapnak.”*

Az Országgyűlés által 2000 decemberében elfogadott *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című dokumentum (továbbiakban: Stratégia) általános célként fogalmazta meg a fenti idézetben szereplő gondolatokat.

A magyarországi kábítószerhelyzet gyökeres átalakulása az 1990-es évek elején következett be: ekkor kezdődött a klasszikus kábítószeres beáramlása az országba és a különböző fogyasztói rétegek kialakulása. A rendszerváltással egyidejűleg megnyíltak az országhatárok, melynek egyik következményeként egyre több kábítószer került forgalomba Magyarországon. Az 1990-es években a statisztikák a különböző kábítószereseket használók számának erőteljes emelkedését mutatták, amely jelenség negatív társadalmi következményei egyre vitathatatlanabbá váltak.

A kialakult helyzet elkerülhetetlenné tette egy olyan állami drogstratégia megalkotását, amely meghatározza a célokat, a kábítószer-probléma visszaszorításában együttműködni köteles szakmai csoportokat, és kijelöli a cél megvalósításához szükséges eszközöket. Az egykori Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációs Bizottsága dolgozta ki azt a nemzeti stratégiai programot (a Stratégiát), amelyet az Országgyűlés 2000 decemberében fogadott el a 96/2000. (XII. 11.) OGY határozattal.

A kábítószer-probléma mint jelenség értelmezésére az elmúlt évtizedek során több elmélet született, így az ún. morális, a kriminalizációs, a fertőző betegség, a lelki betegség, illetve a szociológiai modell.

A Stratégia készítői a *multidiszciplináris modell* mellett foglaltak állást. Ezen elmélet egy, a fent ismertetett modellekből építkező, a megfelelő empirikus adatokon alapuló szociológiai megközelítés, amely egyrészt a jelenségnek a társadalom érték- és normarendszere szempontjából elfoglalt helyét, másfelől az egyének, családok, közösségek szocializációs szerepét veszi figyelembe. Felhasználja a tudományok, így

elsősorban a kriminológia és a pszichiátria eredményeit. A modell lényege éppen abban ragadható meg, hogy felismeri a probléma összetettségét, ezáltal azt is, hogy annak kezelésére csak a szakmák sokaságának együttműködése alkalmas.

A Stratégia az értelmezési modellek ismertetését követően bemutatja a jelenség befolyásolásának modelljeit:

*A proibicionalista elmélet* a kábítószerrel kapcsolatos minden illegális cselekményt tilt, és súlyosan szankcionál a keresleti és a kínálati oldalon egyaránt. A megközelítés a fogyasztót ugyan a terjesztő áldozatának tekinti, azonban ezt a cselekményt önmagában is olyan veszélyesnek tartja, hogy szükségesnek látja azt is büntetni. A modell nem tesz különbséget a kábítószer között veszélyességük alapján. Az elmélet nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket.

*A „normalizációs” megközelítés* a kábítószer egy bizonyos fajtáját: a kannabisz-származékokat elkülöníti, és e kábítószer-típus fogyasztóit – meghatározott esetekben terjesztőit – nem tartja szükségesnek büntetni. Mindezt azzal magyarázza, hogy a „lágú” szerek csak kevésbé veszélyesek a társadalomra, és a „megengedő” drogpolitikával elejét lehet venni a veszélyesebb szerek használatának. Az elméletet ért kritikák szerint nyilvánvaló a kapcsolat a „lágú” szerek és a veszélyesebb kábítószer között, emellett a nemzetközi szerződések sem teszik lehetővé e megközelítés alkalmazását.

*A dekriminalizációs elmélet* szerint a kábítószerrel kapcsolatos egyes magatartások (fogyasztás, tartás) nem képeznek bűncselekményt, míg a *legalizációs modellt* vallók bizonyos kábítószer fajtákat ki akarnak vonni a büntetőjogi kontroll alól. Mindkét nézetet hirdetőik azt hangoztatják, hogy ezáltal megszűnne az illegális kereskedelem, valamint az azzal összefonódó kriminalitás és szervezett bűnözés. Mindazonáltal a kábítószer bármilyen jellegű legalizálását minden ENSZ és EU szerződés tilalmazza, ezt a közösségek nem tartják megengedhetőnek.

A nemzetközi közösségek a *kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára épülő megközelítést* tartják előnyösnek, a Stratégia is ezt az elméletet fogadta el, és ennek megvalósítását tűzte ki célul. Az elmélet kidolgozói arra a következtetésre jutottak, hogy amíg van kereslet, addig a kínálat is létezik, ezért a büntető-igazságszolgáltatás eszközei mellett a megelőzésre, valamint az egészségügyi és szociális kezelésre is szükség van. Figyelemmel kell lenni arra is, hogy a kábítószer-fogyasztás jelensége nem különíthető el az egyéb létező társadalmi problémáktól. Az egyes országok drogpolitikai megközelítései között számos különbség fedezhető fel, abban azonban egyetértés van, hogy a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyán alapuló beavatkozási politika a fogyasztók differenciáltabb megközelítése, a prevenció, a terápia és a büntető-igazságszolgáltatás gyakorlatának összehangolt alkalmazása révén vezethet egyedül eredményre.



A Stratégia a már a bevezetőben idézett általános célon túl az alábbi főbb konkrét célkitűzéseket fogalmazta meg:

- a társadalom váljon érzékenyebbé a kábítószerkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék a problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés),
- esélyt kell teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy pozitív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés),
- segíteni kell a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (kezelés, rehabilitáció),
- és csökkenteni kell a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés).

Megállapítható, hogy a Stratégia nem szánt elsődleges szerepet a büntetőjognak, a dokumentum által képviselt befolyásolási megközelítés éppen a probléma kezelésének összetettségén, és az egyes eszközök egymásra épülésén alapul. A büntetőjognak a drogokhoz való hozzáférés lehetőségének csökkentésében lehet szerepe.

A Stratégia a fő célkitűzések megvalósítása érdekében hosszú, közép- és rövid távú célokat fogalmaz meg, kidolgozva az egyes célok tényleges megvalósulása ellenőrzésének mutatóit és eszközszerét.

#### A KÁBÍTÓSZERREL VISSZAÉLÉS JOGSZABÁLYI VÁLTOZÁSA (1993, 1998, 2003)

A Büntető Törvénykönyv (Btk.) a közegészség elleni bűncselekmények között szabályozza a kábítószerrel visszaélést. Ez a tényállás az utóbbi tizenöt év jogalkotásában legalább három esetben jelentős változáson esett át.

1993-ban egy liberálisabb jogalkotási folyamat eredményeként elkülönítette a jogszabály a kábítószerből hasznot húzó elkövetői kört (kereskedőt), és annak áldozatait (a fogyasztót), utóbbi számára lehetőséget teremtve bizonyos szűk körben büntetés helyett a kezelés igénybevételére.

#### AZ 1998. ÉVI LXXXVII. TÖRVÉNY

Az 1998. évi LXXXVII. törvény – képviselve az 1998 tavaszán megalakult új kormány büntetőpolitikáját – a Btk-t 1999. március 1. napjával átfogóan módosította. Jelentős szigorítást vezetett be a büntetés kiszabása területén, átrendezve a jogalkotó és a jogalkalmazó közötti hagyományos kompetencia-megosztást. Ez annyit jelentett, hogy az igazságszolgáltatásban résztvevők (elsősorban bírák)

számára a szankciók alkalmazása (büntetés kiszabása) területén csökkent a mérlegelés lehetősége. Ez egyebek mellett abban nyilvánult meg, hogy a bíróságoknak szabadságvesztés büntetés kiszabása esetén a büntetési tételkeret középértékéből kellett kiindulniuk, és az attól való eltérést kellett indokolni. Megjegyzendő, hogy az azóta készült statisztikai adatok nem azt mutatják, hogy ebben az időszakban a büntetéskiszabási gyakorlat lényegesen súlyosabb lett volna.

Az 1999-ben hatályba lépett törvénymódosítás a kábítószerrel visszaélés bűncselekményét is a szigorítás irányába változtatta meg, fenntartva a fogyasztó és kereskedő típusú magatartások, valamint a kábítószerfüggő és nem függő személyek megkülönböztetését. Súlyosabban rendelte büntetni (minősített eset) az üzletszerű, fegyveres elkövetést, azt az esetet, amikor az elkövető hivatalos vagy közfeladatot ellátó személy, valamint azt, amikor a nagykorú személy kiskorú személy felhasználásával követi el a cselekményét, avagy tizennyolc éven aluli jut kábítószerhez. Szintén minősített eset lett a bizonyos „kiemelt” helyszínek (pl.: oktatási, köznevelési, gyermekjóléti intézmény) területén való elkövetés.

A törvény differenciált a büntetési tételek között a kábítószer mennyisége szerint is, lehetővé téve a 10–15 évig terjedő, vagy életfogytig tartó szabadságvesztés kiszabását is a legsúlyosabban minősülő jelentős mennyiségű kábítószerre elkövetett kereskedés eseteiben.

A módosítás bevezette a kábítószer-fogyasztó közvetlen büntetendőségét, amely újdonságnak számított. A Btk. ezt megelőzően hatályban volt változatai sem biztosítottak büntetlenséget a kábítószer-fogyasztók számára, akkor azonban a fogyasztást szükségszerűen megelőző magatartásokon keresztül – megszerzés, tartás – rendelte büntetni e cselekményt a jogalkotó.

Az 1999-es törvénymódosítás szűkítette az elterelés lehetőségét, és a kezelés igénybevételét csupán a már beteg, ún. függő fogyasztók számára engedte meg.

Megállapítható, hogy a büntetőjogszabályok 1999. évi módosítása jelentősen megnövelte a büntetőjog szerepét a kábítószer-probléma kezelésében. Annak következtében is, hogy az általános rendelkezések – különösen a büntetés kiszabása körében – szigorodtak, a kábítószerrel visszaélést elkövetőkkel szemben a bíróságoknak elméletileg súlyosabb szankciókat kellett alkalmazniuk. A büntetőjognak a kábítószer-probléma kezelésben megnövekedett szerepe részben éppen a Stratégia által rögzített elvekkel, célkitűzésekkel állt ellentétben, és az az ellentmondásos helyzet alakult ki, hogy a Stratégiának egy, éppen azzal összhangban nem álló jogi környezetben kellett volna eredményesen működnie.

Az a félelem azonban, hogy a büntetőjogi szabályok szigorodása következtében a fiatalok nagyobb csoportjával szemben kerül majd sor hosszú tartamú végrehajtandó szabadságvesztés kiszabására, szerencsére nem igazolódott, még ha előfordult is néhány, a közvéleményt is foglalkoztató eset.

A 2003. ÉVI II. TÖRVÉNNYEL MÓDOSÍTOTT BÜNTETŐ TÖRVÉNYKÖNYV  
KÁBITÓSZERREL VISSZAÉLÉSRE VONATKOZÓ VÁLTOZÁSAI

2003 októberében az Országgyűlés határozatot fogadott el a társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájáról, amely az érintett témában az alábbi megállapításokat tartalmazza:

„1999-ben tizenkét európai országban lefolytatott nemzetközi kutatás eredményei szerint a drogfogyasztás a munkanélküliek körében a legjellemzőbb. (Az ebből a felmérésből nem derül ki, hogy a munkanélküliek körében terjed-e gyakrabban a drog, vagy a kábítószerrel kapcsolatos életmód miatt válnak munkanélkülivé az érintettek). A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények körében nálunk ma még nem az előfordulás gyakoriságára, hanem a növekedés ütemére és mértékére kell figyelni. A kábítószerrel való visszaélés ismertté vált eseteinek száma 1990–2001 között 34-ről 3930-ra, 2002-re 4779-re növekedett. 1994-ben 130 személy követett el kábítószer hatása alatt bűncselekményt, 2002-ben pedig már 1786. Magyarország ma már nemcsak fontos tranzitútvonal, hanem célország is. A fiatalok körében egyre nagyobb mértékben terjed a kannabisz-származékok (marihuána, hasis) és az amfetaminszármazékok (Speed, Ecstasy) fogyasztása. Az eljárás alá vontak kilenczede nem töltötte be a harmincadik életévét.”

A 2003. évi II. törvénnyel a jogalkotók ismét jelentősen átalakították a kábítószerrel visszaélés büntetőjogi szabályozását. A módosító törvény indokolása rámutatott arra, hogy az 1999-es módosítást megelőzően az ún. kompromisszumos kriminálpolitika érvényesült, míg azt követően a „semmi tolerancia” elve vált meghatározóvá. A „drogmentes társadalom” célját szem előtt tartva ez a kriminálpolitikai irányzat meghatározó szerepet szánt a keresleti oldalon jelentkező cselekményekkel szembeni fellépés terén is a büntetőjognak.

Az indokolás szerint a szigorítás óta eltelt három év nem igazolta az akkori elképzelések helyességét. A rendelkezésre álló mutatószámok és felmérések arra utaltak, hogy sem a magyarországi kábítószerhelyzet, sem a kábítószer-bűnözés kedvezőbb irányba nem változott. Nőtt az egészségügyi intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztók száma, mindemellett egyre több eljárás indult kábítószeres bűncselekmények miatt. Az eljárásokat döntő többségben alkalmi fogyasztók, a keresleti oldalon lévő magatartások miatt kezdeményezték, és az elterelő kezelésben részesülők száma 1998-hoz képest csökkent. A kábítószer-fogyasztókat a változás kriminalizálta, ugyanakkor nem hatott kedvezően a kínálati oldalon jelentkező kábítószeres cselekményekre sem.

A jogalkotó is felismerte, hogy az 1999-es módosítás ellentmondott a Stratégia multidiszciplináris megközelítésmódjának, egyúttal akadályozta a választott befolyásolási modell érvényesülését is. A módosítás indokolása szerint a Stratégia törekvései nem érvényesülhetnek egy tisztán prohibíciós drogpolitika által, ez

csak a kompromisszumos büntetőpolitika mellett képzelhető el. Mindezekre tekintettel a módosítás a kereslet-kínálatcsökkentés egyensúlyára épülő intervenciót kívánta megvalósítani úgy, hogy épít a problémakezelésben a megelőzésre, a keresletcsökkentés szerepének növekedésére és az ártalomcsökkentésre is. A módosítás célul tűzte ki, hogy a kábítószer-fogyasztók esetében inkább az egyénre kielevezett bűnprevenziós elv (speciális prevenció) érvényesüljön, a kábítószer-szintén különböző szereplőinek a büntetőjogi megítélése továbbra is differenciált legyen, a megalkotott (megalkotandó) jogszabályok pedig megfeleljenek a jogbiztonság követelményeinek.

A fenti módosítás egyedinek számított a Btk. rendszerén belül, ugyanis nincs még egy olyan bűncselekmény, amelynek ennyi (értelmezéstől függően négy vagy hat) alapeseti tényállása lenne, amelyek közül az egyik – egyes felfogások szerint – a specialitás viszonylatában áll az előbbi hárommal, és olyan tényállás sincs, amely egyaránt különböztet az elkövetési magatartások veszélyességi foka, az elkövetés helyszíne, az elkövetők és a sértettek életkora, az elkövető különleges minősége, az elkövetési tárgy mennyisége és az elkövetés különböző módja szerint, eltérő büntetési tételeket megállapítva.

A 2003-as módosítást követően tehát négy külön Btk-beli szakasz foglalkozott a különböző veszélyességű, és eltérő büntetési tétellel fenyegetett kábítószerrel visszaélésnek minősülő cselekményekkel. Külön tényállásba kerültek a beszerző típusú magatartások, a forgalmazó típusú magatartások, és a korábbi jogszabályhoz hasonlóan a kábítószerfüggők cselekményeit is külön jogszabályhely tartalmazta, enyhébb büntetéssel fenyegetve, mint az előbbieket.

Újdonság volt, hogy a kiskorúak sérelmére, illetve az ilyen életkorú személyek felhasználásával elkövetett cselekményeket is külön tényállás tartalmazta, amelyek minősített esetei a legsúlyosabb, akár életfogytig tartó szabadságvesztéssel is sújthatók.

Az Európai Unió Tanácsa 2004. október 25. napján fogadta el a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmény tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról szóló 2004/757/IB kerethatározatát.

A kerethatározat meghatározza, hogy a tagállamoknak mely magatartásokat kell büntetendővé nyilvánítaniuk, és az egyes magatartásokat maximálisan legalább mekkora büntetési tétellel fenyegetniük.

A kerethatározat egy olyan jogalkotási kötelezettséget is rótt a tagállamokra, amelynek határideje Magyarország vonatkozásában 2006. május 12. napjával eredménytelenül eltelt. A mai napig nem létezik ugyanis olyan hatályos jogszabály, amely a kábítószerrel közölt különbséget tenne egészségkárosító hatásuk szerint, és ez a megkülönböztetés a kiszabható büntetési tételekben is megnyilvánulna.

Egyes vélemények szerint a Btk-ben<sup>1</sup> szereplő mennyiségi fogalmak már figyelemmel vannak a különböző kábítószeres eltérő toleranciájára és egészségkárosító hatásuk különbözőségére. Ha ez még igaz is lenne, azt biztosan nem teljesíti a törvény, hogy a büntetési tételekben is differenciálna az egyes kábítószeres használata között.

## JOGGYAKORLAT

A kiszámíthatóság, és az egységes elvek alapján történő ítélezés a jogállamiság olyan alapvető kritériumai, mely elvek érvényesülése nélkül a jogbiztonság könnyen sérülhet. Ez a megállapítás különösen igaz a büntetőjog vonatkozásában, hiszen az e jogterületen eljáró jogalkalmazók az állampolgárokat alapvető jogaiktól foszthatják meg törvényesen.

Már az 1999-es Btk. módosítást megelőzően szükségessé vált, hogy az egységes jogértelmezés érdekében a Legfelsőbb Bíróság a kábítószeres tényállások tekintetében is állást foglaljon meghatározott kérdésekben.

A Legfelsőbb Bíróság Büntető Kollégiumának 1995. március 27. napján közzétett 155. számú állásfoglalása a témában az alábbi megállapításokat tartalmazta:

A kábítószeres hatása alatt elkövetett cselekményeket az ittas állapotban elkövetett cselekményekhez hasonlóan kell a beszámítás szempontjából büntetőjogilag megítélni, ami annyit jelent, hogy az ilyen állapot főszabályként jogilag nem zárja ki és nem korlátozza az elkövető büntetőjogi felelősségét. Ennek ellenkezője csak abban az esetben lehetséges, ha az elfogyasztott kábítószer a betegség szintjét elérő személyiségzavart, elmebetegséget vagy szellemi leépülést okoz.

A BK 155. az egyes elkövetési magatartásokat tartalommal töltötte meg, útmutatást adva a jogalkalmazók számára, hogy a törvényben használt jogi fogalmakat mely cselekmények merítik ki.

Ezek a fogalom-meghatározások ma is iránymutatásul szolgálnak az ítélezési gyakorlat számára annak ellenére, hogy az állásfoglalás most már vélemény formájában maradt hatályban.<sup>2</sup>

A BK 155. számú állásfoglalásban a Legfelsőbb Bíróság kifejtette, hogy a kábítószerrel visszaélés bűncselekmény különböző elkövetési magatartásainak megvalósulása – tehát például amikor valakit termeszt, majd tartja, végül forgalomba hozza a kábítószer – természetes egységet képez, ami azt jelenti, hogy a jogalkalmazó egy bűncselekményben állapítja meg az elkövető felelősségét. Ez természetesen azzal

<sup>1</sup> 1979. évi 5. törvényerejű rendelet

<sup>2</sup> BKv. 57.

jár, hogy a különböző kábítószer mennyiségét össze kell adni, és az összegzett mennyiség fogja képezni a büntetőjogi döntés alapját.

Ahogy már a bevezetőben szó esett arról, a kábítószerrel visszaélés büntetőjogi fogalmának meghatározására sosem volt elegendő magának a büntetőjogi normának az ismerete. A jogalkalmazás során nem csak az egyes bírói döntések tértek el egymástól a minősítés, az egység-halmazat, a fogyasztói magatartás megítélése tekintetében, hanem még nagyobb volt a szórás a nyomozó hatóság és az ügyészség e körben folytatott gyakorlata között. Nyilvánvalóan ez vezetett ahhoz, hogy a Legfelsőbb Bíróság az irányítás egy erősebb eszközével, a jogegységi határozatok meghozatalával kívánt megfelelni az egységes joggyakorlat kialakításában rá háruló feladatnak. Ezzel kapcsolatban azt érdemes elmondani, hogy azért nagy a jogalkotó felelőssége a büntetőjogi norma megalkotásánál, mert a legfelsőbb bírósági jogértelmezés csupán az alsóbb fokú bíróságok számára jelent egy kötelező követési gyakorlatot, és csak egyetértés esetén várható el önkéntes jogkövetés a büntetőeljárás egyéb résztvevőitől.

Így született meg az 5/1998. számú *Büntető jogegységi határozat*, amely elsősorban a természetes egység gondolatát erősítette azokban az esetekben, amikor egy adott terhelt különböző visszaélési cselekményeit egy eljárásban bírálták el. A döntés lényege, hogy a részmennyiségeket összegezni kell, és a vádlott cselekményét a legsúlyosabb elkövetési magatartás szerint kell a teljes kábítószer-mennyiségre megállapítani.

A jogegységi határozat meghozatalát többek között az indokolta, hogy egyes bíróságok a kábítószer-fogyasztó által elfogyasztott kábítószer-mennyiségeket nem összegezték. Mindezt arra hivatkozva tették, hogy ellenkező esetben a szert használók cselekményét is szigorúbban kellene megítélni, ami ellentétben állna azzal a törvényhozói szándékkal, hogy a kábítószer „áldozatainak” és „haszonélvezőinek” cselekményeit eltérően ítélik meg. Az e felfogást vallók egy korábbi legfelsőbb bírósági eseti döntésre<sup>3</sup> hivatkoztak, amely szerint amennyiben az elfogyasztott kábítószer mennyiségeket a bíróságok összeadnák, úgy az elkövetőt egy olyan cselekményért vonnák felelősségre, amely minősítés alapját képező kábítószer-mennyiség egyszerre soha nem volt a terhelt birtokában. Ugyanakkor a Legfelsőbb Bíróság a BK. 155. számú állásfoglalásában már kifejtette, hogy a különböző elkövetési magatartások folyamatos megvalósítása természetes egységet képez, a különböző kábítószer-mennyiségeket pedig összegezni kell.

Annak a kérdésnek az eldöntése, hogy mi számít büntetőjogilag egy cselekménynek, egyszerűbb volt az 1999-es Btk. módosítást megelőzően, amikor egy paragrafusban (szakaszban) és egy bekezdésben szerepeltek a különböző elkövetési magatartások, azonos büntetési tétellel fenyegetve. Ebben az esetben az ugyanazon

<sup>3</sup> BH.1989.304

kábítószer-mennyiségre elkövetett eltérő elkövetési magatartásoknál a súlyosabbat jelölték meg a bíróságok, illetve ha az elkövetések különböző mennyiséghez kapcsolódtak, a kábítószer-mennyiségek összegeződtek.

Bonyolultabbá vált a jogszabály értelmezése a módosítást követően, amikor a jogalkotó ugyanazon paragrafuson belül, de két bekezdésben, eltérő büntetési tétellel fenyegetve sorolta fel az úgynevezett „beszerző”, illetve „forgalmazó jellegű” elkövetési magatartásokat. A súlyosabban minősülő, ún. minősítő körülmények mindkét típusú elkövetéshez kapcsolódtak, de különbözött a fenyegetettség. Ez a jogszabály vezette be a kábítószerfüggő személy eltérő megítélését, külön paragrafusban, enyhébb büntetési tételeket megállapítva.

A megváltozott Btk. és az ezáltal felmerült újabb jogértelmezési kérdések megválaszolására a Legfelsőbb Bíróság 2003-ban egy újabb jogegységi határozatot hozott.<sup>4</sup>

A határozatnak – miként a korábbi jogegységi határozatnak és a BK. 155. számú állásfoglalásnak is – az volt a sajátossága és fogyatékosága, hogy annak közzétételére már akkor került sor, amikor a Btk. kábítószeres bűncselekményekre vonatkozó rendelkezései ismét megváltoztak. Így a jogalkalmazók egy már hatályban nem lévő törvény értelmezéséhez és alkalmazásához kaptak ismét iránymutatást.

Az 1998-as módosítást követően a legnagyobb dilemmát a jogalkalmazók számára az jelentette – és ez volt az egyik fő oka az igen eltérő ítélkezési gyakorlatnak is – hogy amennyiben a terhelt a cselekményét csekély mennyiségű kábítószerre követi el – amelyet a jogalkotó enyhébben ún. privilegizált esetként rendelt büntetni –, azonban az elkövetéshez valamely olyan minősítő körülmény is társul (például fegyveres, üzletszerű elkövetés, vagy oktatási, köznevelési feladatok ellátására rendelt épületek területén való elkövetés), amely az alapeseti mennyiség esetén egyébként súlyosabban rendelné büntetni az adott cselekményt, akkor az elkövető cselekményét a csekély mennyiség alapján enyhébben kell megítélni, avagy a minősítő körülménnyel a csekély mennyiség ellenére a terhelt elveszíti a kedvezőbb helyzetét, és a minősített esetet kell megállapítani.

A Legfelsőbb Bíróság a jogegységi határozatban kifejtette, hogy a büntetési tételek eltérő mértékének elvi alapja és indoka az, hogy az egyes cselekmények eltérő mértékben veszélyesek a társadalomra, így azt a jogalkotó is különbözőképpen ítéli meg. Mind a nyelvtani, mind a történeti értelmezés alapján tehát egyértelmű, hogy a terhelt elveszíti cselekménye kedvezőbb megítélését, ha a csekély mennyiségre elkövetett kábítószerrel visszaélést valamely minősítő körülményt is megvalósító módon követi el.

A jogegységi határozat kiter arra is, hogy hasonló a helyzet akkor, ha a kábítószerfüggő követi el a cselekményét a függőkre vonatkozó szabályoknál nem

<sup>4</sup> 2/2003. Büntető jogegységi határozat

nevesített minősített esetet megvalósítva, a kábítószerfüggőkre vonatkozó enyhébb rendelkezések ekkor esetében nem alkalmazhatóak.

Az imént kifejtett jogértelmezési kérdésekkel kapcsolatban ki kell még térni egy fontos részletre: A jogalkalmazó számára a legnagyobb feszültséget az 1998-as módosítást követően annak a helyzetnek a megítélése okozta, amikor egy tizennyolcadik életévét betöltött személy – a kábítószeres szokásoknak megfelelően – átadott egy csekély mennyiségű kábítószerrel tartalmazó marihuánás cigarettát, vagy Extasy tablettát a tizennyolcadik életévét be nem töltött személynek. Amíg a fiatalokkal szemben a kábítószer elfogadása, elfogyasztása esetén a legenyhébb intézkedés alkalmazása mellett végződött a büntetőeljárás, a nála néhány hónappal idősebb felnőtt korú elkövető 5-től 10 évig terjedő büntetési tétellel fenyegetett cselekményért felelt, akivel szemben az enyhítő szakasz teljes kimerítése mellett is háromévi végrehajtandó szabadságvesztést kellett kiszabni. Éppen ezt a sokszor méltánytalan helyzetet törte át a jogalkalmazó azzal a megoldással, hogy a minősítő körülmény (tizennyolcadik életévét be nem töltött személy részére történő átadás) ellenére a csekély mennyiségre vonatkozó enyhébb szabályokat alkalmazta. Ezt a megoldást azonban a jogegységi határozat meghozatalával nem lehetett többé alkalmazni.

A 2003-as Btk. módosítással – amely valójában már a 2/2003. *Büntető jogegységi határozat* közzétételkor hatályba lépett – még bonyolultabbá vált a jogalkalmazók számára annak eldöntése, hogy mely esetekben kell több magatartás megvalósítása esetén egy, és mely esetekben több bűncselekményt megállapítani az elkövető terhére. Az eljáró bírák többsége a halmazat mellett foglalt állást, emellett dogmatikai és gyakorlati érvek egyaránt szóltak: mindenekelőtt az a tény, hogy a jogalkotó a korábbi egy paragrafusban rögzített tényálláshoz képest négy alaptényállást fogalmazott meg eltérő jogkövetkezményekkel és különböző minősítő körülményekkel. Ez semmiképp sem az egység gondolatát erősítette. Másrészt nem tudott a jogalkalmazó mit kezdeni azzal az esettel, amikor a súlyosabb, „forgalmazó típusú” elkövetési magatartáshoz kapcsolódó csekély mennyiség, illetve az enyhébbnek minősülő „beszerző típusú” elkövetési magatartáshoz kapcsolódó alapmennyiség találkozott egymással. Az egység gondolata ugyanis – akár természetes, akár folytatólagos – azt is jelenti, hogy a különböző elkövetési magatartásokkal, különböző mennyiségre, sőt különböző fajta kábítószerre elkövetett visszaéléseket a tiszta hatóanyag figyelembevételével összegezni kell, és az ily módon kialakított mennyiség kapcsolódik a legsúlyosabb elkövetési magatartáshoz.

A jogalkalmazók egy része továbbra sem osztotta a természetes egység gondolatát. Elsősorban azért nem, mert az egység a részmennyiségek összegeződését vonja maga után, és ez sok esetben igazolhatatlanul súlyos büntetés kiszabásához vezetett. Ráadásul ennek az elméletnek a következtében a terheltet olyan cselekmény miatt ítélték gyakran el, amelyet valójában nevezett soha nem követett el.



A jogalkalmazó nem fogadta el az egység gondolatát azért sem, mert a 2/2003. Büntető jogegységi határozat megjelenésekor hatályba lépett új Btk. további specifikációt tartalmazott, ami semmiképpen sem az egységes megítélést erősítette.

Az egység és a halmazat kérdése annál a kábítószer-fogyasztónál is igen kritikus volt, akinél felmerült a büntetőjogi következmények alóli mentesülés (elterelés) lehetősége. Ha ugyanis a fogyasztók esetében a teljes elkövetési időszak alatt elfogyasztott részmennyiségeket – a tiszta hatóanyag-tartalom alapján – összeadjuk, akkor ez az össz mennyiség feltehetően meghaladta nemcsak a csekély mennyiséget, hanem gyakran az alapmennyiséget is. Ez pedig azzal a következménnyel járt, hogy éppen az az elkövetői kör, amely számára a jogalkotó a diverziós lehetőséget megteremtette, csak elvétve vehette volna igénybe az ellátást, kezelést.

A 2/2003-as jogegységi határozat nem adott választ arra a kérdésre, hogy a különböző paragrafusokban elhelyezett, eltérő büntetéssel fenyegetett, részben az alapesetet, részben valamelyik minősített esetet kimerítő cselekmények milyen rendező elv alapján képezhetnek természetes egységet. A jogalkotónak az a döntése, hogy négy külön kábítószeres tényállást alkotott (ezeket külön paragrafusokban megjelenítve), sokkal inkább azt a jogértelmezést erősítette, hogy a miniszteri indokolásban is kifejezésre juttatott differenciált elbírálás követelményének a halmazati szabályok alkalmazása felel meg.

Tekintettel arra, hogy a 2003-as módosítással hatályba lépett Btk. módosítást követően a bíróságok számára nem állt rendelkezésre semmilyen kötelezően követendő iránymutatás, az ítélkezési gyakorlat ismét igen ellentmondásossá vált.

A fővárosban működő bíróságok gyakorlatában az egység és az ebből fakadó mennyiségösszegezés csak az ugyanazon bekezdés szerint minősülő, folyamatosan vagy ismételten elkövetett részcselekmények esetében valósult meg. Egyébként ez a megoldás felelt meg a korábbi jogegységi döntés szó szerinti értelmezésének, de ez nem a vélemény azonosságán, hanem sokkal inkább azon alapult, hogy a Legfelsőbb Bírósági határozatok mindig a korábbi jogszabályhoz kapcsolódtak.

Az első fokon a megyei (Fővárosi) bíróság hatáskörbe tartozó kábítószerrel visszaélés miatti ügyekben másodfokon az új Büntetőeljárás Törvény<sup>5</sup> hatálybalépésével már nem a Legfelsőbb Bíróság, hanem az ítélőtáblák mint fellebbviteli bíróságok döntenek. Az egység és halmazat kérdésében a táblák ítélkezési gyakorlatában kialakult az a jogi álláspont, hogy az elkövető egy eljárásban elbírált és különböző törvényhelyekbe ütköző alap- és minősített esetet egyaránt megvalósító cselekményei természetes egységet alkotnak, tehát a kábítószer mennyiség (tiszta hatóanyag-tartalom alapján) összegeződik. Ez a gyakorlat azonban nem segítette annak a kérdésnek az eldöntését, amelyeket az előzőekben már részleteztünk, nevezetesen mi történjék akkor, amikor a súlyosabb minősítő körülménnyel megvalósított visszaélés csekély

<sup>5</sup> 1998. évi XIX. törvény

mennyiségre elkövetett, és a hozzá kapcsolódó alpmennyiség az egységteremtés következtében elvezethet a legsúlyosabb, akár életfogytig tartó szabadságvesztés kiszabásának lehetőségéhez is. A kérdést a fellebbviteli bíróságok azért nem voltak kénytelenek megválaszolni, mert azokat az eseteket bírálták (bírálják) felül, ahol eleve jelentős mennyiségre történik az elkövetés, és az összegezés nem változtat, legalábbis a mennyiséghez kapcsolódó minősítésen.

Az elméleti alapvetés hiánya mellett azzal a szokatlan megoldással is találkozunk, hogy az elkövetési magatartások közül a „legjellemzőbbet” – tehát nem a legsúlyosabbat, ahogy azt a legfelsőbb bírósági álláspont tartalmazza – vették figyelembe, és ehhez kapcsolták az összesített mennyiséget.

Az ismételten kialakult ellentétes jogértelmezésekre tekintettel a Legfelsőbb Bíróság az 1/2007. *Büntető jogegységi határozatában* a felmerült kérdésekben iránymutatást adott a jogalkalmazó számára az alábbiak szerint.

A Legfelsőbb Bíróság megállapította, hogy a Btk. kábítószerrel visszaélésre vonatkozó rendelkezései esetében egymástól különálló tényállásnak tekintendők a „fogyasztó típusú magatartásokra” vonatkozó szabályok (Btk. 282. §), a „terjesztő típusú magatartásokra” vonatkozó szabályok {Btk. 282/A. §}, a kiskorúak sérelmére elkövetett „fogyasztó típusú magatartásokra” vonatkozó szabályok {Btk. 282/B. § (1) bekezdés}, a kiskorúak sérelmére elkövetett „terjesztő típusú magatartásokra” vonatkozó szabályok {Btk. 282/B. § (2) bekezdés}, a kábítószerfüggő személyek által elkövetett „fogyasztó típusú magatartásokra” vonatkozó szabályok {Btk. 282/C. § (1) bekezdés}, valamint a kábítószerfüggő személyek által elkövetett „terjesztő típusú magatartásokra” vonatkozó szabályok {Btk. 282/C. § (2) bekezdés}.

A jogegységi határozat rámutatott arra, hogy a hatályos szabályozás felépítése következtében már nincs törvényi lehetőség és elméleti alap arra, hogy a kábítószerrel visszaélés bűncselekménynek valamennyi elkövetési magatartása természetes egységet alkosson; erre csak az azonos tényálláson belül szabályozott elkövetési magatartások esetében van mód.

A jogalkalmazók többsége kedvezően fogadta a jogegységi döntésnek az egység és halmazat kérdésében elfogadott álláspontját, de a fogyasztó esetében a megszerzett és már meg nem lévő kábítószer összegezésére vonatkozó legfelsőbb bírósági iránymutatás riasztóan hatott a kialakulóban lévő, sokkal kedvezőbb egységes joggyakorlat számára.

A Legfelsőbb Bíróság azt az álláspontot fogadta el, mely szerint a megszerzés mint elkövetési magatartás megállapíthatósága szempontjából nincs jelentősége annak, hogy utóbb mi lett a megszerzett kábítószer sorsa. Ebből következik, hogy akkor is összegezni kell az azonos vagy különböző kábítószernek a tiszta hatóanyag-tartalom alapulvételével kiszámított részmennyiségeit, ha az elkövető azokat időközben már elfogyasztotta. Álláspontját azzal indokolta, hogy a fogyasztás nem jelenik meg közvetlenül büntetendő magatartásként a visszaélés tényállásai között, a

megszerzés pedig nem célzatos. Az indokolásban pedig kifejezetten kitért a korábbi 304.1989. számú bírósági határozatban kifejtett álláspontra, hangsúlyozva, hogy nem tartja követhetőnek az abban foglaltakat.

A mi véleményünk szerint éppen a korábbi értelmezés felelt meg az eredeti jogalkotói akaratnak: a kábítószerrel visszaélés mint a közegészséget veszélyeztető bűncselekmény, elsősorban azért valósul meg, hogy a megszerzett kábítószerrel az adott személynek döntési jogosultsága van: elfogyasztja, megsemmisíti vagy továbbadja, esetleg megfertőzve másokat. Ez az a mozzanat, amely miatt a büntetőjogi beavatkozás egyáltalán indokolható. A kábítószerrel visszaélésnél az egy alkalommal fogyasztás céljára az elkövető birtokában ténylegesen együtt lévő kábítószer-mennyiség fejezi ki a jogtárgy veszélyeztetettségét illetve sérelmét, és nem a valójában együtt soha nem lévő részmennyiségek matematikai összege. Ez az eltérő jogfelfogás azonban a jogegységi döntés kihirdetésétől kezdődően csupán a jogirodalomban jelenhet meg, mert a gyakorlatot a legfelsőbb bírósági döntés irányítja kötelező erővel.

#### A KÁBÍTÓSZER-FOGALOM MEGHATÁROZÁSA

Az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII. 13.) határozatának meghozatalakor a Btk. 286/A. §-ának (2) bekezdése határozta meg a kábítószer fogalmát a következőképpen:

„A 282-283. § alkalmazásában kábítószeren

a) az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény, valamint az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyv végrehajtására kiadott jogszabályban meghatározott anyagokat, valamint

b) az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény végrehajtására kiadott jogszabályban meghatározott anyagokat kell érteni.

Az Alkotmánybíróság e rendelkezést 2005. május 31. napjával megsemmisítette. A testület a döntését azzal indokolta, hogy a jogbiztonság követelményeinek nem felel meg az a megoldás, amely szerint a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény, illetve a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21-én aláírt egyezmény részét képező listákat, amelyek az ellenőrzés alá vont anyagok jegyzékét tartalmazzák az egyébként az Egyezményeket kihirdető 1965. évi 4. törvényerejű rendelet, valamint 1979. évi 25. törvényerejű rendelet nem tartalmazza.

Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint jogbizonytalanságot eredményez a kihirdetéssel kapcsolatos jogi megoldás is. Megállapítható egyrészt, hogy az említett egyezményeket megfelelő szintű jogszabállyal Magyarországon nem hirdették ki, hiszen a törvényerejű rendeletek egy diktatórikus állami berendezkedés nem demokratikus jogalkotásának a termékei voltak. Másrészt az elmúlt évtizedekben az egyezményeket számos alkalommal módosították, ám az csak részletes összehasonlító munka eredményeként és csak kétes biztonsággal állapítható meg, hogy módosítás mely esetekben volt összefüggésben az egyezmények tartalmának változásával, és az mikor volt a magyar jogalkotás terméke.

Az AB határozat rámutatott arra, hogy a jog megismerhetőségét kizárja, ha az egyes büntetőjogi tényállásokkal összefüggő szabályok a jogrendszerben szétszórva, más magatartásokra vonatkozó szabályokkal keveredve találhatók meg, és ezáltal még a jogban járatos személyek számára is nehezen, mások számára pedig szinte egyáltalán nem megismerhetők. A büntetőjogi tényállás egyes elemeire vonatkozó szabályokat közvetlenül a Btk. rendszerébe illeszthető normáknak egyértelműen kell tartalmazniuk.

A megállapított alkotmányellenesség, valamint a Btk. 286/A. §-ának 2005. május 31. napjával történt megsemmisítése nyomán a jogalkotóra hárult az a feladat, hogy megfelelő jogszabály megalkotásával az alkotmányos mulasztást pótolja. Az Országgyűlés e kötelezettségének a 2005. június 1. napjával hatályba lépett 2005. évi XXX. törvény elfogadásával tett eleget, amely tartalmazza az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény angol szövegét és hivatalos magyar fordítását, valamint a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény angol szövegét és hivatalos magyar nyelvű fordítását.

A törvény 5. §-a az alkotmányossági követelményeket is kielégítő módon állapította meg a Btk. 286/A. §-ának (2) bekezdését, amely a kábítószer fogalmának büntetőjogi meghatározását tartalmazza.

#### A KÁBÍTÓSZER-MENNYISÉG FOGALMÁNAK VÁLTOZÁSA

Az egységes ítélkezési gyakorlatot biztosítani hivatott jogszabálypótló dokumentumok (BK. 155. számú állásfoglalás, jogegységi határozatok) bemutatásakor már szó volt arról, hogy a Btk. gyakran változó kábítószerre vonatkozó tényállásainak értelmezése és gyakorlati alkalmazása megosztotta a jogalkalmazókat.

Az 1998-as módosítás előtt hatályban volt Btk. elkövetési magatartásai között nem szerepelt a *fogyasztás*, a jogalkotó ekkor a fogyasztást szükségszerűen megelő-

ző megszerzés és tartás elkövetési magatartásokon keresztül rendelte büntetni a kábítószer használó személyeket. A 2003-as módosítást követően ismét kikerült a fogyasztás a Btk-ból, visszatérve ezzel az 1999 előtti megoldáshoz.

A fogyasztók cselekményének megítélésekor általában a jogalkalmazó azzal a nehézséggel találja magát szemben, hogy igen kevés – és főleg nem objektív – bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a terhelt az évek során milyen mennyiségű kábítószer fogyasztott el, illetve szerzett meg. A büntetőjogi megítélés szempontjából ugyanakkor a mennyiség meghatározásának kiemelkedő jelentősége van, hiszen az 1/2007 Büntető jogegységi határozat alapján a már elfogyasztott kábítószer részmennyiségeket is összegezni kell, és az így megállapított tiszta hatóanyag-tartalom képezi a jogi minősítés alapját.

A kábítószer mennyiségi fogalmát még a hatályos Büntető Törvénykönyv sem, csupán annak végrehajtási rendelete, a Btké. tartalmazza. Alkotmányossági aggályokat is felvetett az törvényen kívüli megoldás, miszerint a büntetésre is kiható büntetőjogi fogalmat a Legfelsőbb Bíróságnak a joggyakorlatot irányító határozata: a VI. Büntető Elvi Döntés, majd pedig a már részletezett 155. számú Kollégiumi Állásfoglalás határozta meg, ezt is úgy, hogy volt egy év, amikor az előbb említett jogszabálypótló intézkedések sem álltak rendelkezésre.

A fenti dokumentumok a kábítószer mennyiségi fogalmát az alábbiak szerint határozták meg:

Csekély az a kábítószer-mennyiség, amely egy személyre vonatkoztatva

a) gyógyszerként is alkalmazott kábítószerek esetében az egy alkalommal kiadható gyógyszer mennyiséget nem haladja meg;

b) a gyógyászatban nem használatos (gyógyszerként fel nem írható) kábítószereknél a mérgezést okozó mennyiséget még nem éri el.

Az elvi döntést felváltó Kollégiumi Állásfoglalás a csekély mennyiséget a kábítószerhez hozzá nem szokott fogyasztóra vonatkozott halálos, vagy mérgező adag legfeljebb tízszeresében; a jelentős mennyiséget pedig az ilyen adag több mint százszorosában határozta meg. 1995. március 27-én került sor a közzétételére.

Bár a Kollégiumi Állásfoglalás bizonyos részei később érvényüket veszítették, ugyanakkor a mennyiség tekintetében az 1998-as Btk. módosítás hatályba lépéséig az ítélezési gyakorlatban irányadóak voltak.

Az 1998-es módosítást követő törvény szakított a korábbi vetítési technikával és a leggyakrabban előforduló kábítószerek tiszta hatóanyag-tartalma tömegében határozta meg a csekély mennyiséget, amelynek hússzorosa minősül jelentős mennyiségnek. Kivétel csak a kábítószer-tartalmú növényeknél van, ahol az egyedek száma dönti el a minősítés alapját képező mennyiséget (öt, illetve száz növényegyed).

A kábítószer mennyiségének illetve a tiszta hatóanyag-tartalom meghatározásának mindig is döntő jelentősége volt a terhelttel szemben alkalmazandó jogkövet-

kezmény megállapításánál, hiszen a büntetési tételek a minősítéshez kapcsolódnak. A hatóanyag-tartalom meghatározásánál egységesnek mondható gyakorlat, hogy a meglévő lefoglalt kábítószerknél vegyész szakértő bevonásával kell az adatokat beszerezni.

A meg nem lévő, elfogyasztott, ily módon megsemmisült kábítószerrel szemben az utóbbi években az látszik elfogadhatónak, hogy a vélelmezett mennyiségű és ismeretlen hatóanyag-tartalmú, azonos vagy különböző kábítószerknél eljárási szabálysértés a szakértő kirendelése, mert nem szükséges különös szakértelem a kérdés megválaszolására. Egyrészt bizonyítási kérdés, hogy egy adott terhelt esetében hosszabb elkövetési időszakot figyelembe véve milyen esetszámot és milyen kábítószer-mennyiséget állapítunk meg, és figyelemmel kell lenni arra a garanciális jellegű bizonyítási szabályra, mely az ártatlanság vélelméhez kapcsolódóan előírja, hogy a kétséget a vádlott javára kell értékelni. A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet közlése a feketeipari kábítószer-készítmények átlagos hatóanyag-tartalmának alakulását évekre lebontva (jelenleg a 1996–2007 közötti időszakra), és a leggyakoribb kábítószerknél től-ig határok közötti hatóanyag-tartalmat jelöl meg. Az előbbi bizonyítási elvnek megfelelően a vádlott számára legkedvezőbb alacsony hatóanyag-tartalommal kell számolni a meg nem lévő kábítószer esetén.

#### A KÁBÍTÓSZER-FÜGGŐSÉG MEGÁLLAPÍTÁSA

A függőség megállapítása szakértői kérdés, jölehet a bírónak a rendelkezésre álló bizonyítékokat egyenként és összességükben is értékelni kell, így a szakvéleményben tett megállapítások a bírót nem kötik.

Az elmúlt évtizedek bírósági tapasztalata azt mutatja, hogy a szakértők igen eltérő módon ítélik meg a kábítószer-függőség szakmai kritériumait, és ez sok esetben az ugyanazon terhelt vonatkozásában született ellentétes tartalmú szakvéleményekben ölt testet.

Hosszú várakozás után készült el az a *Módszertani Levél*,<sup>6</sup> amely egyrészt a szakértők, másrészt a jogalkalmazás számára hivatott egységes elveket megadni a kábítószer-függés megállapítása tekintetében. Ennek a módszertani levélnek az érvényessége 2008. év végéig tart. Csak remélni lehet, hogy a következő nagyobb segítséget nyújt annak eldöntésében, hogy a büntetőjogi értelemben vett függésnek a lelki, fizikai függés tüneteinek együttes jelenléte felel-e meg, vagy esetleg a pszichés függés önállóan is alkalmas a függő állapot véleményezésére. Ennek azért is különös jelentősége van, mert a függő fogyasztóra ún. privilegizált, vagyis

<sup>6</sup> Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a kábítószer függőség véleményezéséről. Készítette: az Igazságügyi orvostani és orvosszakértői Szakmai Kollégium és az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet.

enyhébben minősülő tényállások vonatkoznak, és igen eltérő a szakértői gyakorlat a függés véleményezésében. Ha eltekintünk a sajnálatosan terjedőben lévő ún. felkért szakértői vélemények hitelességétől, akkor sincs kellő segítség a kérdés megnyugtató eldöntéséhez.

A Módszertani Levél tartalmazza, hogy a kábítószer-függőség véleményezésére milyen szakértők jogosultak, majd az Egészségügyi Világszervezet Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. revíziójának /BNO-10/ kábítószer függőségre vonatkozó meghatározását idézi:

*„Viselkedési, kognitív és fiziológiai jelenségek meghatározott együttese, amelyik ismételt használatot követően alakulhat ki. A következők jellemzik: erős vágy a gyógyszer bevitelére, a használatának a kontrollálási nehézsége, a káros következmények ellenére a szedés folytatása, a drog szedésének az előnyben részesítése más aktivitásokkal szemben, és hiányérzet, megnövekedett tolerancia, valamint néha fizikai megvonási tünetek”.*

A dependencia kialakulhat egy meghatározott szerre (mint pl. dohány, alkohol, vagy diazepam), vagy a szerek egy csoportjára (opiátok), vagy farmakológiaiailag különböző gyógyszerek széles fajtáira.

A BNO-10-ben további két definíció szerepel:

*„A káros használat (abusus)*

*a pszichoaktív szer használatának olyan módja, amely egészségkárosodást okoz. A károsodás lehet fizikai (...) vagy mentális (...)*

*„Megvonási tünetegyüttes:*

*A szer állandó használatát követően relatív, vagy teljes megvonás után kialakuló különböző, változatos csoportja a tüneteknek.”*

A Módszertani Levél ezt a diagnosztikus rendszert veszi alapul de igen bizonytalan definíciót ad a függés meghatározásánál:

*„Erős vágy a gyógyszer bevitelére, a használatának a kontrollálási nehézsége, a káros következmények ellenére a szedés folytatása, a drog szedésének az előnyben részesítése más aktivitásokkal szemben, és hiányérzet, megnövekedett tolerancia, valamint néha fizikai megvonási tünetek.”*

Függetlenül a fenti fogalom-meghatározásoktól, a Módszertani Levél szerint az úgynevezett pszichés (lelki) függőség önmagában szakértőileg nem igazolható. A tudomány képviselői azonban állítják, hogy a függőség kialakulása a különböző kábítószer típusoktól függ, és bizonyos szereknél nem alakul ki testi függőség, de a lelki függőség ugyancsak leküzdhetetlen erős vágyat jelent, amely a szenvedélybetegségek velejárója.

Összességében a Módszertani Levél nem segítette a jogalkalmazókat a szakvélemények ellenőrizhetőségében, és nem lett egységesebb a szakértők e tárgyban adott véleménye sem.

## AZ ELTERELÉS JOGINTÉZMÉNYE

Először az 1993. május 15-től hatályos Btk. teremtette meg bizonyos elkövetői kör számára a büntetőjogi következmények elkerülésének a lehetőségét. A csekély mennyiségű kábítószer saját fogyasztás céljából előállító, termesztő illetve megszerző terhelt élhetett ezzel a lehetőséggel, feltéve, hogy az elsőfokú ítélet meghozataláig okirattal igazolta, hogy legalább hat hónapig folyamatos kábítószer-függőséget megelőző vagy gyógyító kezelésben részesült. A törvény célja a haszonélvezők szigorú büntetése, míg a kábítószer fogyasztók, az „áldozatok” cselekményének enyhébb elbírálása, a büntetés alternatívájaként a kezelés lehetőségének biztosítása volt.

Az egészségügyi intézmények hiánya, kialakulatlansága vezetett oda, hogy magát az elterelés hasznosságát is sokan megkérdőjelezték.

Az egyik oldalról azért bírálták ezt a jogi megoldást, mert a bizonyítási nehézségek miatt nemcsak a saját célú fogyasztásra megszerző kábítószer élvező, hanem a csekély mennyiségű kábítószer árusító dealer is bekerülhetett a büntetőjogi felelősséget megszüntető intézménybe. (Hiszen bárki állíthatta, hogy a nála megtalált kábítószer saját fogyasztás céljára szerezte meg, és ennek ellenkezőjét nehéz volt bizonyítani.) A másik oldal azt kifogásolta, hogy éppen azok esnek el a kezelés igénybevételének lehetőségétől, akik leginkább arra rászorulnak, mivel a kábítószer rendszeresen fogyasztók esetében a cselekmény tárgya a csekély mennyiséget jelentősen meghaladja.

Érdeemes még azt is megemlíteni, hogy különösen az egészségügyben dolgozó szakemberek egy része nyíltan hangot adott nemtetszésének, és egyenesen a kábítószer legalizációjaként értékelte az elterelés intézményét. Mindezzel együtt is 1993. május 15. és 1999. március 1. között ez a jogszabály élt, és több-kevesebb sikerrel működött is. Ezen büntethetőséget megszüntető ok az eljárás felfüggesztésén keresztül valósult meg. Mind a nyomozó hatóság, mind pedig a bíróság az elkövető vállalása esetén egy évi időtartamra felfüggesztette a büntetőeljárást, majd hitelt érdemlő okirati igazolás alapján az eljáró hatóságok a büntetőeljárást megszüntették.

Az elterelés intézményét is érintette az 1999-ben hatályba lépett szigorítás irányába ható változás, amelynek részletei az előzőek alapján már ismertek.

„A jogalkotói szándék a törvény indokolásából egyértelmű: az eredeti kriminálpolitikai tétel keretein belül a törvény abból indul ki, hogy akinek a büntetőjog valójában diverziós (elterelési) lehetőséget biztosítani kíván, az a kábítószer-függőség állapotába eljutott kábítószer fogyasztó. Ez az az állapot, amikor már a személy egyértelműen áldozatnak tekinthető. Ettől különbözik a kábítószer pusztán élvezni akaró fogyasztó.” – fejti ki a jogalkotó a Btk-t módosító 1998. évi LXXXVII. törvény indokolásában.



A büntetés alternatívájaként gyógykezelés alkalmazására tehát nem kerülhetett sor függőnek nem minősülő alkalmi és rendszeres fogyasztók esetében, és ott sem, ahol a fogyasztás mellett akár a legenyhébb átadási magatartás szerepelt.

A szorosán vett elterelés lehetőségén kívül azonban részben az anyagi-, részben az eljárási törvények egyéb diverziós lehetőségeket is tartalmaztak. Felnőtt korúak esetében három évi, fiatalkorúaknál öt évi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő bűncselekmény esetén az ügyész a vádemelést egytől két évig terjedő időre elhalaszthatta, ha ennek a gyanúsított jövőbeni magatartásában mutatkozó kedvező hatása feltételezhető.

A súlyosabb joghátrány elkerülésére alkalmas intézkedés a próbára bocsátás, fiatalkorúnál bármely bűncselekmény, felnőtt korúaknál három évi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő kábítószeres bűncselekmények esetében.

Megmaradt az az eljárásjogi lehetőség is, hogy a bűncselekmény csekély súlya, vagy csekélyé válása miatt a büntetőeljárás megszüntetésére kerüljön sor. Erről nyomozati szakban az ügyész határozott.

#### A 2003. ÉVI II. TÖRVÉNY ELTERELÉSEL KAPCSOLATOS RENDELKEZÉSEI

Ahogy arról már a korábbiakban szó esett, ez volt az a törvénymódosítás, amely a Nemzeti Drogstratégiának a kínálat csökkentésére, a kábítószerhez való hozzájutás lehetőségének a visszaszorítására, valamint az ártalomcsökkentésre vonatkozó céljait kívánta a büntető igazságszolgáltatásban is megjeleníteni.

Másrészt megoldást akart kínálni azokra az esetekre, amelyekkel szemben a korábbi jogszabály érzéketlen volt, amennyiben figyelmen kívül hagyta a kábítószer-fogyasztás szokásait. Az együttfogyasztás élménye, a kábítószer kínálása a fiatalok körében egy természetes életjelenségnek és nem egy bűn elkövetésének tűnt, ugyanakkor a következmények – ahogy azt már a korábbiakban kifejtettük – indokolatlanul súlyosak voltak és semmiképp sem feleltek meg a szükségesség és az arányosság követelményének.

*„283. § (1) Nem büntethető kábítószerrel visszaélés miatt,*

*a) aki csekély mennyiségű kábítószerrel saját használatra termeszt, előállít, megszerez vagy tart {282. § (5) bek. a) pont},*

*b) aki csekély mennyiségű kábítószerrel, együttesen történő kábítószer-fogyasztás alkalmával kínál vagy átad {282/A. § (6) bek. a) pont},*

*c) az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személy felhasználásával csekély mennyiségű kábítószerrel saját használatra termeszt, előállít, megszerez vagy tart {282/B. § (7) bek. a) pont},*

d)

1. az a tizennyolcadik életévét betöltött, de huszonegyedik életévét meg nem haladott személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személynek, illetőleg

2. az a huszonegyedik életévét meg nem haladott személy, aki oktatási, köznevelési, gyermekjóléti és gyermekvédelmi, közművelődési feladatok ellátására rendelt épület területén, illetőleg annak közvetlen környezetében

csekély mennyiségű kábítószerrel együttesen történő kábítószer-fogyasztás alkalmával kínál vagy átad {282/B. § (7) bekezdés b) pont első fordulata, ha a bűncselekmény a (2) bekezdés a) vagy b) pontjába ütközik},

e) az a kábítószerfüggő személy, aki

1. jelentős mennyiséget el nem érő mennyiségű kábítószerrel saját használatára természet, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, az ország területén átvisz {282/C. § (1) bek. és (5) bek. a) pont}, illetőleg

2. csekély mennyiségű kábítószerrel együttesen történő kábítószer-fogyasztás alkalmával kínál vagy átad {282/C. § (2) bek. és (5) bek. a) pont},

f) az a kábítószerfüggő személy, aki az e) 1. alpontban meghatározott bűncselekménnyel összefüggésben - kétévi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő - más bűncselekményt követ el,

feltéve, ha az első fokú ítélet meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt.

(2) Az (1) bekezdés b) és d) pontja, valamint e) pontjának 2. alpontja nem alkalmazható, ha az elkövetővel szemben a cselekmény elkövetését megelőzően két éven belül legalább egy alkalommal kábítószerrel visszaélés miatt indított büntetőeljárás keretében az elkövető büntetőjogi felelősségét megállapították, vagy vele szemben a vádemelést elhalasztották."

Az Alkotmánybíróság az 54/2004. (XII. 13.) AB határozatában a kihirdetés napjával megsemmisítette a Btk. kábítószerrel visszaélés tényállásainak a 2003-as módosítást követően hatályban volt rendelkezéseinek egy részét, míg a kábítószerekkel kapcsolatos magatartások büntetőjogi szabályozásának másik részével kapcsolatban alkotmányellenességet állapított meg, és felhívta az Országgyűlést ezen állapot megszüntetésére.

Az Alkotmánybíróság a határozatában a büntethetőséget megszüntető okokat tartalmazó törvényhelyek nagy részét (amelyek az eredményes elterelést követően voltak alkalmazhatóak) megsemmisítette, megtartva az elterelés lehetőségét az alkalmi fogyasztók saját használatra történő „beszerző típusú” cselekményeire és a kábítószerfüggő személyek jelentős mennyiséget el nem érő kábítószerrel kapcsolatos saját használatra szolgáló „beszerző” és „szállító típusú” magatartásaira vonatkozóan.

A határozat indokolása szerint olyan feloldhatatlan ellentmondás volt a gyermeki jogok védelmének Alkotmányban is lefektetett kötelezettsége és a 2003-as

módosítást követően hatályos Btk. elterelést tartalmazó rendelkezései között, amely a megsemmisítést tette szükségessé, megteremtve ezáltal az újraszabályozás lehetőségét.

A büntetőjogi következmények elkerülésének lehetőségét olyan széles elkövetői kör számára tette lehetővé a jogalkotó, amely mellett éppen azok a célok szenvednek csorbát, amelyek az adott magatartások büntetendővé nyilvánítását szükségessé tették, és amely egyébként alkalmas volt a nemzetközi egyezményekben vállalt és az Alkotmányban is megfogalmazott gyermeki jogok fokozott védelmének biztosítására.

Az Alkotmánybíróság kifejtette, hogy az állam köteles a fiatalok egészségének megóvása érdekében minden eszközt igénybe venni, és távol tartani őket a veszélyeztető szerhasználatától. Ugyanakkor a fogyasztóval és a függő-fogyasztóval szembeni eltérő bánásmód csupán az egyezmények ajánlásaiban megfogalmazott lehetőség és nem alkotmányos kötelezettség.

Az Alkotmánybíróság döntését követően a Btk. 283. §-ában meghatározott büntetethez vezető megszüntető ok

- az alkalmi fogyasztók esetében a csekély mennyiségű, saját használatra történő kábítószer termesztés, előállítás, megszerzés illetve tartás esetére;
- a kábítószerfüggő esetében pedig az ún. alapmennyiségre történő saját használatú termesztés, előállítás, megszerzés, tartás és az ún. tranzitmagatartások körében kerülhet sor azzal, hogy az utóbbi elkövetői kör számára további kedvezmény, hogy
- ugyancsak megszüntethető az eljárás, ha a kábítószerfüggő személy a kábítószeres léttel összefüggően 2 évi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő cselekményt követ el,
- feltéve mindkét esetben a kezelés vállalását és annak hitelt érdemlő igazolását.

Az elterelés intézménye a büntetőeljárás törvényt módosító 2006. évi LI. törvény hatályba lépése óta (2006. július 1.) az eljárás különböző szakaszaiban az alábbiak szerint érvényesül:

A jogalkotói szándék az ügyész vádelhalasztásához telepítette az elterelés intézményét: az ügyész a vádemelést egy évi időtartamra elhalasztja, ha a kábítószer-élvező gyanúsított vállalja a kezelés valamelyik formájában történő részvételt. Ha az egy év eredményesen eltelik, az ügyész az eljárást megszünteti, ellenkező esetben vádat emel.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Be. 222. § (2) bekezdés

A törvénymódosítás óta lehetséges, hogy ügyészi határozattal a nyomozás is felfüggeszthető a kábítószer-élvező gyanúsított érdekében ugyanolyan feltételek mellett.<sup>8</sup>

És végül, ha az eljárás korábbi szakaszában bármely okból nem került sor a kábítószer-fogyasztó számára a kezelés igénybevételének a lehetőségére, úgy a bíróság is felfüggesztheti az eljárást egy év időtartamra.<sup>9</sup> Az eljárást akkor kell folytatni, ha a vádlott nem igazolja a hat hónapos folyamatos kezelést, vagy ha a felfüggesztés tartama alatt az ügyész a vádlott ellen kábítószerrel visszaélés miatt újabb vádiratot nyújtott be.

Ellenkező esetben a bíróság az eljárást büntethetőséget megszüntető okból megszünteti.

A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás végrehajtási szabályait az 55/2003. (IX. 4.) EszCsM-GyISM együttes rendelettel módosított 26/2003. (V. 16.) EszCsM-GyISM együttes rendelet tartalmazza. E jogszabály szerint az érintett személy az ellátás megkezdését megelőzően előzetes állapotfelmérésen vesz részt, kivéve, ha nevezett kábítószer-függőségét a büntetőeljárás során igazságügyi orvosszakértő állapította meg. Az előzetes állapotfelmérést végző intézményekről a pártfogó felügyelő tájékoztatja az érintett személyt, majd a felmérés eredményéről az adott intézmény ad felvilágosítást. Az érintett személy az ellátást az arra jogosult (akkreditált) intézmények bármelyikénél igénybe veheti, a területileg illetékes egészségügyi szolgáltató a kezelést nem tagadhatja meg. Ha a terhelt fogva van, az ellátást az erre kijelölt büntetés-végrehajtási intézetben végzik. Az ellátás akkor számít folyamatosnak, ha két megjelenés között legalább 30 nap nem telt el. Az ellátást végző intézmény a kezelés befejeztével a rendelet mellékletének megfelelő igazolást állít ki a részvételről, amely dokumentum közokiratnak minősül. Az ügyészség és a bíróság az igazolás alapján mellőzi a vádemelést, vagy szünteti meg a büntetőeljárást.

Éppen az elterelés intézményét érinti legérzékenyebben a Legfelsőbb Bíróság 1/2007. számú jogegységi döntésében megtestesülő jogértelmezése.

Azt senki nem vitatja, hogy amikor a büntetőjog bizonyos magasabb rendű szempontok érvényesülése érdekében lemond a büntetőjogi szankció érvényesítéséről, akkor a kábítószeres cselekmények esetében ezt az áldozatnak is tekinthető fogyasztó esetében és érdekében teszi. Azt láthatjuk, hogy csak egy redukált elkövetési magatartás és a csekély, illetve legfeljebb az alapszankció az, amely felveti ennek az eljárásjogi lehetőségét. Ha a fogyasztónál össze kell adni az elkövetési időszak alatt feltárható mennyiségeket a tiszta hatóanyag-tartalom alapján, akkor ez az esetek nagy részénél kizárja a kezelés igénybevételének a lehetőségét.

<sup>8</sup> Be. 188. § (1) bekezdés h) pontja

<sup>9</sup> Be. 266. § (6) bekezdése

Közel egy év telt el a jogegységi döntés meghozatala óta, és bár statisztikai adataink nincsenek, de a bírósági gyakorlat változása már tetten érhető. A nyomozó hatóság és az ügyészség korábban is összegezte a kábítószer-mennyiségeket, és ezért nem adott lehetőséget az elterelésre. A döntés óta a bíró is kénytelen ezt az eljárást követi azzal a megszorítással, hogy a már megkezdett kezelések eredményessége, hitelt érdemlő igazolása esetén természetesen megszünteti az eljárást. Elterelni azonban csak azokat lehet, akiknél ezzel az új számítási móddal is a csekély, illetve alapmennyiség állapítható meg. Miután a jogegységi döntés jogszabályként hat, a bíróság álláspontja, hogy a szigorúbb „törvénynek” visszaható hatálya nem lehet, és erre a jogerősen le nem zárt ügyeknél figyelemmel kell lenni.

A kábítószerrel visszaélés bűncselekményével kapcsolatos bűnüldözési és ítélkezési statisztikai adatokat a mellékelt táblázatok tartalmazzák.<sup>10</sup>

A 2000 és 2007 közötti ismertté vált kábítószeres bűncselekmények között elkülönül az úgynevezett beszerző típusú, a kereskedő típusú magatartás, és külön szerepel a fogyasztás is. Mélyebb elemzés nélkül is megállapítható, hogy amíg a 2000-ben kereskedés miatt feltárt bűncselekmények száma kevesebb, mint a fele volt a beszerző típusúnak, és körülbelül egynegyede, ha a beszerzőit és a fogyasztóit együtt nézzük.

Az utóbbi három évben ezek az arányok még jobban eltorzultak, mert a 10%-át sem teszi ki a kereskedés miatt indult ügyek száma az úgynevezett beszerző típusúakhoz képest. Amit el lehet mondani pozitívumként az az, hogy kifejezetten a fogyasztás miatti bűncselekmények száma fokozatosan csökkent, ami azt jelentheti, hogy csökkent a rendőrségi aktivitás a „csak” fogyasztókkal szemben.

Vizsgálat nélkül nem lehet következtetést vonni, hogy az egyes jogszabályváltozások és a bűnözési adatok között milyen összefüggés áll fenn. Például 2003-ban viszonylag alacsony volt a kábítószerrel összefüggő ismert bűncselekmények száma (3378), azután évente emelkedett, különösen magas volt a 2005. év (7616), azóta azonban fokozatos csökkenés mutatkozik az ismertté vált kábítószeres bűncselekmények számában.

Igen nagy a távolság az ismertté vált bűncselekmények száma, és a jogerős határozattal befejezett ügyek, illetve az ügyekben szereplő vádlottak száma között. Természetesen a jogerős bírósági határozatok a nyomozáshoz képest 2-3 évvel később születnek, de nem ritka az 5 éves időszak sem. Összehasonlításként: a 2000. évben 88 ügyben 135 vádlottal szemben született döntés kábítószerrel visszaélés miatt, 2007-ben 201 ügyben 259 vádlott szerepelt.

<sup>10</sup> Forrás: Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika (ERÜBS) az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Programban (OSAP)

1. táblázat. Ismertté vált bűncselekmény

Btk. §	Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
		s z á m							
282.	Visszaélés kábítószerral	2276	3364	3606	2442	5301	6038	6401	3495
282/A, C.	Visszaélés kábítószerral, kábítószerfüggő személy által	671	968	1169	936	1369	1578	333	1172
	<b>Összesen:</b>	2947	4332	4775	3378	6670	7616	6734	4667
283.	Kóros szenvedélykeltés	9	82	11	9	8	10	6	9
	<b>Mindösszesen:</b>	2956	4414	4786	3387	6678	7626	6740	4676

2. táblázat. Elkövetési magatartás szerinti adatok

Btk. §	Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
		s z á m							
282., 282/A, C	Termel, előállít, megszerez, tart, behoz	1658	1638	1495	1934	5804	6928	6050	4288
282., 282/A, C	Kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik	723	761	680	338	688	630	472	353
282., 282/A, C	Fogyaszt	1066	1933	2600	1106	178	58	178	–
282	Előkészület	–	–	–	–	–	–	34	26
	<b>Összesen:</b>	3447	4332	4775	3378	6670	7616	6734	4667

Megjegyzés: A 2006. II. félévtől létező befejezési módok közül a „Nyomozás, felfüggesztés kábítószer-élvező gyámóztatással szemben” az ERÜBS rendszerben nem fordult elő.

Forrás: az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika (ERÜBS); az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Programban (OSAP) 1228. ny.t.sz. adatállománya.

3. táblázat. Ismertté vált elkövető

Btk. §	Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
		s z á m							
282.	Visszaélés kabítószerrel	2556	3 655	3319	2176	51 531	56 891	4538	3026
282/A, C	Visszaélés kabítószerrel, kabítószerfüggő személy által	611	370	980	764	313	396	1186	855
	<b>Összesen:</b>	<b>3167</b>	<b>4025</b>	<b>4299</b>	<b>2940</b>	<b>6466</b>	<b>7085</b>	<b>5724</b>	<b>3881</b>
283.	Kóros szenvedélykeltés	6	17	5	6	2	5	1	–
	<b>Mindösszesen:</b>	<b>3173</b>	<b>4042</b>	<b>4304</b>	<b>2946</b>	<b>6468</b>	<b>7090</b>	<b>5725</b>	<b>3881</b>

4. táblázat. Elkövetési magatartás szerinti adatok (Elkövetők)

Btk.§	Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
		s z á m							
282., 282/A, C	Termel, előállít, megszerez, tart, behoz Kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik	1838	1349	1361	1645	5930	6452	5358	3475
	Fogyaszt	354	807	459	310	357	441	365	384
282	Előkészület	975	1823	2479	980	157	169	1	–
	<b>Összesen:</b>	<b>–</b>	<b>46</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>–</b>	<b>22</b>
	<b>Összesen:</b>	<b>3167</b>	<b>4025</b>	<b>4299</b>	<b>2940</b>	<b>6466</b>	<b>7085</b>	<b>5724</b>	<b>3881</b>

5. táblázat. Korcsoport szerinti megoszlás

Btk. §	Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
		s z á m							
282., 282/A..	Fiatalkorú	468	701	777	393	1044	1178	853	440
282/C	Felnőtt korú	2699	3324	3522	2540	5413	5907	4872	3441
	<b>Összesen:</b>	<b>3167</b>	<b>4025</b>	<b>4299</b>	<b>2940</b>	<b>6457</b>	<b>7085</b>	<b>5725</b>	<b>3881</b>

6. táblázat. Vádelhalasztások (Forrás: ERÜBS)

Btk. §	Mégnevezés	s z á m							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
282., 282/A, C	Vádelhalasztások száma	150	280	262	628	3231	4412	3175	732
	%-aránya	4,7	7,0	6,1	21,4	50,0	62,3	55,5	18,9
	– ebből: fiatalok száma	85	124	148	119	615	827	543	74
	%-aránya (az Fk-hoz viszonyítva)	18,2	17,7	19,0	30,3	56,9	70,2	63,7	16,8

7. táblázat. Összefoglaló adatok, illetve büntetésiszabások a jogerős bírósági határozat szerint összesen. Bűncselekmény: Btk. 282. §, 282/A-C. §, 283. §, 283/A. § (Forrás: A büntetőbíróság előtti ügyész tevékenység [VLP] adatállománya. – Országos Statisztikai Adatgyűjtési Programban [OSAP] 1523. nyt. sz.)

Év	Jogerős bírósági határozattal befejezett		Terheltek száma, akikkel szemben büntetést vagy intézkedést alkalmaztak	ebből				Önállóan alkalmazott mellékbüntetés, intézkedés	
	ügyek száma	ügyekben szereplő vádlottak száma		hat. tartamú szabadságvesztés	e b b ő l		közérdekű munka		
					végrehajt.	felfüggt.			
terheltek									
2000	794	1371	1236	454	192	262	19	348	415
2001	1292	2253	2101	627	290	337	43	580	851
2002	1588	2793	2620	718	355	363	83	777	1042
2003	1281	2180	1928	701	341	360	63	460	704
2004	1191	1906	1516	597	276	321	66	403	450
2005	1487	2357	1899	663	309	354	99	566	571
2006	1773	2861	2484	923	424	499	151	771	639
2007	1733	2672	2366	820	322	498	183	786	577



8. táblázat. Összefoglaló adatok, illetve büntetés kiszabások a jogerős bírósági határozat szerint felnőtt korúakkal szemben. Büncselekmény: Btk. 282. §, 282/A-C. §, 283. §, 283/A. §. (Forrás: *A büntetőbíróság előtti ügyész tevékenység {VLP} adatállománya. – Országos Statisztikai Adatgyűjtési Programban [OSAP] 1523. nyt. sz.*)

Év	Jogerős bírósági határozattal befejezett		Terheltek száma, akikkel szemben büntetést vagy intézkedést alkalmaztak	ebből				Önállóan alkalmazott mellékbüntetés, intézkedés	
	ügyek száma	ügyekben szereplő vádlottak száma		hat. tartamú szabadságvesztés	e b ő l végrehajjt.	felelős	közérdekű munka		pénzbüntetés
terheltek									
2000	743	1236	1111	420	185	235	18	343	330
2001	1178	1957	1820	551	268	283	37	567	665
2002	1478	2463	2304	650	342	308	78	750	826
2003	1210	1971	1756	654	325	329	57	440	605
2004	1108	1719	1362	559	265	294	59	392	352
2005	1376	2128	1712	624	302	322	86	552	450
2006	1608	2565	2216	865	411	454	132	742	477
2007	1593	2413	2132	776	309	467	171	762	423

9. táblázat. Összefoglaló adatok, illetve büntetés kiszabások a jogerős bírósági határozat szerint fiatalokkal szemben. Büntéselekmény: Btk. 282. §, 282/A-C. §, 283. §t 283/A. §. (Forrás: A büntetőbíróság elítelt ügyeinek tevékenység {VLP} adatállománya. – Országos Statisztikai Adatgyűjtési Programban [OSAP] 1523. nyt. sz.)

Év	Jogerős bírósági határozattal befejezett		Terheltek száma, akikkel szemben büntetést vagy intézkedést alkalmaztak	ebből					Önállóan alkalmazott mellékbüntetés, intézkedés
	ügyek száma	ügyekben szereplő vádlottak száma		hat. tartamú szabadságvesztés	e b ő l		közérdekű munka	Pénz-büntetés	
					végrehajt.	felelős			
				terheltek					
2000	88	135	125	34	7	27	1	5	85
2001	170	298	283	77	22	55	6	14	186
2002	193	332	318	68	13	55	5	28	217
2003	132	208	174	49	16	33	7	18	100
2004	104	148	116	27	5	22	7	7	75
2005	129	172	138	34	5	29	6	12	86
2006	240	295	258	48	9	39	18	28	164
2007	201	259	234	44	13	31	12	24	154

# A KÁBÍTÓSZER-JELENSÉG BŰNÜGYI VONATKOZÁSAI 2000 ÉS 2007 KÖZÖTT

SÁROSI PÉTER

## BEVEZETÉS

### A KÍNÁLATCSÖKKENTÉS MINT STRATÉGIAI PILLÉR

Jelen fejezet a kábítószer-probléma bűnügyi vetületét tárgyalja annak tükrében, hogy a Nemzeti Drogstratégiánk elfogadása óta miként alakultak a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés mintázatai illetve az illegális drogpia jellemzői. A tanulmányban bemutatott kriminálstatistikai adatok elemzése fontos támpontot adhat számunkra azzal kapcsolatban, hogy miként valósult meg a Drogstratégia egyik fő célkitűzése, a kábítószerhez való hozzáférhetőség csökkentése. Az Országgyűlés által 2000. december 5-én elfogadott *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* c. dokumentum (96/2000 OGY) negyedik stratégiai pillére a kínálatcsökkentés, ehhez a stratégiai célhoz tartozik a büntető-igazságszolgáltatási rendszer számára meghatározott feladatok és tevékenységek túlnyomó többsége. A Drogstratégia saját szemléletét a proibicionista és a legalizációs szemlélet között helyezi el, lényegét a kereslet- és kínálatcsökkentés átfogó, kiegyensúlyozott megközelítésében határozza meg. A Stratégia elutasítja a proibíció-legalizáció dichotómiát, és egy a multidiszciplináris megközelítést szorgalmaz, amely abban tér el a proibicionista szemlélettől, hogy a „fogyasztó differenciáltabb megközelítését” alkalmazza, míg az utóbbi „a tiltást mind a keresleti, mind a kínálati oldalon érvényesíti” (ISM 2000, 25–26).

A Nemzeti Drogstratégia definíciója szerint a „kínálatcsökkentés érinti a jogi szabályozást, a bűnüldözés területét, az illegális kábítószer termelés felszámolását, az ún. prekursor anyagok szigorú ellenőrzését, a Rendőrség, a Vám- és Pénzügyőrség illetve a Határőrség felderítő tevékenységét, a büntetés-végrehajtás területén a szükséges terápiás, illetve ellenőrzési funkciók működtetését, ezen túlmenően nemzetközi szinten összehangolt vagy fedett nyomozást, a pénzmosás és a korrupció elleni fellépést, a kábítószer-hatóságok és a nyomozati szervek közötti együttműködés két- és többoldalú, regionális és széles nemzetközi megvalósulását” (66). A dokumentum szerint a „rendőrség és a büntetés-végrehajtás munkája számos vonatkozásban a keresletcsökkentés (a droghasználat megelőzése és kezelése) fejezetébe is tartozik. A kínálatcsökkentés azonban még abban az esetben sem adhat egyedüli megoldást a kábítószer-probléma kihívására, ha egyébként erre egyértelmű társadalmi elvárás fogalmazódik meg. A kínálat- és keresletcsökkentés területei tehát egymást köl-

csönösen feltételezik. Csak a két terület közötti szabályozott, intenzív és egymást feltételező együttműködés teremthet esélyt a probléma visszaszorítására” (uo.).

A kínálatcsökkentés feladatait a Stratégia a következő 7 intézmény feladatkörébe utalta: a rendőrség, a Vám- és Pénzügyőrség, a Határőrség (2008. január elsején integrálták a rendőrségbe), a Büntetés-végrehajtás, a Polgári- és nemzetbiztonsági szolgálatok, a Gazdasági Minisztérium Engedélyezési és Közigazgatási Hivatala és a polgárőrség.

#### STRATÉGIAI CÉLOK A BÜNTETŐ-IGAZSÁGSZOLGÁLTATÁS SZÁMÁRA

A Stratégia hosszú-, közép- és rövidtávú célokat tűzött ki minden stratégiai területen, így a kínálatcsökkentés területén is. Hosszú távon a dokumentum 5 stratégiai célt fogalmazott meg:

- Csökkenjen az illegitim és a visszaélésre használt szerekhez való hozzáférés.
- Csökkenjen az országhatáron keresztül illegális kereskedelem a kábítószeres és pszichotróp anyagok vonatkozásában, a legális szerek és azok előanyagainak (prekurzorok) ellenőrzése pedig még fokozottabbá váljék.
- Csökkenjen az illegitim szerek országon belüli termesztése és előállítása, a legális kábítószeres és előanyagai (prekurzorok) hazai előállítása pedig kerüljön még fokozottabban ellenőrzés alá.
- Csökkenjen az illegitim szerek belső terjesztése, és sikerüljön visszaszorítani a drogkereskedelem színtereit.
- Csökkenjen a drogfertőzött színterek száma, illetve lehetőség szerint sikerüljön felszámolni azokat.
- Megvizsgálandó egy egységes kábítószer elleni törvény mint egységes „drog-törvény” előkészítésének lehetősége, mely a jelenlegi törvényi szabályozást egységes keretben kezelné, és kiegészítené az egészségügyi-szociális kezelet és jogszabályi kérdéseivel, az adatvédelem és a bejelentési kötelezettség egyértelmű rendezésével.

Az eredményesség mutatói a következők:

- Hozzáférés csökkenése.
- Terjesztőhálózatok számának csökkenése.
- Az eljárások számának növekedése a dílerekkel szemben.
- Belső előállítás csökken.
- Teljes körű együttműködés a nemzetközi és regionális, európai és világméretű kezdeményezésekben.

A monitorozás eszközei között szerepel a kriminálstatisztikai adatok elemzése, a hozzáférés kérdőíves vizsgálata és a bűnüldöző hatóságok munkájának hatékonyságelemzése. A középtávú célok között szerepel a lefoglalt drogmennyiség, illetve a kábítószer-kereskedőktől lefoglalt vagyon növelése, a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények csökkentése, a prekursorok hatékonyabb kontrollja, a nemzetközi kooperációk élénkítése. A Drogstratégia a büntető-igazságszolgáltatás számára a keresletcsökkentés terén is feladatot jelölt ki, ez azonban az ismeretterjesztésen keresztül történő bűnmegelőzésre korlátozódik.

#### AZ ADATOK GYŰJTÉSÉNEK ÉS ÉRTELMEZÉSÉNEK KORLÁTAI

A lefoglalt kábítószereket a Bűnügyi Szakértői Kutató Intézet (BSZKI) vizsgálja be, fontos adatokat szolgáltatva az illegális drogpiacon (főként az árak és a tisztaság) trendjeivel kapcsolatban. A drogok feketepiaci árának, fajtáinak, tisztaságának alakulása a drogok hozzáférhetőségének indikátorai. A büntető-igazságszolgáltatás monitorozásának egyik másik fő eszköze az Egyesített Rendőrségi és Ügyészségi Adatbázis (ERÜBS), amelyet a statisztikai törvény értelmében a Legfőbb Ügyészség és az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium (korábban: Belügyminisztérium) működtet. Az ERÜBS gyűjti a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményekkel (a Btk. 282/A., 282/B., illetve a 282/C. §) és azok elkövetőivel kapcsolatos adatokat. A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményekkel kapcsolatos ítéletekről, a kiszabott szankciókról a bírósági statisztikák nyújtanak támpontot. Ezen adatok gyűjtése és feldolgozása a bíróságok szervezetéről és igazgatásáról szóló 1997. évi LXVI. törvény szerint az Országos Igazságügyi Tanács feladata.

A magyarországi kriminálstatisztikai adatok értelmezésénél több jelentős korlátozó tényezőt figyelembe kell vennünk:

- A rendőrségi adatbázis kizárólag az *ismertté* vált bűncselekmények regisztrációjára vállalkozik, az adatokból tehát nem lehet következtetni arra, hogy *valójában* hányan is követték el a bűncselekményt egy adott évben. Ha az ismertté váló bűncselekmények számát és az epidemiológiai vizsgálatok eredményeit összevetjük, azt láthatjuk, hogy a bűncselekményeknek csupán töredéke válik ismertté a hatóságok előtt – tehát igen *magas az ún. látencia*.
- Az ERÜBS output-jellegű adatbázis, tehát az adatok a tárgyévben *befejezett* büntetőeljárásokra vonatkoznak, és számos adott évben indult büntetőeljárás lezárására csak a következő év(ek)ben kerül sor. Így a kriminálstatisztikai adatok gyakran nem a tárgyévben aktuális helyzetet, hanem a korábbi évek állapotát tükrözik.
- A büntetőeljárások száma nem egyezik meg az *ismertté vált elkövetők* számának alakulásával – a két trend gyakran elválik egymástól. 2003 és 2004 között

- például a jogszabályi változások következtében az eljárások száma 197%-kal nőtt, az elkövetők száma azonban több mint duplájára emelkedett (219%).
- Egy elkövető *csupán egy bűncselekménnyel* (a legsúlyosabbal) szerepel a statisztikákban, így ha elkövette a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt, de közben más, súlyosabb bűncselekmény miatt is eljárás folyik ellene, akkor az adatbázisban csupán a súlyosabb bűncselekmény kerül regisztrálásra.
  - Az adatbázis nem csak a bűncselekményekkel, hanem *az egyéni bűnelkövetőkkel* kapcsolatos adatokat is gyűjti, az ún. „T” (terhelti) statisztikai adatlapok segítségével.

#### MÍ LEHET A TRENDEK HÁTTERÉBEN?

Ezen korlátok figyelembevételével tehát csak óvatosan, alternatív források (pl. az epidemiológiai vizsgálatok, az egészségügyi és szociális ellátórendszer adatai, különféle kvalitatív kutatások eredményei) figyelembevételével lehet elemezni a trendek alakulásának, változásainak okait, amelyek elsősorban a következők lehetnek:

- **A piaci trendek változásai:** amennyiben az illegális piacon akár keresleti, akár kínálati oldalon jelentősebb változás következik be, azt valószínűleg követik a bűnügyi statisztikák is – bár jelentős késés lehet például a fogyasztók számának növekedése, vagy egy drog importjának, terjesztői hálózatának bővülése és a hatósági reakciók között.
- **Jogszabály-módosítás és politikai irányváltás:** ha megváltozik a jogszabályi környezet, például enyhülnek vagy szigorodnak a szankciók, esetleg új drog kerül a tiltólistára, az jelentős hatással lehet az ismertté váló bűncselekmények számának alakulására is.
- **A jogalkalmazói gyakorlat változásai:** gyakran a jogszabályi változásoktól függetlenül is változik a jogalkalmazók megközelítése, prioritásai (pl. a bűnüldözés fókuszának a fogyasztókról a terjesztőkre való áthelyezése), illetve bővíhetnek vagy szűkülhetnek a rendőrség, a vám- és pénzügyőrség kapacitásai.

A 90-es évek második felében készített epidemiológiai és a kriminológiai statisztikák egyaránt azt mutatják, hogy az illegális drogpiacon robbanásszerű kialakulásának és bővülésének lehettünk szemtanúi, a büntetőeljárások növekvő száma pedig ezt a trendet követte. Az 1998-as jogszabály-módosítás és a zéró tolerancia irányába történt elmozdulás következtében nagy társadalmi és politikai nyomás helyeződött a rendőrségre a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények visszaszorításának vonatkozásában – ez tovább növelte a felderítetté váló esetek számát. A 2003-as jogszabály-módosítás következtében a növekedés megtorpant, majd újra növekedésnek indult.

A jogszabály-módosításokon kívül az illegális drogpia és a jogalkalmazói praktikák változásai is befolyásolják a változékony kriminálstatisztikai trendeket. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárások számának az elmúlt években történő csökkenésében például szerepet játszhatott az a tény, hogy a rendőrség deklaráltan is egyre inkább a terjesztők semlegesítésére helyezte át a súlypontot, míg a fogyasztókkal szembeni célirányos operatív akciók (pl. az ún. diszkórazziák) háttérbe szorultak. Ehhez nagyban hozzájárult az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, aki 2006. november 26-án közzétett (OBH 1916/2006) állásfoglalásában megállapította, hogy a diszkórazziák gyakorlata, melynek során a rendőrség hermetikusan lezár egy szórakozóhelyet, majd az ott tartózkodó fiatalokat igazoltatásnak, ruházatátvizsgálásnak, pupillás szemvizsgálatnak és gyors kábítószeresztnek vet alá, sérti a szórakozó fiatalok alkotmányos jogait. A fogyasztók elleni eljárások ezenkívül igen sok adminisztrációs költséggel és eljárási cselekménnyel járnak – miközben kínálat- és keresletcsökkentő hatásuk minimális.

#### MAGAS LÁTENCIA

Az epidemiológiai vizsgálatokból következtethetünk arra, hogy a igen magas a felderítetlenül maradt visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma, hiszen minden évben több százezer ember szerez meg, tart magánál vagy ad tovább kábítószer, de a rendőrség látókörébe mindössze pár ezer eset kerül. Míg az epidemiológiai adatok szerint 2003 során körülbelül 300 ezren fogyasztottak illegális szert, addig ugyanebben az évben kevesebb mint 3 ezer elkövető ellen folyt büntetőeljárás (és ebben már a terjesztés és előállítás miatt büntetőeljárás alá vontak is benne vannak). A fogyasztói típusú magatartások esetében eszerint 2003-ban mintegy 99%-os volt a látencia.

A kriminológiai szakirodalom szerint (Gelencsér, 1998) a magas látencia okai közé tartozhat az áldozatok viselkedése (pl. a nemi erőszak áldozatai ritkán tesznek feljelentést). Mivel azonban a kábítószer-bűncselekmények áldozat nélküli bűncselekmények, itt gyakorlatilag nincs áldozat, aki feljelentést tegyen. Szerepet játszhat az adott bűncselekményről alkotott társadalmi ítélet (mennyire tekinti a bűncselekményt súlyos normaszegésnek a környezet), és a bűnüldöző szervek munkájának alacsony hatékonysága (illetve a bűnüldöző szervek leterheltségében, működésének hangsúlyaiban, prioritásaiban, a szervezeti attitűdökben történő, a veszélyészlelésre vonatkozó változások). A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények magas látenciája nagyrészt abból következik, hogy ún. áldozat nélküli avagy konszenzuális bűncselekményről van szó, amelyről a jogalkalmazó hatóságok többnyire véletlenszerű ellenőrzések során vagy célirányos operatív rendőrségi akciók eredményeként szereznek tudomást. A kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos társadalmi ítéletek fontos szerepet

játszhatnak a látencia alakulásában: fontos, hogy vajon miként reagál az iskola, a munkahely vagy a család a kábítószer-fogyasztás megjelenésére a közösségben. Így például a 1998-as törvénymódosítás időszakában jelentősen megnövekedett a kábítószerrel kapcsolatos büntetőfeljelentések száma.

#### A KUTATÁSOK KORLÁTOZOTT SZÁMA

A Nemzeti Drogstratégia 5 alapelve (tények elsőbbsége, partnerség, átfogó megközelítés, elszámoltathatóság, hosszú távra tervezés) értelemszerűen a kínálatcsökkentésre is vonatkozik. Sajnos azonban a Stratégia időszakában nagyon kevés kutatási készült a büntető-igazságszolgáltatás működésével, illetve az illegális drogpia alakulásával kapcsolatban, ez pedig rendkívül nehezíti teszi a kínálatcsökkentő tevékenységek sikerességének mérését, elemzését. Míg a keresletcsökkentő és ártalomcsökkentő szolgáltatások hatékonyságával kapcsolatban terjedelmes nemzetközi szakirodalmat találhatunk, a kínálatcsökkentő tevékenységek hatékonyságát és hatásait vizsgáló kutatások száma ehhez képest elenyésző. Ez a tendencia azonban nem csak Magyarországra jellemző: világszerte viszonylag kevés olyan vizsgálat ismeretes, amely tudományos szigorral mérte volna a kínálatcsökkentés hatékonyságát.

A RAND Intézet munkatársai, Peter Reuter és Susan Everingham (1994) az Egyesült Államokban a kokainnal kapcsolatos különféle állami beavatkozások hatékonyságát elemezte (a kokacserjék irtása a forrásországokban, interdikció: kokainlefoglalások külföldön és a határoknál, belföldi rendőrségi kokainlefoglalások és a bűnszervezetek felszámolása, a problémás használók kezelése). A szerzők rámutatnak arra, hogy az USA drogpolitikai költségvetésének 73%-át a rendőrség kiadásaira, 13%-át interdikcióra, 7%-át a kokacserjék irtására és 7%-át a problémás használók kezelésére fordítja. Ezen beavatkozások költséghatékonysági analízise során azonban arra a következtetésre jutottak, hogy a problémás szerhasználók kezelésére fordított pénz sokkal inkább megtérül az államnak, mint a kínálatcsökkentő beavatkozások – amennyiben a cél a kokainfogyasztás csökkentése. Ennek okát abban látták, hogy a bűnüldözői munka még igen nagy erőfeszítések árán sem képes jelentősen befolyásolni az illegális kokainpiacot (pl. feketepiaci árak alakulását).

Weatherbund és Lind (1994) egy nagyszabású heroinlefoglalás hatásait elemezték Sydney-ben. A kutatók nem találtak összefüggést a rendőrségi akció és a heroin feketepiaci árának, hozzáférhetőségének alakulása között. Egy vancouveri vizsgálat (Wood, 2003) szintén nem talált bizonyítékot arra, hogy egy nagyszabású rendőrségi heroinlefoglalás csökkentette volna a heroin illegális hozzáférhetőségét a város droghasználói körében. Ausztráliában 2001-ben jelentősen csökkent a heroin hozzáférhetősége és így fogyasztása is – ezt a hatóságok akkor a bűnüldözői munka hatékonyságának tudták be. Ezt az állítást azonban számos kutató megkérdőjelezte,



szerintük a heroinhiány valódi okát a termelői országokban bekövetkezett változás és a globális heroinpiac átrendeződése képezte (Sárosi, 2008). A nemzetközi vizsgálatok korlátozott száma miatt csupán töredékes ismeretekkel rendelkezünk a kínálatcsökkentő beavatkozások hatékonyságával kapcsolatban, jelenleg nincsen olyan kínálatcsökkentő módszer, amely bizonyítottan nagy sikerrel csökkentené a kábítószeresek hozzáférhetőségét.

Magyarországon a kábítószerrel kapcsolatos büntetőjogi szabályozás joghatóságának szisztematikus evaluációjára eddig csupán Ritter Ildikó vállalkozott (Ritter, 2003), aki a 4717 büntetőeljárás elemzése illetve 137 jogalkalmazóval készített kérdőíves felmérés segítségével részletesen megvizsgálta az 1999. március 1-jén hatályba lépett törvénymódosítás hatásait. A hatásvizsgálat szerint a törvénymódosítás hatásossága megkérdőjelezhető volt, célját a megkérdézett jogalkalmazók 61%-a szerint sem lehetséges elérni (mivel a jogalkalmazók 33 különböző választ adtak arra a kérdésre, hogy mi volt a jogszabály-módosítás célja, a tanulmány szerint maga a cél sem volt egyértelmű számukra). A 2003. március elsejétől hatályba lépett törvénymódosítás hatásvizsgálata várat magára, bár az elterelés intézményével kapcsolatos kutatások fontos adalékokat szolgáltatnak ebben a kérdésben. Így például Ritter Ildikó 2004-ben az eltereltek pártfogói felügyelői aktáit (Ritter, 2005), míg Rác és munkatársai egy ellátóhely adatait elemezve (Rác és mtsai, 2007) vontak le következtetéseket az elterelés hatékonyságával kapcsolatban. A kutatások szerint az elterelés magyarországi rendszerének egyik fő problémája a rosszul beállított fókuszban rejlik: többségében olyan személyeket kényszerít be az ellátórendszerbe, akik nem rendelkeznek olyan indikációval, amely a kvázi-kényszerkezelést szükséges és arányos beavatkozássá tenné a büntető-igazságszolgáltatás rendszere számára.

## A KRIMINÁLSTATISZTIKAI ADATOK ELEMZÉSE

### A KÁBÍTÓSZERREL KAPCSOLATOS BŰNCSELEKMÉNYEK SZÁMÁNAK HULLÁMZÁSA

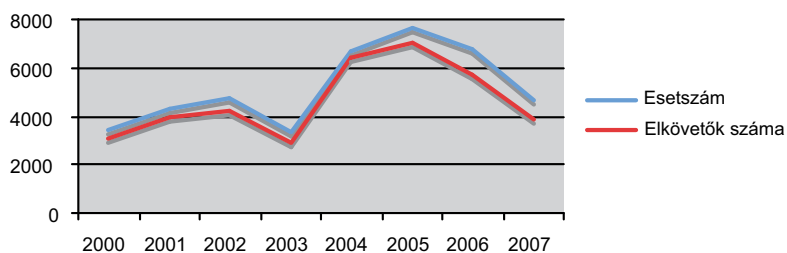
1990 és 2007 között mintegy 50 ezer (pontosabban 49 051) esetben indult és zárult le büntetőeljárás kábítószerrel való visszaélés bűncselekménye miatt. 1990 és 1999 között, tehát a Nemzeti Drogstratégia elfogadása előtti évtizedben összesen 7437, 2000 és 2007 között pedig 41 617 bűncselekményről van tudomásunk – az ismertté vált bűncselekmények száma tehát a Drogstratégia időszakában jelentősen magasabb, mint a korábbi évtizedben. Mégis, a növekedés üteme még a Drogstratégia elfogadását megelőző években volt a legnagyobb (bár alacsonyabb esetszámmal), míg 2000 és 2003 között a növekedés lassult. A 2003-as jogszabályváltozás következtében

az eljárások száma megtorpant, majd ismét megugrott, és bár a növekedés üteme nem érte el a 90-es évek végén tapasztaltat, 2005-ben elérte eddigi tetőpontját (7616). Azóta lassú, de jelentős csökkenésnek lehetünk szemtanúi (2006 és 2007 között 30%-os csökkenés). (1. táblázat és 1. ábra.)

1. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények és az ismertté vált elkövetők számának alakulása 1992 és 2007 között (forrás: ERÜBS)

Év	Esetszám	Az esetszám növekedésének üteme	Elkövetők száma
1992	135	293,48	116
1993	223	165,19	247
1994	256	114,8	260
1995	429	167,58	459
1996	440	102,56	483
1997	943	214,32	926
1998	2068	219,3	1800
1999	2860	138,3	2701
2000	3445	120,45	3164
2001	4332	125,74	4025
2002	4775	110,22	4370
2003	3378	70,74	2940
2004	6670	197,45	6466
2005	7616	114,18	7085
2006	6734	88,41	5725
2007	4667	69,3	3881

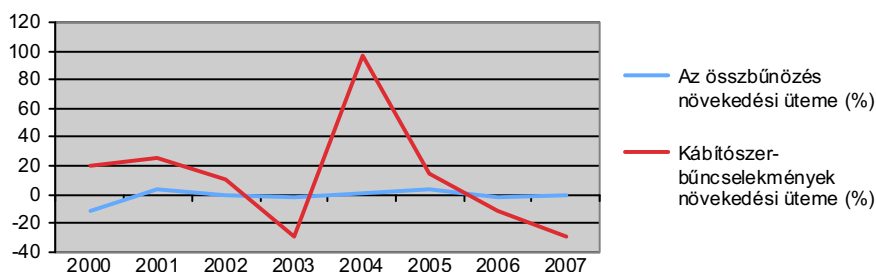
1. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények és elkövetők számának alakulása 2000 és 2007 között (forrás: ERÜBS)



## ÖSSZEHASONLÍTÁS AZ ÖSSZBŰNÖZÉS TRENDJEIVEL

Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekményeknek az összes regisztrált bűncselekményen belüli aránya a vizsgált időszakban alacsony maradt (2002-ig nem haladta meg az 1%-ot, illetve ezután is 2% alatt maradt). Ha azonban a bűncselekmények számának növekedési ütemét nézzük, az gyakran jóval meghaladta az össz-bűnözés növekedésének arányát – különösen élesen jelentkezett ez a különbség az ezredfordulón. A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények számának alakulása nem követte az össz-bűnözés trendjeit: míg az utóbbi növekedése például 1999-ben 15,8%-kal csökkent, a kábítószerrel visszaélés bűncselekmények száma ugyanebben az évben 38%-kal nőtt. A Nemzeti Drogstratégia megvalósításának időszakában továbbra is fennmaradtak a jelentős különbségek az össz-bűnözés és a kábítószer-bűnözés növekedési/csökkenési üteme között, mivel a kábítószer-bűnözés növekedése jóval hullámzóbb, instabilabb képet mutat. Ennek az oka valószínűleg abban rejlik, hogy egyrészt egy viszonylag új, dinamikusan növekvő elkövetői csoportról van szó, másrészt pedig a kábítószerrel kapcsolatos szakaszok a Btk. leggyakrabban módosított szakaszait képezik.

2. ábra. A kábítószer-bűnözés növekedési ütemének alakulása az össz-bűnözés növekedési üteméhez képest 2000 és 2007 között (forrás: ERÜBS)



## ELKÖVETÉSI MAGATARTÁSOK: A KERESLETI OLDALON A HANGSÚLY

A Büntető törvénykönyv kábítószerrel kapcsolatos szakaszai a csekély mennyiségű kábítószerrel való visszaélést vétségi, a csekély mennyiséget meghaladó mennyiséggel történő visszaélést pedig büntett alakzatban büntetik. A Nemzeti Drogstratégia elfogadását megelőző évtizedben az összes visszaélés kábítószerrel bűncselekményen belül gyorsan növekedett a keresleti oldallal kapcsolatos bűncselekmények aránya a kínálati oldallal kapcsolatos bűncselekmények arányához képest. Míg 1988 és 1992 között a csekély mennyiségű kábítószerrel való visszaélések aránya 43-44% között

volt, addig 1994 és 1998 között ez az arány 65,4%-ra emelkedett. Ezzel szemben az üzletszerűen és jelentős mennyiségre elkövetett visszaélések aránya nem változott jelentősen (11%). Bár 1999-re a vétségek aránya 45,6%-ra csökkent, 2000-re ismét 62,3%-ra, majd 2001-re 74,8%-ra emelkedett. Ez a tendencia folytatódott a Drogstratégia elfogadása utáni években is. Bár a Nemzeti Drogstratégia elsősorban a kínálati oldal repressziójában látta a büntető-igazságszolgáltatás szerepét, a jogalkalmazó szervek elsősorban a keresleti oldalhoz kapcsolódó bűncselekmények felderítésében jártak élen, az eljárások többsége fogyasztói típusú magatartás miatt indult, az eljárás alá vont fogyasztók nagy része az alkalmi kannabiszhasználók kategóriájába tartozott. Az Európai Unió tagállamainak többségére egyébként szintén ez a trend jellemző.

A kábítószer fogyasztása 1999-től egészen a 2003. évi törvénymódosításig külön elkövetési magatartást képezett, 2001-ben az elkövetők 44,6%-a, 2002-ben 54,5%-a, 2003-ban pedig 32,7%-a ellen indítottak a hatóságok eljárást kizárólag kábítószer-fogyasztás miatt. 2003. március 1. óta a törvény a kábítószer-fogyasztást a tartáson és megszerzésen keresztül bünteti. A keresleti oldallal szemben indult eljárások aránya minden évben 90% körül mozgott. A bűnügyi statisztikák szerint a kínálati oldali („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) bűncselekmények aránya többnyire jóval 10% alatt maradt. 2006-ban, amikor az előző évihez képest jelentősen csökkent a befejezett büntetőeljárások száma, a kínálati oldali bűncselekmények elkövetőivel szemben indított eljárások aránya 7,6%, a következő évben pedig csupán 7,5% maradt. A keresleti oldallal kapcsolatos bűncselekmények túlsúlya az EU egészére nézve is jellemző: a 25 EU tagállamban és Norvégiában 2001 és 2006 között 51%-kal növekedett a használattal összefüggő bűncselekmények aránya, míg az összes kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény száma 36%-kal emelkedett (EMCDDA 2008a). Egyes tagállamokban azonban a fogyasztók ellen indított büntetőeljárások aránya jóval kisebb, mint Magyarországon, hiszen a rendőrség a terjesztők elfogására koncentrálja erőforrásait. A hasonló népességű Csehországban például 2001-ben az eljárások mintegy 10%-a folyt a keresleti oldal ellen, míg 90%-a terjesztőkkel szemben: az aránypár szinte teljesen fordított volt, mint ugyanebben az évben Magyarországon (National Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2007).

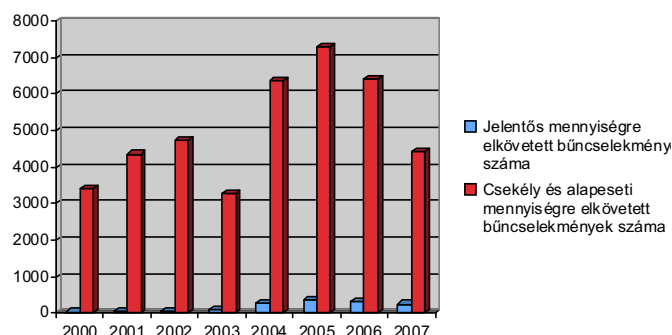
A jelentős mennyiségű kábítószerrel való visszaélést megvalósító bűncselekmények aránya az ezredfordulón még alig haladta meg az 1%-ot, ez az arány azonban a későbbi években fokozatosan növekedett, 2004-ben elérte a 4,36%-ot, 2005-ben a 4,55%-ot, 2006-ban a 4,82%-ot, 2007-ben pedig az 5,45%-ot. Míg a Drogstratégia elfogadásának évében csupán mintegy 40 esetben indított a rendőrség eljárást jelentős mennyiséggel visszaélő elkövető ellen, jelenleg már évente körülbelül 300 ilyen eset válik ismertté. Ez jelzi a magyar bűnüldöző szervek felderítő munkájának növekvő hatékonyságát a drogterjesztő hálózatok felszámolása (*interdiction*) tevékeny-

2. táblázat. A keresleti oldallal szembeni eljárások aránya az összes visszaélés kábítószerral bűncselekményen belül (forrás: ERÜBS)

Év	Keresleti oldallal szembeni eljárások aránya (%)
2004	91,7%
2005	90,9%
2006	89,8%
2007	91,8%

ség területén. Mivel a drogterjesztők gyakran határokon átnyúló bűnszervezeteket hoznak létre, és a magyar jogalkalmazó szervek szorosan együttműködnek külföldi kollégáikkal a nemzetközi hálózatok felderítése során, ezek a számok önmagukban nem tükrözik a bűnfelderítés hatékonyságát, hiszen a magyar rendőrök munkájának eredményeképpen gyakran külföldön folytatnak eljárást elkövetők ellen – illetve külföldi hatóságok felderítő munkájának eredményeként Magyarországon állítanak elő elkövetőket. A BRKF Kábítószér-Bűnözés Elleni Osztályának közlése szerint szinte minden jelentősebb ügyük rendelkezik nemzetközi szálakkal.

3. ábra. A jelentős mennyiségre elkövetett visszaélés kábítószerral bűncselekmények aránya 2000 és 2007 között (Forrás: ERÜBS)

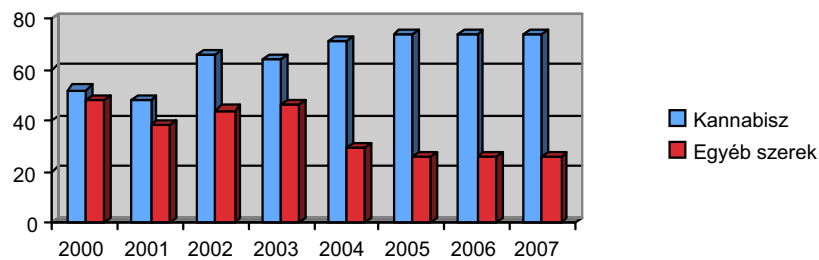


#### AZ ELKÖVETŐK ÁLTAL HASZNÁLT SZEREK: A KANNABISZ TÚLSÚLYA

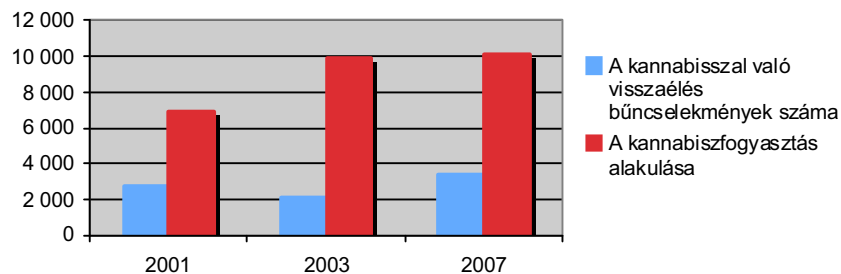
A vizsgált időszakban a visszaélés kábítószerral bűncselekményt elkövetők túlnyomó többsége ellen valamilyen kannabisz-származék (többnyire marihuána) megszerzése vagy tartása miatt indult büntetőeljárás. A kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények száma 2000 és 2005 között mintegy megháromszorozódott, 1759-ről 5562-re emelkedett, majd 2007-re 3415-re csökkent. 2000-ben a kannabisz-származékokkal kapcsolatos eljárások az összes eljárás több mint felét (52%-át) tették ki, 2007-ben

ugyanakkor mintegy 74%-ra emelkedett az arányuk. A 2000 és 2007 között lezárult 41745 eljárás közül 28743 (közel 70%) kannabisszal kapcsolatos bűncselekmény miatt folyt. A Nemzeti Drogstratégia elfogadása óta tehát egyre nagyobb arányban indult eljárás kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények elkövetői ellen, bár arányuk 2004 óta nem növekedett jelentősen.

4. ábra. A kannabisszal kapcsolatos büntetőeljárások arányának alakulása az egyéb szerekéhez képest 2000 és 2007 között (Forrás: ERÜBS)



5. ábra. A kannabisz 18–53 éves népesség körében mért életprevalenciájának és a kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények számának alakulása 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben. (Forrás: Paksi Borbála, 2007; ERÜBS)



A kannabisszal kapcsolatos eljárások magas aránya egyrészt következik abból a tényből, hogy a kannabisz éves prevalenciája jóval magasabb, mint bármely más illegális szeré. A kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények számának növekedése valószínűleg követte a kannabiszfogyasztás elterjedtségének növekedését, amely szintén jelentős volt ebben az időszakban. Ugyanakkor a rendszeres szerhasználók körében magasabb az egyéb drogokat használók aránya is, és a kannabisznál nagyobb társadalmi problémákkal járó szerek fogyasztói gyakrabban kerülhetnek a rendőrség látókörébe egyéb tényezők miatt (pl. marginalizáció, beszerzési bűnözés). Így tehát a kannabisszal elkövetett bűncselekmények körében a látencia valószínűleg magasabb, mint például a heroinnal elkövetett bűncselekmények látenciája.

A kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények arányában 2001 és 2007 között bekövetkezett 20%-os növekedés, és az a tény, hogy az elkövetők többsége fogyasztói típusú magatartást folytatott, jelzi, hogy a jogalkalmazó hatóságok számára a kannabisz tartásával és megszerzésével kapcsolatos bűncselekmények felderítése nem jelent kevésbé fontos prioritást, mint az egyéb kábítószerrel kapcsolatos elkövetők felderítése. Valószínű, hogy a Büntető Törvénykönyv módosításai ebből a szempontból nem voltak jelentős hatással a rendőrség egyes szerekekkel kapcsolatos bűnüldözési tevékenységére, hiszen a hazai Btk. szerek szerinti differenciálást nem tartalmazott és nem is tartalmaz (kivéve természetesen a mennyiségi limitek terén), a jogalkalmazó hatóságok számára nincsenek kijelölve ezzel kapcsolatos prioritások a rendőrségi drogstratégiában sem.

A kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények túlsúlya az Európai Unió számos más tagállamára is jellemző, a kép ugyanakkor vegyes. A tagállamokban 2001 és 2006 között elkövetett kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények 36-86%-át kannabisszal követték el (EMCDDA, 2008a). Egyes tagállamokban a kannabiszfogyasztók előállítására és szankcionálására alacsonyabb prioritást élvez a jogalkalmazó szervek számára (Varga Orsolya szerk., 2004). Csehországban, ahol a kannabiszfogyasztás éves prevalenciája az összlakossághoz képest jóval magasabb, mint Magyarországon, 2006-ban a büntetőeljárásoknak kevesebb mint 30%-a indult kannabisszal kapcsolatos bűncselekmények miatt – az arány tehát éppen fordított volt, mint hazánkban (National Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2007, 65). A kannabiszterjesztőkkel szembeni eljárások számának növekedése ugyanakkor még a fogyasztást dekriminalizáló országokra is jellemző, így például Hollandiában 2000 és 2006 között 27%-ról 37%-ra nőtt a kannabisz-származékok miatt indított eljárások kábítószer-bűnözésen belüli aránya, bár hozzátehetjük, hogy Hollandia az illegális kannabiszkereskedelem egyik fő elosztó központjának számít Európában (Trimbos Institute, 2007).

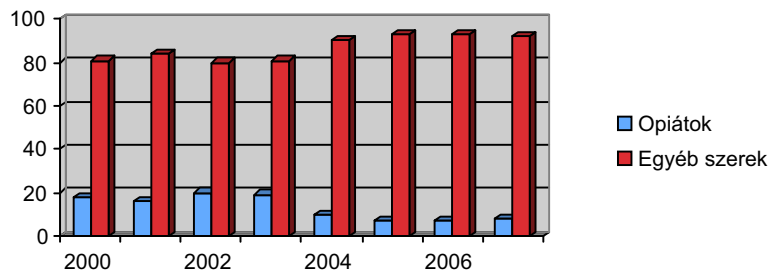
#### VISSZASZORULÓBAN AZ OPIÁTOK

Az elmúlt években figyelemre méltó csökkenés következett be az opiátszármazékokkal (ópium, morfin, heroin) kapcsolatos büntetőeljárások abszolút számában és az összes szertípuson belüli arányában. 2000-ben még 662 eljárás (megközelítőleg 18%) indult opiátszármazékokkal való visszaélés miatt, ez a szám 2003-ban érte el csúcspontját (883 eset), de anélkül, hogy az összes eljáráson belüli arány jelentősen emelkedett volna. Ezután az opiátszármazékokkal visszaélők elleni eljárások száma fokozatosan csökkent, és 2007-ben már csupán 373 eljárás indult ezen szertípus-kategórián belül, ez az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény mindössze 7,9%-át tette ki. Ez a csökkenő tendencia összhangban van azzal, hogy

a heroinhasználat az epidemiológiai vizsgálatok tanulsága szerint az utóbbi években visszaszorulóban van hazánkban és az Európai Unió legtöbb tagállamában. 2001 és 2006 között az EU tagállamaiban 14%-kal csökkent az ismertté vált heroinnal kapcsolatos bűncselekmények száma – bár ez az adat a magas látencia miatt óvatosan értelmezendő (EMCDDA 2008a).

Mivel az opiáthasználók túlnyomó többsége a fővárosban koncentrálódik, lehetséges befolyásoló tényezőként említhetjük a Budapesti Rendőr-Főkapitányság (BRFK) és a túcsere központok között aláírt 2004-es stratégiai megállapodást, amelyben a rendőrség vállalta, hogy a túcsere programokat látogató intravénás szerhasználókkal szemben nem intézkedik célirányosan és nem állítja elő őket a náluk lévő használt fecskendők miatt. Fontos ugyanakkor megjegyeznünk, hogy az intravénás heroinhasználók – bár viszonylag kis létszámú csoportot képeznek – nem csak közegészségügyi és szociális, hanem bűnmegelőzési szempontból is az egyik legkomolyabb kihívást jelentik az állam számára a heroinfüggőséggel gyakran társuló beszerzési bűnözés, illetve az illegális heroinpiachoz köthető szisztematikus bűnözés miatt. Csehországban, ahol a hivatalos becslések szerint 10 ezer főre tehető a heroinfüggő népesség száma, 2006-ban az eljárások 5,4%-a indult heroinnal való visszaélés miatt (National Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2007). Máltán ugyanakkor az összes kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény 60%-át teszik ki a heroinnal elkövetett bűncselekmények (EMCDDA, 2008a).

6. ábra. Az opiátokkal kapcsolatos büntetőeljárások aránya az összes visszaélés kábítószerrel bűncselekmény körében 2000 és 2007 között (forrás: ERÜBS)



Az adatgyűjtés hiányosságai miatt az ERÜBS sajnos nem tartalmaz szerspecifikus adatokat a második legnépszerűbb illegális droggal, az MDMA-val (Ecstasy) kapcsolatos büntetőeljárások számának alakulásával kapcsolatban. A kokainnal kapcsolatos eljárások száma 2000 és 2007 között lassan nőtt, aránya azonban nem változott jelentősen. 2000-ben az összes eljárás 2,8%-a, összesen 99 eljárás indult kokain miatt, 2007-ben az eljárások száma 124-re nőtt, ami az összes eljárás 2,6%-át tette ki. Bár az epidemiológiai mutatók szerint a rendszeres kokainfogyasztók száma az általános európai tendenciához hasonlóan emelkedett az elmúlt években, a

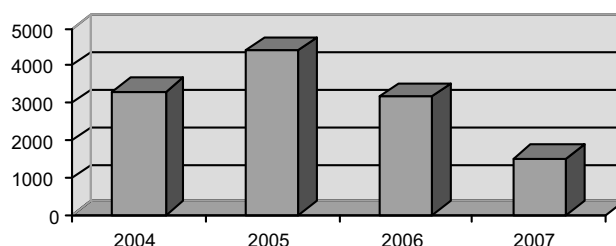


kokainhasználat valószínűleg még mindig csupán egy olyan, a társadalomba többnyire jól integrált rétegre jellemző, amely ritkán kerül a rendőrség látóterébe.

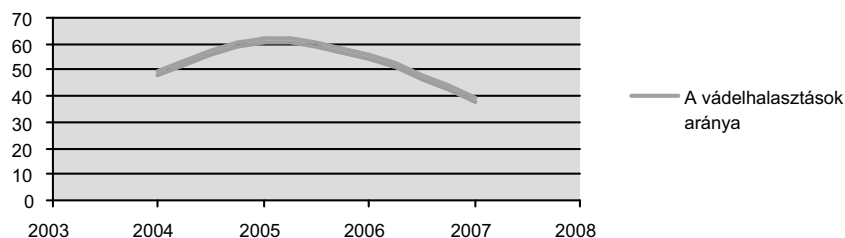
#### A VÁDELHALASZTÁS MINT ELTERELÉS A BÜNTETŐJOGI ÚTRÓL

A Büntető Törvénykönyv kábítószerrel kapcsolatos szakaszainak 2003. március elsejétől hatályba lépett módosítása következményeként jelentősen megnőtt a vádelhalasztás intézményének jelentősége, amely a kábítószer-fogyasztók büntetőjogi útról való elterelésének jogi eszköze. Különösen magas a vádelhalasztások száma a fiatalok elkövetők esetében, 2004-ben például meghaladta a 70%-ot. A vádelhalasztások száma 2005-ig jelentősen emelkedett (4412 eset, az összes kábítószer-bűncselekmény 62,3%-a), majd az elmúlt években jelentősen csökkent (2007-ben 1519 eset, 39,1%). Ez valószínűleg magyarázható az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmények számának alakulásával, amely az időszak végére szintén visszaesett. 2006 és 2007 között 45,8%-ról 35,3%-ra csökkent az összes vádelhalasztáson belül a kábítószerrel visszaélés bűncselekményekkel szemben alkalmazott vádelhalasztások aránya. A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény következtében több mint ötszörösére nőtt a nyomozás megszüntetésével járó büntethetőséget megszüntető egyéb ok megállapítása.

7. ábra. A vádelhalasztások számának alakulása 2004 és 2007 között (forrás: ERÜBS)



8. ábra. A vádelhalasztások százalékos arányának alakulása az összes kábítószer-bűncselekményen belül 2004 és 2007 között (forrás: ERÜBS)



### ELHÚZÓDÓ ELJÁRÁSOK

A kábítószerrel kapcsolatos büntetőeljárások átlagos időtartama a Nemzeti Drogstratégia elfogadását megelőző évben 12,7 hónap volt, az 1999. március elsejétől hatályba lépő törvénymódosítás után 7,7 hónapra csökkent. Az eljárások többsége az előző években indult, így például 2001-ben 4332 kábítószerrel visszaélés bűncselekménnyel kapcsolatos eljárás zárult le, ebből csupán 1260 (29,1%) indult ugyanabban az évben, sőt, 23 esetben még 1994 és 1996 között indult a büntetőeljárás. A 2003. évi törvénymódosítás az eljárások elhúzódásához vezetett, ez a többféle szakértői vélemény beszerezésével (toxikológus, vegyész szakértő, igazságügyi orvos szakértő stb.), illetve az 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendeletben meghatározottak végrehajtásával (elterelés) függ össze. 2003 és 2007 között az egy adott évben lezárult büntetőeljárások körülbelül háromnegyede még az előző években indult meg. Az adott évben indult és le is zárult eljárások aránya a vizsgált időszakban csökkenő tendenciát mutatott, 2007-ben például a lezárult eljárások 16%-a indult ugyanabban az évben. Ugyanakkor az eljárások több mint fele a következő évben lezárul, míg mintegy negyede több éven át húzódik.

### A DROGBŰNÖZÉS NAGYVÁROSI JELENSÉG

A kábítószerrel visszaélés bűncselekmények területi megoszlásának vizsgálatából azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a bűncselekmények nagy részét nagyobb városainkban követik el (mivel a droghasználat maga is jóval gyakoribb a nagyvárosi népesség körében, különösen az olyan drogok használata, mint a heroin). Ezen belül is szembetűnő a fővárosban elkövetett bűncselekmények jelentős, de jelenleg már egyre csökkenő számaránya. 2000-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények 34,75%-át követték el a fővárosban, ez 2004-ig 40% fölé emelkedett, 2005 pedig 32,6%-ra csökkent. 2007-ben a kábítószer-bűncselekmények 26,6%-át követték el Budapesten. Vidéken a legtöbb kábítószer-bűncselekmény – évről évre változó sorrendben – Pest, Bács-Kiskun, Borsod-Abaúj-Zemplén, Baramya és Csongrád megyében válik ismertté. Figyelembe kell vennünk ugyanakkor azt is, hogy például a 10 ezer lakosra jutó bűncselekmények aránya szempontjából például Bács-Kiskun megyében jóval kevesebb bűncselekmény fordul elő, illetve hogy az adott megyében ismertté váló bűncselekmények aránya nagyban függ a helyi bűnüldöző szervek ez irányban kifejtett aktivitásától. Jelentős különbség van a fővárosi és a vidéki rendőrség kábítószer-felderítő kapacitásában is. 2008 januárjában a Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) önálló Kábítószer-ellenes Osztályt alakított ki 60 rendőrrel, amely már az első hónapban jelentős sikereket könyvelhetett el. Egyes megyei rendőrkapitányságok állományában ugyanakkor

nincsen teljes munkaidőben kábítószeres ügyeken dolgozó rendőr. A bűnözési statisztikákból kevéssé érintettek tűnő megyékben, mint például Zala vagy Somogy, a rendőrség valószínűleg más bűncselekmények felderítésére koncentrálja erőit.

#### ELKÖVETŐK: A FIATAL FELNŐTT FÉRFIAK TÚLSÚLYA

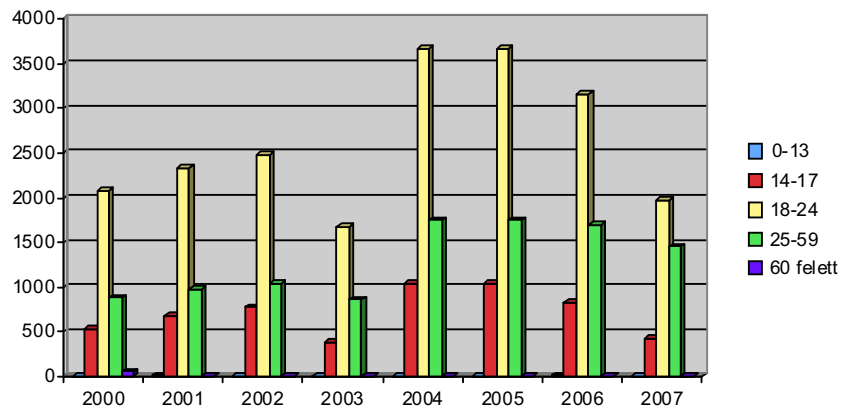
2000 és 2007 között összesen 37 658 elkövető ellen indult büntetőeljárás visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetése miatt, ezen belül csupán körülbelül minden 10. elkövető volt nő – ezt a bűncselekményt tehát jellemzően férfiak követik el. Az elkövetők legnépesebb korcsoportja a 18–30 év közötti fiatal felnőttek: 2000-ben például az elkövetők körülbelül 76%-a tartozott ebbe a csoportba, 2005-ben viszont már több mint 83%-a. Ezen belül is a 18–24 éves fiatal felnőttek követik el a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt a leggyakrabban (ez a megfigyelés összhangban van a drogfogyasztással kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatok eredményeivel). A fiatal bűnelkövetők aránya a kábítószer-bűnözés esetében jóval magasabb, mint az egyéb bűncselekményeket elkövetők körében. Míg 2005-ben például a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők 97,2%-a 31 éves kora előtt követte el a bűncselekményt, addig a többi bűncselekmény elkövetői között ez az arány nem érte el a 60%-ot.

3. táblázat. Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmény elkövetői korcsoportok szerint 2000 és 2007 között (forrás: ERÜBS)

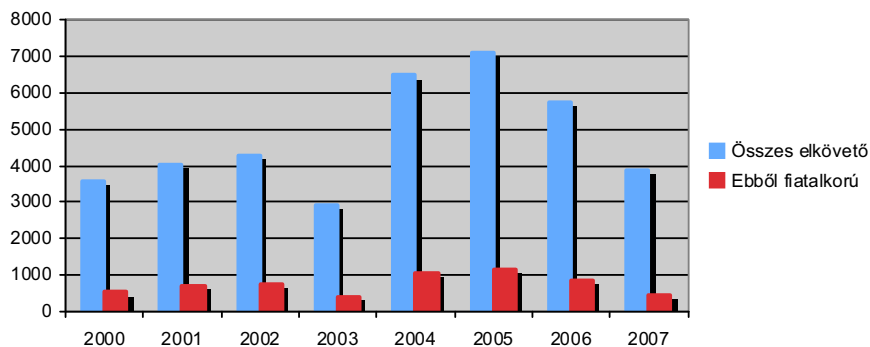
Kor	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Összesen
0–13	5	13	11	7	9	9	17	7	78
14–17	530	689	766	393	1044	1169	836	433	5860
18–24	2086	2334	2476	1675	3663	3993	3166	1980	21373
25–59	882	979	1040	859	1749	1911	1700	1455	10575
60 felett	59	10	4	6	1	3	6	6	94
Összesen	3562	4025	4370	2940	6466	7085	5725	3881	37 980

A 90-es évek végén a fiatalkorú elkövetők aránya gyors ütemben növekedett, azonban 2000 után ez a trend a visszajára fordult, 2002 óta pedig nagyjából stabilizálódott. A 2000 és 2007 között kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetők mintegy 16%-a fiatalabb volt 18 évesnél az elkövetés időpontjában: nagyjából tehát minden hatodik elkövető volt gyermek-, vagy fiatalkorú.

9. ábra. Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmény elkövetői korcsoportok szerint 2000 és 2007 között (forrás: ERÜBS)



10. ábra. A fiatalok elkövetők számának változása az összes ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetők számához viszonyítva 2000 és 2007 között (forrás: ERÜBS)

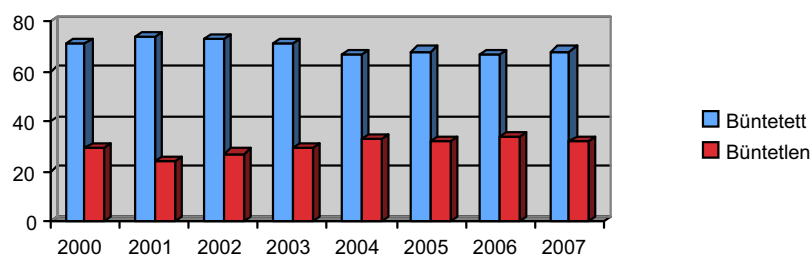


#### A BÜNTETETT ELŐÉLETŰEK ALACSONY, DE NÖVEKVŐ ARÁNYA

A 11. sz. ábrán nyomon követhetjük a büntetlen előéletű elkövetők százalékos arányának változását az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetők körében. Mint láthatjuk, a büntetett előéletű elkövetők aránya az elmúlt években növekedett némileg, azonban a büntetlen előéletű elkövetők aránya a Nemzeti Drogstratégia megvalósulásának időszakában végig nagyjából 70% körül maradt – az elkövetők túlnyomó többsége tehát nem követett el korábban ismertté vált bűncselekményt. Ez arány jelentősen magasabb annál, mint amit az egyéb bűncselekmények esetében megfigyelhetünk. Kivételt képez a kábítószerfüggők minő-

sített elkövetők csoportja: ezen belül a büntetett előéletűek aránya jóval magasabb (45,2%). Ez természetesen azzal magyarázható, hogy a kábítószerfüggők körében jóval magasabb a visszaeső bűnelkövetők aránya, mind a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény ismétlődő elkövetése, mind a beszerzési bűncselekmények miatt, így gyakoribbak közöttük a büntetett előéletűek.

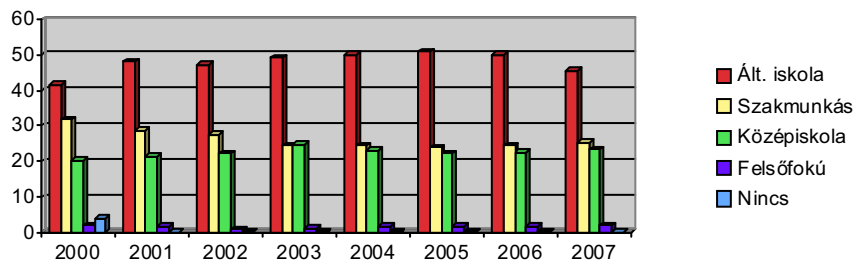
11. ábra. A büntetlen és büntetett előéletű elkövetők százalékos arányának alakulása a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetőinek körében 2000 és 2007 között. (Forrás: ERÜBS)



#### AZ ELKÖVETŐK ISKOLÁZOTTABBAK AZ ÁTLAGNÁL

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetői sokkal iskolázottabbak, mint az átlagos bűnelkövető: minimális azok aránya, akik semmilyen iskolai végzettséggel sem rendelkeznek, míg viszonylag magas a közép- és felsőfokú oktatásban részesültek aránya. 2000 és 2007 között a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők túlnyomó többsége legalább általános iskolai végzettséggel rendelkezett, míg mintegy fele rendelkezett szakmunkás vagy középiskolai végzettséggel, körülbelül 2%-a pedig főiskolai vagy egyetemi diplomával – ez az arány az elkövetők alacsony átlagéletkorát tekintve igen jelentősnek mondható.

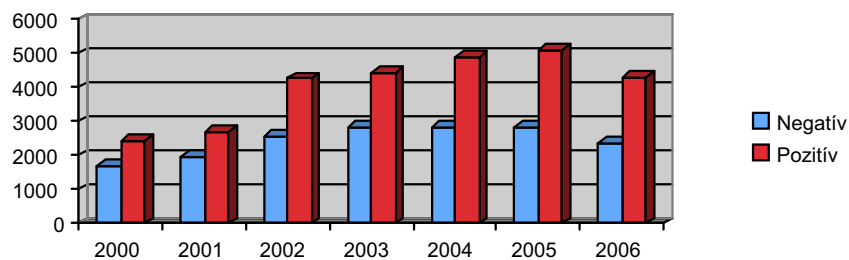
12. ábra. Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmény elkövetőinek iskolázottság szerinti megoszlásának változásai 2000 és 2007 között



## AZ ELKÖVETŐK TOXIKOLÓGIAI VIZSGÁLATÁNAK EREDMÉNYEI

A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények alapos gyanúja esetén rutinvizsgálatnak számít az elkövető vizeletmintájának analízise a törvény által tiltott vegyületek kimutatása céljából, ezt a vizsgálatot kizárólagos joggal és országos hatáskörrel az Országos Igazságügyi Toxikológiai Intézet Kábítószer Analitikai Osztálya végzi el, illetve az elhunytak esetében a Post-mortalis Osztály (jelentős szerepet kap például a túladagolások halálesetek kivizsgálásánál). Az OITI 2000-ben 5289 esetben végzett kábítószer-analízist, ez a szám folyamatosan emelkedett, jelenleg évi 8-9 ezerre nőtt. A vizsgálatok által leggyakrabban kimutatott illegális szer természetesen a kannabisz, 2006-ban például ez tette ki az esetek mintegy 74%-át, míg az amfetamin aránya 13%, az opiátoké 10%, a kokainé pedig 2,2% volt. A grafikon ábrázolja a negatív és a pozitív eredménnyel zárult vizsgálatok számát. 2000-ben az esetek 41%-a zárult negatív eredménnyel, 2005-re ez az arány 35%-a mérséklődött. A negatívnak bizonyult esetek igen nagy száma arra utalhat, hogy a rendőrség által megállapított alapos gyanú a valóságban gyakran nem kellően megalapozott.

13. ábra. Az Országos Igazságügyi Toxikológiai Intézet által 2000 és 2006 között elvégzett kábítószer-vizsgálatok száma (forrás: ISZKI-OITI)



## KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT ELKÖVETETT BŰNCSELEKMÉNYEK

A legtöbb, kábítószer hatására elkövetett bűncselekmény nem más, mint a kábítószerrel való visszaélés, bár az elmúlt években jelentős csökkenést tapasztalhattunk ezen bűncselekmények arányában (2003-ban még több mint 80%, 2007-re már csak 63,5%). A bűncselekmények egy jóval kisebb, bár újabban növekvő csoportját alkotják a vagyon elleni bűncselekmények. Valószínűleg ezek jelentős része ún. beszerzési bűncselekmény: életmódjuk és a magas feketepiaci árak miatt a drogfüggők ugyanis gyakran bűncselekmények elkövetése árán szerzik be a napi adagra valót. Ide azonban elsősorban nem erőszakos vagyon elleni bűncselekmények tartoznak, különösen a lopások és a csalások. A vizsgált időszakban a vagyon elleni bűncse-

lekmények súlya jelentősen növekedett: 2004-ben az összes kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmény 14,1%-a, 2007-re már majdnem egynegyede (23,1%) tartozott ide. 2007-ben az összes kábítószer-bűncselekmények negyedét (25,1%) kábítószerfüggő személy követte el.

A kábítószer hatása alatt elkövetett erőszakos bűncselekmények számaránya igen alacsony (a személy ellen elkövetett bűncselekmények aránya 2007-ben 4,3%). Sajnos azonban a statisztika szerint egyre többen vezetnek bódult állapotban autót: 2005-ben az összes kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekménynek még csak 1,9%-át, 2007-ben már 3,9%-át tették ki a közlekedési bűncselekmények. Megjegyzendő azonban, hogy a kábítószer és kábító hatású anyag hatása alatt elkövetett bűncselekmények mind számuk, mind súlyosságuk tekintetében még ma is jóval kisebb jelentőségűek, mint az ittas állapotban elkövetett bűncselekmények. Míg 2007-ben közúti jármű ittas vezetése miatt 14 157 esetben folytatott eljárást a rendőrség, addig bódult járművezetés miatt 156 esetben. Ritter Ildikó a témában készített tanulmánya szerint a „kábítószerrel befolyásolt állapotban történő gépjárművezetés bűncselekmény elterjedtsége alatta marad az Európai Unió tagállamainak többségéhez képest”, a kriminálstatisztikai adatok feldolgozása segítségével pedig kimutatta, hogy számos esetben valójában azokban az esetekben is alkoholos befolyásoltság alatt állt a vezető, amelyeket a statisztika kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt elkövetett bűncselekményként regisztrált (Ritter 2006). Tény ugyanakkor, hogy az alkoholszondás vizsgálatokkal ellentétben a sofőrök drogtesztelése kevésbé elterjedt Magyarországon, mint egyes nyugat-európai országokban vagy az Egyesült Államokban.

#### ELÍTÉLTEK

A kábítószerrel visszaélés bűncselekmény miatt jogerősen elítéltek száma drámai növekedésen ment keresztül a 90-as években: 1991-ben még csak 11 személyt ítélték el kábítószer-bűncselekmény miatt, 2000-ben már 1151-et (Országos Igazságügyi Tanács, Vavró, 2002).<sup>1</sup> Különösen figyelemreméltó a fiatalkorú elítéltek megjelenése és számuk növekedése a kilencvenes évek végén. 1991 és 2000 között 186 fiatalkorút ítélték el, ennek több mint felét (94 főt) 2000-ben. Ez a hirtelen emelkedés magyarázható a Btk. 1999. március elsejétől hatályba lépett szigorításával. Az elítéltek számának általános növekedése 2000 után is folytatódott, az elítéltek száma 2000 és 2007 között duplájára nőtt (2006-ban 2484, 2007-ben 2366 elítélt).

Az elítéltek demográfiai jellemzői hasonlóan alakultak az összes visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetőéhez: a drog miatt elítéltek többnyire fiatal

<sup>1</sup> A hazai bírósági statisztikák az Interneten is elérhetőek a [www.birosag.hu](http://www.birosag.hu) oldalon.

felnőtt férfiak és nagyobb körökben a büntetlen előéletűek és az iskolázottabbak aránya, mint a legtöbb egyéb bűncselekmény miatt elítéltek körében. Így például 2002-ben például az összes felnőtt elítélt körében 31,12% volt a büntetlen előéletűek aránya, a kábítószer miatt elítéltek körében viszont 40,71%.

A jogkövetkezmények tekintetében a bíróságok a vizsgált időszakban leggyakrabban az önállóan alkalmazott intézkedés szankciót alkalmazták – ez gyakorlatilag a próbára bocsátásnak felel meg. A próbára bocsátások aránya jelentősen csökkent az időszak végére: 2000-ben az esetek 32%-ban, még 2005-ben is 30%-ban, 2007-ben azonban már mindössze 24%-ban alkalmazták a bíróságok ezt a szankciót. Így 2007-ben már a pénzfőbüntetés kiszabása volt a leggyakoribb szankció (33%). Míg a felfüggesztett szabadságvesztés alkalmazásának aránya 2000 után jelentősen csökkent (2000-ben 21%, 2002-ben már csak 12%), a vizsgált időszak végére ismét az alkalmazott szankciók 21%-át tette ki. A végrehajtandó szabadságvesztésre (tényleges börtönbüntetésre) ítélték száma 2000 és 2007 között megkétszereződött: 2000-ben 161 embernek kellett a rácsok mögé vonulnia kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények miatt, míg 2007-ben már 322-nek. A végrehajtandó szabadságvesztések összes alkalmazott szankción belüli aránya azonban keveset változott (2000-ben és 2007-ben is körülbelül 14% volt). A statisztikából az is kitűnik, hogy a bíróságok egyre gyakrabban alkalmazzák a közérdekű munka jogkövetkezményt, amely 2000-ben még csupán az esetek 2%-át tette ki, 2007-re viszont már 7,73%-át.

## AZ ILLEGÁLIS KÁBÍTÓSZERPIACCAL KAPCSOLATOS ADATOK ELEMZÉSE

### A NEMZETKÖZI DROGKERESKEDELEM ÉS MAGYARORSZÁG

A vasfüggöny lehullása és a határok megnyílása következtében Magyarország először mint főként tranzitútvonalt, majd egyre inkább mint célország is bekapcsolódott a nemzetközi kábítószer-kereskedelemben, így a 90-es évek elejétől robbanásszerűen nőtt az illegális droginálat. Ezt a droghasználati mintákról szóló epidemiológiai vizsgálatok mellett olyan adatok is mutatják, mint a rendőrségi lefoglalási adatok, illetve a drogok feketepiaci árának, tisztaságának alakulása. A hazai illegális drogpiacon fordulópontot jelentett az 1994. év, amikor a nyugati export mellett a rendőrség látókörébe került a hazai kannabisztermesztés is (az itthon termesztett marihuána részesedése a rendőrség beszámolója alapján folyamatosan nő), és lezajlottak az első igazán nagyszabású rendőrségi kannabisz-lefoglalások. A kannabisz elsősorban marihuána (növény virágzata) formában került a hazai piacra, a hasis (a növény gyantája) elterjedtsége jóval ritkább (Nyugat-Európa számos országában az elsősorban Marokkóból érkező hasis elterjedtebb és olcsóbb is, mint a marihuána). 1995-ben robbanásszerű növekedésnek indult az



amfetamin-származékok, így például az Ecstasy hazai forgalmazása is, ezek első-sorban Nyugat-Európából érkeztek hazánkba, a hazai előállításnak csupán kevés esete vált ismertté (bár ezek a drogok gyakorlatilag bárhol előállíthatók). A hazai piacra kerülő heroin forrásországa Afganisztán (innen az ún. „barna heroin” jut el hozzánk), ahonnan török és albán bűnszervezeteken keresztül érkezik a drog az országba a balkáni útvonalon, kisebb részben pedig a volt szovjet országokon keresztül. A hazai elosztás jórészt szintén jellemzően nem magyar etnikumú (albán, török, ukrán, vietnámi) bűnszervezetek kezében van (UNODC, 2008). A kokaint a kokacserjéből állítják elő, amelyet az Andok-vidék népei a kulturális és vallási örökségük részének tekintenek. A kokain vagy közvetlenül Latin-Amerikából, vagy nyugat-afrikai országokon keresztül érkezik Európába. A hazai kokainpiac a nyugat-európaihoz képest az egész időszakban viszonylag korlátozott maradt, Magyarországon az észak- és közép-európai államok többségéhez hasonlóan a stimuláns drogok közül egyértelműen az amfetamin-származékok népszerűbbek. Az epidemiológiai vizsgálatok szerint az amfetamin-fogyasztás előfordulása gyakoribb hazánkban, mint az európai átlag. Az utóbbi években azonban a legtöbb európai országokhoz hasonlóan a kokain-piac bővülésének, a fogyasztói ár csökkenésének jelei mutatkoznak. A pszichedelikus drogok (LSD, varázsgomba stb.) viszonylag szűk, a vizsgált időszakban csökkenő jelentőségű piacot alkottak.

#### A KÁBÍTÓSZER-LEFOGLALÁSOK

A lefoglalási adatok nem mindig követik a kereslet és a kínálat alakulását a hazai drogpiacon. Hiszen egyrészt a látencia magas arányából arra következtethetünk, hogy a hazai piacra szánt kábítószernek csupán töredékét foglalják le a hatóságok. Az ENSZ becslései szerint például 2006-ban a jogalkalmazó hatóságok a globális kokainforgalom 42%-át, a globális heroinforgalom 24%-át voltak képesek lefoglalni, nagy részét azonban még a forrásországokban. A globális szinten lefoglalt kokainmennyiség 14%-át, a lefoglalt heroinmennyiség 4%-át foglalták le Nyugat- és Közép-Európában (UNODC, 2008). Másrészt a lefoglalási adatok egyrészt a nem hazai fogyasztásra szánt kábítószer is tartalmazzák, míg a hazai fogyasztásra szánt kábítószer gyakran más országok hatóságai foglalják le a hazai rendészeti szakemberek közreműködésével. A Nemzeti Drogstratégia elfogadása előtti évben a rendőrség illetve a Vám- és Pénzügyőrség összesen körülbelül 173 kg heroint, 121 kg kokaint, 65 kg marihuánát, 9 kg amfetamint, 11 143 db Ecstasy tablettát és 3115 LSD-bélyeget foglalt le. 2007-re a lefoglalt kannabisz mennyisége 346,6 kg marihuánára és 1667 tő növényre emelkedett, a hatóságoknak ezenkívül sikerült lefoglalniuk 80,3 kg heroint, 15,3 kg kokaint, 35,8 kg amfetamint, 131 632 db Ecstasy tablettát és 71 db LSD-bélyeget.

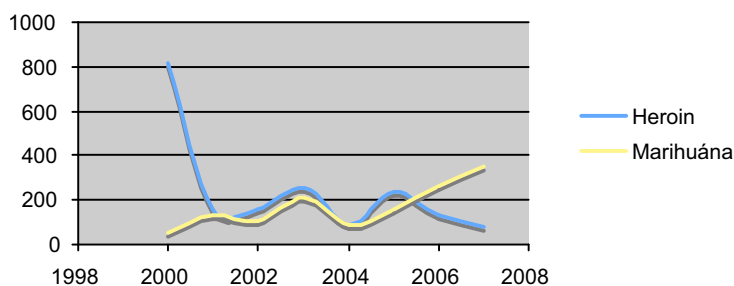
4. táblázat. A Vám- és Pénzügyőrség és a rendőrség által lefoglalt kábítószeresek alakulása fajtánként 2000 és 2007 között (forrás: BSZKI)

	Heroin (kg)	Kokain (kg)	Marihuána (kg)	Amfetamin (kg)	Ecstasy (db)	LSD (db)
2000	819,0	9,2	51	10	13 616	1242
2001	154,41	6,02	131,03	1,48	18 663,5	972,5
2002	159,65	54,9	103,44	3,51	24 854	623
2003	256,33	23,47	206,80	12,11	135 634	345,5
2004	89,85	94,43	91,73	19,66	181 807	3396
2005	237,84	7,58	161,61	27,74	234 582	569
2006	131,1	7,3	266,5	21,8	138 278	2148
2007	80,3	15,3	346,6	35,8	131 632	71

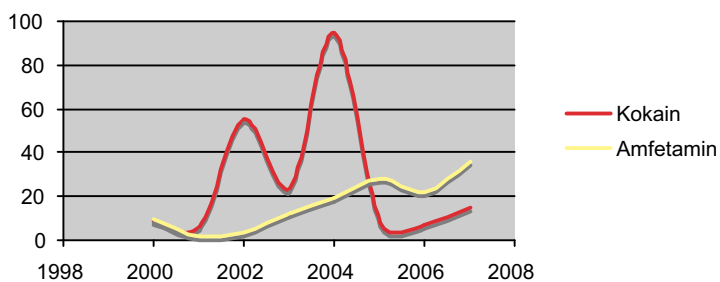
2000 és 2007 között évente átlagosan 241 kg heroint foglaltak le a hatóságok, azonban ha ebből kivesszük a 2000. évi adatokat, akkor az átlag csupán 158 kg évenként. A 2000. év rekord heroin-lefoglalása nem a belső fogyasztás emelkedésével, hanem egy tranzitforgalomban lévő szállítmány lefoglalásával függ össze, amelyet a bűnszervezetek a Transbalkan Express járatán rejtettek el és a nyugat-európai piacra szántak. A lefoglalt heroinmennyiség azóta évi 100-200 kg körül mozog, az utóbbi években lassan csökkent. Az EMCDDA 2008-as éves jelentése azonban arra figyelmeztet, hogy az afgán rekordtermésnek köszönhetően a következő években ismét a heroinkínálat bővülésével számolhatunk (EMCDDA, 2008a). A kannabisz elsősorban marihuána formájában került lefoglalásra, 2000 óta évente átlagosan mintegy 170 kg-ot foglalt le a rendőrség, az időszak végére azonban jelentős növekedést regisztrálhatunk, ami valószínűleg összefügg a kannabisz hazai piacának folyamatos bővülésével. Jelenleg már a kannabisz mind a lefoglalások száma, mind mennyisége tekintetében az első helyre lépett. A rendőrség az utóbbi években egyre több hazai ültetvényt derít fel: míg 2005-ben csak 43 esetben került sor itthon termesztett kannabisz növények lefoglalására, 2007-ben már 105 ültetvényt számolt fel a rendőrség. Ez azt jelzi, hogy a kannabiszkereslet egyre jelentősebb részét elégítik ki hazánkban termelt marihuánával.

Ehhez képest a stimulánsok, a kokain és az amfetamin lefoglalt mennyisége nem haladta meg az évi 100 kilogrammot. A nagyobb mennyiségű kokainlefoglalásoknál többnyire külföldi piacra szánt tranzitszállítmányokról van szó. Mivel azonban az elmúlt években a kokain keresletének és kínálatának gyors bővülését tapasztaljuk Nyugat-Európában, valószínűleg csak idő kérdése a hazai fogyasztói piac kiszélesedése is. Az amfetamin-lefoglalások stabil növekedése az elmúlt időszakban a stimulánsok iránti kereslet növekedéséről tanúskodik, a drog nagy részét valószínűleg Nyugat-Európából, így Hollandiából importálják Magyarországra.

14. ábra. Heroin- és marihuánalefoglalási adatok 2000 és 2007 között kilogrammban (forrás: BSZKI)

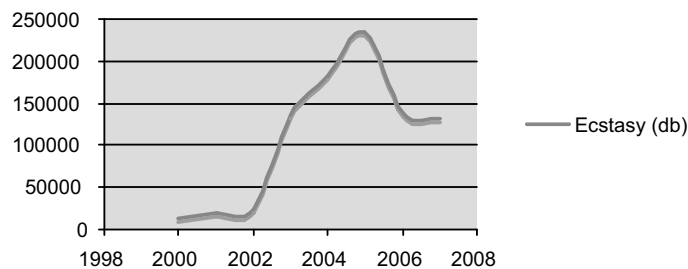


15. ábra. Kokain- és amfetaminlefoglalási adatok alakulása 2000 és 2007 között kilogrammban (forrás: ERÜBS)



A 2000-es évek elején (a nyugat-európai Ecstasy-boomhoz képest némileg megkésve) hazánkban is tetőfokára hágott az Ecstasy (MDMA) nevű drog népszerűsége, amelynek fogyasztása elsősorban az elektronikus tánczenei rendezvényekhez köthető. Az Ecstasyt elsősorban tabletták formájában árulják. A lefoglalt tabletták mennyiségében bekövetkezett gyors növekedés 2005 után megtorpant, azonban azóta is igen magas maradt. Ez egybecseng azon epidemiológiai vizsgálatok megállapításaival, amelyek szerint az Ecstasy jelenleg a második legnépszerűbb kábítószerfajta hazánkban. Érdekes, hogy az EU egészére vetítve is hasonló tendenciát láthatunk: az MDMA-val kapcsolatos bűncselekmények és a lefoglalt tabletták száma 2004-ben tetőződött, majd stagnált (EMCDDA, 2008a).

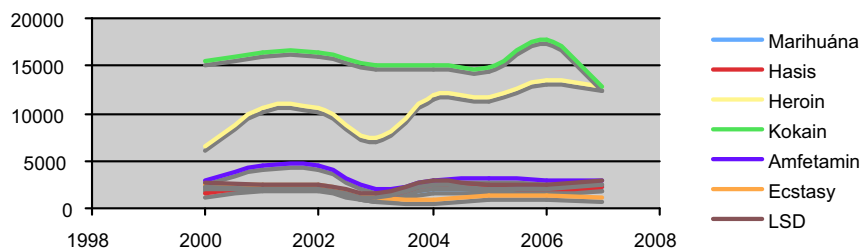
16. ábra. A rendőrség és vámőrség által lefoglalt Ecstasy tabletták számának alakulása 2000 és 2007 között (forrás: BSZKI)



#### STABIL ÁRAK AZ ILLEGÁLIS DROGPIACON

A kábítószeres fogyasztói (utcai) áráról természetesen csak becslések léteznek, 2004 előtt kizárólag az ORFK becsléseire támaszkodhattunk, azóta pedig a Nemzeti Drog Fókuszpont kérdőíves vizsgálatokkal próbálja megbecsülni az utcai árakat. Az adatok szerint a drogárak a 90-es évek vége óta gyakorlatilag keveset változtak Magyarországon, a legtöbb illegális szer ára a növekvő lefoglalások és a nagyarányú infláció ellenére viszonylag stabil maradt vagy csökkent. A Drogstratégia elfogadásának előestéjén, 1999-ben a rendőrség becslései szerint a marihuánához 1800-2500 Ft, a heroinhoz 6-7 ezer, a kokainhoz 15-16 ezer Ft közötti grammonkénti fogyasztói áron lehetett hozzájutni az illegális drogpiacon, az Ecstasy tabletták átlagos ára pedig 2500 Ft volt. A Fókuszpont kérdőíves vizsgálata szerint 2007-ben a marihuánát 1800-2500, a heroint 10-15 ezer, a kokaint pedig 12-16 ezer forintos grammonkénti áron lehetett beszerezni, az Ecstasy tablettánkénti ára pedig 1100 Ft körül mozgott. Amennyiben számításba vesszük, hogy ebben a 7 éves időszakban a fogyasztói árindex szerint a legális élelmiszerek, élvezeti cikkek fogyasztói árai jelentősen növekedtek, feltételezhetjük, hogy az illegális drogok utcai hozzáférhetősége, kínálata növekedett, a terjesztők között pedig erős a piaci verseny. Különösen számottevő volt az amfetamin-származékok, így az Ecstasy árának csökkenése. A drogok feketepiaci árának stabilitása, illetve csökkenése nem magyarországi sajátosság, a világ legtöbb országában szintén ez a helyzet. Az Európai Kábítószer- és Kábítószer-függőség Megfigyelő Központja (EMCDDA) például éves jelentésében megállapítja, hogy a legtöbb európai országban a 2001 és 2006 közötti időszakban stagnált vagy csökkent a heroin, a kokain, az Ecstasy és a kannabisz fogyasztói ára (EMCDDA, 2008a).

17. ábra. Az illegális drogok becsült fogyasztói árainak (Ft) alakulása 2000 és 2007 között Magyarországon (forrás: 2004 előtt az ORFK becslései, 2004 óta a Nemzeti Drog Fókusz-pont kérdőíves vizsgálatai)



#### HULLÁMZÓ A DROGOK TISZTASÁGA AZ ILLEGÁLIS PIACON

A lefoglalt kábítószer hatóanyag-tartalmát a Bűnügyi Szakértői Kutató Intézet (BSZKI) laboratóriumában vizsgálják be. Gyakran jelentős különbség van a nagy tételben, viszonteladóknak szánt és a fogyasztóknak forgalmazott drogok tisztaságában, hiszen a terjesztők felhígíthatják az árut annak érdekében, hogy növeljék az extraprofitot. Az 1990-es években például igen jelentős különbség volt az akár 50-80%-os koncentrációjú kereskedelmi tételben terjesztett és a fogyasztóknak pakettekben árult jóval alacsonyabb hatóanyag-tartalmú heroin tisztasága között. Ez a különbség azonban a 2000-es évek elejére elmosódott, és a fogyasztók is hozzájuthattak nagy tisztaságú szerekhez. 2001-ben a fogyasztási adagok hatvan százalékában a hatóanyag-tartalom meghaladta a 40%-ot, egy évvel később, 2002-ben azonban ismét 30-40%-ra esett vissza. 2006 óta azonban ismét növekedést regisztráltak. A kokain esetében hasonló fluktuációkat nem figyelhetünk meg, a fogyasztói tételekben árult kokain tisztasága nagyjából stabil maradt. A hazánkban legnépszerűbb kannabisz-származék, a marihuána hatóanyag-tartalmának növekedése már a 90-es években megindult. 1996-ban a bevizsgált marihuána-minták között még 2% volt a legfelsőbb mért THC-érték, 2002-ben 6%, 2006-ban pedig már 12%. Ez azonban nem jelenti azt, hogy tíz év alatt meghatszorosodott a marihuána potenciája, ugyanis az átlagos THC-koncentráció alig 1-2% körül mozgott. Jelzi ugyanakkor a fejlett indoor technológiával termesztett, magas THC-tartalmú marihuána megjelenését a piacon, és a hazai termesztésű marihuána piaci részesedésének növekedésére is utal, amelyre a lefoglalt ültetvények növekvő számából is következtethetünk.

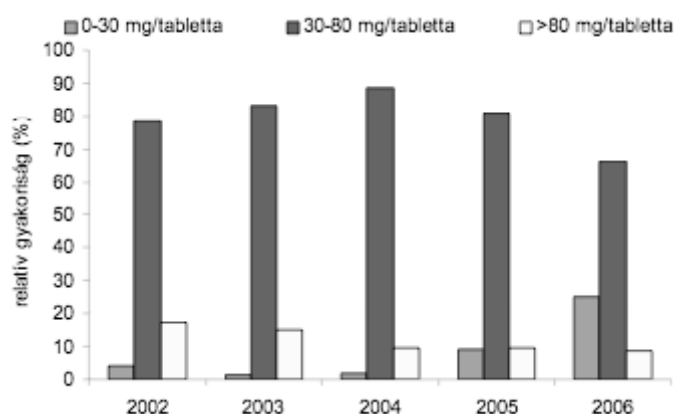
Az (utcai nevén speedként árusított) amfetamin átlagos hatóanyag-tartalma jelentősen nőtt, illetve egyre jelentősebb különbséget mutatott a szélső értékek tekintetében. A jó minőségű, akár 50%-os tisztaságú amfetamin mellett nem ritkák az ennél jóval csekélyebb koncentrációjú termékek sem, az átlagos tisztaság pedig 10-15% között mozog. Az LSD-bélyegek, illetve korongok esetében a csökkenő

5. táblázat. A fogyasztói piacra szánt lefoglalt kábítószeresek átlagos hatóanyag-tartalma 2000 és 2007 között (forrás: BSZKI)

	Heroin	Kokain	Marihuána	Amfetamin	MDMA
2000	10–65%	20–80%	0,01–6%	1–20%	50–100 mg/tabletta
2001	10–65%	20–80%	0,01–6%	1–25%	50–100 mg/tabletta
2002	10–55%	20–80%	0,01–6%	4–50%	20–100 mg/tabletta
2003	3–35%	25–90%	0,01–6%	2–55%	30–110 mg/tabletta
2004	5–25%	10–70%	0,01–6%	2–35%	30–100 mg/tabletta
2005	7–30%	20–60%	0,01–6%	1–45%	20–100 mg/tabletta
2006	10–55%	10–80%	0,02–12%	1–45%	4–100 mg/tabletta
2007	7–40%	5–80%	0,01–10%	0,5–50%	10–120 mg/tabletta

lefoglalt mennyiség csökkenő hatóanyag-tartalommal járt együtt. Bár a lefoglalt Ecstasy tabletták száma jelentősen nőtt, nem mondható el ugyanez az átlagos hatóanyag-tartalomról. Egészen 2005-ig jóval 10% alatt maradt azon lefoglalt tabletták aránya, amelyek nem MDMA-t tartalmaztak mint elsődleges szert, ekkor azonban hirtelen 40% fölé ugrott. A tablettákat főként amfetaminnal ütötték fel a terjesztők, azonban új „helyettesítő” szerként megjelent az mCPP nevű szer is, amely mind önmagában, mind MDMA-val együtt is szerepelt. Az MDMA-tartalmú tabletták átlagos tisztasága még 2005 és 2006 folyamán is 30–80 mg közé esett, a 80 mg fölötti MDMA-t tartalmazó tabletták viszonylag ritkák. 2007-re ismét növekedést tapasztaltunk: 92%-ra emelkedett az MDMA-t, míg 1% alá esett vissza az amfetamint tartalmazó tabletták aránya.

18. ábra. MDMA-tartalmú tabletták hatóanyag-tartalmának alakulása 2002 és 2006 között (forrás: BSZKI)



## A DIÁKOK JELENTŐS RÉSEZE HOZZÁFÉRHEŐNEK TARTJA A KÁBÍTÓSZEREKET

A kábítószerhez való hozzáférhetőség, avagy a kábítószer-kínálat egyik közvetett mutatója lehet, hogy a fiatalok populáció mennyire tartja hozzáférhetőnek ezeket a szereket. Ez a szubjektív hozzáférhetőség kérdőíves vizsgálatokkal mérhető. Ilyen jellegű vizsgálatot a budapesti középiskolások körében két alkalommal végeztek a Drogstratégia megvalósulásának időszakában. 2003-ban a megkérdezett 2074 9–10. osztályos budapesti tanulónak mindössze 13,9%-a tartotta lehetetlennek a marihuánához való hozzáférést, míg 32,6%-a inkább könnyen vagy nagyon könnyen hozzá tudott volna jutni ehhez a szerhez (Paksi – Elekes, 2003). A megkérdezettek mintegy 18%-a tartotta lehetetlennek az amfetaminokhoz és Ecstasy-hoz, míg 22%-a a kokainhoz és opiátokhoz való hozzáférést. Míg a kannabiszhoz a diákok 16,6%-a jutott volna hozzá nagyon könnyen, addig heroinhoz csupán 4,5%-a. A 2007-es budapesti iskolavizsgálat (Elekes, 2007) során megkérdezték a diákokat, hogy milyen helyszínen tudnának kábítószerhez jutni. Mindössze 34,1% nem tudott ilyen helyet megnevezni, 41% szerint diszkókban és bárókban, mintegy negyedük szerint a dírekek lakásában vagy az utcán, parkban lehet drogokhoz férni. Az iskolát 14,4% jelölte meg lehetséges helyszíneként. 2003-ban körülbelül 10%-kal kevesebben gondolták a szórakozóhelyeken hozzáférhetőnek a marihuánát, mint 4 évvel később.

6. táblázat. Kábítószerfajták hozzáférhetősége a 9–10. osztályos tanulók véleménye alapján, %-ban (Forrás: Elekes, Paksi 2003)

Kábítószerfajta	lehetetlen	nagyon nehezen	inkább nehezen	inkább könnyen	nagyon könnyen	nem tudom
Marihuána vagy hasis	13,9	11,5	16,3	16,0	16,6	25,6
Ecstasy	18,6	13,6	13,4	10,9	11,6	31,6
Amfetaminok	18,0	14,2	15,6	10,9	8,9	32,1
Kokain	22,2	17,9	12,9	5,5	5,0	36,3
Heroin	22,9	18,1	12,5	5,9	4,5	35,9
LSD, más hallucinogén	17,7	14,2	18,8	9,4	7,7	32,0
Crack	20,7	15,1	14,9	6,7	4,8	37,7
Más opiátok	20,6	14,4	13,3	7,6	6,1	38,0

## KONKLÚZIÓK

### INKONZISZTENCIA A STRATÉGIA VÉGREHAJTÁSÁBAN

A Nemzeti Drogstratégia külső evaluátor (Trimbos Intézet) bevonásával végzett, 2003-ban publikált középtávú hatásvizsgálata megjegyzi, hogy a Drogstratégia célkitűzései nincsenek összhangban a büntetőjogi szabályozással, illetve ennek következtében a büntető-igazságszolgáltatási rendszer valódi működésével, elsősorban a fogyasztókkal kapcsolatos szabályozás területén (Galla és mtsai, 2003, 85). A jelentés a Drogstratégia inkonzisztenciájának rója fel, hogy alapelveivel ellentétben nem alkalmaz teljesen integrált megközelítést, nevezetesen nem foglalkozik a fogyasztás büntetőjogi megítélésének kérdésével. Míg a Nemzeti Drogstratégia a fogyasztókkal kapcsolatban a rendőrség számára kizárólag a tájékoztatás területén jelöl ki célokat, addig a Büntető Törvénykönyv vonatkozó szakasza büntetni rendeli a kábítószeres személyes használat céljából történő megszerzését és tartását – a rendőrség pedig köteles hivatalból eljárást indítani minden fogyasztóval szemben. A kriminálstatisztikai adatok vizsgálata során mi is arra következtetésre juthattunk, hogy az inkonzisztencia a fogyasztók ellen indított büntetőeljárásoknak az összes kábítószer-bűncselekményen belüli magas arányában nyilvánul meg, amely a 2003. évi Btk. módosítás után sem változott jelentősen. 2007-ben például, bár az eljárások száma jelentősen visszaesett, még mindig a nem terjesztői jellegű elkövetési magatartások tették ki az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények mintegy 90%-át. Anélkül, hogy erről értékképletet alkotnánk, megállapíthatjuk, hogy a kábítószer-rendészeti tevékenység jelentős része még mindig a keresleti és nem a kínálati oldallal szemben nyilvánul meg.

### A KRIMINALIZÁLT NÉPESSÉG JELLEGZETESSÉGEI

Az elkövetőkre vonatkozó statisztikai adatokból kiderül, hogy az összбүнözéshez viszonyítva itt egy speciális elkövetői csoportról van szó, amely az átlagosnál jóval fiatalabb, urbanizáltabb, iskolázottabb és gyakrabban büntetlen előéletű. Az elkövetők viszonylag kisebb hányadát teszik ki a terjesztők és a problémás szerhasználók, a többséget alkalmi marihuána-használók alkotják, akiket 2003 óta tömegesen terel el az állam a büntetőjogi útról az ellátórendszerbe. A vizsgált időszakban végrehajtandó szabadságvesztés büntetését kizárólag fogyasztói típusú magatartást folytató elkövetővel szemben nem szabtak ki a bíróságok. A kábítószer-bűncselekmények miatt elítéltek jelentősen különböznek ugyanakkor az egyéb bűncselekmények miatt elítéltektől, így például magasabb körökben a büntetlen előéletűek aránya. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt elítéltek többségét próbára bocsá-



tották, illetve felfüggesztett szabadságvesztés vagy pénzbüntetés szankciót szabtak ki rájuk. Egyre gyakoribb a közérdekű munka mint szankció alkalmazása is.

#### AZ ILLEGÁLIS DROGPIAC STABILIZÁLÓDÁSA

Míg a 90-es évek a kábítószerpiac robbanásszerű bővülésének időszak volt, addig a Drogstratégia elfogadása utáni időszakban a drogpiacon nagyjából stabilizálódott. Pontosán nem tudjuk mérni azt a kínálatcsökkentő hatást, amelyet büntető-igazságszolgáltatási rendszer a vizsgált időszakban a drogpiacon gyakorolt. Azt azonban megállapíthatjuk, hogy a rendészeti szervek komoly erőfeszítései ellenére a legtöbb kábítószer hozzáférhetősége minden rendelkezésre álló indikátor (árak, tisztaság, lefoglalások, szubjektív hozzáférhetőség) szerint növekedett 2000 és 2007 között. Kivételt képeznek az opiátok, amelyek fogyasztásához és terjesztéséhez jelentős közegészségügyi és társadalmi kockázatok kapcsolódnak, illetve a pszichedelikus drogok, pl. az LSD. Igen jelentős ugyanakkor a kannabisz és az Ecstasy térhódítása, az előbbi iránti keresletet immár egyre nagyobb részben a hazai termesztők elégítik ki. Jóval több kutatásra lenne szükség azonban ahhoz, hogy mélyebben megismerjük a bűnüldöző szervek beavatkozásainak hatékonyságát és a fekete piac trendjeinek alakulását.

#### NEMZETKÖZI ÖSSZEHOSONLÍTÁS

Az Európai Unió tagállamai között igen jelentős eltérések mutatkoznak mind a kábítószerrel kapcsolatos büntetőjogi szabályozás, mind a jogalkalmazói munka prioritásai és erőforrásai terén. Magyarország mind a büntetőjogi szabályozás, mind a végrehajtás szigora tekintetében a represszív modellt követő országok sorába tartozik. Míg például Hollandiában, Spanyolországban vagy Csehországban a hatóságok a legtöbb esetben nem járnak el pusztán drogfogyasztás miatt, addig Magyarország és az új tagállamok többségéhez, vagy például Svédországhoz hasonlóan szigorú büntetőpolitikát folytat. Ez a keresleti oldal ellen induló büntetőeljárások, az előállított drogfogyasztók magas számarányát eredményezi. Az Egyesült Államokkal ellentétben azonban nem jellemző a csekély jelentőségű elkövetők tömeges bebörtönzése. Míg az USA-ban a börtönépesség jelentős részét kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények elkövetői teszik ki, Magyarországon viszonylag csekély maradt a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt jogerősen szabadságvesztés büntetésre ítélték aránya. A börtönbüntetés alternatíváit biztosító, a magyarországi eltereléshez hasonló rendszerek számos más országban működnek (pl. Portugália), azonban a büntető-igazságszolgáltatás által kvázi-kényszerkezelésre utalt elkövetők aránya

Európában is egyedülállóan magas. Az EMCDDA vizsgálata szerint Magyarországon a költségvetés kábítószerrel kapcsolatos kiadásai európai viszonylatban igen csekélynek mondhatók, ezen belül a kínálatcsökkentéssel kapcsolatos kiadások aránya viszont igen magasnak számít (EMCDDA, 2008b).

A nemzetközi szakirodalom tükrében nincs bizonyíték a büntetőpolitika szigorja illetve a drogfogyasztási trendek, a drogokhoz való hozzáférhetőség közötti közvetlen ok-okozati kapcsolat létezésére. Az EU legtöbb tagállamában az elmúlt évtizedben éppúgy stabilizálódtak az illegális drogpiacon mutatói (árak, minőség) és éppúgy bővült a hozzáférhetőség, mint hazánkban. A rendőrségi lefoglalások európai viszonylatban is csupán az illegális drogok töredékét képesek kivonni a forgalomból, a forrásországokból Európába áramló kábítószer mennyisége pedig évről évre nő – talán az egy kannabisz kivételével, amelyet ugyanakkor egyre nagyobb mennyiségben állítanak elő európai üvegházakban fejlett hidroponikus technika segítségével (EMCDDA, 2008a).

#### IRODALOMEGYZÉK

- Elekes Zsuzsanna (2007): Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol-és egyéb drogfogyasztási szokásai 1992-2007. *Addiktológia* 3: 189–211.
- EMCDDA (2008a): *Éves Jelentés 2008: A kábítószer-probléma Európában*. Lisszabon.
- EMCDDA (2008b): *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*. EMCDDA, Lisbon.
- ISM 2000: *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására*. Budapest.
- Gelencsér Gyula: *A bűncselekményi latencia csökkentésének lehetőségei*. *Hadtudomány* 4:1998.
- National Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction 2007: *Annual Report: The Czech Republic – 2007 Drug Situation*. Prága.
- Varga Orsolya szerk. (2004): *Kábítószer-használat az Európai Unióban: jogalkotási megközelítések*. Budapest, Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ.
- Paksi Borbála és Elekes Zsuzsanna (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia* 3–4: 275–304
- Rác és mksai (2008): A „büntetés helyett kezelés” elvének érvényesülése egy drogambulancia betegeinek vizsgálata alapján. *Orvosi Hetilap* 13: 601–607.
- Peter Reuter és Susan Everingham (1994): *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs*. Santa Monica, RAND Corporation.
- Ritter Ildikó (2003): *(T)örvény – a kábítószerrel való visszaélés büntetőjogi megítélésének hatásvizsgálata – 1999 március 1. után*. Budapest, L'Harmattan.

- Ritter Ildikó (2005): *Elterelés a büntető útról kábítószer-bűncselekmények esetén*. Egészséges Ifjúságért Alapítvány – OKRI, Budapest.
- Ritter Ildikó (2006): *Kábítószer-fogyasztás és gépjárművezetés*. Kutatási Beszámoló. Budapest, Egészséges Ifjúságért Alapítvány.
- Sárosi Péter (2008): Az ausztrál heroinhiány nyomában. *Addiktológia* 2:162–171.
- Trimbos Institute (2007): *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, The Netherlands Drug Situation 2007*. Utrecht.
- UNODC (2008): *World Drug Report 2008*. Vienna – New York City, United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vavró István (2002): Kábítószerrel történő visszaélés miatt elítéltek (1991–2000). *Demográfia* 45: 304–318.
- Weatherburn, D. – Lind, B. (1997): The impact of law enforcement activity on a heroin market. *Addiction*, 92: 557–569.
- Wodak, Alex (2008): What caused the recent reduction in heroin supply in Australia? *International Journal of Drug Policy* 4: 279–286.
- Wood, E. és munkatársai (2003): Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: Investigation of a massive heroin seizure. *Canadian Medical Association Journal*, 168: 165–169.



# A KÁBITÓSZER-SZABÁLYOZÁSSAL KAPCSOLATOS POLITIKAI TÖREKVÉSEK A PARLAMENTI FELSZÓLALÁSOK TÜKRÉBEN (2000–2007)

FRECH ÁGNES

Jelen fejezetben arra teszünk kísérletet, hogy az országgyűlési viták és felszólalások mentén mutassuk be, miként vélekedtek a magyarországi parlamenti pártok a kábítószer-kérdésről, milyen megoldásokat javasoltak, és ezekből mi és mennyiben valósult meg a jogalkotás során. Fő célunk ezen vélemények közül a legmarkánsabban kiemelése, az egyes gondolatok felidézése és hű visszaadása volt. Reményeink szerint az alább olvasható, az összes kábítószer-témájú felszólalásnak csupán a töredékét kitevő, de reprezentatívnak szánt tartalmi válogatás alkalmas e cél elérésére és a főbb politikai, szakmai álláspontok bemutatására. A felszólalásokat tehát nem gyűjteményes jelleggel, nem szöveghűen közöljük, és a legtöbb esetben nem is a felszólaló személyéhez, hanem – a magyar politikai élet és parlamenti munka jellegéhez igazodva – országgyűlési képviselőcsoportjához kötöttük. A jogszabályok időközbeni változására csupán érintőlegesen, az érthetőség és a vita követhetősége kedvéért utalunk, a jogalkotás folyamatával a könyv külön fejezete foglalkozik részletesen.

## 2000–2002: AZ 1998-BAN MEGVÁLASZTOTT ORSZÁGGYŰLÉS TEVÉKENYSÉGE A KORMÁNYZATI CIKLUS MÁSODIK FELÉBEN

Az 1998-ban tartott országgyűlési választásokat az addig ellenzékben tevékenykedő Fidesz – Magyar Polgári Párt (a továbbiakban Fidesz) nyerte meg. Az Orbán Viktor miniszterelnök vezetésével felálló polgári kormányt alkotó koalícióban a Független Kisgazdapárt (FKGP) és a Magyar Demokrata Fórum (MDF) vett még részt. A kormánynak a Parlamentben stabil, de az alkotmányozáshoz szükséges kétharmadot el nem érő többsége volt, melyet néhány szavazás alkalmával az ellenzékben helyet foglaló, radikális jobboldali Magyar Igazság és Élet Pártja (MIÉP) képviselői is erősítettek. Az 1994 és 1998 között együtt kormányzó, ezúttal ellenzéki szerepbe kényszerülő Magyar Szocialista Párt (MSZP) és a Szabad Demokraták Szövetsége (SZDSZ) együttesen a parlamenti mandátumok több mint 40 százalékával rendelkeztek, és továbbra is jelentős erőt alkottak.

Az új kormány már a ciklus első évében lépéseket tett a Büntető Törvénykönyv (Btk.) szigorítására, ami a kábítószerrel visszaélés büntetettének tényállását is érintette.

A Parlament ezeket a módosításokat az 1998. december 26-án kihirdetett 1998. évi LXXXVII. törvényben fogadta el.

A jelen fejezetben részletesen tárgyalt időszak első ülészakán, a 2000. év tavaszán az Országgyűlés csak *a büntetőeljárás szabályokon végzett apróbb módosításokat*, hogy zökkenőmentesen érvényesülhessen a szigorítás jegyében korábban elfogadott, 1999. március 1-jétől hatályos, a kábítószerrel kapcsolatos büntetőanyagi jogi szabályozás. A probléma az volt, hogy az elterelés csak a kábítószerfüggő személynek volt fenntartva, azonban egy joghézag híján nem lehetett felfüggeszteni az azon terheltekkel szemben indult eljárást, akik cselekményüket a hatályba lépés időpontja előtt követték el, és fogyasztónak minősültek, de nem voltak függők. A módosítás általános vitájában a felszólalók gyakran tértek vissza az 1998. évi LXXXVII. törvény által bevezetett szigorítás kérdésére, és jórészt az 1998-as vitában már felmerült érveiket hangoztatták.

A vezető kormánypart Fidesz álláspontja szerint az 1999-ben hatályba lépett tényállás megteremtette a differenciált jogalkalmazás lehetőségét. Az MSZP ezzel szemben továbbra sem értett egyet a szigorítással.

A vitában az FKGP képviselője sérelmezte, hogy a médiában egyes „vezérértelmiségiek” kiálltak a könnyű drogok legalizálása mellett. A kormánytöbbség általa tolmácsolt álláspontja szerint a kábítószer-élvezettel szemben is fel kell lépni, azonban nem vitás, hogy a büntetőjogi felelősségre vonás mellett a kábítószerfüggő személyek vonatkozásában a gyógyítást, a gyógykezelésnek való alávetést alapvetőbbnek kell tekinteni. A kábítószer-függőségnek az elterelés feltételévé tételét azért tartotta védhetőnek, mert bizonyítási problémák miatt sok esetben csak a saját fogyasztást lehet igazolni kereskedői típusú elkövetések esetében is.

A MIÉP képviselője is csupán a kábítószerfüggő személy esetében tartotta preferálandónak a gyógyítást a büntetőjogi felelősségre vonás helyett. Ahol viszont nem kábítószerfüggő az elkövető, ott véleménye szerint is a büntetőjogi elmarasztalásnak kell átvennie a bűnmegelőzés szerepét.

Az MSZP képviselője szerint legalizálást nem akar a szakma, vita csupán a kormánytöbbség által megszavazott büntetőjogi szigorítás megítélésében lehet, melyet az MSZP általában el tudott volna fogadni, azonban a kábítószer-fogyasztó egyértelmű büntetését kimondó tétel vonatkozásában nem. Hivatkozott arra, hogy a 12. évfolyamot kijárt középiskolások 41 százaléka kipróbált már illegális drogot, így ezek a fiatalok mind büntethetővé válnak. Az új szabályozás szigorát sem a szakma, sem a társadalom elvárása nem indokolta.

A tavaszi ülészakában – még mindig fél évvel a Nemzeti Drogstratégia<sup>1</sup> parlamenti vitája előtt – Deutsch Tamás ifjúsági és sportminiszter a *Reform vagy retorika* című politikai vitában előrevetítette, hogy a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása

<sup>1</sup> A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített Nemzeti Stratégiai program

érdekében végzett kormányzati munkát illetően sokkalta több kérdésben értenek egyet kormánypárti és ellenzéki képviselők, mint amennyi kérdésben vitatkoznak. Felszólalásában a tudatos magatartás, a kínálat- és keresletcsökkentő intenzív tevékenységek fontosságát hangsúlyozta.

2000 szeptemberében, az őszi ülésszak kezdetén kezdte meg az Országgyűlés *a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló országgyűlési határozati javaslat* általános vitáját.

Az előterjesztő ifjúsági és sportminiszter expozéjában az időszerű fellépés szükségességét emelte ki. A Nemzeti Stratégiát úgy mutatta be, mint amely lehetővé teszi, hogy eredményesen vegyék fel a küzdelmet ezen a területen. A legalizálást támogatóknak azt az üzenetet tartotta fontosnak elmondani, hogy a drogfogyasztás nem az emberi szabadságjogok szerves része, ezen szerek használata nem magánügy. Kiemelte, hogy a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma növekszik, és a szervezett bűnözés aktivitása is hasonló tendenciát mutat. A fogyasztói magatartás büntethetőségével kapcsolatban leszögezte, hogy az 1998-as módosítás előtt sem lehetett bűncselekmény elkövetése nélkül hozzájutni kábítószerhez, csak azelőtt nem különböztették meg megfelelő módon a fogyasztót és az egyéb alakzatok elkövetőit, mert bizonyíthatóság hiányában az utóbbi is fogyasztónak vallhatta magát.

Az MSZP vezérszónoka elmondta, pártjának is komoly célja, hogy végre egységes fellépés teremtsdjön meg a kábítószerrel szemben. Dicsérte a Stratégia színvonalát, melynek „egyes elemei tudományos alapossággal íródtak, és ma a szakterületen tapasztalható legmodernebb hazai szemlélettel íródott, átfogó tervezet”. A kínálatcsökkentési rész az elejéhez képest elnagyoltabb, az csak tényközlésre szorítkozik. Ugyanakkor a Stratégiában szereplő prioritásokhoz képest négy területen – a kezelések és ellátások finanszírozása, a helyettesítő, fenntartó kezelések szabályozása és a szakemberek rendszerszerű felkészítése – nagyon komoly a lemaradás.

Egy másik MSZP-s képviselő is kiemelkedően fontos értéknek nevezte azt, hogy kábítószerügyben a legszélesebb körű konszenzus jöjjön létre. Ugyanakkor szerinte a javaslat adós maradt a tényleges, operatív program összeállításával, és az ehhez szükséges infrastruktúra, valamint a határidők és a témákért felelős személyek megjelölésével. Szintén nem tartalmazza az elszámoltatás, ellenőrzés, visszacsatolás kereteit.

Az FKGP képviselője az általa is magas színvonalúnak tartott Stratégiából idézve kevesli, hogy 1998-ban a bíróságok alig 50 százalékot meghaladóan ítélték végrehajtandó szabadságvesztésre kábítószeres bűncselekményt elkövetőket. Ezt – visszatérve a büntetőjogi szabályozás témakörére – elfogadhatatlanul liberális ítélkezési gyakorlatnak tartja, ezért továbbra is indokoltnak látja az 1999-ben hatályba lépett szigorítást.

Egy, a Fidesz frakciójából felszólaló képviselő felidézte, hogy a szakirodalom szerint egy ún. sikeres „drogkarrier”, mely halállal végződik, az államnak – a munkából való kieséstől kezdve a bűnüldözésen, az egészségügyi és szociális ellátáson át – kb. 50 millió forintjába kerül. Pártja azért akar tenni, hogy a drogprobléma mind egyéni, mind közösségi szinten kezelhető, a drogfüggő pedig gyógyítható legyen. Ezért nem értenek egyet a legalizálást szorgalmazó hangokkal, de azokkal sem, akik „a drogprobléma teljes és azonnali megszüntetésének délibábja alatt” kizárólag a represszió eszköztárát kínálják.

Azt, hogy a kormánypárton belül ugyan egyetértőleg, de eltérő hangsúlyokkal viszonyultak a kérdéshez, jól mutatja, hogy a Fidesz egy másik képviselője felszólalásában vállalhatóan nevezte, hogy pártja Európa egyik legszigorúbb drogszabályozását dolgozta ki, és léptette életbe. Mindezt a drogfogyasztás óriási társadalmi költségeivel magyarázta. Kijelentette, hogy „a Fidesz – Magyar Polgári Párt hadat üzent a drogoknak”. A problémát a polgári kormány adekvát eszközökkel kezeli, a drogpolitika kialakításába be kell vonni az állampolgárok és közösségeik mind szélesebb rétegeit.

Egy MSZP-s politikus az általános vita folytatásában örömmel állapította meg, hogy nem torzszülött, hanem igényes, színvonalas, jól felépített és áttekinthető program született. De továbbá is problémát jelent a kábítószer-ellenes stratégiai terv és a Btk. 1998-as módosítása közötti összhang hiánya. Ő a Stratégiában írtakat tartja helyesnek a két út közül. Felidézte, hogy a büntetőjogi módosítás hatálybalépése óta ugyan valóban 20 százalékkal csökkent a drogambulanciák forgalma, de ennek oka nem más, mint hogy a kezelésre szorulóknak félnék a törvény szigorától, ezért nem jelentkeznék. Így az orvos-beteg viszony az eddigieknél törekenyebbé vált. Hivatkozott továbbá arra, hogy a gyakorlatban problémát jelent az alkalmoszerű fogyasztó és a függőség megítélése. Ezért is üdvözli, hogy a Drogstratégia nem a bűnüldözésnek szánja a főszerepet, hanem a megelőzés, a gyógyítás és a rehabilitáció eredményes biztosítását fogalmazza meg célként. Ezekkel az MSZP is egyetért, ezért támogatja a program elfogadását és megvalósulását.

Az FKGP képviselője szerint preventív munkával nem lehet megakadályozni a drog terjedését. A törvény szigorával kell fellépni a terjesztők ellen, azonban a már bajba jutott fiataloknak nagyobb segítséget kell nyújtani, és ebben az egyházak szerepe kiemelendő. Felszólalását azzal zárta, hogy „össztársadalmi összefogás szükséges a család, a hatóságok, a társadalmi és civil szervezetek és mindannyiunk részvételével.”

A MIÉP felszólaló képviselője hangsúlyozta, hogy a család a drogkérdésben jóval központibb helyet foglal el, mint amekkorát a tervezetben kapott. A szekunder prevenció protokollját is hiányolta a tervezetből, valamint azt, hogy nem derül ki, hogy a kormányzat mikor és miből fogja előteremteni a szükséges 17 milliárd fo-



rintot. Felvetette, hogy a drogot közvetlenül vagy közvetetten reklámozó amerikai és más filmek terjesztése ellen is fel kellene lépni.

2000 novemberében került sor a határozati javaslat részletes vitájára. A javaslatához időközben nyolc, hatpárti (tehát az akkori összes parlamenti párt által támogatott) módosító indítvány érkezett, ami tovább erősítette az általános vitában is tapasztalható konszenzust. Jellemző a pártok közötti egyetértésre, hogy a részletes vita egyik sarkalatos pontja a határozati javaslat címével kapcsolatos nyelvhelyességi kérdésekre, nem pedig a Stratégia tartalmára vonatkozott.

Az MDF egyik politikusa örömet fejezte ki, hogy a határozati javaslat országgyűlési vitája közelebb hozta a más kérdések megítélésében különben egymással ellentétes álláspontot valló képviselőket is.

Az MSZP képviselői ismételten hangot adtak annak, hogy a kábítószer az első számú közellenség, amely a fiatalokra leselkedik, ezért az ezzel szembeni fellépést mindenki támogatja. Azonban rámutattak arra is, hogy a korábbi ciklus szociálliberális kormánya által kidolgozott tervezet annyiban előremutatóbb volt a tárgyalt stratégiánál, hogy ott volt „pénz, paripa, fegyver, felelős határidő, ez ma nincs”. Azt viszont elismerték, hogy az új javaslat tartalmában megújult és feljavult.

A Fidesz is a hatpárti tárgyalások és módosítások jelentőségét hangoztatta kiemelve, hogy a politikának ebben az ügyben igen nagy szerepe van.

Az FKGP képviselője továbbra is a társadalmi összefogás fontosságát hangsúlyozta.

Az Országgyűlés végül hatpárti (Fidesz, FKGP, MDF, MSZP, SZDSZ, MIÉP) konszenzussal, gyakorlatilag egyhangúan fogadta el a Nemzeti Drogstratégiát.

A 2001. tavaszi ülészakban *a gyermekek és az ifjúság helyzetéről, életkörülményeik alakulásáról és az ezzel összefüggésben tett kormányzati intézkedésekről* szóló jelentés, valamint az ehhez kapcsolódó határozati javaslat általános vitájában került újra napirendre a kábítószeres témaköre. A Fidesz képviselője kifejtette: az a fontos cél, hogy a kábítószerrel egyre többen és egyre többet beszéljenek tabuk nélkül és felelősséggel, megvalósulni látszik. Az MSZP-sek is úgy vélték, hogy mivel 15 és 24 év közötti életkorban van a kábítószer-fogyasztók 67 százaléka, egy komoly korosztályi problémáról van szó, amellyel kiemelten kell foglalkozni.

Az egyhangúlag elfogadott Nemzeti Drogstratégiára való hivatkozás több törvénymódosítás kapcsán is előfordult. Néhány hozzászólásban már ekkor rámutattak az ott kijelölt célok megvalósulásának hiányára vagy hibáira. Ilyen volt a legális kábítószer-tartalmú gyógyszerek és pszichotróp anyagok engedélyezésének kérdése, mely népegészségügyi jelentőséggel bír, még sincs igazi gazdája a témának.

A 2001. őszi ülészakon *Beszámoló a kormány háromévi munkájáról címmel politikai vita* zajlott a Parlamentben, melynek keretében Orbán Viktor miniszterelnök úgy

fogalmazott, hogy a kormány fontos teendője volt új filozófiai és elvi alapokra helyezni a kábítószerrel szembeni küzdelmet. Kijelentette, hogy a kábítószer-fogyasztás olyan dolog, amit nem kell kipróbálni ahhoz, hogy az ember nemet mondhasson rá. A gyermekeik érdekében világossá kell tenni, hogy „aki a kábítószerrel barátkozik, az valójában az ördöggel cimborál”.

Dávid Ibolya igazságügy-miniszter (MDF) kifejtette, hogy a kábítószerkérdésben a szigorításért most is vállalja a felelősséget. Hivatkozott arra, hogy nagyobb lett a felderítési arány a drogkereskedők és a drogterjesztők között, mert hozzájuk a fogyasztáson keresztül lehet elérni. A jogi személyek bevezetendő büntethetősége kapcsán felvetette, hogy ennek majd jelentősége lehet a drogozást eltűrő diszkókkal, klubokkal szemben való fellépés eszköztárában is.

Az SZDSZ egyik képviselője hozzászólásában ismét arra emlékeztetett, hogy a drogfüggők számának növekedése éppen amiatt lassult le, mert a kábítószer-elvezők nem mernek elmenni a kezelésekre a büntetőjogi következményektől való félelmükben.

A pártok közti vita a Drogstratégiát övező konszenzus után tehát visszatért abba a korábbi mederbe, amely a kábítószerkérdéssel kapcsolatos büntetőjogi fellépés szigorának megítélésében osztotta két táborra a jobboldali és baloldali képviselőket. A Fidesz egyik képviselője azzal vádolta az ellenzéki pártokat, hogy komoly veszélye volt a baloldali kormányzás idején annak, hogy drogfellekvárrá válik a város, az ország. Az SZDSZ szónoka ezzel szemben ismét azt hangoztatta, hogy a szigorítás csupán a kábítószer-fogyasztás utolérhetőségét, a gyógykezelést tette nehezebbé.

Egy kormánypárti képviselő felidézte, az ellenzék arra hivatkozva nem szavazta meg a kábítószer-ellenes szigorításokat, hogy gyermekeinkkel lesznek tele a börtönök. Ebből azonban semmi nem valósult meg.

A 2002. tavaszi ülészak keretében sor került a *Nemzeti Drogstratégia megvalósulásáról, az ellátó intézményrendszer átvilágításáról szóló jelentés* általános vitájára. A miniszter nyitóbeszédében beszámolt a kormány által tett lépésekről: a megfelelő adatbázisok, adatszolgáltatás kialakításáról, a Nemzeti Drog Fókuszpont felállításáról, az epidemiológiai kutatások támogatásáról, a megyei és regionális kábítószerügyi egyeztető fórumok (az ún. KEF-ek) létrehozásáról és a drogügyi koordinátorok képzésének beindításáról. Elmondta, hogy a Nemzeti Stratégia kidolgozása során kialakult széles szakmai, társadalmi és politikai egyetértés a Stratégia végrehajtásának első évében mindvégig fennállt. A munka eredményességéhez ennek fenntartása szükséges.

Az MSZP vezérszónoka azonban – elismerve a Stratégia végrehajtásának egyes eredményeit – ismét a büntetőjogi szigor diszfunkcióira hivatkozott. Példaként hozta fel, hogy a rendőrségi ügyek 40 százaléka a fogyasztók ellen irányul. Kijelentette, hogy a Btk. módosítása sem emberi, sem szakmai, sem morális mércének nem felel meg, ezeken elbukik. Ezért „minden stratégiai öröm ellenére a törvények közül a

Btk. módosítása káros hatású és rossz”, és emiatt sikertelen nálunk az, ami a világon mindenhol bevett gyakorlat, hogy a terjesztők anyagi alapjainak elvonásával érjenek el sikereket a hatóságok. Hazánkban elmaradtak a rendőrségi fejlesztések, kedvezőtlen az ügyészség helyzete is, nincs elég orvosszakértő és kirendelhető pártfogó felügyelő.

Az SZDSZ képviselője is visszatért a büntetőjogi megoldás kritikájára. Szerintük a polgári kormány megoldása ugyanis ellentmond a Drogstratégia szemléletmódjának. „A szabad demokraták a drog fogyasztójában áldozatot láttak, akit segíteni kell abban, hogy meg tudjon szabadulni a drogtól.” Ezért is kritikus a fogyasztásnak a hatályos törvények szerinti büntethetősége. A jelentés pártja általi elfogadását gyakorlatilag a Btk. újbóli módosításához kötötte.

Az MDF országgyűlési képviselőcsoportja szerint kellő időben lépett a kormány és kellő határozottsággal. Képviselőjük felidézte, hogy három évvel azelőtt óriási médiaellenállás fogadta a jogszabályok megszigorítását, holott már akkor hazai kutatások bizonyították, hogy a kemény drogok használatát a korábbi puha drog fogyasztása előzi meg. Meg kell előzni, hogy Magyarországon drogbáróságok alakulhassanak ki, „amelyek más országokban szinte menetrendszerűen ráteszik a kezüket a szállodaiparra, idegenforgalomra, a kiskereskedő trafikálózatra, sztárüggyvédeket vásárolnak és pénzelik a droghalálra eltusoló sajtótermékeket és rádióállomásokat.” A kormány két évének eredményei egyértelműek: megállt a droghalálzások számának növekedése, ami jelzi, hogy a droghasználók köre nem növekedett. A korábbi emelkedés mellett pedig már ez is eredmény.

A MIÉP képviselője egyetértett az SZDSZ vezérszónokával, és kijelentette, hogy a fejlett országok a Drogstratégiához hasonló programokat már a nyolcvanas évek elején készítették, rájőve arra, hogy első helyen a prevenció áll. Egy pszichológus tanulmányából idézve arra hívta fel a figyelmet, hogy „egy deka prevenció annyit ér, mint egy kiló gyógyító munka”. A megelőzésnek a család mellett az iskolából kell kiindulnia. Pártja azonban kevésnek tartja a droghoz való hozzáférési lehetőség csökkentésére tett erőfeszítéseket. Eredményesebbé kell válnék a rendőrség felderítő és nyomozati munkája a terjesztéssel kapcsolatban. Képtelenségnek nevezte, hogy hihetetlenül hosszú a bírósági eljárások ideje, ezen változtatni kell. Fontos a terjesztés és a terjesztő hálózatok elleni fellépés erősítése. Vissza kell térni a dopping- és teljesítménynövelő szerek szabályozására, mert ez is az Országgyűlés felelőssége.

Az MSZP egyik képviselője szerint nem az a sarkalatos kérdés, hogy hány gyerek próbálta már ki a drogot, mert a gyerekek mindent ki akarnak próbálni, hanem az, hogy mit tudunk tenni azért, hogy ha ki is próbálta, ne folytassa.

Egy fideszes képviselő a felmerült büntetőjogi kérdésekkel kapcsolatban utalt arra, legjobb tudomása szerint Magyarországon kábítószer-használatért senkit nem ítélték letöltendő szabadságvesztésre.

Az ifjúsági és sportminiszter ugyanezen jelentés részletes vitájában két kérdészétválasztását tartotta fontosnak. Egyrészt kijelentette, a leghelyesebb büntetőjogi szabályozásról lehet és kell is szakmai vitát folytatni, mert végérvényes és egyetlen igaz megoldás nem található. A másik kérdés azonban gyakorlati: elérte-e a kormány a kitűzött célokat a Btk. szigorításával. Erre a válasz pozitív, a riadalomkeltő jövőképek pedig nem valósultak meg. Nem börtönöztek be ezerszámra fiatalokat, a megelőző hatás viszont látszik, a fogyasztás mutatószámai ugyanis kedvezően változtak.

Az SZDSZ erre reagálva ismét azzal érvelt, hogy a liberális álláspont szerint a fogyasztót nem szabad büntetni, mert ő a szenvedélybetegségének áldozata. Ha nincs is bebörtönzött fiatal, arról nincs adat, hogy hány fiatal hurcoltak meg és tartottak előzetesen fogva a szigorítás óta.

A Fidesz több képviselője is a statisztikai adatok romlásának megállítását tartotta a Btk. módosítás és a megelőzési programok eredményének.

#### AZ ORSZÁGGYŰLÉSI MUNKA 2002 ÉS 2004 KÖZÖTT

A 2002 tavaszán tartott választások az addigi ellenzék győzelmét hozták. Ezúttal csak négy párt képviselői jutottak országgyűlési mandátumhoz: az MSZP és az SZDSZ – az 1994 és 1998 közti ciklus után ismét – kormányra kerültek, míg a közös listán indult Fidesz és az MDF ellenzékben politizálhatott. Medgyessy Péter miniszterelnök (MSZP) kormányának a Parlamentben törékeny többsége volt, a két kormánypárt együttesen a szavazatok alig több mint 51 százalékát birtokolta.

Vastagh Pál (MSZP, 1994 és 1998 között igazságügy-miniszter), az alkotmány- és igazságügyi bizottság vezetője egyik első felszólalásában kiemelte, a kormány kíméletlen harcot fog folytatni a kábítószer terjedése ellen, a szankciók helyett vagy mellett viszont nagyobb hangsúlyt kívánnak fektetni a megelőzésre és a rehabilitációra. Nincs joga büntetni senkinek addig, amíg nem használta ki az utolsó lehetőséget, hogy visszatérje a normális életmederbe a felnövekvő korosztály megtévedt tagjait.

Az igazságügyi tárca államtitkára a 2002. őszi ülészakon ellenzéki kérdésre kijelentette, sem a kormány, sem a minisztérium vezetése nem kívánja legalizálni az ún. lágy drogokat.

A Fidesz képviselője erre adott válaszában azt vetítette előre, hogy a kormány nyilván azért nem kívánja legalizálni a lágy drogokat, mert mindenféle kábítószer fogyasztását engedélyezni fogja.

Egy másik fideszes képviselő hiányolta a kormányprogramból a kábítószer-fogyasztás megelőzésére vagy a prevencióra utaló részeket, ami szerinte azt mutatja, hogy az ország „a kábítószer-fogyasztók Kánaánja felé tart”.

2002 novemberében megkezdődött a *büntető jogszabályok és a hozzájuk kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló törvényjavaslat* általános vitája, melynek keretében Bárándy Péter igazságügy-miniszter (MSZP) amellet érvelt, hogy a kábítószer-fogyasztókat a függőség kérdéséről függetlenül alkalmazandó elterelő módszerek biztosításával kell a szerekkel szemben ellenállóbbá tenni.

A Fidesz képviselői a kormány törekvéseit azzal utasították el, hogy nincsenek olyan adatok, melyek a változtatás szükségességét támasztanák alá. A szakemberek és a témával foglalkozó civil szervezetek szerint sem szabad négyévente újabb és újabb üzeneteket kommunikálni a társadalom felé abban a helyzetben, amikor legalább kisebb mértékben növekszik a drogokat kipróbálók aránya, mint korábban. Erősen kifogásolták azt is, hogy a javaslat szerint az iskolai drogárúsítók büntetése jelentősen enyhül, és az életfogytiglani büntetés lehetősége is megszűnik.

Dávid Ibolya, az MDF elnöke, az Orbán-kormány korábbi igazságügy-minisztere szerint ha a családok, az orvosok, a pedagógusok elutasítják a kábítószer, akkor az állam sem tűrheti meg. Amennyiben a fogyasztó nem beteg, akkor nem kell őt sehova sem „terelni”, ennek lehetőségét nem kell alanyi jogon feljárnani. Kormányzásuk idején éppen azért tettek megkülönböztetést, hogy a kereskedők ne éljenek a függőségi helyzetbe került fogyasztót megillető eljárási előnyökkel. Bírálta továbbá a javaslat visszatérését „ahhoz az álságos logikához, miszerint nem szól a fogyasztás büntetéséről, ám megtartja a megszerzés és tartás büntethetőségét.” Azáltal pedig, hogy a törvényjavaslat bizonyos mennyiségi határig büntetlenséget ígér, ezzel azt üzeni a kereskedőnek, hogy készüljön fel a nála lévő szer éppen szükséges mennyiségű adagolására, csak valamennyivel több terjesztőt kell neki alkalmaznia. Azzal az üzenettel sem tud egyetérteni, hogy mindenki úgy rombolja az egészségét, ahogy akarja. Felelőtlenség eltűrni azt a folyamatot, melyet a kábítószer-fogyasztás tolerálása okozhat, ugyanis a függőség nagy úr, és „ha munkával nincs pénz, akkor lesz bűnözés útján.”

Gusztos Péter, a kábítószerkérdésben gyakorta felszólaló SZDSZ-es képviselő felidézte Orbán Viktorral, a polgári kormány miniszterelnökének azon kijelentését, miszerint ördöggel cimborál, aki a droggal kapcsolatba kerül. Ezt a logikát követve azonban a magyar középiskolai és felsőoktatási hallgatók egyharmada-egynegyede minden bizonnyal az ördöggel cimborál. Álláspontja szerint az előző kormány szigora kontraproduktív volt, mert nem volt elrettentő hatású, nőtt a fogyasztók száma. Egy későbbi hozzászólásában a marihuánához való pszichés függőséget ahhoz hasonlította, mint hogy valaki nagyon szereti a csokoládét, ezért sem kell elsősorban kivetkőzött, őrzöngő fogyasztókra gondolni. Az általános vitában egyúttal minden elismerését kifejezte azoknak, akik az előző kormányzati ciklusban az Ifjúsági és Sportminisztériumban a Nemzeti Drogstratégián dolgoztak.

Az SZDSZ másik képviselője megfontolásra ajánlotta, hogy ahol a könnyű drogokat legalizálták (Hollandia, Svájc), a drogok hatása alatt és megszerzésük érdekében elkövetett súlyos bűncselekmények száma 90 százalékkal csökkent.

Az MSZP egyetértett az MDF-fel abban, hogy azt kell üzeni, a kábítószer tiltott szer, és szerintük a törvény ezt is üzeni. De mégis életszerűbben teszi ezt, mint az előző megoldás. Egyik képviselőjük megfogalmazása szerint a Btk. „nem üzenőfüzet”, azaz nem arra való, hogy népszerűségi célokat valósítsanak meg vele. A kutatási adatok is bizonyítják, hogy a zéró tolerancia politikája „zéró eredményt ért el”. A párt képviselői kifejtették: a differenciált büntetőpolitikában és az ezen alapuló differenciált drogpolitikában hisznek. Hiába szeretnék megakadályozni ők is, hogy a drog bekerüljön a fiatalok közé, mert jelen pillanatban ott van, és ezzel a helyzettel kell kezdeni valamit. A Fidesz által vezetett kormány első évében bevezetett törvény szerint sok tízezer fiatal kerülhetett volna börtönbe, az más kérdés, hogy ez nem történt meg.

A Btk. szerepéről szóló felszólalásra reagálva az MDF elnöke kijelentette, ha egy cselekmény bűn, annak a helye a büntető törvénykönyvben van, ha pedig nem bűn, akkor nincs ott a helye. Ezért is visszaszámították az ötödik megoldás. A képviselőcsoport egy másik politikusa úgy fogalmazott, a kormány megtagadni látszik a Nemzeti Drogstratégiában foglaltakat, és így a prevenció programok értelme is megkérdőjeleződik. Álláspontja szerint az MSZP a kérdésben engedett a koalíciós partner SZDSZ-nek, mely ráerőltette akaratát a nagyobbik kormánypártra.

A fideszes képviselők szerint nem telt el elegendő idő az előző módosítás óta ahhoz, hogy a megfelelő következtetéseket le lehessen vonni. Nemcsak a fogyasztókat kell megvédeni, hanem azokat a fiatalokat is, akik nem nyúlnak a kábítószerhez, és nem akarnak rászokni. Inkább a prevenciót és a megelőzés céljait segítő hálózatot kellene hatékonyabbá tenni, nem pedig a büntetőjogi szabályozást jogbizonytalanságot eredményező módon megváltoztatni.

A decemberi zárószavazáson a kormánytöbbség apróbb módosításokkal – pl. meghagyták a legsúlyosabb kereskedői magatartásokra az életfogytiglani büntetési tételt – megszavazta a Btk.-t módosító törvényjavaslatot.

A büntetőjogi szabályozást érintő, a kormány és az ellenzék közt folyó koncepcionális vita azonban tovább folytatódott az Országgyűlésben, 2003 tavaszán is több alkalommal került napirendre a kérdés.

A Parlamentben és a médiában is nagy vihart kavart a közoktatási törvény azon módosítása, melynek értelmében a pedagógusok nem tájékoztathatják a szülőket arról, ha gyermeküket drogfogyasztáson vagy terjesztésen érik. Ezt az ellenzéki képviselők hevesen támadták.

Egy napirenden kívüli felszólalásában az MDF képviselője akként foglalta össze a kábítószer-politikában kialakult helyzetet, hogy „mi a konzervatív jobboldalon

szeretnénk hinni, a törvénynek maradt még némi ereje, szocialista képviselőtársaink talán azt gondolják, hogy tavaly ősszel a humanizmus parancsának tettek eleget, liberális képviselőtársaink pedig valószínűleg csupán egy állomásnak tekintik a mai állapotot”. Kifogásolta, hogy a könnyű drogok fogyasztásának legalizálását zászlójára tűző Kendermag Egyesület rendezvényén – éppen Anyák napján – szabadon lehetett propagálni a drogok legális fogyasztását.

Bárándy Péter igazságügy-miniszter (MSZP) biztosította az Országgyűlést arról, hogy nincs szándékuk a könnyű drogok legalizálására, de erre jogi lehetőség sem lenne, mert nemzetközi dokumentumok tekintik kábítószernek az ilyen szereket, melyeket az országnak kötelezettsége ekként is kezelni. Ezzel együtt a fogyasztókat nem tekintik bűnözőknek. A miniszter személyes álláspontja is az volt, hogy nem lehet egyetérteni azzal a véleménnyel, amely bármilyen drogfajta legalizálását is szorgalmazná.

A 2004. év tavaszi ülészakján *újabb jelentés-tervezet került az Országgyűlés elé a Drogstratégia megvalósulásáról.*

A témáért felelős államtitkár, a napirendi pont előadója kifejtette, hogy a kormány a valóságához közelebbi utat választott a Btk. módosításával. Az elterelés intézményének szélesebb körű bevezetése társadalmi konszenzussal találkozott. Ez a konszenzus azáltal is erősödött, hogy az állampolgárok egyre jobban megismerték a problémát, ahogy a tájékoztató programok, kampányok eljutottak hozzájuk. Az egyik kormánypárti képviselő mindezt azzal illusztrálta, hogy a tolerancia jegyében „a kábítószer-rabszolgák felszabadítása a célunk, nem a kirekesztésük”.

Az ellenzék kifogásolta, hogy Gyurcsány Ferenc sportminiszter (MSZP) eltávolította a drogügyekért felelős helyettes államtitkárt, ezzel jelezve, irányváltás várható a Drogstratégia területén is. Az oktatási minisztert is bírálták egy tájékoztató anyag miatt, mely arról világosította fel a diákokat, „hogyan játszhatják ki, előzhetik meg a droggal elkövetett bűncselekményekkel kapcsolatos szülői, iskolai, rendőri intézkedéseket.” A kormány tehát az ellenzék szerint letért a Nemzeti Drogstratégia által kijelölt pályáról. Ugyanakkor a rendelkezésre álló pénzeszközök sem elegendőek a kitűzött célok megvalósítására, ami a szakmai munka rovására is mehet, tekintve, hogy a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet nem önálló költségvetési intézményként működik majd.

Gusztos Péter képviselő (SZDSZ) ezzel szemben ismét azt fejtette ki, hogy a Btk. módosítása éppen összhangba hozta a büntetőjogi rendelkezéseket a 2000-ben konszenzussal elfogadott Drogstratégiával. A szigorú kínálatcsökkentő politika csak akkor érheti el hatását, ha nem a fogyasztókra, hanem a terjesztőkre irányul.

Az MSZP egyik képviselője hozzászólásában arra emlékeztetett, a kábítószer-probléma a rendszerváltásnál jóval korábban megjelent Magyarországon, csak az a rendszer az elhallgatás és a represszió politikáját alkalmazta, amely hatástalan és

embertelen volt. Értékekről szóló álvitának nincs szerinte helye, hiszen pl. azok a lelkészek, akik a kábítószer-probléma kezelésében nagyon sokat tesznek, „többségében valószínűleg nem baloldali emberek.” Nem értékkérdésről, nem is politikai kérdésről, hanem szakkérdésről van tehát szó.

Az MDF képviselője szerint az ellenzék sem vitatja, hogy a drogfüggő valóban beteg, de az egyszerű fogyasztóval ez nem keverendő össze. A fenyegetettség állapota azt jelenti, hogy az utánpótlást próbálják csökkenteni, nem adván kedvet a fiataloknak, hogy „a nem tudom milyen feelingekkel – ahogy most a fiatalabb korosztályban ezt jelölik – szabadon élhessenek”.

Gusztos Péter (SZDSZ) egy további felszólalásában a büntetőjogi szabályozás technikáját kritizálta. Szerinte hiba, hogy a tényállásban a kínál, átad, kereskedik, forgalomba hoz szavak egymás mellett szerepelnek, hiszen a kereskedő nem azonos azzal, aki közös fogyasztás során ad át kábítószerrel a társának. Így pedig ez is kereskedői magatartásnak minősül, amiért már valóban több éves végrehajtandó szabadságvesztés büntetés jár. Kijelentette, az SZDSZ és ő maga sem állt ki soha a könnyű drogok vagy bármilyen drogok szabad kereskedelme mellett, és nem is fog. Az SZDSZ véleménye viszont az, hogy a büntetőjogot preferáló drogpolitika kifejezetten kártékony, hiszen lehetetlenné teszi a hatékony prevenciót, ami bizalmi légkört feltételez.

Az MSZP álláspontja szerint a Btk. tényállásának 2002-ben elfogadott formáját sem a szigorítás, sem az enyhítés irányába nem célszerű és nem is helyes eltolni. Semmilyen formában sem kívánják liberalizálni a kábítószer fogyasztását, és a Drogstratégia sem változik. Mesterházy Attila, a drogpolitikáért is felelős minisztérium államtitkára (MSZP) alapvető elemnek nevezte a családokat a kezelésben, a rehabilitációban, a reintegrációban és az elterelésben is. A családokat azért kell bevonni a munkába, mert nélkülük nem lehet hosszú távú eredményt elérni. Az államtitkár beszámolt hollandiai útjáról, mely arról győzte meg, hogy nem helyes az az út, amit Hollandia választott a könnyű drogok liberalizálása terén. Hazánkban az elterelés a szükséges és megfelelő intézményi háttér felállításával a kérdést megfelelő módon és a valósághoz közel álló megoldással rendezheti.

2004 májusában egy MSZP-s képviselő Gusztos Péter napirend előtti felvetése kapcsán kérdést tett fel az államtitkárhoz arra vonatkozóan, hogy tervezi-e a kormány a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó jogszabályi környezet megváltoztatását, és indokolt-e a jelenség szabálysértési körben való szabályozása. Ezzel együtt előrevetítette, hogy az MSZP szerint nem kell megváltoztatni a jogszabályi hátteret. A kérdésre válaszolva az államtitkár is azt a kormányzati hozzáállást tolmácsolta, mely a kábítószer-fogyasztót elfogadja, de a kábítószer-fogyasztást nem. A szabálysértésre minősítés nem fogná vissza a fogyasztást és nem segítené elő jobban a megelőzést, ezért ebben az irányban nem kell elindulni.



## 2004–2006: A PARLAMENTI CIKLUS MÁSODIK FELE

2004 nyarán az SZDSZ megvonta a bizalmat Medgyessy Péter miniszterelnöktől, aki ennek következtében – elkerülve a bizalmatlansági indítvány benyújtását – lemondott hivataláról. A változatlan összetételű Országgyűlés az MSZP és az SZDSZ támogatását élvező volt sportminisztert, Gyurcsány Ferencet (MSZP) választotta meg miniszterelnöknek.

A kábítószerrel kapcsolatos büntetőjogi szabályozás országgyűlési vitáinak újabb fejezete a 2004. évi téli rendkívüli ülésen következett el, annak hatására, hogy *az Alkotmánybíróság megsemmisítette a tényállás jónéhány elemét.*

A vita SZDSZ-es felszólalója üdvözölte, hogy az alkotmánybírósági döntés megerősítette az elterelés intézményének létjogosultságát, aggasztónak találta azonban, hogy a határozat következtében a Btk. ismét a fiatal kipróbálókat fenyegeti börtönbüntetéssel. Ezért ez bizonyos fokig visszalépésnek tekinthető. Amennyiben valóban nem létezik kábulathoz való jog, akkor véleménye szerint az Országgyűlésnek szabályoznia kellene az alkoholtartalmú termékek kereskedelmét és fogyasztását is. Problematikusnak nevezte, hogy az Alkotmánybíróság határozatával büntető jogszabályt alkotott, mégpedig azonnali hatállyal.

Az igazságügyi államtitkár kijelentette, hogy fennmarad és fenntartható a kormány által követett liberális drogpolitika a döntést követően is. A hibák technikai és nem érdemi jellegűek, ezért kijavításuk is technikai kérdés.

2005-ben ismét a konszenzus felé tett fontos lépés volt, hogy az Országgyűlés *eseti bizottság létrehozásáról döntött a Drogstratégiában foglaltaknak az Európai Unió készülő stratégiájával való összehangolásának előkészítésére.* A vita során az államtitkár megköszönte a politikai pártoknak, hogy támogatták a bizottság felállítását.

Az SZDSZ képviselője kifejtette, hogy a politikának hátra kellene lépnie a kábítószerügyben, és több teret kellene engednie a szakértőknek. A Nemzeti Stratégiát egy nagyon fontos alapidokumentumnak nevezte, melyet sehol sem kell nagy arányban módosítani.

Az MDF képviselője felidézte, hogy a drogkérdéssel kapcsolatban 2000 óta csak a büntetőjogi szabályozás vitája során vált aktívvá a Parlament, és ezen alkalmakkor túlzottan kiéleződtek az ellentétek a falakon belül és kívül is. A törvényi szabályozás azonban a problémának csak az egyik szegmense, a drogkérdést nem szabad elszigetelten kezelni. A prevenció kulcsszerepében mind a négy parlamenti párt egyetért, erre alapozva kell elkezdeni a közös intézkedést.

2005 tavaszán a Kendermag Egyesület működése és fellépésének széles médiavisszhangja hatására ismét *szóba került a fogyasztás liberalizálásának kérdése.*

Az MDF napirenden kívül felszólaló képviselője szerint a fogyasztást nem szabad

divatkérdésként kezelni. A marihuána függőséget okoz, visszafordíthatatlan egészségkárosító hatásai vannak, és Nyugat-Európában ezt szem előtt tartva változtatják a drogpolitikát. Felidézte, hogy szigorító intézkedések sorával találkozhatunk ezekben az országokban, még Hollandiában is.

Mesterházy Artilla államtitkár (MSZP) megítélése szerint a Kendermag Egyesület által indított mozgalomnak vannak veszélyei. Személy szerint nem ért egyet az egyesület elképzelésével, sem annak formájával, mely önfeljelentésre buzdít. A kormány nem kívánja engedélyezni a kábítószer használatának semmilyen formáját sem.

Gusztos Péter képviselő (SZDSZ) napirenden kívüli felszólalásában áttekintette a kábítószerrel kapcsolatos büntetőjogszabályok alakulását a rendszerváltás óta. Mivel az alkotmánybírósági határozat óta nincs megnyugtatóan rendezve a kérdés, az SZDSZ úgy döntött, hogy önálló képviselői indítvány formájában Btk.-módosítást terjeszt a Parlament elé, amely az alkalmi, eseti fogyasztók tekintetében teljes körű dekriminalizációt tartalmaz. Kezdeményezésük szerint azok a kábítószer-fogyasztók, akik csekély mennyiségű kábítószer személyes használat céljából tartanak, birtokolnak, fogyasztanak, mentesüljenek a büntetőjogi fenyegetettség alól. A többi párt ezt az elképzelést nem támogatta.

Szintén a tavaszi ülészakban került sor a *Btk. módosítására az Alkotmánybíróság határozatának fényében*. A tényállások jövőbeni alkalmazhatóságához törvényben kellett meghatározni a kábítószer fogalmát, és rendezni az elterelés szabályait. Ennek az Országgyűlés nagyobb nézetkülönbségektől mentes vita után eleget tett.

Gusztos Péter (SZDSZ) egy júniusi felszólalásában nehezményezte, hogy a jövőben a drogkoordinációval nem helyettes államtitkár, hanem miniszteri biztos fog foglalkozni. Egy MDF-es képviselő pedig a rendőrség költségvetésének elégtelensége miatt aggódott.

A 2005. őszi ülészakban tárgyalták a képviselők a *tavasszal felállított eseti bizottság eddigi tevékenységéről szóló jelentést*. A bizottság elnöke kifejtette, minden bizottsági tag elkötelezett abban, hogy mind a hazai, mind a nemzetközi kábítószer-problémával kapcsolatos kormányzati, parlamenti munkában egyfajta dinamizálásra van szükség.

Az ellenzéki képviselők szerint is látható volt, hogy a bizottság valamennyi ülésén mind a képviselők, mind a szakértők szakmapolitikai vitát folytattak, és a kezdeményezés helyes irányt indított el az Országgyűlésben. Üdvözölték, hogy konszenzussal fogadta el az eseti bizottság a jelentést.

Ugyanebben az ülészakban Gusztos Péter (SZDSZ) kérdéssel fordult a miniszterelnökhöz „Lesz-e büntetőtörvénykönyv-módosítás kábítószerügyben?” címmel. Az igazságügyért felelős miniszter válaszában leszögezte, hogy jelenleg a kérdés nincs napirenden, a hatályos szabályok megállják a helyüket.

## 2006–2007: AZ ÚJ ORSZÁGGYŰLÉSI CIKLUS ELSŐ FELE

A 2006. évi választások eredményeképpen az MSZP – koalíciós partnerével, az SZDSZ-szel együtt – ismét többséget tudott szerezni a Parlamentben, így megalakult a második Gyurcsány-kormány. Az ellenzék valamelyest meggyengült, de továbbra is jelentős parlamenti erő maradt. A Fidesz a Kereszténydemokrata Néppárttal (KDNP) közös listán indult a választásokon, együttesen a parlamenti mandátumok több mint 42 százalékát nyerték el, de külön frakciót alakítottak. Önállóan lépte át a Parlamentbe jutás küszöbét az MDF, mely 11 képviselőt delegálhatott.

A választásokat követően 2006 tavaszán került sor a „Magyar Köztársaság Kormányának programja a sikeres, modern és igazságos Magyarországért 2006–2010” című kormányprogram vitájára, melynek során Gusztos Péter SZDSZ-es képviselő ismét a kábítószer-fogyasztás dekriminalizációját szorgalmazta. Ezt azzal indokolta, hogy a társadalmi jelenség ne rejtőzködjön, és hogy azok a fiatalok, akik kapcsolatba kerültek a jelenséggel, őszintén beszélhessenek szokásaikról és ismereteikről.

Petrétei József igazságügyi és rendészeti miniszter (MSZP) nyári felszólalásában úgy fogalmazott: „bár a koalíció politikája nem ért egyet azzal, hogy a kábítószer-eseti fogyasztóit kriminalizálni kell, és büntetőjogi eszközökkel kell fellépni ellenük, ennek ellenére jelenleg nem tudunk olyan büntető törvénykönyvi módosítást, amely alkotmányos lenne.”

Az ellenzék az elterelés hatályos formáját továbbra is kritikával illette, és kevesellte a prevencióban elért eredményeket is.

Az MDF frakcióvezetője arra hívta fel a figyelmet, hogy 2003-ról 2004-re duplájára emelkedett a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények száma, és a tendencia azóta is folytatódik Erre a dinamikus növekedésre a kormánynak nincs válasza.

Az igazságügyi és rendészeti államtitkár válaszában kifejtette, a sikeres büntető- és drogpolitikához az kell, hogy ne változzon négyévente, háromévente vagy kétévente, hanem a társadalom értékítélete folyamatosan nyilvánuljon meg ezeken a területeken.

Az MDF egyik képviselője szerint az MSZP-SZDSZ kormány liberális drogpolitikája a statisztikák tanúsága szerint megbukott. A prevencióra is 40 százalékkal kevesebb pénz van a 2007-es költségvetésben, mint 2002-ben volt. Nem történt meg a rendőrség, a vám- és pénzügyőrség megerősítése sem.

2007 tavaszán a *Drogstratégia megvalósulásának előző 2 éves periódusáról szóló jelentés* vitája kapcsán a Szociális és Munkaügyi Minisztérium államtitkára az elmúlt évek eredményei között említette, hogy új struktúrában funkcionál a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság, valamint biztosítottá válik a civil szervezetek számára is

a képviseleti lehetőség a tanácsadó testületben. A drogmonitorozás is megoldott a Nemzeti Drog Fókuszpont által. Évente 5-6 ezer fő vesz részt a különböző kezeléseken, szolgáltatásokban. Az ártalomcsökkentő programok folyamatos támogatást kapnak, tücsere-automaták öt helyszínen működnek az országban.

A Fidesz szerint viszont a Drogstratégia végrehajtása veszélybe került, aminek egyik oka, hogy a kábítószerügy presztízse a kormányon belül erősen háttérbe szorult, érdekérvényesítő képessége pedig meggyengült. Nehezményezték, hogy az állam ezen a területen is egyre kevesebbet költ.

Gusztos Péter (SZDSZ) ebben a vitában is azt a liberális álláspontot képviselte, mely szerint a fogyasztókat nem szabad és nem is lehet bűnözőként kezelni, holott a Btk. első szinten mégiscsak így kezeli őket. Mivel a helyzet abszurd, és az elterelés „furcsa intézménye” mentesíti a fogyasztókat a büntetés alól, a büntetőjogi fenyegetettséget kellene inkább megszüntetni a fogyasztók vonatkozásában. Az elterelés sok pénzbe kerül, és sokszor nincs is értelme a kezelésnek, de természetesen ez nem vonatkozik a valódi szenvedélybeteg fogyasztókra, akik gyógyításra szorulnak. Nekik az ártalomcsökkentés eszköztárát kell biztosítani.

A kereskedők között differenciálni kellene, és aki veszélyesebb kábítószerrel kereskedik, annak szigorúbb büntetést kellene kilátásba helyezni.

Kijelentette, hogy az SZDSZ a dekriminalizációról beszél, soha nem mondták azt, hogy szabadon lehessen kereskedni Magyarországon kábítószerrel, hanem csupán azt szorgalmazzák, hogy aki a tiltás ellenére fogyaszt, azt ne büntessék.

Az MDF egyik politikusa úgy nyilatkozott, hogy pártja és a Fidesz nem tudott azonosulni „a szocialisták következetlenségével és a szabad demokraták által vallott mindent szabad gondolkodásmóddal”. Az MDF értékrendjével összeegyeztethetetlen az a logika és érvelés, hogy a kábítószer-fogyasztás magánügy.

A KDNP képviselője a vitában cáfolta, hogy a konzervatívok a büntetőjog szigorításában látnák a megoldást, éppen ellenkezőleg, „a megelőzés, a prevenció és az elterelés a mi szempontunk szerint is a legfontosabb eszköz.”

A szociális és munkaügyi minisztériumi államtitkár az általános vita végén kijelentette, az ágazat presztízse nem az államtitkárok, főosztályok számától függ, és megismételte, nincs kormányzati szándék a Btk. módosítására.

## ZÁRÓ GONDOLATOK

Az Országgyűlés munkájának a jelen fejezetben feldolgozott nyolc éves időszaka a kábítószer-probléma szempontjából igen jelentősnek mondható, hiszen erre az időre esett az azóta is gyakran hivatkozott stratégiai program elfogadása, valamint a kérdéssel foglalkozó eseti bizottság felállítása is. A pártok az alapvető irányokban és a célokban hasonlóan gondolkodtak – ez a Stratégia egyhangú elfogadásában

is megmutatkozott –, de a probléma kezelésében, az eszközök megválasztásában más megközelítést szorgalmaztak.

Mindez a jogszabályi környezet és a büntető jogszabályok alakítására is hatással volt (ez a könyv külön fejezetében követhető nyomon). Általánosságban megfigyelhető, hogy a jobboldali pártok (Fidesz, FKGP, MDF, KDNP) leginkább a szabályozás szigorítását támogatták, míg az MSZP és az SZDSZ liberálisabb álláspontot képviseltek – mindamelllett, hogy a büntetőjogon kívüli eszközöket minden parlamenti erő mindvégig fontosnak tartotta. A vélemények különbsége kormányoldal és ellenzék között azonban nem volt minden esetben ilyen élesen tetten érhető, egyes kérdésekben pl. az MSZP álláspontja sokkal inkább hasonlított a Fideszéhez, mint a politikailag hozzá közelebb álló, de a kábítószer-fogyasztás dekriminalizálását egyre markánsabban támogató SZDSZ-éhez. Azért is tartottuk fontosnak az egyes véleményeknek a viszonylag részletesebb bemutatását, mivel így – szándékaink szerint – árnyaltabb képet kaphattunk a kábítószer-problémának a parlamenti pártok általi megítéléséről és a kérdésekre adott válaszok sokszínűségéről.



# A DROGJELENSÉG A MÉDIÁBAN

NYÍRÁDY ADRIENN

## BEVEZETÉS

Az urbanizálódott társadalmakban élők a munka után a médiafogyasztásra szánják a legtöbb időt. A médiatartalmak fogyasztása a szabadidő alapvető részévé vált: az összes szabadidős tevékenység kétharmadát teszi ki. „A médiával együtt és a médián keresztül élünk” (Kozák, 2007). Ez utóbbi megállapítás különösen igaz olyan témák és tevékenységek vonatkozásában, amelyekről kevesen rendelkeznek személyes tapasztalatokkal, és a lakosság túlnyomó része a média által közvetített üzenetekből meríti az ismereteit. Ilyen témakörnek tekinthetjük az illegális drogfogyasztást is, hiszen az empirikus kutatások adatai szerint körülbelül minden tizedik felnőtt (Paksi, Arnold, 2007) próbált már valamilyen tiltott szert.

A fejezet célja röviden a drogjelenség médiareprezentációjának bemutatása tíz évre visszamenőleg. Arra keressük a választ, hogy az általunk kiválasztott médiumok 1999 óta mit és hogyan ábrázolnak a drogfogyasztás, a kábítószer-probléma témakörében. A csatornák kiválasztásának alapját a magyar lakosság szabadidő-eltöltési és médiafogyasztási szokásai képezték. A közvélemény-kutatási adatok szerint a 15 évesnél idősebb népesség átlagosan napi 3 órát hallgat rádiót, csaknem 5 órát néz tévét, heti 4 újságot olvas, és havonta 9,5 órát internetezik. Az internetkapcsolattal rendelkezők aránya 1999 és 2007 között a háromszorosára nőtt. Bár a legtöbben ma is a televízióból tájékozódnak, a megkérdezettek közel fele növelte az internetezésre fordított időt (Kozák 2007). A 15–24 éves fiatalok a drogról szerzett ismereteik forrásaként legelső helyen az internetet jelölték meg, csak azután következtek a kortársak és a szakemberek (Eurobarometer, 2008).

Mindezek okán vizsgáljuk a televízió, a rádió, a nyomtatott sajtó, és az internet drogtéma ábrázolását az elmúlt tíz évben készült tanulmányok szisztematikus áttekintésével, metaelemzéssel és hiánypótló adatgyűjtések eredményeinek értékelésével.

A fejezet az általánosan megfigyelhető jelenségek körvonalazására és a változások nyomon követésére vállalkozik. Ezen kívül tárgyaljuk a média szerepét a Nemzeti Stratégia célkitűzéseinek megvalósításában, illetve kitekintünk a drogjelenség médiareprezentációjának az Európai Unió tagállamaiban megjelenő fő aspektusaira is.

Ugyanakkor nem vizsgáljuk az ok-okozati összefüggést a médiakép és a lakossági attitűdök között. A hatáskutatások megállapításai szerint a média hatása az egyén gondolkodásmódjára, attitűdjére csekély és nem egyirányú, vagyis „csak korlátozott

mértékben és áttételesen képes befolyásolni a közönséget” (Bajomi-Lázár, 2006), melynek feltérképezése messze meghaladja a jelen fejezet kereteit és ambícióit.

Még a legelején fontos megjegyeznünk, hogy a fejezetnek nem célja a preventív tevékenységek közé sorolható médiaesemények vizsgálata sem, amelyek során a média célzott üzenetet hordozó eszközként jelenik meg. A fejezet csupán a média spontán érdeklődése nyomán született megjelenésekre koncentrálna.

## TELEVÍZIÓ

Az ORTT folyamatosan vizsgálja a kiskorúakra ártalmas tartalmak (problémás téma, erőszak, félelem, szex, meztelenség, kábítószer, trágárság) megjelenésének gyakoriságát főként az előzetesekben, a hír- és bulvárműsorokban.

Az évtized elején összességében elenyésző – 2% alatti – volt a drogfogyasztás megjelenítésének aránya (Országgyűlési beszámoló 2004, 2005) a televízió képernyőjén. 2005-től a kiskorúak védelmével kapcsolatos szabályozás hatósági kontrollja okán kategóriánként határozzák meg az arányokat.

1. táblázat. Kábítószer-téma megjelenése az egyes kategóriákba sorolt műsorokban. (%).  
(Forrás: ORTT Országgyűlési beszámoló 2006, 2007, 2008)

	I. kategória (korhatár nélkül)	II. kategória (12 éven felülieknek)	III. kategória (16 éven felülieknek)	IV. kategória (18 éven felülieknek)
2005	0,5	4,2	15,1	12,1
2006	0,4	2,5	7,5	20
2007	0,5	3,2	10,9	50 (N=2!)

Összességében nem számottevő a kábítószer-téma megjelenése a televízióban, a gyerekeknek szóló műsorokban továbbra is ritkán találkozunk vele, azonban a középiskolás korosztály műsoraiban lényegesen többször fordul elő. Az eredmények egyben azt is tükrözik, hogy az évek során a drogtéma egyre magasabb kategóriába került, vagyis a műsorszolgáltatók besorolási gyakorlatában egyre ártalmasabbnak minősül.

2008-ban célzott kutatás (ORTT, 2008) készült a rizikómagatartások ábrázolásmódjáról, amely mind ez ideig az egyetlen, ezt a témát feldolgozó tanulmány a televíziós műsorok tartalom-elemzésének sorában. A tanulmány a 13–17 éves népesség 20 legkedveltebb, általában este 18–22 óra között sugárzott műsorát elemezte 2006. február-június között. A mintába kerültek az RTL Klub, a TV2, az MTV1 és a Viasat3 szórakoztató műsorai, sorozatai, játékfilmek és hírműsorok is.



A tanulmányból kiderül, hogy a kábítószerhez kapcsolható tartalom elenyésző az alkoholfogyasztáshoz vagy a dohányzáshoz viszonyítva, de így is átlagosan 3 óránként jelenik meg a képernyőn, az esetek háromnegyedében verbálisan, negyedében képi formában.

2. táblázat. A kábítószer megjelenítésének módja (Forrás: ORTT 2008)

A szereplők beszélgetnek róla, hivatkoznak, céloznak rá	77,4%
Fogyasztás nem kapcsolódik hozzá, csak képen jelenik meg	16,1%
Nyílt képi ábrázolás	3,2%
Utalásszerű képi megjelenítés	3,2%

Az esetek felében a szer típusát nem határozzák meg, ha mégis, leggyakrabban a kokaint említik, ezt követik a partydrogok, majd érdekes módon a kannabisz – népszerűsége ellenére – csak a harmadik helyen áll, és ugyanolyan gyakran szerepel, mint a heroin.

A droghasználattal összefüggésben az addikció, a fogyasztás negatív következményei: halál, letartóztatás vagy ennek veszélye, a családi és iskolai gondok, a személyiség torzulása, a morális leépülés vagy a pszichés problémák jelennek meg a képernyőn. Vagyis a televízió a jelenség számos aspektusát a néző elé tárja, de teszi mindezt inkább az elrettentés szándékával. Segítő, reintegráló megközelítésmódról nem számol be a tanulmány.

Természetesen félvnyí mősorkövetés nem ad kellő alapot általános következtetések levonásához, és végképp nem mutatja meg a 10 év során tapasztalható változásokat, azonban ez az első, tudományos módszerekkel végzett televízió-tartalomelemzés témánkban, amely lényegi és megbízható információkkal szolgál a drogtéma ábrázolásmódjáról.

## RÁDIÓ

A Gfk Hungária adatai szerint a 14 év feletti magyar lakosság ötöde napi rendszerességgel hallgatja a Sláger vagy a Danubius rádió adásait, amely jelentősen megelőzi a közszolgálati rádióadók hallgatottságát (ORTT, Gfk, 2007). E két kereskedelmi adó vezette a hallgatottsági rangsort az elmúlt 10 évben is, ezért vizsgálatunk tárgyát ezek híryanaga képezte (a „drog” vagy a „kábítószer” keresőszó alapján). Valószínűleg a kereskedelmi rádió műfaji sajátosságának köszönhető, hogy a drog túlnyomó többségben sztárpletykák kontextusában jelenik meg. Míg a Sláger rádió

közöl híradást néhány hazai vonatkozású rendőrségi akcióról, a Danubius rádióban szinte kizárólag hírességek drogproblémái vagy a leszokás eredményessége kerül szóba. A leggyakrabban említett szerek a kannabisz, a heroin és a kokain, más szertípus csak elvétve szerepel a hírekben. Érdekes tapasztalat még a Danubius rádió híryanagában, hogy a „kábitószer” keresőszóra egyetlen találat sem volt, vagyis a teljesen általános, sematikus drogkép figyelhető meg. Emellett a sztárpletykák dominanciája azt az üzenetet hordozza, hogy a drog (csak) az ismert emberek életének része, ezzel a sztárok felelősségi körébe utalva a teljes problémakört, ugyanakkor egyfajta mintát is szolgáltatva. Ahogy az EMCDDA tanulmánya kifejti: a sztárok véleményvezéreké válnak a fiatalabb korosztályok számára, és életmódjuk, illetve a drogfogyasztásról alkotott pozitív véleményük ösztönözheti a generáció tagjait a drog kipróbálására (EMCDDA, 2005, 17. o.).

Nem csak a kereskedelmi rádiózással hozható összefüggésbe, mégis idetartozónak véljük, hogy a Gfk Roper Jelentés 2007 szerint a zenehallgatás a legkedveltebb szabadidős tevékenység a magyar felnőtt lakosság körében, ezért vizsgáltuk magyar nyelvű könnyűzenei szövegek drogábrázolását. 2008 májusában a zeneszoveg.hu portálon mintegy 80 olyan zeneszám volt azonosítható, amely említi a drog vagy kábítószer szavakat. A tartalomelemzés szerint jellemzően toleráns attitűdöt közvetítenek, megjelennek a drogok által szerzett pozitív élmények és negatív tapasztalatok is, megnevezik a legtöbb szertípust, sőt herbál drogokat is. Néhány előadó kitér a jelenlegi magyar drogpolitikára és annak megvalósulására, saját értelmezésében.

## NYOMTATOTT SAJTÓ

A legtöbb adat, illetve tudományos módszerrel végzett elemzés a nyomtatott sajtó drogábrázolásmódjáról áll rendelkezésre egészen a nyolcvanas évek közepe óta.

A probléma nyilvánosságra kerülése utáni másfél évtizedben az adatok (illetve az adatgyűjtés problémái) a sajtó ingadozó érdeklődését mutatták: kezdetben jellemző volt a jelenség túldramatizálása és az ehhez járuló szenzációhajhász közlésmód, ami a kilencvenes évek végére jelentősen csökkent, ám meglehetősen leegyszerűsített, sztereotip drog- és drogfogyasztóképet közvetítettek a vizsgált cikkek. A drogjelenség legtöbbször bűnügyi kontextusban jelent meg, sok esetben tipikusan a fiatalok problémájaként feltüntetve. Az elemzéseket végző szakemberek a sajtó hasábjain olvasható számtalan tárgyi tévedésre is felhívták a figyelmet (Paksi 2001). Az említett szerek köre kezdetben a legálisan hozzáférhető gyógyszerekre és az inhalánsokra terjedt ki, majd a kilencvenes évektől előfordulnak a tiltott szerek, úgymint kannabisz, heroin és kokain – más szertípus azonban ritkán jelenik meg.

Az utóbbi tíz év során (Arnold 2006, OpenNetwork, 2005, 2007, 2008) sem tapasztalható fokozatos emelkedés a közlések számában, csak eseményekhez köthető,

kampányszerű sajtóérdeklődés figyelhető meg. A megjelent cikkek száma 2003-ban és 2005-ben nőtt kiugróan a törvénymódosítás, illetve az Alkotmánybíróság döntése körüli viták idején.

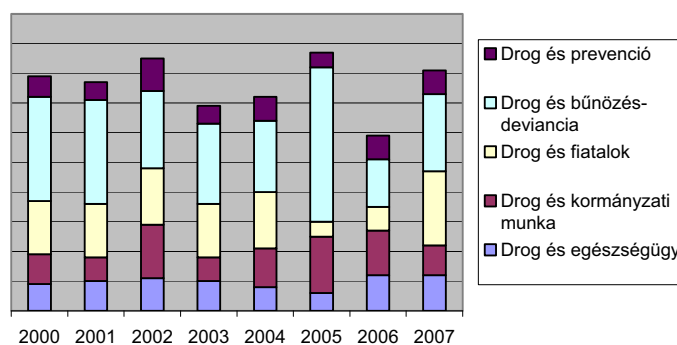
3. táblázat. Cikkek száma (db). (Forrás: Arnold 2006, OpenNetwork, 2005, 2007, 2008)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
308	374	401	421	343	629	624	483

A drog fő téma helyett egyre inkább melléktémaként jelenik meg. A tanulmányok szerzői ezt annak tulajdonítják, hogy a drogjelenség a közbeszéd, az általános kommunikáció részévé vált, már nem tabu, mint a nyolcvanas években.

Az általunk vizsgált időszakra eltűnik a túldramatizáló közlésmód, de a drog-probléma számtalan aspektusa közül továbbra is a bűnügyi vetület dominál. Számszerűen a cikkek 30-40%-a az évtized során mindvégig rendőrségi tudósítás, főleg lefoglalásokról, amellyel inkább a rendőri munka hatékonyságáról, a rendőri aktivitásról adnak számot, mintsem a kereslet vagy a kínálat alakulásáról. A drog a cikkek 10%-ában valamilyen egészségügyi vonatkozásban szerepel, míg a prevenció említése mindvégig 10% alatti marad. A kormányzati munka megjelenése csak a már említett törvénymódosítás és az Alkotmánybíróság határozata kapcsán éri el a 20%-os arányt. Ugyanakkor egyre jelentősebb a drogprobléma ismert emberek, sztárok életének részeként történő ábrázolása.

1. ábra. A cikkek kontextusa (Forrás: Arnold 2006, OpenNetwork, 2005, 2007, 2008)



A cikkek fő kontextusának megfelelően a leggyakrabban megszólaló szakember fegyveres testület (rendőrség, határőrség) szóvivője. Kábítószer-fogyasztót csak elvétve szólaltatnak meg a vizsgált napilapokban.

Kimutatható változás a fiatalok és a drogjelenség együtt járásának mérséklődésében, vagyis a sajtó egyre kevésbé közvetíti azt a képet, hogy a drog csak korosztályos probléma lenne.

Az említett szerek köre 2007-re sem változott jelentősen, a kannabisz, a kokain és a heroin mellett elenyésző a szintetikus drogok szerepeltetése.

Arányaiban nőtt a hazai vonatkozású cikkek száma a külföldi tudósításokhoz képest, illetve az EU-csatlakozás óta gyakoribb az európai kontextus említése.

## ONLINE MÉDIA

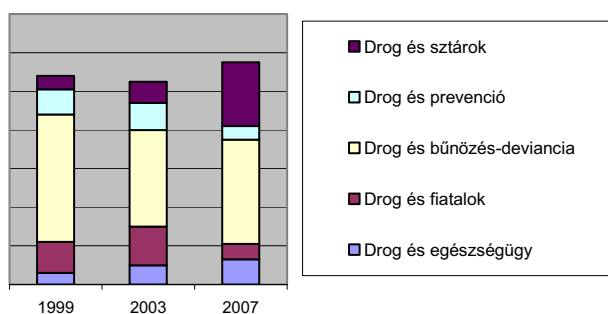
Az online média vizsgálata esetünkben az index és az origo hírportálokon 1999-ben, 2003-ban és 2007-ben megjelent drogtémájú („drog” vagy „kábitószer” keresőszóval talált) cikkek tartalomelemzését jelenti.

A vizsgálat eredményei szerint a portálokon megjelent cikkek száma nem változott számottevően az évtized során (330, 367 darab). A drogjelenség többnyire fő témaként jelenik meg, vagyis ha a téma helyet kap a hírek között, akkor nagyobb figyelmet fordítanak a cikk kidolgozására. A cikkeknek azonban csak mindössze 15-20%-a közöl adatot, tudományos kutatást szinte egyáltalán nem említenek.

Az online sajtóban sem jellemző a szenzációhajhász közlésmód, az írások semleges attitűdöt közvetítenek.

A drogjelenség eleinte főként rendőrségi tudósításokban, vagyis bűnügyi kontextusban jelent meg. Ez az évtized végén is így van, viszont megszaporodtak a sztárpletykák, 2001 és 2007 között arányuk az összes cikken belül az ötszörösére nőtt. Drogpolitikával, vagy a kormány ez irányú munkájával elenyésző mértékben foglalkoznak, 2003-ban tapasztalható némi emelkedés a törvénymódosítás kapcsán, de ez sem abszolút számban, sem arányaiban nem jelentős. A prevenció említésének 10%-os aránya az évtized végére csökkenni látszik.

2. ábra. A cikkek kontextusa



A vizsgált cikkekben az évtized végéig felére csökkent a kompetens intézmények megszólaltatása, amely főleg belügyi és igazságügyi szervezetet jelent, vagyis a leggyakrabban nyilatkozó szakember rendőr vagy igazgatási szakember. Civil szervezetek szerepeltetése mindössze 2003-ban volt kiemelkedő mértékű, egyébként jelentéktelen. Viszont csak az online média esetében tapasztalható, hogy a kábítószer-fogyasztók megszólaltatásának aránya a háromszorosára nőtt 2007-re, tehát az online sajtó egyre nagyobb teret enged a leginkább érintett csoport megnyilatkozásainak.

Nem jellemző, hogy a jelenséget csak a fiatalok problémájaként ábrázolják, a drog és a fiatalok együttes említése felére csökken, ugyanakkor az általános populációval összefüggésben emelkedő arányban szerepel.

Az említett szerek között a kannabisz, a kokain és a heroin mellett megjelennek a partydrogok, de 2007-ben ismét a heroin említése dominál.

Az internetes portálokon az évek során nő a külföldi vonatkozású cikkek aránya, sőt az évtized végére meghaladja a hazai helyzet bemutatását. Ennek hátterében azonban nem a hazai helyzettel szembeni csökkenő érdeklődés, hanem a külföldi sztárpletykák növekvő aránya áll. Ha viszont hazai helyzetről szól az írás, akkor többször kerül előtérbe a vidéki helyzet, nemcsak a fővárost érintően jelenik meg a drogtéma.

#### MÉDIASZAKEMBEREK ISMERETEI, ATTITÚDJÁ

Mindezek után jogosan merül fel az igény, hogy közvetlenül megismerjük azok vélekedését a drogtémáról, akik a fentebb tárgyalt médiumok közléseit készítik, hiszen az ő drogokkal kapcsolatos ismereteik, attitűdrendszerük akaratlanul is megjelenhet a cikkekben vagy műsorokban. Erre ad lehetőséget a 2005-ben 118 (36 újságíró, 38 rádiónál dolgozó riporter, szerkesztő, 44 tv-nél dolgozó riporter, szerkesztő, műsorvezető) médiaszakember megkérdezésével végzett kutatás (Kó, Münnich, 2005).

A vizsgálat eredményei szerint a megkérdezett médiaszakemberek egyharmada jól tájékozottnak mondható, vagyis ismer háromnál több visszaélésre alkalmas szert, azok használati módját, hatásmechanizmusát és lehetséges következményeit is.

A többség csak 1-2 drogtípust ismer, főként a kannabiszt és a heroint, egyébként nem tesznek különbséget a szertípusok között, és nincsenek tisztában a fogyasztás körülményeivel sem. Egytizedük pedig teljesen tájékozatlannak tekinthető.

A tájékozottság leginkább az újságoknál dolgozó fiatalabb szakemberekre jellemző, majd a rádiók munkatársai következnek, míg a drogtémában legkevésbé tájékozottnak a televízióknál dolgozók bizonyulnak.

A tájékozottság azért fontos, mert szoros összefüggésben áll a drogfogyasztás veszélyességének megítélésével. A kutatás rámutat arra a jelenségre, hogy az életkor fordított arányban áll az ismeretekkel, tehát a legfiatalabbak a legtájékozottabbak, ugyanakkor ők tartják a legveszélyesebbnek is a drogfogyasztás minden formáját. A szerzők tapasztalatai szerint ez abból adódik, hogy a legfiatalabb csoport akar leginkább megfelelni a valószínűsített társadalmi elvárásoknak, ami nem feltétlenül egyezik meg a személyes meggyőződésükkel. Különösen a közönséggel közvetlenül találkozó, televíziós vagy rádiós műsorvezetőkre jellemző ez a magatartás. Ugyanakkor a megkérdezettek többsége a drogfogyasztás minden formáját veszélyesnek tartja, mindössze egyharmadukról mondható el, hogy differenciálni tudnak a szerek között.

A szerzők megállapítják, hogy „ha ezek a mintaadó médiaszereplők maguk is ambivalens módon viszonyulnak a kérdéshez, akkor nem várható, hogy hatékonyan tudjanak közreműködni a Drogstratégiában megfogalmazott társadalmi célok elérése érdekében”. (Kó, Münnich, 2005. 8. o.)

A kutatás során egyértelművé vált, hogy a médiaszakemberek az átlagnépességnél jóval gyakrabban találkoznak a drogjelenséggel, ugyanakkor elítélő attitűdjük sok esetben az alapvető tájékoztatásból ered.

#### A MÉDIA A NEMZETI STRATÉGIA CÉLRENDSZERÉNEK KONTEXTUSÁBAN

A Nemzeti Stratégia a média szerepét a kábítószer-probléma visszaszorításában explicit módon csak a prevenció üzenetek közvetítésében határozza meg. A média mint prevenció szintér jelenik meg. A céltételezések tudatosan, szakemberek által kitalált és felépített médiaprogramokra, kampányokra vonatkoznak, nem pedig a különböző médiumok által kezdeményezett közlésekre.

Mindössze az első pillér (Közösség és együttműködés) hosszú távú céljainak eredményességi mutatói között szerepel elvárásként a médiaelemzések készítése. Az általunk vizsgált időszak bővelkedik a többféle céllal és eltérő módszertannal készült médiaelemzésekben, tehát azt mondhatjuk, hogy az évtized végére rendelkezésre áll olyan tudásbázis, amely alkalmas a megelőző időszak értékelésére és a következő időszakra vonatkozó tanulságok levonására, fejlődési irányok kijelölésére. Tulajdonképpen mindezt hivatott tárgyalni a jelen fejezet.

A közvetlenül kijelölt célokon túl azonban tagadhatatlan, hogy a média közvetetten megjelenhet több célkitűzés megvalósítása során is.

„Közösség, együttműködés – a társadalom váljon érzékennyé a drogkérdés hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket ...” (Nemzeti Stratégia, 47. o.)

A média legfontosabb feladata nyilvánvalóan az információközlés, a tájékoztatás a jelenség minden aspektusáról: a kábítószerekről, a probléma okairól és megoldásairól, az aktuális helyzetről vagy az intézmények szerepvállalásáról stb. Aktívan hozzájárulhat a társadalom érzékenyítéséhez, fogékonnyá tételéhez a probléma iránt, amennyiben egyre több és differenciáltabb információt juttat el a közönségéhez.

Az általunk vizsgált időszakban azonban nagyságrendileg nem nőtt a médiaközlések száma. Deckers megjegyzi, hogy az évtized végére új fenyegetettség jelent meg, a terrorizmus, ami szerepet játszhat a média témánk iránti érdeklődésének mérséklődésében (Deckers 2008).

A túldramatizáló ábrázolásmód ugyan mára teljesen eltűnik, továbbra sem mutatható ki differenciálás sem a szerek, sem a fogyasztók, sem pedig a fogyasztási gyakoriság szerint, a drogfogalom használata lefedi és összemosza a problémakör legkülönbözőbb aspektusait.

A drogjelenség okait illetően megfigyelhető egyfajta normalizálódás, a média már nem keresi a felelőst, a „bűnbakot”. Míg a kilencvenes években az egyén, majd a fiatal korcsoportok felelősségi körébe utalta a kialakult problémát, mára az élet részeként kezeli, a korral együtt járó osztársadalmi tünetként.

A megoldások felsorakoztatása rendkívül csekély. Kérdés, hogy ez a média ismeretszerzési hiányosságából adódik, vagy mert nem érzi feladatának a probléma megoldásához vezető információk terjesztését.

Tehát a médiaközlések kevéssé járulnak hozzá a társadalom érzékenyítéséhez. A drogjelenség sematikus, jellemzően bűnügyi kontextusú, meglehetősen negatív ábrázolása nem teszi fogékonnyá a lakosságot a probléma iránt.

Már a Stratégia felhívja a figyelmet arra, hogy „a média ugyanakkor olyan üzeneteket is közvetíthet, amelyek közvetve vagy közvetlenül felhívhatják a fiatalokat a droghasználatra. Szükséges ezeknek a hatásoknak a kivédése, az ilyen médiaüzenetek korlátozása, a drogmentes értékeket közvetítő médiahatások erkölcsi, közösségi támogatása.” (Nemzeti Stratégia, 68. o.)

Az általunk áttekintett médiaelemzések viszont azt mutatják, hogy a sztárpletykák egyre nagyobb számban adják a drogtéma ábrázolásának szöveggörnyezetét. Ahogy már korábban említettük, ez a fajta mintamutatás, mintakövetés komoly kockázatot hordoz a fiatal korosztályok számára. Bár a fenyegetettség már 2000-ben megfogalmazódott, az évtized során inkább nőtt az olyan médiaüzenetek száma, amelyek felkelthetik a kíváncsiságot a drogok kipróbálása iránt.

A Stratégia az alapelvek között hangsúlyozza a tények elsődlegességét (Nemzeti Stratégia 42. o.), amelyek nagyban segíthetnék a jelenségkör pontosabb megismerését. Mégis igen kevés szakember szólal meg, kevés statisztikai adat szerepel a különböző médiaközlésekben. Ennek oka az lehet, hogy a drogjelenséggel foglalkozó szakemberek és médiszakemberek nehezen értik egymás nyelvét.

A probléma megoldására indult több kezdeményezés is az általunk vizsgált időszak utolsó éveiben. 2006-ban került megrendezésre a „Függőségekről a sajtóban tréning”, amely a drogszakma és az újságírók közötti együttműködést hivatott elősegíteni. Ezt követően szervezett képzést a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet a KEF-ek képviselőinek, hogy hatékonyabbá tegye a szakmai kommunikációt a helyi médiumokkal. 2007-ben pedig országos konferencián tárgyalták a szakemberek a drogjelenséggel kapcsolatos kommunikáció fejlesztési lehetőségeit.

A hiányosságok tehát felismerésre kerültek, és történtek lépések a megoldás irányába, de azok eredményei valószínűleg csak a következő stratégia időkeretében mutatkoznak meg.

#### NEMZETKÖZI (EURÓPAI UNIÓS) KITEKINTÉS

A legfrissebb és legátfogóbb képet az Európai Unió tagállamaiban megjelenő médiaközlésekről az EMCDDA elemzése (Belackova, Ballota, 2006) adja. A tanulmány kvalitatív kutatás alapján íródott, amely 1996 és 2005 közötti időszakban vizsgálta a nemzeti drogfókuszpontok országjelentéseinek mediareprezentációt ismertető fejezeteit. Az eredmények jól jelzik mindazokat a hasonlóságokat vagy különbségeket, amelyeket a tagállamok a nemzeti médiában a drogjelenséggel kapcsolatosan tapasztaltak.

Több EU-tagállamban is megfigyelték, hogy a média érdeklődése a drogjelenség, a drogprobléma iránt csak egy-egy jeles eseményhez köthető, nem szerepel bizonyos állandósággal a különböző médiumokban. Emellett említést tesznek drogpolitikai szereplők kezdeményezte média-megjelenésekről is, különösen azokban az országokban, ahol nincs egyetértés a politikában a droggkérdés megoldásáról. Deckers szerint az Európai Unió tagállamainak médianyilvánossága egyértelműen elfordulni látszik a drogpolitikai kérdésektől, fokozatosan csökken az érdeklődés a téma iránt. Ennek okát abban látja, hogy a drogpolitika többé-kevésbé kiegyensúlyozottá vált, elfogadott lett az a koncepció, miszerint a drogfogyasztó beteg, aki segítségre szorul, és ha a fogyasztását nem is sikerül mérsékelni, legalább annak ártalmait csökkenteni kell (Deckers, 2008).

Ennek a magyarázatnak azonban némileg ellentmond, hogy az új tagállamokban a bűnügyi kontextus igen jellemző, a beszámolók szerint 50% fölötti a bűnügyi cikkek aránya, a függő egyértelműen bűnöző, a cikkek többsége lefoglalásról, illetve a drogkereskedelemtől szól, más típusú statisztikai adat vagy egyáltalán statisztikai adatok hiányában akár rendőrségi anekdoták is képezhetik az írások alapját. A bűnözőkép legtöbbször a heroinhasználatához kötődik. A jelenség egészségügyi és szociális vonzatai háttérbe szorulnak.



A régi tagállamokban viszont megfigyelhető az eltolódás a betegségkonceptió felé, 2000-től szinte egyáltalán nem jelenik meg a bűnügyi kontextus, legalábbis a fókuszpontok a beszámolóikban nem tettek róla említést.

Több tagállam beszámolója jelzi a leggyakoribb jellemzők között a drogjelenség félremagyarázását, helytelen következtetések levonását. Helytelen következtetés alatt értjük azokat az eltúlzott, erősen negatív ábrázolásokat, amelyeket statisztikai adatok nem támasztanak alá, vagyis a média olyan jellemzőket társít a drogjelenséghez, amelyek nem indokoltak vagy nem bizonyítottak. Például számot ad olyan jelenségekről, amelyekről nincs adat, mégis súlyos fenyegetettségként mutatja be a reális helyzettől függetlenül. Ennek oka nyilvánvalóan a minél erőteljesebb figyelemfelkeltés a nézettség vagy olvasottság növelése érdekében.

Helytelen következtetésnek tekintjük azokat a közléseket is, amelyek figyelmen kívül hagynak pozitív változásokat vagy olyan tudományosan megalapozott tényeket, amelyek hozzájárulnak a jelenség megértéséhez. Deckers magyarázata szerint az előbbi azért fordul elő, mert a pozitív változások adott esetben nem illeszkednek az újságíró által a drogjelenségről festeni kívánt képbe. A lényegi információ elhagyása, például az új tagállamokban tapasztalt jelentős mértékű visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás ignorálása félrevezető a probléma valós természetének megismerését illetően.

Ezen kívül több tagállam jegyzi meg a médiaközlésekben megfigyelt helytelen terminológia használatát is.

Tehát a média túlzó ábrázolásmódja általánosnak tekinthető, mégis kevés országban tesznek lépéseket az ilyen helytelen következtetések kiküszöbölésére, illetve a nyilvánosságra kerülő információk kontrollálására – hiszen a sajtószabadság miatt nincs is rá lehetőség. Leginkább olyan médiatartalmakat szankcionálnak jogilag, amikor a művészek vagy újságírók kifejezetten propagálják a drogfogyasztást.

Több tagállam országjelentése is kimondja, hogy a média nem járul hozzá az egészség pozitív képének erősítéséhez a droggal kapcsolatos közlésekben. A tanulmány megállapítja, hogy a drogfogyasztás egészségügyi következményei a tagállamokban általában alig kerülnek a médiába, 2000 előtt gyakorlatilag meg sem jelent ez az aspektus, azóta ha fel is bukkan, könnyű drogok (kannabisz, Ecstasy) fogyasztásával összefüggésben jelenik meg. Az új tagállamokban leginkább a HIV- és hepatitiszfertőzöttség szerepel ebben a témakörben.

A kezelés kérdésköre a fókuszpontok beszámolóit szerint úgy jelenik meg a médiában, mintha a drogprobléma abszolút megoldása lenne. Ennek az aspektusnak az említése jellemzőbb a régi tagállamokban, és ott is többnyire ideológiai vita részeként. A szubsztitúció pedig egyértelműen csak a nyugati tagállamok médiá nyilvánosságában kap helyet.

Annak az EU országaiban jellemző vélekedésnek, hogy a drog csak a fiatalok problémája, a szerzők abban látják a magyarázatát, hogy a prevenciós tevékeny-

4. táblázat. A médiaközlések jellemző kontextusa (a táblázat csak azokat a tagállamokat tartalmazza, amelyekről van releváns információ). (Forrás: Belackova, Ballota, 2006)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Belgium					egészség- ügy					
Dánia	bűnözés									
Spanyolország	bűnözés									
Írország	bűnözés	bűnözés	bűnözés	bűnözés				egészség- ügy		
Olaszország							egészség- ügy			
Hollandia	bűnözés	bűnözés					bűnözés			
Ausztria	bűnözés	bűnözés						egészség- ügy		egészség- ügy
Egyesült Királyság									bűnözés	
Norvégia	x	x	x	x	x				egészség- ügy	
Csehország	x	x	x	x		x	bűnözés			
Észtország	x	x	x	x	x	x	bűnözés		bűnözés	bűnözés
Ciprus	x	x	x	x	x	x	x	x	bűnözés	
Lettország	x	x	x	x		x	x	bűnözés		bűnözés
Litvánia	x	x	x	x		x	x			bűnözés
Magyarország	x	x	x	x	x	x	x			bűnözés
Szlovénia	x	x	x	x	x	x	x			bűnözés
Szlovákia	x	x	x	x	x	x	x	x	bűnözés	
Románia	x	x	x	x		x		egészség- ügy		

x: nem készült országjelentés

ségek főként az iskolákra koncentrálnak, illetve a legtöbb megbízható adat is a fiatal korosztályról áll rendelkezésre, köszönhetően az ESPAD-kutatásoknak. Így arányaiban eltolódik a hangsúly a fiatalok érintettsége felé. Emellett nem felejthetjük el, hogy az aggodás a jövő nemzedékéért eléggé figyelemfelkeltő téma ahhoz, hogy jótékonyan növelje a nézettséget, olvasottságot. A fiatalok drogfogyasztása jellemzően a szintetikus drogokkal összefüggésben szerepel.

A leggyakrabban felbukkanó szertípus minden tagállamban a kannabisz, 2003-ban a legtöbb országjelentés említést tett róla. A második helyen az Ecstasy szerepel, de gyakorisága hullámzó, és arányaiban jócskán elmarad a kannabiszétól. Ugyanakkor EU-szerte jellemző, hogy a média nem differenciál a szerek között, ezzel együtt összemosza a különböző szerek veszélyességének mértékét is.

Az EMCDDA-tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy a médiakép sokkal

élesebb különbségeket mutat a régi és az új tagállamok között, mint ami más indikátorok mentén a fogyasztási struktúrában megmutatkozik. Ennek oka az lehet, hogy alapvetően mások a szerfogyasztási szokások Nyugat- és Kelet-Európában, illetve általánosságban más a média szerepe a demokráciában, és nem utolsósorban a média információforrását jelentő adatgyűjtő intézmények létrehozása is eltérő időpontban történt.

Az új tagállamokban megfigyelhetők ugyanazok a jelenségek, amelyeket a régiekben korábban tapasztaltak, de mára már nem jellemzők, mint például a bűnügyi hírek túlsúlya, a halálesetek túlzó bemutatása adatok nélkül. Csak az új tagállamokban foglalkozik a média a fertőző betegségekkel, viszont csak a nyugati tagállamok fókuszpontjai tesznek említést a GHB-ról, illetve a szubsztitúcióról.

## ÖSSZEGZÉS

A drogtéma médiaábrázolását az elmúlt tíz évben a magyarországi közvélemény-kutatási adatok alapján kiválasztott médiumokban vizsgáltuk. Így górcső alá kerültek a három legnézettebb kereskedelmi, az egyik közszolgálati televízióadó, illetve a két leghallgatottabb kereskedelmi rádióadó műsorai, majd az öt legolvasottabb napilapban és a két legnagyobb hírportálon megjelent cikkek.

Természetesen léteznek és léteztek az elmúlt tíz évben Magyarországon kifejezetten a drogfogyasztás témakörével számtalan aspektusból, tárgyilagosan és szakszerűen foglalkozó televízió- és rádióműsorok, vagy szakfolyóiratok. Ezeket azonban nem elemeztük, mert célunk nem a szakmai kommunikáció, hanem az átlagpopuláció által preferált médiumok drogábrázolásmódjának vizsgálata volt.

A drogfogyasztás mint társadalmi jelenség legtöbb vetületét a televízió mutatja be, valószínűleg műfaji sokszínűségének is köszönhetően. Azonban itt meg kell jegyeznünk, hogy ez az ábrázolás alapvetően negatív. A rádióműsorok hírányaga egészen más megközelítésből tárgyalja a témát, leginkább sztárpletykákban jelenik meg a drog, amellyel egy szűk társadalmi csoporthoz rendel a problémakört. Ugyanakkor a dalszövegek átfogó képet nyújtanak a drogjelenség szinte minden aspektusáról, nem elhallgatva a fogyasztás pozitív élményeit és helyet adva az ellenzők táborának is. A nyomtatott és az online sajtó ábrázolásmódja nem mutat számottevő különbségeket, mindkét médium legnagyobb arányban bűnügyi kontextusba helyezi a drogtémát. Az utóbbi médiumok esetében is meg kell említenünk, hogy a sztárok életének és ezzel együtt szenvedélybetegségének bemutatása egyre jelentősebb közege a drogjelenség artikulálásának.

Ugyanakkor a prevenció, a kezelés vagy a kormányzati munka az évtized során mindvégig meglehetősen alacsony arányban szerepelt a különböző médiumokban. Nem nőtt az igény a tudományos kutatások, megbízható adatok kommuniká-

lására. Viszont az online sajtó teret enged a személyes tapasztalatokkal rendelkező fogyasztók megnyilatkozásainak.

Bár a Nemzeti Stratégia közvetlenül nem fogalmaz meg célkitűzéseket a különböző médiumok számára a drogjelenség kommunikálására, mégsem hagyható figyelmen kívül a legjelentősebb információforrás és az országos stratégia viszonya. A médiaelemzések eredményei arra utalnak, hogy a Nemzeti Stratégia szellemisége nem jelenik meg a drogtémával kapcsolatos médiaközlésekben. A média által kezdeményezett megjelenések kevésbé járulnak hozzá a társadalom érzékenyítéséhez, az objektív és sokoldalú, tényeken alapuló tájékoztatás ritkán valósul meg.

Ám ha az Európai Unió képpel vetjük össze, látható, hogy a magyar média drogrépe teljes mértékben illeszkedik a többi tagállamban jellemző ábrázolásmódba. Az EU más országaiban sem nő az érdeklődés témánk iránt, csak kampányszerű fellendülés tapasztalható. A mérséklődő szerepeltetés az országos médiumokban ugyanakkor együtt jár a helyi viszonyok felé fordulással, ami Magyarországon egyelőre csak az online sajtóban tapasztalható.

A bűnügyi közlések túlsúlya és a drogfogyasztó bűnözőként való ábrázolása is jellemző nemcsak hazánkban, hanem az új tagállamokban is. Ezek a médiamegjelenések sokszor a jelenség félremagyarázásának eredményeként születnek, vagyis eltúlzott, negatív ábrázolásmód dominál, ahogy nálunk is, amelynek oka valószínűleg a figyelemfelkeltés a média részéről.

Az EU tagállamaiban sem ismeretlen jelenség a tárgyi tévedés a médiában. Ugyanakkor főként a nyugati országokban mutatkozik növekvő igény a megbízható statisztikai adatok és a kompetens szakemberek megszólaltatása iránt.

Míg a drogjelenségnek a fiatalok problémájaként történő ábrázolása általában jellemzőbb más tagállamokban, mint nálunk, Magyarországon ez a fajta vonatkoztatás csökkenő mértékű, inkább a „mindenki” vagy „csak a sztárok problémája” kontextus jelenik meg. Sztárpletykákról az összeurópai elemzésben nem esik szó.

Ami az említésre kerülő szertípusokat illeti, nem meglepő a kannabisz túlsúlya, hiszen a fogyasztási struktúrában is az első helyen áll, ugyanakkor mindenütt jellemző a tájékozatlanság a szertípusokat, a használati módokat, veszélyességét illetően.

Míg a legtöbb tagállamban nincs kontrollmechanizmusa a média drogtémában megjelenő közléseinek, addig meg kell említenünk, hogy Magyarországon a Társaság a Szabadságjogokért Médiamonitor Programja elnevezésű civil kezdeményezés folytat olyan követő és korrigáló tevékenységet, amelynek küldetése: „hogy a sajtó kábítószertémával kapcsolatos anyagainak színvonalán azáltal javítsunk, hogy a megjelent tévedésekre hiteles és tudományos alapokon nyugvó tényekkel reagálunk” ([www.drogriporter.hu](http://www.drogriporter.hu)).

Összességében a magyar média drogábrázolásmódjáról elmondható, hogy e fejezet írásakor is a korai médiakép tapasztalható, vagyis fő információforrása a drogjelenség mibenlétéről hagyományosan a rendőrség – azokból az időkből ere-

dően, amikor még nem volt más adatgyűjtés –, és nem figyelhető meg ideológia átrendeződés, amelyben a moralizálás helyett a költségek és a hatékonyság kérdésének firtatása kerülne előtérbe (Deckers, 2008). Ha a kompetens intézmények, fókuszpontok még több energiát fektetnek a megbízható adatok kommunikálásába, minden bizonnyal változni fog a drogfogyasztás többi aspektusának megjelenítése is a médiában.

#### FELHASZNÁLT IRODALOM

- Arnold P. (2006): Kábítószer-jelenség a 2005-ös írott sajtóban, Nem publikált tanulmány.
- Bajomi-Lázár P. (2006): Manipulál-e a média? *Médiakutató* 2006. nyár.
- B. Erdős M. (2003): A drogfüggőség tematizációi [www.szocialismunka.hu/script/media.php?id=2](http://www.szocialismunka.hu/script/media.php?id=2) 2007. november 24.
- Belackova, V., Ballota, D. (2006): Media representation, EMCDDA, Lisbon, research report.
- Deckers, D. (2008): Drugs and the media c. előadás, 2008. február 27., EMCDDA Reitox Academy, Bukarest.
- EMCDDA (2005): EMCDDA thematic papers – youth media, Lisbon.
- Eurobarometer (2008): Young people and drugs, EC, Flash EB No233, analytical report [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_233\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf) 2008. június 17.
- Ifjúsági és Sportminisztérium (2000): *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására*, Budapest.
- Kó J., Münnich I. (2005): A médiaszereplők kábítószerrel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata. Nem publikált tanulmány.
- Kozák Á. (2007): Életmód és médiafogyasztás, előadás, 2007. márc. 28.
- Nyírády, A., Schmidt, A. (2000): A drog és a média – a kábítószer-probléma megjelenése a közszolgálati rádióban és az írott sajtóban. Nem publikált tanulmány.
- OpenNetwork (2005): Kábítószerkép az írott sajtóban 2000–2004, Nem publikált tanulmány.
- OpenNetwork (2008): Drog és sajtó 2007, Nem publikált tanulmány.
- OpenNetwork publikáció (2007): Drogjelenség az írott sajtóban – 2006, Nem publikált tanulmány.
- ORTT (2004): Országgyűlési beszámoló az ORTT 2003. évi tevékenységéről [http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1145946060ogyb\\_2003.pdf](http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1145946060ogyb_2003.pdf)
- ORTT (2005): Országgyűlési beszámoló az ORTT 2004. évi tevékenységéről [http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1145946033ogyb\\_2004.pdf](http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1145946033ogyb_2004.pdf)
- ORTT (2006): Országgyűlési beszámoló az ORTT 2005. évi tevékenységéről [http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1168958794ogyb\\_2005\\_20060228.pdf](http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1168958794ogyb_2005_20060228.pdf)

- ORTT (2007): Országgyűlési beszámoló az ORTT 2006. évi tevékenységéről [http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1173684994ogyb\\_2006\\_20070312.pdf](http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1173684994ogyb_2006_20070312.pdf)
- ORTT (2008): Országgyűlési beszámoló az ORTT 2007. évi tevékenységéről [http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1207053142ogyb\\_2007.pdf](http://www.ortt.hu/uploads/9/13/1207053142ogyb_2007.pdf)
- ORTT Tanulmány (2008): Kockázati magatartásformák a kiskorúak által legnézettebb televíziós műsorokban [http://www.ortt.hu/elemlzesek.php?menu\\_id=53&parent=22](http://www.ortt.hu/elemlzesek.php?menu_id=53&parent=22) 2008. június 8.
- ORTT, Gfk (2007): A médiafogyasztás jellemzői és a hírműsorok általános megítélése [http://www.ortt.hu/elemlzesek.php?menu\\_id=53&parent=20](http://www.ortt.hu/elemlzesek.php?menu_id=53&parent=20) 2008. június 8.
- Paksi B. (2001): A szintetikus szerek képe a magyarországi sajtóban in: Demetrovics Zs. (szerk.): *A szintetikus drogok világa. Diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák.* Animula, Budapest.
- Paksi B., Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérintettsége – új fejlemények. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007.11. 22–24.).
- [www.danubius.hu](http://www.danubius.hu)  
[www.drogriporter.hu](http://www.drogriporter.hu)  
[www.slager.hu](http://www.slager.hu)  
[www.zeneszoveg.hu](http://www.zeneszoveg.hu)

# A KÁBÍTÓSZERREL KAPCSOLATOS KÖLTSÉGVETÉSI KIADÁSOK ALAKULÁSA

HAJNAL GYÖRGY

## BEVEZETÉS, FOGALMI ÉS MÓDSZERTANI ALAPVETÉS

Az itt következő fejezet a szerző által vezetett, a kábítószer-problémához kapcsolódó közkiadások magyarországi alakulásának 2000-es évekbeli tendenciáit vizsgáló kutatás eredményeit foglalja össze.

A Bevezetés itt következő alpontjai a kábítószerrel kapcsolatos közkiadások fogalmát, a kutatás pontosabb céljait (és ambícióinak korlátait), végül pedig a vizsgálat alapját képező módszer lényegét körvonalazzák. Az ezt követő alfejezetek közül a harmadik a kábítószer büntetőjogi üldözésével, a negyedik pedig a kezeléssel, az ártalomcsökkentéssel és a prevenciósszerű tevékenységekkel összefüggő közkiadásokat vizsgálja. Végül az utolsó, negyedik alfejezet az empirikus eredményeket időbeli és nemzetközi összehasonlító kontextusba helyezve értékeli röviden.

## A KÁBÍTÓSZERREL ÖSSZEFÜGGŐ KÖZKIADÁSOK FOGALMA

A kábítószerrel összefüggő közkiadások – a rövideg kedvéért a továbbiakban: KÖKK – fogalmának pontosítását érdemes a kábítószer-használattal, -kereskedéssel, -előállítással összefüggésbe hozható károk és problémák számszerűsítésére irányuló vizsgálatok szélesebb perspektívájából megközelíteni. Az ilyen jellegű vizsgálatok célja és tervezett felhasználása is igen sokféle lehet; e sokféleség közepe jórészt jó orientációs kiindulópontot jelentenek az 1. táblázatban összegzett fogalmi megkülönböztetések.

1. táblázat. A „kábítószerrel kapcsolatos költségek” fogalmának lehetséges értelmezései

	Társadalmi költség	Költségvetési kiadás
Kábítószer (összes)	A	B
Illegális kábítószer	C	D

Lássuk először a „társadalmi költség *versus* költségvetési kiadás” fogalmi megkülönböztetés mibenlétét.

- A kábítószer-problémával kapcsolatos társadalmi költségek (*social* vagy *economic costs*) fogalma magába foglalja a kábítószer által okozott valamennyi pénzügyi

és nem-monetáris (természetbeni) kárt és költséget, függetlenül attól, hogy azok mely szereplőt terhelik. Vagyis ebbe a költségfogalomba beletartoznak – hogy csak néhány példát említsünk – a kábítószer miatt elkövetett bűncselekmények miatt a magánszemélyeket és vállalatokat közvetlenül vagy közvetve ért károk, vagy éppen a kábítószerfüggő személyek munkaképtelensége miatt őket és családjukat, valamint a szociális ellátórendszerrel érő pénzübeni és nem anyagi károk és költségek is.

- Ezzel szemben a költségvetési kiadások (*public v. government expenditure*) fogalma jóval szűkebb: az csak (i) az államháztartási rendszert terhelő, (ii) pénzüben felmerülő, (iii) számszaki értelemben vett (bruttó) kiadásokat foglalja magába.

Az 1. táblázatban alkalmazott másik megkülönböztetés a „kábítószer vs. illegális kábítószer” dimenzió; a jelen kutatás ez utóbbi halmazra korlátozódik, vagyis a kábítószer-használat fogalmába csak a vonatkozó nemzetközi egyezmény által tiltottnak minősített szerek visszaélészerű használatát értjük bele.

A „kábítószerrel összefüggő közkiadások” fogalmának középpontjában egy oksági motívum található: azokat a kiadásokat keressük, amelyeket a kábítószer „okoz”. A közpolitikák oksági szerkezetének vizsgálatában rejelő elvi és gyakorlati problémák tárgyalása túlmutat e fejezet keretein. E helyen pusztán annyit célszerű rögzíteni, hogy a kábítószer által okozott közkiadások azonosítása nemcsak gyakorlatilag nehéz, hanem elvileg is igen problematikus. Annyit azonban érdemes megjegyezni, hogy a kábítószer által okozott következmények azonosítása az alábbi két logikai lépést foglalja magába: (i) az ún. *counterfactual* szituációnak – vagyis a világ és benne a társadalom azon állapotának, amely akkor állna főt, ha nem létezne kábítószer – a pontos meghatározása; majd (ii) a tényleges, illetve a *counterfactual* szituációra jellemző, releváns társadalmi következmények – esetünkben: közkiadások – értékének a megbecslése (vö. pl. Hajnal, 2006 és 2008). A „kábítószer által okozott közkiadás” az előbbi két, a világ két alternatív – vagyis a tényleges, illetve a *counterfactual* – állapotára jellemző közkiadási összeg közötti különbséggel azonos.

Nyilvánvaló, hogy mindkét fenti lépés egy sor elvileg is nehezen kezelhető dilemmát foglal magába (hogy a praktikus nehézségeket ne is említsük). Ilyen pl. az, hogy milyen pszichotróp anyagokat használnának – vagy nem használnának – az emberek a „kábítószerek” hiányában; milyen megélhetési forrást választanának a jelenleg a „drogbizniszben” aktív bűnözők; milyen, tovaryűrűző társadalmi hatásai lennének az előbbi döntéseknek; végül – nem utolsó sorban – a társadalom ezen alternatív állapota milyen (szociális, egészségügyi, gazdasági, környezeti stb.) közkiadás- és bevételeváltozásokkal járna együtt.

E problémát némileg nagyvonalúan – de a hasonló tárgyú kutatások gyakorlatában korántsem egyedülálló módon – leegyszerűsítve azt is mondhatjuk, hogy a kérdés valójában a tovaryűrűző avagy indirekt hatások kezelésének módjára



vonatkozik. Az ilyen jellegű hatások figyelembevétele azonban a legtöbb társadalmpolitikai területen csak nagyon korlátozottan lehetséges, részben az empirikus adatok hiánya, de legalább ennyire az adott közpolitikai problémát leíró oksági összefüggések inherens elvi bizonytalansága miatt. Minderre tekintettel – és a kauzalitással kapcsolatos problémák boncolgatását lezárandó – összefoglalóan lezögezhetjük: a jelen kutatás során ezektől a hatásoktól – részben a kérdésfeltevés elsődlegesen költségvetési jellege, részben a kutatás időbeli és technikai korlátai miatt – eltekinttünk.

A kábítószerrel kapcsolatos közkiadások tipológiája – mind a kiadási kategóriák megnevezése, mind pedig azok konceptuális tartalma tekintetében – követi a nemzetközi, ezen belül az európai gyakorlatban leginkább bevett gyakorlatot (Reuter, 2004, EMCDDA, 2008). E rendszer négy kategóriából áll:

- (a) a kábítószer büntetőjogi üldözése (*law enforcement*);
- (b) egészségügyi kezelés (*treatment*);
- (c) ártalomcsökkentés (*harm reduction*); és
- (d) kutatás és megelőzés (*research and prevention*).

Az egyes kategóriák részletes értelmezésétől itt terjedelmi okokból eltekintünk; egyes kérdéseket a vonatkozó (al)fejezetek elején járjuk körül röviden. Részletesebb definíciók az előbb hivatkozott munkákban és (a középső két kategória tekintetében) az ENSZ szakosított szervezetének vonatkozó iránymutatásában (UNDCP 2003) találhatóak.

#### A VIZSGÁLAT AMBÍCIÓI ÉS KORLÁTAI

A különböző országokban zajló, a KÖKK-típusú mutatók előállítását célzó munkák (EMCDDA, 2003, 2004, Harwood et al., 1999, Reuter, 2004, SAMHSA, 2003, 2005) talán legfontosabb közös vonása, hogy lényegében mindenhol becslésről, nem pedig adatgyűjtésről van szó. Vagyis, eltérően számos, a szakpolitika-alkotásban felhasznált szakértői munkától, nem már meglévő, az adott területen működő adatgyűjtési rendszer (pl. statisztikai hivatalok) által „üzemszerűen” produkált adatok elemzéséről, összesítéséről és/vagy értelmezéséről van szó; ami történik, az tipikusan nem létező adatok előállítása különféle módszerek – így létező adatokból képzett közelítő változók, előfeltevések, szakértői becslések stb. – alapján.

Ennek egyik legfontosabb következménye a munka eredményével kapcsolatos bizonytalanság, pontatlanság. Ennek mértékét jól jellemzi a KÖKK-becslések európai gyakorlatát értékelő munkájában Reuters (2004):

- A becslések alapjául szolgáló fogalmi distinkciók és előfeltételezések – tükrözve az egyes országok intézményrendszerének és szakpolitikai gyakorlatának

rendkívüli sokszínűségét is – munkánként és országonként nagymértékben szóródnak; ennek következtében az eredmények időbeli és különösen térbeli összehasonlíthatósága a legjobb esetben is kérdéses.

- Az előbbitől nagyrészt független, de legalább ilyen súlyos probléma az eredményekben rejlő bizonytalanság; a becslések feltételezett pontossága gyakran +/- 50% körüli, vagy még ennél is rosszabb.

Míndeze a sajátosságok a – meglehetősen adatszegény környezetben és feszített ütemezéssel folyó – magyarországi kutatást talán még fokozottabban jellemezték. Különösképpen így van ez amiatt, hogy a jelen munka – szemben a nemzetközi gyakorlatban szinte kizárólagos „pillanatfelvétel” jellegű megközelítésekkel szemben – nem csak az KÖKK aktuális értékének meghatározására, hanem többéves történeti visszatekintésre is vállalkozik. Míndeze tekintettel az itt összegzett munka ambíciója tehát a KÖKK összetételének és alakulásának nagyságrendileg pontos, a tér- és időbeli összehasonlításokat legalább hozzávetőlegesen lehetővé tévő becslése (2000, 2003, 2005 és 2007 vonatkozásában).

#### NÉHÁNY ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉS A VIZSGÁLAT MÓDSZERÉRŐL

Lényegét tekintve a jelen munka nem létező adatoknak – különböző módszerekkel történő, hozzávetőleges pontosságú – előállítását jelenti létező adatokból. Mivel az ehhez szükséges adatok és információk „konyhakész” formában nem állnak – sem nyilvános publikációk, sem pedig publikálatlan jelentések formájában – rendelkezésre, ezért a munka mind időrendileg, mind logikailag első mozzanata az érintett szervezetek munkatársaival folytatott interjúk sorozata.

Ezen interjúk célrendszere szerteágazó; ide tartozik

- a vizsgált rendszer tevékenységi- és szervezeti struktúrájának megismerése, értékelése a KÖKK-becslés kivitelezhetősége szempontjából;
- a létező adatok és adatbázisok körének, adattartalmának, adatminőségének, hozzáférhetőségének felmérése; valamint
- a nem létező adatok közelítő/helyettesítő eszközökkel (ún. *proxy* változókkal) történő mérésére, illetve a becslésükhöz szükséges kvalitatív és kvantitatív előfeltevések megalapozottságának alátámasztására alkalmas szakértői vélemények beszerzése, ill. forrásaik azonosítása stb.

Az interjúk jelentős része személyes találkozás keretében zajlott; ezeken tipikusan egy, maximálisan 4 interjúalany vett részt. Az egyes vizsgált szervezetek kompetens szakértőivel (tipikusan vezető beosztású tisztségviselőivel) folytatott szóbeli egyeztetéseket a munka későbbi fázisában általában újabb, telefonos (mini-) interjúk egészítették ki, melyek célja az egyes felmerült technikai kérdések és problémák

tisztázása és megoldása volt. A kutatás során mintegy 15 szervezet hozzávetőleg 30 tagjával és vezetőjével készült – gyakran csoportos, és a legtöbb esetben „többkörös” – személyes mélyinterjú.

A terepmunka logikailag – és részben időrendileg – következő fő lépése a vizsgált szervezet általi adatszolgáltatás tartalmának konkrét és részletes technikai specifikációja; a valóságban persze az adatszolgáltatásra gyakran több fázisban került sor, hiszen a kapott adatok tartalmával vagy értelmezésével (pontos jelentésével) kapcsolatos kétértelműségek és problémák esetenként csak több lépésben voltak eliminálhatók.

A fenti ciklus sok esetben többször is „lefutott”: a kezdeti interjúkat és az adatok átadását – a kapott adatokkal kapcsolatos bizonytalanságok és minőségi problémák miatt – további interjúk és adatkérések követték, mindaddig, amíg a rendelkezésre álló adatok kielégítőnek nem tűntek, vagy a folyamat elérte a lehetőségek határát (és további előrelépésre már nem kínálkozott lehetőség).

## A KÁBÍTÓSZER BÜNTETŐJOGI ÜLDÖZÉSÉNEK KÖLTSÉGEI

### A KÖKK FOGALMA AZ IGAZSÁGSZOLGÁLTATÁSBAN

A KÖKK meghatározásával kapcsolatos elvi és gyakorlati nehézségek tükrében – általában a mérvadó nemzetközi gyakorlat szerint is – a legmegfelelőbb vezérfonal továbbra is a fogalom leegyszerűsítő és leszűkítő értelmezése. Ennek megfelelően a továbbiakban az igazságszolgáltatás szervezetrendszerének tekintetében a KÖKK fogalmát „az érvényes büntetőjogi szabályozás költsége” értelmében használjuk. Másként fogalmazva, a kérdés az: mennyivel változna (csökkenne) az adott szervezet kiadásainak értéke akkor, ha a jelenleg illegális kábítószeres legálissá – és ezáltal büntetőjogilag nem üldözötté – válnának?

E fogalmi lehatárolás egyik következménye, hogy a beszerzési és kínálati oldal különböző módokon kapcsolódó nem-kábítószeres bűncselekményeit ki kell zárni a KÖKK vizsgálati köréből; a „kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény” attribútuma tehát nem általánosságban „a kábítószernek mint olyannak”, hanem „a kábítószernek mint a bűncselekmény tárgyának” a jelenléte a bűncselekményt létrehozó oksági mechanizmusban; tehát pl. a kábítószer megszerzése érdekében elkövetett bűncselekményekkel összefüggő közkiadások nem képezik a KÖKK jelen értelmezésének részét.

## MÓDSZERTANI KIINDULÓPONTOK

A KÖKK-becslések nemzetközi gyakorlatában nem ritka az ún. „alulról fölfelé” történő számbavétel. Ennek kiindulópontja a kábítószerrel kapcsolatos tevékenységek, programok egyenkénti azonosítása; ezt az ezekhez rendelhető kiadások meghatározása követi. E módszer egyik fontos előnye konkrétsága és eredményeinek ebből fakadó hitelessége, meggyőző ereje lehet. Azonban a gyakorlatban számos tevékenység- és költségelem (pl. járőrözés, az informatikai vagy a munkaügyi rendszer működtetése, iroda- és kommunikációs költségek) közvetlenül nem rendelhető hozzá a kábítószerhez mint problémához, ugyanakkor a szervezetszerű működés előfeltételét jelentik. Másrészt pedig a legtöbb esetben egyszerűen nem – illetve csak rendkívül szűk körben – állnak rendelkezésre az ilyen jellegű becsléshez szükséges alapadatok.

Ezért a bűnügyi terület szervezeteinél a KÖKK-becslések másik módszerét: az ún. „fölről lefelé” történő becslést alkalmazzuk. E módszer főbb lépései az alábbiak.

- (a) Elsőként körülhatároljuk a vizsgált szervezeti és tevékenységi rendszer (a továbbiakban: szervezet; ez gyakran azonos magával a vizsgált szervezet egészével, esetenként azonban nem; pl. a bírósági kiadások becslésénél pusztán a büntetőbíráskodásra korlátoztuk az elemzés érvényét).
- (b) Ezután – valamely alkalmas naturális mérőszám vagy mérőszámok segítségével – meg kell becsülni a vizsgált szervezet (i) teljes tevékenységi volumenét, valamint (ii) az ebből a kábítószer-problémára jutó hányadot.
- (c) Ezután meg kell becsülni a vizsgált szervezethez rendelhető összkiadás nagyságát.
- (d) A (b) pont alatti „kábítószeres” arányszám és a (c) pont alatti összköltség szorzata nem más, mint a KÖKK becslése. Pontosabban: KÖKK egy elsődleges, nyers becslése; ezt „KÖKK I.”-gyel jelöljük.
- (e) Ezt az értéket a továbbiakban két lépésben finomítjuk. Egyrészt megkíséreljük figyelembe venni a „kábítószeres” és a „nem-kábítószeres” tevékenységek/esetek fajlagos költségei közötti eltérést. Ezt az ún. „1. sz. Módosító Tényező” szolgálja, mely lényegében azt mutatja meg, hogy egy kábítószeres eset átlagosan mennyivel bonyolultabb/drágább, mint egy nem-kábítószeres eset. Ez természetesen potenciálisan végtelen számú tényező függvénye. Az itt következő számítások során ezek közül egyet: az eljárás hosszát vesszük figyelembe.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ezen eljárás mellett, praktikus megvalósíthatóságán túl, lényeges elvi szempontok is szólnak. A legtöbb vizsgált szervezetrendszer kiadásainak túlnyomó része bérköltség, és a fennmaradó hányad is túlnyomó részben meglehetősen szigorúan élőmunka-arányos összetevőkből (adminisztratív és kommunikációs költségek, épületfenntartás stb.) áll. Valamely tevékenység

(f) Másrészt pedig – a „2. sz. Módosító Tényező” segítségével – a felmerülő kiadásokkal kapcsolatos multikauzalitás problémáját kíséreljük meg csökkenteni. Ez úgy történik, hogy a kábítószerrel (is) kapcsolatos esetek/kiadások halmazán belül meghatározzuk azt a kört, amely csakis a kábítószerrel – vagyis más bűncselekménnyel nem – áll kapcsolatban. Ez az érték a becsült intervallum alsó, míg a kábítószer mellett más bűncselekmény (eke) t is tartalmazó esetek a becsült intervallum felső határát fogják kijelölni.

Az eredményeket összegző táblázatok struktúrája a büntetőjogi szervezetrendszer minden szervezeténél azonos (lásd 2. táblázat). A táblázat felső részében elsőként a vizsgált rendszer összköltsége, majd – általában különféle (latin nagybetűkkel jelölt) naturális mértékegységeket/mércéket alkalmazva – a kábítószerrel kapcsolatos esetek százalékos aránya jelenik meg. Mindjárt e ponton előre bocsátjuk, hogy a becslésekben lévő pontatlanság, bizonytalanság – mint a táblázatokból látni fogjuk – döntő részben e tevékenységvolumen-mércék sokféleségéből, különbözőségéből fakad. Ennek ellenére nem tekintettünk el e sokféleség megjelenítésétől, mivel azok a becslésekben ténylegesen benne rejlő bizonytalanságot tükrözik.

Ezután az 1. sz. Módosító Tényező(k) értéke jelenik meg. Ezek az – arányszámként felfogható – értékek azt mutatják, hogy egy átlagos kábítószeres eset mennyivel hosszabb/bonyolultabb – és így drágább –, mint egy nem-kábítószeres (pl. ha a Módosító Tényező értéke 2, az azt jelenti, hogy egy kábítószeres eset átlagosan kétszer olyan hosszú – és így kétszer olyan költséges – mint egy nem-kábítószeres). Végül a 2. sz. Módosító Tényező a kábítószeres eseteken belül a „csak-kábítószeres” esetek arányát mutatja; ezt az arányszámot a KÖKK alsó határának becsléséhez (a becsült intervallum lefelé történő tágításához) használjuk föl.

A táblázat végeredménye egy becsült KÖKK-intervallum. Noha az elemzés későbbi részében az intervallum helyett pontbecslésekkel számolunk tovább, az intervallumok szerepeltetését az indokolja, hogy azok szélessége informál a becslés bizonytalanságának, pontatlanságának mértékével kapcsolatban. E bizonytalanságok nagyrészt a szóba jöhető teljesítménymércék sokféleségéből, illetve nagyfokú különbözőségéből fakadnak.

A táblázat olvashatósága érdekében az adatok forrását általában nem jelöltük külön; ez a költségvetési adatok esetében a költségvetés végrehajtásáról szóló törvény, míg a kábítószernek tulajdonítható esethányadok tekintetében a kérdéses szervezetek adatszolgáltatása volt.

---

(pl. ügycsoport) összköltsége tehát igen jól közelíthető annak élőmunka-igényével; ez pedig – azonos munkaintenzitást feltételezve – ismét csak jól korrelál annak hosszával.

## RENDŐRSÉG

Mint minden – tág értelemben vett – közigazgatási, közszolgálati szervezetnek, úgy a rendőrségnek is vannak belső, „szervi” funkciót ellátó, illetve külső, a társadalom számára önállóan is értékelhető outputokat előállító szervezeti-tevékenységi területei. Ilyen (vagyis funkcionális; tehát nem szervezeti-strukturális!) szempontból tekintve a rendőrségi tevékenység két nagyobb, külső/társadalmi felhasználásra dolgozó szakmai területre bontható: ez a közrendvédelem (ez alapvetően az „egyenruhás állományt” jelenti), illetve a felderítésért felelős bűnügyi terület.

Ez elvileg két, egymástól különböző típusú outputot jelent, hiszen nehéz lenne közös mértékegységgel mérni a járőrözés/kísérés/őrzés stb. jellegű, illetve a nyomozási-felderítési jellegű tevékenységek eredményét. Kisebb részben praktikus – az elemzés leegyszerűsítését szolgáló –, nagyobb részben azonban elvi megfontolások alapján a vizsgálat egyik előfeltételezése az volt, hogy a rendőrség elsődleges társadalmi funkciója – noha számos más eseti és rendszeres feladatot is ellát (pl. bűncselekmények elkövetésétől való elrettentés, helyszínek vagy rendezvények biztosítása stb.) – nem más, mint a bűncselekmények felderítése és kinyomozása. Ezen állítás mellett elvi megfontolásokon kívül egy olyan fontos gyakorlati érv is szól, hogy – szakértői becslés szerint – a közrendvédelem tevékenységének túlnyomó részét (kétharmadát-háromnegyedét) a már megtörtént bűncselekményekhez kapcsolódó – feljelentéssel, helyszínbiztosítással, fogolykíséréssel stb. kapcsolatos – tevékenységek teszik ki.

Ilyen megfontolások alapján a rendőrségnél felmerülő, kábítószerrel kapcsolatos tevékenységek és kiadások elemzésének elsődleges egysége a rendőrség egésze. Az alap-paramétereket, a módosító tényezőket, valamint az ezekből előállítható KÖKK-becsléseket a 2. táblázat tartalmazza.

Az adatok interpretálása során figyelemmel kell lenni arra – az adatok érvényességét korlátozó – tényezőre, hogy a titkos nyomozások arányára és költségére vonatkozó valamennyi adat titkos. Ez azért jelent problémát, mert egyfelől a titkos (fedett) nyomozások igen költségesek, másfelől viszont azok aránya – kvalitatív, szakértői információk szerint – a kábítószeres bűnügyek esetében jóval meghaladja az átlagot. Ez a tényező tehát a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények nyomozási költségeit – pontosan meg nem határozható mértékben – lefelé torzítja.

## VÁM- ÉS PÉNZÜGYŐRSÉG

Az igazságszolgáltatás szervezetrendszerének legtöbb elemére (rendőrség, ügyészség, bíróság, büntetés-végrehajtás), ha csak nagy vonalakban is, de áll az a megállapítás, hogy főként már megtörtént – és ilyen módon a kábítószeres vs. nem-kábítószeres

2. táblázat. A rendőrség szervezetrendszerében felmerülő KÖKK számítása<sup>2</sup>

	2000	2003	2005	2007
<b>Összköltség</b>	135 765	148 256	144 503	177 426
Kábítószeres hányad (A): Ismertté vált bűncselekmények (db)	0,76%	0,82%	1,75%	1,09%
Kábítószeres hányad (B): Ismertté vált bűncselekmények, ismeretlen tetteses nélkül (db)	1,47%	1,37%	2,93%	1,87%
Kábítószeres hányad (C): Befejezett ügyek (db)	0,75%	1,16%	1,62%	1,22%
Kábítószeres hányad (D): Befejezett, nyomozott ügyek, feljelentés elutasítás nélkül (db)	0,79%	1,20%	1,36%	1,26%
Kábítószeres hányad (E): Befejezett, 30 napnál hosszabb, nyomozott ügyek, feljelentés elutasítás nélkül (db)	1,01%	1,49%	1,79%	1,66%
<b>Módosító tényezők I.</b>				
Módosító tényező I./A: 30 napnál hosszabb, befejezett, nyomozott ügyek hossza	2,26	1,79	1,74	1,83
Módosító tényező I./B: 30 napnál hosszabb, befejezett nyomozások száma	2,80	2,36	2,09	2,26
<b>Módosító tényező II.</b>				
Módosító tényező II.: 30 napnál hosszabb, csak kábítószeres ügyek/kábítószeres ügyek	0,81	0,85	0,86	0,92
<b>Rendőrség, összesen</b>	1855 – 3650	1844 – 3345	2939 – 6340	3276 – 5612

dimenzióban kategorizálható – bűncselekmények „kezelésével” foglalkozik. Ezzel szemben a Vám- és Pénzügyőrség erőforrásainak jelentékeny részét ennél jóval általánosabb célú tevékenységek kötik le. A határokon átlépő személy- és teherforgalom ellenőrzése, az ezekhez kapcsolódó, valamint az ország belsejében megvalósuló vám- és jövedéki eljárások és ellenőrzések lefolytatása stb. keretében hatalmas volumenű „ügy” keletkezik, miközben ezeknek csak elenyésző hányada hozható összefüggésbe valamilyen konkrét, már megtörtént/ismertté vált bűncselekménnyel.

Másfelől azonban az is igaz, hogy a határforgalom rendjének fenntartása – számos egyéb, összefoglalóan a „határforgalom rendjére vonatkozó jogszabályok alkalmazása és betartatása” megjelöléssel illelhető cél mellett – az illegális termékek, köztük a kábítószer nemzetközi kereskedelmét is kockázatosabbá teszi. Ez a kockázat természetesen a kábítószer kínálatát csökkentő egyik fontos tényező; tehát a határforgalom ellenőrzése igenis lényeges kábítószerezettel kapcsolatos következményeket hordoz. Továbbmenve: ezek a következmények nemcsak esetlegesek, véletlenszerűek, hanem célzottan is megjelennek; a szervezet munkatársaival foly-

<sup>2</sup> A táblázatokban szereplő összegek mindvégig millió Ft-ban és – ha csak az ellenkezőjére nem utalunk – folyó áron vannak megadva.

tatott interjúk során többször is megerősítést nyert, hogy a kábítószer-probléma kiemelt ügycsoportot képez.

Noha a végrehajtó típusú tevékenységek zömét a vám- és jövedéki területtel kapcsolatos általános igazgatási és ellenőrzési feladatok teszik ki, léteznek hagyományos nyomozati feladatok is. Ezeket a bűnügyi területhez (Bűnügyi Igazgatóság, valamint Központi Bűnüldözési Parancsnokság) tartozó szervezetrendszer látja el. Feladata a Vám- és Pénzügyőrség hatáskörébe tartozó – tehát a határokon átívelő személy- és áruforgalommal kapcsolatos, valamint jövedéki (együtt: „hatáskörös”) – bűncselekmények felderítése.

A fenti megfontolások alapján a Vám- és Pénzügyőrség kábítószerrel kapcsolatos kiadásait két részre bontva lehetséges, illetve célszerű vizsgálni.

Viszonylag egyszerűbb a helyzet az – arányában csekélyebb – bűnüldözési terület vonatkozásában. Az alaptevékenység itt lényegileg megegyezik a rendőrség bűnüldözési tevékenységével (vagyis az alapfeladat a már megtörtént/ismertté vált bűncselekmények ügyében történő nyomozás); így tehát alkalmazhatók a rendőrség esetében alkalmazott teljesítmény-fogalmak és -mérték, úm. az ismertté vált bűncselekmények és/vagy a nyomozások száma.

Jóval fogósabb elvi problémát jelent ezzel szemben a szervezet erőforrásainak túlnyomó részét felemésztő vám- és jövedéki igazgatási terület KÖKK-jének vizsgálata. Mint fentebb érveltünk, e tevékenységek hatást gyakorolnak a kábítószer-probléma alakulására. Azonban komoly érvek szólnak amellett, hogy ez az ok-okozati kapcsolat fordítva csak alig-alig létezik; vagyis a kábítószer-probléma (konkrétan: a kábítószer büntetőjogi kezelésének aktuális módja) csak marginális hatást gyakorol a vám- és igazgatási területen felmerülő költségekre.

A határrendészettel összefüggő, és különösen a vám- és jövedéki területen zajló tevékenységek egyszerre sok célt szolgálnak, melyek között a kábítószer mint ok vagy mint cél csak elvétve jelenik meg. Ezen elvi szempont mellett fontos gyakorlati érv, hogy a vám- és igazgatási terület rendkívül heterogén tevékenységi rendszerét elfogadhatóan jellemző-megjelenítő teljesítménymérték kialakítása amúgy is reménytelen vállalkozásnak tűnik. Mindezek miatt a vám- és igazgatási terület esetében a KÖKK-öt nem a szokásos módszerrel, hanem „alulról fölfelé” fogjuk becsülni; vagyis figyelmünket csak a kimondottan csak a kábítószer elleni küzdelem célját szolgáló tevékenységi- és költségelemekre korlátozzuk. A Vám- és Pénzügyőrségre vonatkozó KÖKK-beclés alapadatait és eredményeit a 3. táblázat tartalmazza.

Az adatok interpretálása során – hasonlóan a rendőrség által folytatott nyomozásokhoz – itt is hangsúlyozzuk, hogy a titkos nyomozások arányára és költségére vonatkozó valamennyi adat titkos. Mivel a titkos (fedett) nyomozások igen költségesek, ugyanakkor azok aránya a kábítószeres bűnügyek esetében jóval meghaladja az átlagot, ezért a bűnügyi terület becsült költségei – pontosan meg nem határozható mértékben – itt is lefelé torzulnak.



3. táblázat. A Vám- és Pénzügyőrség szervezetrendszerében felmerülő KÖKK számítása (bűnüldözési terület)

	2000*	2003	2005	2007
<b>BŰNÜGYI TERÜLET</b>				
Összköltség	931	2 238	2 431	4 878
Kábítószeres hányad (A): Ismertté vált bűncselekmények (db)	1,60%	2,20%	1,42%	
Kábítószeres hányad (B): Befejezett, nyomozott ügyek (felj. elutasítás nélkül, db)	0,84%	1,36%	1,05%	
<b>Módosító tényező I.</b>				
Módosító tényező I.:Nyomozott ügyek hossza	–	0,22	1,20	0,77
<b>Módosító tényező II.</b>				
Módosító tényező II.: 30 napnál hosszabb, csak-kábítószeres ügyek/kábítószeres ügyek	0,94	0,94	0,94	
<b>VPOP Bűnügyi terület, összesen:</b>	<b>0</b>	<b>4 – 8</b>	<b>37 – 61</b>	<b>37 – 51</b>
<b>VÁM- ÉS IGAZGATÁSI TERÜLET</b>				
Kábítószere-kereső kutyák beszerzése és fenntartási ktg.-e	6	5	4	5
Egyéb (egyedi) kiadások	–	3	–	38
<b>Vám- és Pénzügyőrség, igazgatási terület, összesen</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>43</b>
<b>VPOP, összesen</b>	<b>6 – 6</b>	<b>12 – 16</b>	<b>42 – 65</b>	<b>80 – 93</b>

\* 2000-ben a kábítószerekkel kapcsolatos bűncselekmények nyomozása még nem tartozott a Vám- és Pénzügyőrség hatáskörébe (azokat a rendőrség nyomozta), így ebben az évben nem merültek föl bűnügyi kiadások.

## A HATÁRŐRSÉG

A Határőrség 2007. december 31-ig – a rendőrségbe való beolvasztásáig – önálló szervezatként létezett; feladata volt mind az ún. zöldhatár védelme, mind pedig a határátkelőhelyek ellenőrzése, rendjének fenntartása. E tevékenységek hasonlítanak a Vám- és Pénzügyőrség vám- és igazgatási területének tevékenységi rendszeréhez, amennyiben egy részük – közvetett és esetleges módon ugyan, de – kapcsolódik a kábítószere-problémához, azonban döntő részükre akkor is szükség lenne, ha a kábítószert a büntetőjog nem üldözné.

Ebből kifolyólag – a néhány bekezdéssel fentebb, Vám- és Pénzügyőrség vám- és igazgatási területén vonatkozásában már kifejtett érvek alapján – a Határőrséggel kapcsolatban is kizárólag a jól behatárolható KÖKK-elemek „alulról fölfelé” módszerrel történő becslésére korlátoztuk a vizsgálatot. Az interjúkból rendelkezésre álló információk szerint a kérdéses időszakban e körbe csak a kábítószere-kereső

kutyák tartásának, ill. „működtetésének” költségei tartoztak. Ezek költségeinek hozzávetőleges meghatározására szakértői becslések felhasználásával került sor; ezt mutatja a 4. táblázat.

4. táblázat. A Határőrség szervezetrendszerében felmerülő KÖKK számítása

Kábítószerkereső kutyák	2000	2003	2005	2007
Tartás:	10	13	14	16
Vezető munkabére	15	17	19	20
Kereső kutyák, összesen	25	30	32	35

#### ÜGYÉSZSÉG

Az ügyészség funkciói a bűnüldözésen (a vád képviselője a büntetőeljárásokban, valamint a nyomozó hatóságok által végzett nyomozások felügyelete) kívül magában foglalja a közigazgatási és egyéb szervezetek fölötti általános törvényességi felügyelet gyakorlását is. Így elvileg felvethető az a probléma, hogy ez utóbbi feladatok – illetve a belőlük fakadó közkiadások – közvetett módon sem kapcsolódnak a kábítószer-problémához. Azonban ez gyakorlati szempontból kevésbé jelent problémát, mivel a ténylegesen jelentkező munkaterhelés túlnyomó része a bűnüldözési feladatok kapcsán merül föl.

Az ügyészségi KÖKK becslésének legfontosabb adatait az 5. táblázat tartalmazza.

#### BÍRÓSÁG

A Magyar Köztársaság bírói szervezetrendszerének tevékenységi struktúrája igen-csak heterogén; a büntető igazságszolgáltatás körébe tartozó (peres és nem peres) ügyeken kívül számos egyéb, mind céljában, mind pedig tartalmában-jellegében különböző elemet is magába foglal, mint pl. cégbírói, közigazgatási bírói stb. ügyek. Így nyilvánvaló, hogy a büntetőperes ügyeket nem lehet a bíróságok feladatstruktúrájának egy átlagos típusaként kezelni, hiszen pl. egy, a teljes „ügyszám” jelentékeny részét adó cégbírói ügy ráfordításigénye egy peres ügyének kicsiny töredéke. Szükséges tehát a vizsgált rendszer leszűkítése egy, a bírósági szervezetrendszer egészénél szűkebb (rész)rendszerre.

5. táblázat. Az ügyészség szervezetrendszerében felmerülő KÖKK számítása

	2000	2003	2005	2007
<b>Összköltség</b>	11 460	19 081	28 154	27 961
Kábítószeres hányad (A): Vádemeléssel végződő bűncselekmények	1,16%	0,92%	1,32%	1,04%
Kábítószeres hányad (B): Büntetőügyek	0,55%	0,63%	1,14%	0,57%
Kábítószeres hányad (C): Ismertté vált bűnelkövetők	2,87%	2,77%	5,48%	3,48%
Kábítószeres hányad (D): Jogerősen befejezett ügyek	1,18%	1,75%	1,93%	2,46%
<b>Módosító tényezők I.</b>				
Módosító tényező I./A: 30 napnál hosszabb, befejezett, nyomozott ügyek hossza	1,26	1,68	1,72	1,51
Módosító tényező I./B: 30 napnál hosszabb, befejezett nyomozások hossza	1,72	1,23	1,40	1,41
<b>Módosító tényezők II.</b>				
Módosító tényező II.: 30 napnál hosszabb, csak kábítószeres ügyek/kábítószeres ügyek	0,92	0,91	0,96	0,96
<b>Ügyészség, összesen</b>	<b>86–452</b>	<b>160–701</b>	<b>479–2298</b>	<b>224–1368</b>

Ez a rendszer – legcélszerűbben – a büntetőbíráskodáshoz fűződő feladatokat foglalja magába: a büntető peres ügyeken kívül tehát nagyjából a nyomozóbírói és a büntetés-végrehajtási (a továbbiakban: BV) bírói tevékenységekre terjed ki. Ezeket a feladatokat – melyek tehát mind a kábítószeres, mind a nem kábítószeres bűncselekményekhez kapcsolódó tevékenységekben jelen vannak – a büntetőbírói státuszban lévő bírák (büntetőbírák) látják el.

A költségvetési folyamatban az egyes bírói szervezetek (helyi, megyei és táblabíróóságok, valamint az Legfelsőbb Bíróság/LB) nem szolgáltatnak szakági bontásban költségvetési adatokat az Országos Igazságszolgáltatási Tanácsnak (OIT), így a büntetőbíráskodás összköltségéről nem áll rendelkezésre adat. Ennek megfelelően itt is közelítő („*proxy*”) változóval kell dolgoznunk. Ez jelen esetben célszerűen a büntetőbíráknak a teljes bírói karra vetített aránya lesz. E megoldás mellett két fontos érv szól.

Egyrészt a bíróságok teljes ráfordításának túlnyomó többsége (80-90%-a) emberi erőforrással kapcsolatos ráfordítás; az egyéb (dologi és felhalmozási) kiadásokra jutó maradék 11-12% túlnyomó része is az emberi munkaráfordítással szigorúan arányos tételekből (mint pl. irodaterület, kommunikáció) tevődik össze. Összeségében tehát azt mondhatjuk, hogy – még inkább, mint az igazságszolgáltatási szervezetrendszer többi eleme esetében – a bíróság bármelyik résztevékenysége a teljes erőforrás-felhasználásból viszonylag pontosan akkora hányadot igényel, mint amennyit az adott tevékenységek által igényelt munkaráfordítás a bíróság teljes munkaráfordításából.

Az is elmondható, hogy a nem bírói státuszú bírósági személyzetnek a bírókhoz viszonyított aránya a büntető szakágban nem tér el lényegesen az egyéb szakágakra jellemző értéktől (noha szakértői becslések szerint egy kissé magasabb annál).<sup>3</sup> Ezért – számszerű adat hiányában – a továbbiakban ezen arány egyformaságát feltételezzük, azzal, hogy ez vélhetően a tényleges bírósági ráfordítások kis – így megengedhető – mértékű alulbecsléséhez vezet. A fenti megfontolások alapján elvégezhető a KÖKK szokásos módon történő becslése. Ezt a 6. táblázat mutatja be.

6. táblázat. A bíróság szervezetrendszerében felmerülő KÖKK számítása

	2000	2003	2005	2007
<b>Összköltség, teljes bíróság</b>	30 477	44 378	66 840	66 787
Büntetőbírók aránya a bírói karon belül	32%	36%	37%	37%
<b>Büntetőbíráskodás összköltsége</b>	9 850	15 846	24 518	24 820
Kábitószeres arány (A): Vádemeléssel végződő bűncselekmények	1,16%	0,92%	1,32%	1,04%
Kábitószeres arány (B): Büntetőügyek	0,55%	0,63%	1,14%	0,57%
Kábitószeres arány (C): Jogerősen befejezett ügyek	1,18%	1,75%	1,93%	2,46%
<b>Módosító tényezők I.</b>				
Módosító tényező I./A: 30 napnál hosszabb, befejezett, nyomozott ügyek hossza	1,26	1,68	1,72	1,51
Módosító tényező I./B: 30 napnál hosszabb, befejezett nyomozások hossza	1,72	1,23	1,40	1,41
<b>Módosító tényezők II.</b>				
Módosító tényező II.: 30 napnál hosszabb, befejezett, nyomozott ügyek hossza	1,26	1,68	1,72	1,51
<b>Bíróság, összesen</b>	<b>74 – 159</b>	<b>133 – 368</b>	<b>417 – 706</b>	<b>199 – 858</b>

## BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS

A büntetés-végrehajtás funkciói, szemben az eddig vizsgált szervezetekkel, szerencsére nagymértékben homogének; az döntően (i) a szabadságuktól valamilyen bűncselekmény elkövetése miatt megfosztott bűnelkövetők őrzésében-ellátásában és reszocializációjában, valamint (ii) az előzetes letartóztatásban lévő terheltek őrzésében és ellátásában merül ki.

A probléma itt első sorban a BV teljesítményéről rendelkezésre álló adatok jellegével kapcsolatos. A BV nyilvántartása ugyanis viszonylag hosszú időre visszamenőleg lehetővé teszi az átfogó és ugyanakkor szinte tetszőlegesen részletes adatok

<sup>3</sup> Az LB egy bírójától és egy megyei bírósági vezetőtől származó szakértői becslés.

kinyerését; azonban az egy adott napon, vagy egy adott (múltbeli) időszakban a börtönben tartózkodott személyek számának előállítására – legalábbis a BV megkérdezett szakértőinek ismeretei szerint – nem alkalmas.<sup>4</sup>

A rendszer tehát alapvetően az egyes időszakokban ún. „befogadott” – vagyis a BV valamely intézményének küszöbén át belépő – személyek és ezek meghatározott részhalmazai tekintetében képes adatot szolgáltatni. A kábítószeres esetekre jutó teljesítmény- és költséghányad ennek alapján történő becslése azonban erősen torz lenne. Ennek oka, hogy a kábítószeres ügyben érintettek átlagosan nem ugyanannyi – hanem tipikusan több – időt töltenek börtönben, mint az egyéb típusú ügyekben érintettek. Ebből kifolyólag pedig a börtönnépességen belüli számarányuk nagyobb lesz a befogadottakon belüli számarányuknál.

Arról, hogy a kábítószeres ügyben érintett fogvatartottak átlagosan mennyivel hosszabb időt töltenek börtönben, nincs pontos adat. Amit tudni lehet, az az, hogy a (lekérdezés időpontjában) már jogerős ítélettel rendelkező elítéltek átlagosan jóval – az egyes vizsgált években mintegy 40-80%-kal – hosszabb büntetést kaptak, mint a nem kábítószeres elítéltek. Az előzetesen letartóztatottak átlagos benntartózkodási idejéről azonban nincs hasonló adat. Ebből kifolyólag – kényszerűen – feltételezzük, hogy a jogerős ítéletek hosszában a „kábitószeres” és a „nem kábítószeres” elítéltek között fennálló különbség nem csak a már elítéltekre, hanem az előzetesen letartóztatottakra is fennáll.

A BV rendszerében felmerülő KÖKK-nek – a fenti megfontolásokat és előfeltevéseket is tükröző – becslését a 7. táblázat tartalmazza.

7. táblázat. A BV szervezetrendszerében felmerülő KÖKK számítása

	2000	2003	2005	2007
<b>Összköltség</b>	19 677	35 432	37 765	37 126
Kábítószeres hányad (A): Befogadottak éves száma	3,59%	3,84%	5,08%	3,78%
<b>Módosító tényező I.</b>				
Módosító tényező I.: Ítélet hossza (csak a már elítélteknél figyelembe véve)	1,81	1,73	1,63	1,40
<b>Módosító tényező II.</b>				
Módosító tényező II.: 30 napnál hosszabb, csak kábítószeres ügyek/kábítószeres ügyek	0,92	0,91	0,96	0,96
<b>Büntetés-végrehajtás, összesen</b>	1022–1112	1870–2048	2573–2693	1569–1628

<sup>4</sup> A közgazdaságtanban alkalmazott megkülönböztetés szerint a rendszer alapvetően a *flow* jellegű (tehát egy adott időszakra értelmezhető; pl. adott időszakban befogadott személyek száma) adatokat állít elő; *stock* („készlet”) jellegű – mint pl. az egy adott napon vagy napokon a BV intézményekben őrzött személyek számára, jellemzőire vonatkozó – adatokat nem.

## A SZOCIÁLIS ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERBEN FELMERÜLŐ KIADÁSOK

### FOGALMI ÉS MÓDSZERTANI KERETEK

Ebben a fejezetben a droghasználatnak az egészségügyi és szociális szférában felmerülő költségeivel foglalkozunk: a vizsgálat arra irányul, hogy felbecsülje a közösségi ellátórendszer különböző pontjain felmerülő, a kábítószer-használattal összefüggő állapotok egészségügyi kezelését, illetve az e tényezőcsoporthoz kapcsolódó szociális problémák enyhítését célzó és az államháztartásból finanszírozott kiadások nagyságát.

A KÖKK fogalmát e körben az alábbiakban határozhatjuk meg:

- a vizsgálat egyrészt az egészségügyi – tehát a kábítószerfüggő személyek egészségi és pszichoszociális státusának javítását, illetve romlásának megakadályozását célzó, lényegileg „természetbeni” – ellátásokra, beavatkozásokra irányul;
- másrészt pedig magába foglalja a kábítószer-probléma enyhítését célzó – megelőző, ártalomcsökkentő, illetve kutatási-fejlesztési célú – kormányzati beavatkozások és tevékenységek összességét;
- ezzel szemben figyelmen kívül hagyja a kimondottan szociális jellegű – vagyis a kábítószerfüggés jóléti jellegű következményeit enyhíteni-felszámolni igyekvő – programok és tevékenységek körét. E kör olyan elemeket foglal magába, mint a kábítószerfüggőknek az állapotuk miatt (esetleg annak következményeként) juttatott pénzbeli ellátások: pl. táppénz, munkanélküli-segély, rokkantnyugdíj, szociális segély stb.

Ez utóbbi, leszűkítő értelmű döntés mellett két, jórészt praktikus jellegű érv említhető meg. Egyrészt a viszonylag jelentős összegű ellátások (táppénz, munkanélküli-segély) főként gazdaságilag aktív és viszonylag magas társadalmi-gazdasági státusú személyekre irányulnak; márpedig az átmenetileg vagy tartósan munkaképtelen kábítószerfüggők alapvetően nem ebbe a csoportba sorolhatók – vagyis e körben viszonylag csekély volumenű KÖKK feltételezhető. Másrészt pedig a vélhetően releváns ellátási formák esetében (pl. eseti és rendszeres szociális támogatások) egyszerűen hiányoznak azok az adatok, amelyek alapján a kábítószer-problémára jutó kiadási összeget becsülni lehetne.

### AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS KIADÁSOK

A vizsgálat során – részben elvi, részben pedig gyakorlati megfontolásokat követve, nem utolsó sorban pedig az eddigi értelmezéssel kapcsolatos konzisztencia

megőrzése végett – a KÖKK fogalmának viszonylag leszűkítő jellegű értelmezése mellett maradtunk. Ami az elvi megfontolásokat illeti, azok között előkelő helyen szerepelt a „drogkezelés”, illetve a „kábitószerrel kapcsolatos kiadás” fogalmának „felhígulásától” és ezáltal hiteltelenné/haszontalanná válásától való ódzkodás. Gyakorlatiasabb – de nem kevésbé fontos – szempontok is akadtak. Itt egyrészt az adatokhoz való hozzáférés, szélesebb értelemben a mérhetőség problémája szembeötlő. Így például a vizsgálatból kizárt költségcsoporton belül vélhetően az egyik legjelentősebb tételt alkotó, a droghasználat következtében előálló sérülések kezelésével kapcsolatos költségek becslésére nemzetközileg sem igen van példa (vö. SAMHSA, 2005). Másrészt pedig az irányadó nemzetközi gyakorlat és a vizsgálati eredmények nemzetközi összehasonlíthatóságának szempontja érdemel említést: a KÖKK szakterületén vezető amerikai gyakorlatban pl. általánosnak tekinthető a következmény jellegű hatások kizárása a KÖKK köréből (ez a helyzet pl. Harwood, 1997 és SAMSHA, 1997 esetében is; a leszűkítésre való ilyenképpen törekvés pedig idővel még tovább is látszik erősödni).

A drogfüggés egészségügyi kezelése két fő tevékenység-csoportot foglal magába: (i) a detoxikáció-stabilizáció és (ii) a rehabilitáció/tartós gondozás fázisát (UNDCP, 2003; ettől némileg eltérő kategorizációk is léteznek, vö. SAMHSA, 2003). Az előbbi fázis a droghasználat megszakítását és az emiatt bekövetkező súlyos fiziológiai és mentális zavarok és instabilitás enyhítését, a páciens állapotának stabilizálását foglalja magába; formáját tekintve tipikusan akut kórházi (fekvőbeteg-) ellátásról van szó. E fázis célja, hogy a kábítószerfüggő személyt alkalmassá tegye a rehabilitációs folyamatba történő aktív és eredményes bekapcsolódásra.

A második, rehabilitációs/tartós gondozási fázis célja az aktív kábítószer-fogyasztáshoz való visszatérés megakadályozása. Ennek eszközei igen sokfélék lehetnek; magukba foglalhatják a drogfüggéshez vezető pszichiátriai problémák gyógyszeres kezelését, helyettesítéses terápiákat, a kábítószermentes életvezetést elősegítő viselkedési és gondolkozási stratégiák elsajátíttatását egyéni- és csoportfoglalkozások révén stb.

Az egészségügyi KÖKK becslésének módszere lényegesen eltér az igazságszolgáltatási szervezetek körében alkalmazottól. Ennek fő oka, hogy az egészségügyi KÖKK becslése során mind a feladat komplexitása, mind pedig a rendelkezésre álló adatok mennyisége és mélysége nagyságrenddel nagyobb:

- több száz féle egészségügyi beavatkozás/ellátás potenciálisan gyakorlatilag korlátlan számú kombinációja képezi azt az „értékkészletet”, amelyből az adott egyén és szituáció jellegzetességeinek leginkább megfelelő tevékenység- és költségcsomag kialakul;
- az információrendszer oldaláról pedig mindezt az OEP rendkívül „adatgazdag”, valamennyi ellátási esemény minden lényeges paraméterét rögzítő adatbázisa dokumentálja.

Természetesen nem célunk e helyen a magyar egészségügyi ellátórendszer finanszírozási és pénzügyi információs rendszerének az átfogó bemutatása; azonban a vizsgálat módszerének megértéséhez szükséges mértékben mégis szükséges röviden bemutatni annak néhány sarokpontját.

Droghasználathoz kapcsolódó egészségügyi ellátások az ellátórendszer több pontján is felmerülhetnek. Ezek az alábbiak:

- (a) Háziorvosi ellátás. Noha elvileg elképzelhető, hogy egy kábítószeres a háziorvosához fordul vizsgálat és/vagy szakorvosi beutaló céljából, azonban ez egyrészt kevésbé valószínű, másrészt pedig abszolút értelemben – figyelembe véve a háziorvosi ellátórendszer hatalmas esetszámláját és viszonylag csekély egység- és összköltségét – elhanyagolható pénzügyi terhet jelent. Ennek megfelelően ezt az ellátási kört a továbbiakban figyelmen kívül hagyjuk.
- (b) Járóbeteg-szakellátás. Ebben a körben elsősorban az ún. drogambulanciák, az addiktológiai szakrendelések, valamint az általános pszichiátriai szakrendelések által nyújtott járóbeteg-ellátás érdemel figyelmet.
- (c) Akut fekvőbeteg-ellátás. Szem előtt tartva a kábítószer-kezelés fogalmi lehatárolásával kapcsolatban néhány bekezdéssel fentebb írottakat, az akut fekvőbeteg-ellátás elsősorban az addiktológiai, esetleg pszichiátriai osztályokon nyújtott kábítószer-terápiát, valamint a hasonló vagy egyéb (pl. belgyógyászati) profilú osztályokon megvalósult detoxikációt jelenti.
- (d) Krónikus fekvőbeteg-ellátás: ide tartoznak pl. a bentlakásos, addiktológiai-ill. specifikusan kábítószer-profilú rehabilitációs intézmények.
- (e) Gyógyszerkiadások.<sup>5</sup>

Ezen ellátások értékének becslése során két fontos, közös mozzanat volt. Az egyik, hogy a becslés alapja minden esetben az OEP-nek szolgáltatott, az adott ellátási eseményekkel kapcsolatos adatok voltak. A másik közös pont pedig az, hogy – miközben az OEP adatbázisában meglévő adatok tartalmilag és technikailag is alkalmasak lennének az itt körvonalazott KÖKK értékének egy viszonylag pontos lekérdezésére – a szolgáltatók által az OEP-nek adott adatok súlyos validitási problémákkal terheltek; vagyis az ellátóhelyek által szolgáltatott adatok nem fedik a valóságot, hanem összehatásában megbecsülhetetlen módon, súlyosan és szisztematikusan eltérnek attól.

Ennek oka kettős; a fő ok az ellátóhelyek érdekeltségi rendszere. Ahogy egy OEP-es interjúalany fogalmazott: „a[z OEP-es adat]rendszerben 1999 – a tel-

<sup>5</sup> Ebből a listából hiányzik több, az ellátórendszer igen fontos elemét képező intézménytípus, mint pl. a – döntően egyházi és civil fenntartású – bentlakásos intézmények, vagy az otthoni/napközbeni ellátást nyújtó gondozóintézmények. Ágazati hovatartozásuk miatt ezeket a következő, a szociális ágazattal foglalkozó fejezetpontban tekintjük át.



jesítményalapú finanszírozás bevezetése – óta nincs valid adat”. Az ellátóhelyek ugyanis megpróbálják az egyes eseteket, természetesen azok objektív paraméterei és az adott intézmény vezetésének kockázattűrése szabta kereteken belül, „jobbban fizető” ellátásokként lekönnyvelni.

Az OEP-nek szolgáltatott adatok inherens torzítása tekintetében igen nagyfokú egyetértés mutatkozott mind az OEP, mind pedig az ellátórendszer különböző aspektusait ismerő egészségügyi szakemberek között; ebből adódóan a vizsgálat módszerének kialakítása során a fő figyelem arra irányult, hogy milyen módon csökkenthető a torzítás hatásai. Mielőtt erre a kérdésre válaszolnánk, tekintsük röviden az egyes ellátási formák tekintetében rendelkezésre álló adatokat.

Tekintettel arra, hogy a különböző ellátási események klasszifikálására alkalmazott kódrendszer alkalmas – ezen belül a BNO diagnózis-lista teljes, az OENO/VNO lista pedig jelentős mértékben – a kábítószeres ellátások viszonylag megbízható azonosítására, az OEP-adatok elvileg jól használhatók az egészségügyi KÖKK meghatározására. Ezen az – elvi – szinten probléma csak a gyógyszerkassza kiadásaival van, ahol a BNO kód tipikusan nem áll rendelkezésre. Ennek egyik következménye, hogy a KÖKK körébe eső támogatások meghatározásánál a gyógyszer típusából/hatóanyagából kell kiindulni; a másik pedig, hogy a kimondottan csak drogterápiás készítmények – nagyon szűk, a teljes kábítószeres gyógyszer-felhasználás töredékét kitevő – részalmazára kell szűkíteni a vizsgálatot. Ez utóbbi körülmény a tényleges kábítószeres gyógyszerkiadások rendkívül nagy mértékű alulbecsléséhez vezet.

Visszatérve a többi kiadási komponenshez, a gyakorlati helyzet ezekkel kapcsolatban kevésbé kedvező, mint az az adatbázisok adattartalmából látszólag következne; a kábítószeres ellátások ugyanis a ténylegesnél szisztematikusan és jelentős mértékben kisebb súllyal tűnnek fel az OEP-adatokban. Ennek két fő oka van:

- Egyrészt a kábítószeres ellátási események meglehetősen „rosszul fizetnek”. Pl. a „kokain- vagy egyéb drogabúzus, függőség” mintegy 25-50 százalékkal kevesebb HBCS pontot ér, mint az azzal viszonylag „jól” behelyettesíthető betegségcsoportok („személyiségzavarok, pszichogén reakciók”, ill. „depresszív szindrómák”).
- Másrészt pedig – részben függetlenül az előbbi tényezőtől – az ellátást dokumentáló orvos ellenérdekelt az adott ellátási esemény minél részletesebb dokumentálásában, hiszen az ezzel járó adminisztratív munkaterhet gyakorta sem személyesen az ő, sem pedig az őt alkalmazó intézmény számára nem kompenzálja semmilyen várható haszonnövekedés vagy költségcsökkenés. Így tehát könnyen előfordulhat, hogy csak az ellátás kategorizálása szempontjából legfontosabb egy-két diagnózist vagy az orvosi ellátást rögzítik, a többit – ezek között adott esetben a kábítószer-függésre utalót – pedig nem.

E nehézségeket figyelembe véve egy többlépcsős becslési folyamatot dolgoztunk ki, amely az egészségügyi KÖKK-öt öt, egymással szigorúan át nem fedő összetevőre bontva becsli meg. Ezen összetevők az alábbiak:

1. *sz. komponens*: azon fekvő- és járóbeteg-ellátások összértéke, amelyeket az adott év folyamán az ún. „kábitószeres profilú” intézmények nyújtottak. Ezen intézmények körét döntő részben a szakterület neves hazai ismerői határozták meg mint olyanokét, amelyek döntő részben kábítószerfüggő betegek gyógyításával foglalkoznak. E listát az OSAP 1202-es adatlapja alapján folytatott adatgyűjtésnek a 2004 és 2007 között időszak vonatkozásában rendelkezésre álló adatai alapján kis mértékben kiegészítettük.
2. *sz. komponens*: azon ellátások összértéke, amelyeket az adott évben az ellátórendszer bármely pontján, kimondottan „kábitószeres” diagnózis mellett nyújtottak. (Az ún. „kábitószeres” diagnózisok listáját a szakterületet jól ismerő szakemberek határozták meg.) A kettős számbavétel elkerülése érdekében itt természetesen figyelmen kívül kellett hagyni az 1. sz. komponensnél már leírt ellátásokat.
3. *sz. komponens*: azon ellátások összértéke, amelyet az adott évben ún. „kábitószerfüggő” betegek kaptak addiktológiai/pszichiátriai profilú intézményben és/vagy tág értelemben vett pszichiátriai – de nem „kábitószeres” – diagnózis (BNO) szerepeltetése mellett. (Ezen, pszichiátriai jellegű, de nem „kábitószeres” diagnózisok listáját itt is a szakterületet jól ismerő szakemberek határozták meg.) „Drogfüggőnek” az a személy minősült, aki a megelőző egy évben bármikor kapott az 1. vagy a 2. sz. komponens keretében számba vett ellátást (vagyis aki kimondottan kábítószeres profilú ellátóhely páciense volt vagy kimondottan kábítószeres diagnózis alapján kapott – bárhol – ellátást). A „tág értelemben vett pszichiátriai diagnózis” pedig azokat a diagnózisokat öleli fel, amelyek közvetlenül ugyan nem utalnak kábítószerfüggésre, azonban – a megkérdezett, a klinikai gyakorlatot ismerő szakemberek szerint – adott esetben alkalmasak lehetnek egy drogkezelés jobban fizető kezelésé történő „maszkírozására”. A kettős számbavétel elkerülése végett természetesen itt is figyelmen kívül hagytuk az 1. sz. komponens keretében már számba vett ellátásokat.
4. *sz. komponens*: azon ellátások összértéke, amelyeket kimondottan csak kábítószer-terápiában használatos gyógyszerekre nyújtottak; ez praktikusán a methadont jelentette.
5. *sz. komponens*: azon ellátások összértéke, amelyeket a kábítószerfüggők kezelésénél használatos laborvizsgálatokra nyújtottak. E laborvizsgálatok körét a klinikai gyakorlatot ismerő szakemberek határozták meg.
6. *sz. komponens*: a szociális ágazati (azaz nem OEP-es), fogalmilag az egészségügyi ellátáshoz tartozó, bentlakásos ellátások alap- és kiegészítő normatívája.

Az egyes KÖKK-komponensek nagyságát – az OEP adatszolgáltatása, ill. a 6. sz. komponens vonatkozásában a következő fejezetpontban részletezett becslési eljárás alapján – a 8. táblázat összegzi:

8. táblázat. Az egészségügyi kezelés kapcsán felmerült közkiadások alakulása

Komponens	2000	2003	2005	2007
1. sz. komponens: „drogos profilú” intézmények által nyújtott ellátások összértéke	38	157	261	172
2. sz. komponens: „drogos diagnózisok” alapján nyújtott ellátások összértéke (az 1. sz. komponensben már számba vett ellátások nélkül)	214	236	352	246
3. sz. komponens: „drogos pácienseknek” nyújtott ellátások összértéke (az 1. és a 2. sz. komponensben már számba vett ellátások nélkül)	192	223	297	208
4. sz. komponens: metadonra nyújtott támogatások	–	15	34	41
5. sz. komponens: „drogos” laborvizsgálatok összértéke	6	35	42	60
6/a komponens: bentlakásos ellátás alapszabvány	71	153	231	260
6/b komponens: bentlakásos ellátás kiegészítő szabvány	16	27	39	33
<b>Összesen</b>	<b>537</b>	<b>846</b>	<b>1 256</b>	<b>1 019</b>

Az adatok interpretálása szempontjából igen lényeges, hogy azok megbízhatósága – noha táblázatban közölt számok az OEP-től kapott hivatalos adatszolgáltatáson alapulnak – mind a tényleges adattartalom, mind pedig az adatok validitása szempontjából többi KÖKK-komponenssel összehasonlítva meglehetősen kérdéses. Különösen így van ez a 2000. évre vonatkozó adatok tekintetében, ahol gyakorlatilag bizonyosra vehető, hogy a táblázatban szereplő, az OEP-finanszírozású (1.–5.) komponensekre vonatkozó értékek meglehetősen távol vannak a tényleges számoktól. Ezért a további, összefoglaló elemzésekben a 2000. évre vonatkozó adatokat nem is használjuk. Összességében azonban e számok használata és szerepeltetése indokolt, egyszerűen azért, mert – minden gyengeségük ellenére – jelenleg Magyarországon ez bizonyult az elérhető „legjobb” (értsd: a lehetséges egyetlen) becslésnek.

SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK<sup>6</sup>*Kezelés és ártalomcsökkentés*

A jelen vizsgálat célja a KÖKK-nek a *Bevezetőben* említett négyes kategóriarendszer (büntetőjogi üldözés, kezelés, ártalomcsökkentés, kutatás/prevenció) szerinti felmérése. A szociális ellátások területén azonban ez a felosztás nem mindig alkalmazható pontosan. Különösképpen így van ez az ártalomcsökkentés és kezelés/rehabilitáció gondozási tevékenységek elválasztása tekintetében. A legtöbb ellátó intézmény ugyanis mindkét típusú tevékenységet folytat, és ezek arányának meghatározása – és így a költségeknek a kezelés és az ártalomcsökkentés közötti felosztása – komoly nehézséget okozna. Ebből kifolyólag a továbbiakban a szociális ellátások teljes körét az ártalomcsökkentés kategória részeként kezeljük (kivéve természetesen az egészségügyi ellátások 6. komponensét), azzal, hogy tudható: a valóságban az e tevékenységek kapcsán felmerülő költségek egy nem elhanyagolható része valójában kezelési költség.

A kábítószer-fogyasztás mint betegség kezeléséről (*treatment*) a medikális ellátás mellett, illetve azt kiegészítve a személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatások (továbbiakban: szociális ellátások) keretében gondoskodik az állam. A már rendelkezésre álló empirikus adatfelvételek alapján (Forrai, 2004) meghatároztuk azon szolgáltatások körét, amelyek jellemzően szenvedélybetegeket is ellátnak, ezek: a nappali, bentlakásos<sup>7</sup> és közösségi ellátások.

Ezen ellátások állami finanszírozása két csatornán:

- (a) az ún. normatív finanszírozáson, valamint
- (b) a kiegészítő állami támogatáson keresztül történik.

Az alábbiakban ezeket külön-külön vizsgáljuk.

*Ad (a):*

A szociális ellátásokat a megyei és települési önkormányzatok, valamint az egyházi és civil szervezetek biztosítják. Ezen ellátások finanszírozása intézményi normatíva útján történik, amit minden évben a költségvetési törvény határoz meg. Ehhez egyházi fenntartó esetén hozzáadódik az egyházi kiegészítő normatíva, valamint – önkormányzati intézmény esetében – a helyi önkormányzat mint fenntartó kiegészítő támogatása. Míg az előbbit a mindenkori költségvetési törvény határozza meg, az utóbbi tekintetében csak egy, a Pénzügyminisztérium által az önkormányzati

<sup>6</sup> A fejezetpont szerzője Kádár Krisztián (Közigazgatás-fejlesztési Társaság)

<sup>7</sup> A bentlakásos ellátás keretébe tartoznak: ápolást-gondozást nyújtó intézmények, rehabilitációs intézmények, lakóotthon, átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény

gazdálkodási beszámolók alapján 2005-ben készített becslés áll rendelkezésre; más adat hiányában ezt a becslést kiterjesztettük a teljes vizsgált időszakra.

(Zárójelben jegyezzük meg, hogy a bentlakásos intézmények egyik speciális fajtájának: a drogrehabilitációs intézményeknek az állami finanszírozása – a fenti-ektől eltérően – két csatornán keresztül történik; az állami normatív támogatást az OEP által fizetett teljesítményalapú finanszírozás egészíti ki. Ezeket azonban az egészségügyi ellátásoknál már figyelembe vettük.)

Mivel kifejezetten kábítószerfüggők ellátására vonatkozó adatgyűjtés (jelentésté-  
teli kötelezettség) nincs, ezért a szociális ellátások összköltségét egyfelől költségvetési normatívák, másfelől az ellátottak számára vonatkozó – különböző forrásokból összegyűjtött, különböző szinteken részletezett – adatok alapján becsljük meg. A Szociális Ágazati Információs Rendszer adatforrásainál problémát okoz, hogy a pénzügyi adatok (MÁK) ágazati statisztikai adatokhoz való kapcsolási lehetősége jelenleg erősen korlátozott. A kincstári szakfeladat rend ugyanis kevésbé követi az intézményrendszer differenciálódását és változásait, mint a KSH adatgyűjtés. További nehézség, hogy nem kapcsolhatók össze a településsoros ill. intézménysoros adatbázisok (fenntartó, ellátóhely, telephely által közölt adatok); a nem önálló szociális intézményekre vonatkozóan nincs elkülöníthető pénzügyi adat. Mindezek alapján az ellátotti és pénzügyi adatok összekapcsolását mellőzzük a nappali ellátások esetében. A nappali intézmények normatív támogatásának számítása tehát a kábítószerfüggő ellátottak összes ellátotthoz viszonyított aránya, valamint a normatív támogatás abszolút nagyságának alapján történik (a támogatás az utóbbi két érték szorzataként adódik). Egyrészt a (fenntartó) intézményvezetők telefonos vagy e-mailben történt megkérdezése, valamint szakértői konzultációk révén becsltük a kábítószerfüggők arányszámát, amelyet rávetítettünk a KSH OSAP<sup>8</sup> adatgyűjtésből származó intézménysoros, adott tárgyév végén (ill. éves átlagban) ellátott összes szenvedélybeteg számra.

A közösségi ellátások esetében a helyzet némileg más; a támogatás nem ellátottak száma szerint kerül kiutalásra, hanem szolgálatonként teljes évre szól. A szolgálatok jelentős része azonban – különböző technikai okokból – csökkentett összegű normatívát kap; az ezen ellátástípusra jellemző anonimitás miatt pedig nem lehetséges az ellátottak regisztrálása. A közösségi KÖKK kiszámításánál ugyanakkor alkalmazhatók a Magyar Államkincstár által az adott évben ténylegesen kiutalt normatívá adatok, valamint a többi ellátásnál is alkalmazott – a kábítószerfüggő ellátottak arányára vonatkozó – szakértői becslést vesszük alapul.

<sup>8</sup> OSAP 1202-es (bentlakásos) és a 1207-es (nappali) adatlap alapján a 124, 135, 145, 154, 164-es ellátási kódokra leválogatva.

*Ad (b):*

A centralizált forrásból pályázati mechanizmus útján biztosított támogatások része kifejezetten ártalomcsökkentő szolgáltatások fejlesztésére, programok lebonyolítására biztosítanak forrást, másrészt egyes infrastrukturális ill. működési támogatások az intézmények számára célhoz kötöttség nélkül juttatnak pénzeszközöket (pl. a Nemzeti Civil Alapprogram keretében). Utóbbiak esetében a támogatottak listájából leszűrtük a normatív finanszírozásnál kinyert intézmények támogatási összegeit.

A normatív és kiegészítő támogatásokat összegző számításokat a 9. táblázat tartalmazza.

9. táblázat. A szociális ellátások normatív és kiegészítő állami támogatása (Forrás: TEIR SZÁIR, [www.gyism.gov.hu](http://www.gyism.gov.hu) (2000, 2003), [www.szmm.gov.hu](http://www.szmm.gov.hu) (2005, 2007), [www.mobilitas.hu](http://www.mobilitas.hu))

	2000	2003	2005	2007
<b>I. Ártalomcsökkentés/kezelés</b>				
Nappali ellátás alapnormatíva	13	23	54	67
Nappali ellátás kiegészítő normatíva	4	3	12	14
Közösségi ellátás (összes)	–	–	32	28
<b>Normatív támogatások, összesen</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>98</b>	<b>108</b>
Alacsony küszöbű (és egyéb drogbetegellátó) szolgáltatások fejlesztése, működési támogatása (KABAL, KAB-SV, KAB-ÖN, KAB-ELT, KAB-INF, KAB-KRI)	71	111	169	183
Reszocializáció, reintegráció (KAB-RE)	–	–	56	70
NCA pályázati támogatás	n.a.	n.a.	38	14
<b>Kiegészítő állami támogatás, összesen</b>	<b>71</b>	<b>111</b>	<b>264</b>	<b>267</b>
<b>Szociális ellátások, összesen</b>	<b>88</b>	<b>137</b>	<b>362</b>	<b>376</b>

### *Prevenció és kutatás*

Az EMCDDA által kínált módszertan szerint megelőzés alatt elsősorban a primer prevenció tevékenységeket értjük, amelyek célja a drogfogyasztás és -függőség megakadályozása. Ez a szűkítő meghatározás, amely kifejezetten a drogpreneció célú projektekre, programokra szorítkozik, kétségkívül célravezető, hiszen lehetetlen lenne pontosan megállapítani, hogy adott célcsoportot mi tart vissza a droghasználattól (pl. tanári nevelés, rendőrjárőr az iskola mellett stb.). A prevenció tevékenység sajátossága, hogy szektorok mentén, széttagoltan szerveződik, és gyakorta ennek megfelelően is valósul meg. Mindemellett a kormányzati szintű kábítószerügy, és benne a prevenció politika mindig a szociálpolitikai ágazathoz – noha a vizsgált időszakban különböző

elnevezésű tárcákhoz (ISM, GyISM, ICsSzEM, SzCsM, SzMM) – kötődött, ami szintén alátámasztja a megelőzés „szociális” fejezetben történő tárgyalását.

A preventációs kiadások becslése annyiban eltér a már megismert módszerektől, hogy ezek döntően címkézett költségvetési kiadások, szerepelnek adott fejezet költségvetésében, esetükben elvileg különösebb számítási-becslési módszert nem kell alkalmaznunk. Többségük pedig közvetlenül és kizárólag drogproblémát céloz, így részarányok becslése sem szükséges. Mivel a terület finanszírozását döntően a szociális tárca fejezeti költségvetése foglalja magába, ezért érdemes a költségvetési törvényekben tervezett keretek és a zárszámadás szerint teljesített előirányzatok alakulását, trendjét megvizsgálni (vö. 2. sz. melléklet). (Zárójelben megjegyzendő, hogy ebben az alfejezetben csak az államháztartás központi költségvetési alrendszerének kiadásaival foglalkozunk, minthogy az egyes önkormányzatok preventációs célú kiadásai gyakorlatilag szinte felleltározhatatlanok, noha megvizsgálva egy-egy ellátó intézmény költségvetését, gyakran előfordulnak.)

A preventációs kiadásokon belül két típust különböztetünk meg, aszerint, hogy

- (a) programok vagy
- (b) intézmények

finanszírozására vonatkoznak-e.

*Ad (a):*

A központi költségvetésben allokált forrásokat döntően pályázati csatornákon keresztül osztották szét. Ezek alakulását az éves kábítószerügyi jelentésekben követhetjük nyomon. Megjegyzendő azonban, hogy a vizsgált időszakban gyakorlatilag nincs kettő azonos struktúrában készített adatszolgáltatás, ezért a hiányzó adatokat igyekeztünk más forrásokból pótolni. Ezek elsősorban az ún. „KAB pályázatok” lebonyolítását végző szervezetek (Mobilitás, ESZA Kht.) adatszolgáltatásából származnak. A tényleges kiadások meghatározásának egyik nehézsége, hogy a megítélt támogatások összege kevesebb a rendelkezésre álló/meghirdetett pályázati keretösszegnél. Sőt, a ténylegesen leszerződött összeg még ennél is kevesebb, aminek értéke a megvalósítás és a tényleges kifizetés során tovább csökken. Éves szintű és megbízható adatok csak a megítélt támogatási összegekről állnak rendelkezésre, ezek azonban magukban foglalják a naptári éven túli kifizetéseket is.

*Ad (b):*

A programfinanszírozás mellett számba vettük azon költségvetési intézmények finanszírozását, amelyek teljes drogprofilú intézmények, ill. szervezeti egységek. Két részjogkörű, nem önálló költségvetési szervet, ill. egy minisztériumi szervezeti egységet tekinthetünk teljesen drogprofilú, központi közigazgatásban szereplő intézménynek:

- Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI): a koordinációért felelős tárca szakmai, módszertani, kutatási feladatokat ellátó háttérintézménye, 2001-ben alapítva a Mobilitás részeként, majd 2007-től a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet részjogkörű költségvetési egysége.
- Nemzeti Drog Fókuszpont – Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ (NDF) 2004-ben alapítva, az ÁNTSZ Országos Epidemiológiai Központ részeként; a hazai kábítószerügyi adatgyűjtés szervezője.
- A kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium (ISM, GyISM, ICsSzEM, SZMM) szervezeti egysége, amely képviseli a Kormány drogpolitikai álláspontját. Elősegíti a nemzeti, illetve helyi szintű koordinációs mechanizmusok működését, a kereslet-, és kínálatcsökkentés területein zajló, illetve az ellátórendszer fejlesztését célzó programok megvalósulását.

Fentiekén túl pedig több olyan intézmény létezik, amelyek állandó feladatkörének csupán egy részét teszik ki drogmegelőzési feladatok:

- Magyar Honvédség Preventív Igazgatóság (MHPI): feladata a Magyar Honvédség személyi állományával összefüggő drogprevenciók tevékenység tervezése és szakmai irányítása.
- Országos Addiktológiai Intézet (OAI): adatgyűjtési, ellátás-szervezési és szakmai-módszertani feladatokat lát el.

## ÖSSZEGZÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

### AZ EGYES FUNKCIÓTERÜLETEKRE ESŐ KÖZKIADÁSI ÉRTÉKEK ÖSSZEGZÉSE

Az előző két fejezetben bemutatjuk a négy fő funkcióterületre eső KÖKK-értékekre vonatkozó becsléseket. A becslésekben rejlő bizonytalanság érzékeltetésére – ahol annak számítására mód nyílt – becslési intervallumokat alkalmaztunk. A továbbiakban azonban az egyszerűbb kezelhetőség végett a becsült intervallumokon belül legvalószínűbbnek tűnő értékekre vonatkozó pontbecslésekkel dolgozunk tovább. Ezen pontbecsléseket a 11. táblázat mutatja be.

A továbbiakban e számokat két szempontból értékeljük. Az itt következő alfejezetben azok időbeli alakulását vizsgáljuk, míg a következőben nemzetközi összehasonlító kontextusban értelmezzük az eredményeket.



10. táblázat. A kutatási és prevenció célú közkiadások alakulása. Forrás: www.gyism.gov.hu (2000, 2003), www.szmm.gov.hu (2005, 2007)

II: Kutatás és prevenció	2000	2003	2005	2007
Információs kiadványok, médiaesemények (KAB-KF, KAB-KA, KAB-MA, KAB-KOM)	36	75	28	25
Képzés, kortársképzés, továbbképzés (KAB-PE, KABKP, KAB-KS, KAB-SZ)	67	50	38	35
Iskolai integrált drogprevenció (KAB-IPP)	220	279	160	160
Kutatások (KAB-KT)	18	20	31	35
Komplex drogmegelőzési programok (KAB-ES, KABPR)	36	45	37	167
Egyedi támogatások	201	252	65	119
Helyi kábítószerügyi koordináció (KEF intézményfejlesztés, KAB-KEF)	30	73	75	64
Központi kábítószerügyi koordináció (KKB működési támogatás és társtárcaiknak átadott, ill. egyéb költségek)	–	683	17	56
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet feladatainak támogatása	–	125	152	220
<i>Preventív KÖKK programfinanszírozás</i>	<i>608</i>	<i>1601</i>	<i>603</i>	<i>882</i>
NDI	–	45	51	43
NDF	–	–	30	35
Kábítószerügyért felelős minisztériumi szervezeti egység	48	147	110	61
MH PI	n.a.	n.a.	n.a.	12
OAI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
<i>Preventív KÖKK intézményfinanszírozás</i>	<i>48</i>	<i>192</i>	<i>191</i>	<i>151</i>
<b>Prevenció és kutatás, összesen</b>	<b>656</b>	<b>1793</b>	<b>794</b>	<b>1033</b>

11. táblázat. A KÖKK nagysága fő funkciócsoportok szerint (pontbecslés, folyó áron)

Funkció	2000*	2003	2005	2007
Büntetőjogi üldözés	3 892	5 421	8 748	7 382
Kezelés	704	846	1 256	1 019
Ártalomcsökkentés és egyéb szoc. ell.	88	137	362	376
Kutatás és prevenció	656	1 793	794	1 033
<b>Összesen</b>	<b>5 340</b>	<b>8 197</b>	<b>11 160</b>	<b>9 810</b>

\* Az egészségügyi kezelés 2000. évre vonatkozó adatcellájában – a kutatás eredményeként kapott, nagymértékben pontatlan érték helyett – becslést (extrapolált) adat: a 2003-as kiadásoknak 2000-es árakra deflált értéke szerepel.

## A KÖKK IDŐBELI ALAKULÁSA

A 12. táblázat két vonatkozásában nyújt bepillantást a kábítószer-politika időbeli alakulásába:

- (a) a felső részben a négy fő részterületnek a teljes összkiadáson belüli részesedését,
- (b) az alsó részben pedig az egyes részterületekre költött közpénzek nagyságának időbeli változását

követhetjük nyomon. Ez utóbbi adatok – az infláció hatásának kiküszöbölése végett – összehasonlító árakra átszámított kiadási értékeken alapulnak (vagyis a százalékos változások nem a nominál-, hanem a reálértéken számított kiadásokra vonatkoznak<sup>9)</sup>).

12. táblázat. A kábítószer-politika időbeli alakulása a kiadási szerkezet tükrében

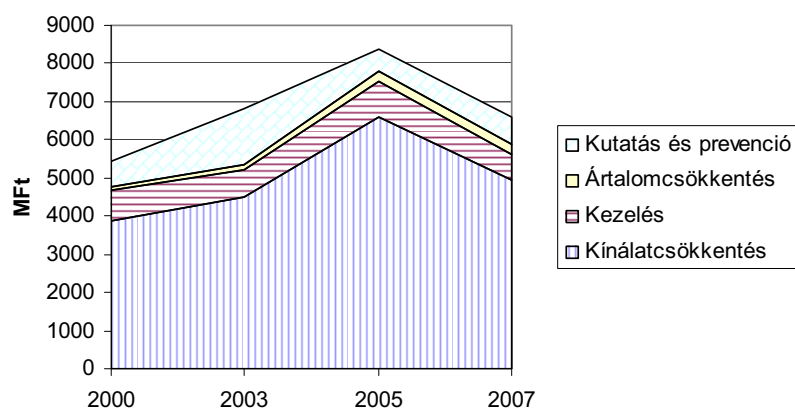
Funkció	2000*	2003	2005	2007
<b>I. Belső arányok</b>				
Büntetőjogi üldözés	73%	66%	78%	75%
Kezelés	13%	10%	11%	10%
Ártalomcsökkentés	2%	2%	3%	4%
Kutatás és prevenció	12%	22%	7%	11%
<b>Összesen</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>II. Az egyes KÖKK-csoportok abszolút nagyságának változása (összehasonlító áron, 2000 = 100%)</b>				
Büntetőjogi üldözés	–	116%	169%	127%
Kezelés	–	100%	134%	97%
Ártalomcsökkentés	–	130%	311%	287%
Kutatás és prevenció	–	227%	91%	106%
<b>Összesen</b>	<b>–</b>	<b>128%</b>	<b>157%</b>	<b>123%</b>

\* Az egészségügyi kezelés 2000. évre vonatkozó adatcellájában – a kutatás eredményeként kapott, nagymértékben pontatlan érték helyett – becslült (extrapolált) adat: a 2003-as kiadásoknak 2000-es árakra deflált értéke szerepel.

Annak érdekében, hogy az egyes kiadási elemek abszolút nagyságai és ezek időbeli változásai is nyomon követhetők legyenek, a funkciócsoportok szerinti kiadási adatokat 2000-es, összehasonlító áron is közöljük.

<sup>9)</sup> Némi leegyszerűsítéssel – mivel végső felhasználás jellegű kiadásokról lévén szó – a felhasznált deflációs rátákat a KSH által évente publikált fogyasztói árindexek alapján számítottuk.

1. ábra. A KÖKK funkciók szerint megbontott reálértékeinek alakulása 2000–2007 között (2000. évi összehasonlító áron)



Visszatérve most már az alfejezet elején feltett két kérdéshez, a fenti adatok tükrében ezekre az alábbi válaszok fogalmazhatók meg:

*Ad (a):*

Ami az előbbi kérdést illeti, a két elsőként kínálkozó megállapításként (i) a büntetőjogi üldözés túlnyomó – a teljes időszakban  $2/3$  és  $3/4$  között ingadozó – súlya, valamint (ii) a kábítószer-politika belső szerkezeti arányainak tekintetében a határozott változási trendek hiánya fogalmazható meg. A négyből mindössze egy területen: az ártalomcsökkentés tekintetében figyelhető meg egyirányú, monoton trend. Ezen – egyébként a legkisebb súlyú – részterület részesedése a vizsgált időszakban nagyjából folyamatosan és egyenletesen nőtt, aminek eredményeként az az időszak végére a kezdeti 3%-ról annak duplájára nőtt. (Ne felejtjük el ugyanakkor, hogy ez a tétel bizonyos mértékű kezelési/*treatment* költséget is magába foglal; tehát az ártalomcsökkentés tényleges súlya ezen értékeknél minden bizonnyal kisebb.)

Az orvosi kezelés részesedése többé-kevésbé állandónak tűnik; csupán a kezdeti, 2000. év tekintetében találunk a „szokásos” értéknél 3-4 százalékponttal magasabb részesedést, erre a körülményre azonban – az éppen a 2000. év OEP-adataival kapcsolatos bizonytalanság miatt – nem érdemes túlságosan komoly következtetéseket alapozni.

Végül a maradék két részterület – büntetőjogi üldözés, illetve prevenció – pedig érdekes, reciprok kapcsolatban van egymással. Mindkettő a 2003. évben éri el egyik, míg a 2005-ös időszakban a másik (ellenkező előjelű) szélső értékét. Az ilyen jellegű, egy-egy év adataiban megjelenő változások interpretálása meglehetősen kockázatos feladat, hiszen számos egyedi, nem ismert vagy nem azonosított

tényező is létrehozhatja azokat. Ezek között mindenképp ott van az az egyszerű algebrai körülmény is, hogy a bármelyik KÖKK-komponens növekedése, egyéb körülmények változatlansága esetén, az összes többi részarányának csökkenésével fog járni.

Pusztán hipotézisként megfogalmazható azonban egy olyan, tartalmi jellegű magyarázat is, hogy a büntetőpolitikai kiadásainak 2003-as csökkenése az elterelés intézményének az év tavaszán történt (újra)bevezetésének, illetve kiszélesítésének tulajdonítható; a 2005-ös növekedés pedig a 2004. decemberi, az elterelés lehetőségét újra szűkebbre szabó alkotmánybírósági döntés következménye.

A prevenció, illetve kutatási célú közkiadások arányának 2003-as megugrása ennél egyértelműbben magyarázható: a „kicsúcsosodó” érték nagyrészt a központi kábítószerügyi koordináció más tárcáknak átadott eszközeinek az évi, kiugróan magas összegéből adódik, ami az ezt követő megfigyelési időszakban visszaállt egy jóval alacsonyabb, nagyjából állandó értékre.

*Ad (b):*

A táblázat alsó részében található számok az egyes részterületekre fordított költségvetési eszközök reálértékének időbeli változását mutatják. Összességében – vagyis a teljes KÖKK tekintetében – elmondható, hogy a kiadások 2000-től 2005-ig reálértéken is jelentős ütemben nőttek; ezen időszak végére a kezdetinél mintegy 50%-kal magasabb reálértéket képviselve. 2005 és 2007 között ez a trend éles fordulatot vett: a kiadások reálértéken ötödükkel csökkentek, és visszaálltak a 2003-as szintre. Ez a tendencia jól illeszkedik a 2006-os választások óta követett, a közszféra és a közkiadások leépítését-visszaszorítását célzó kormányzati politika egyéb területeken is megjelenő trendjéhez.

Ez a fordított „U” betűhöz hasonló mintázat a négyből három részterület esetében „egyéni” is megjelenik. Pusztán az ártalomcsökkentési célú kiadások esetében tapasztalható ennek hiánya, ahol a reál-kiadások konstans növekedését tapasztalhatjuk, aminek eredményeként az időszak végére a kezdeti érték háromszorosa jelenik meg kiadásként.

A büntetőpolitikai és az egészségügyi kezelés költségei esetében a 2007-es kiadások mintegy 30%-kal haladták meg a kiinduló szintet, míg a prevenció és kutatási célú kiadások 2007-es értéke éppen, hogy elérte a kiinduló szintet (miután 2005-ben még annál is 25%-kal lejjebb csúszott).

#### NEMZETKÖZI ÖSSZEHOSONLÍTÁS

A kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások átfogó (országos szintű és a kábítószer-politika valamennyi főbb szegmensére kiterjedő) vizsgálata meglehetősen új

kutatási terület. Ezzel kapcsolatos empirikus eredmények még a legelőrehaladottabb kutatási gyakorlattal bíró észak-amerikai országokban (USA, Kanada) is csak a kilencvenes évek második fele óta állnak rendelkezésre, Európában pedig – az EMCDDA 2006-os adatgyűjtésének eredménye szerint – még egy évtizeddel később is mindössze hat országból állnak rendelkezésre ilyen jellegű adatok (Magyarországon kívül Anglia, Belgium, Finnország, Hollandia és Svédország tekintetében; Hajnal, 2006, EMCDDA, 2007). Ezen adatok minősége, megbízhatósága, és – nem utolsósorban – összehasonlíthatósága tekintetében természetesen vethetők föl kételyek. Hasonlóképpen korlátozza a levonható következtetések körét és erejét az a körülmény, hogy a rendelkezésre álló, európai összehasonlító adatok, szemben a magyar adatokkal, egy időpontra (2005-re) vonatkoznak, vagyis nem nyújtanak bepillantást a KÖKK-kel kapcsolatos változási trendekbe.

Mindemellett, éppen a téma újszerűsége miatt, jelenleg egyszerűen nincs észszerű alternatívája ezen adatok összehasonlító célú felhasználásának. Eközben persze figyelemmel kell lenni az adatokban – így pl. a KÖKK fogalmi értelmezése és empirikus operacionalizálása tekintetében fennálló különbségekből adódó – esetleges torzítások veszélyére is.

Az alábbiakban két tekintetben:

(a) kereslet- és kínálatcsökkentés közötti arányok, valamint

(b) a kábítószer-politika egészének a kormányzati közpolitikák betöltött relatív súlya

tekintetében tesszük a magyar kábítószer-politikát nemzetközi összehasonlítás tárgyává.

*Ad (a):*

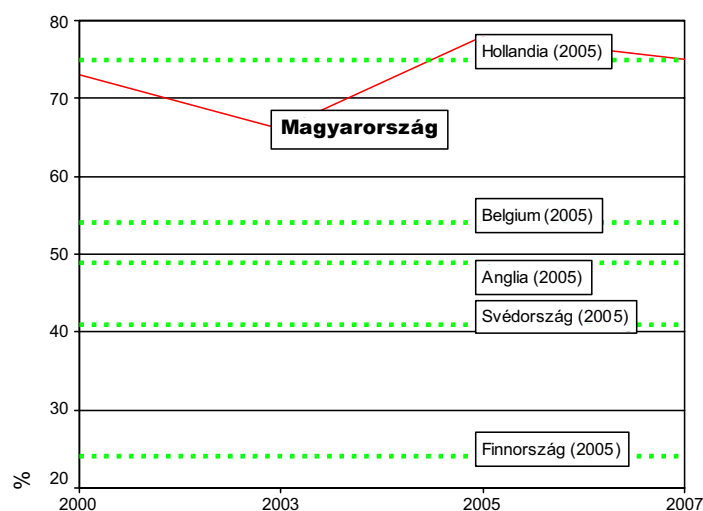
A kábítószer mint társadalmi probléma értelmezésének és – az ezen értelmezésen nyugvó – állami kezelésének mélyén rejlő etikai, társadalomfilozófiai és tudományos érvek és álláspontok viszonylag jól leírhatók egy olyan képzeletbeli dimenzió mentén, amelynek egyik végpontjában a kábítószer(fogyasztás) rendészeti-büntetőjogi, másik végpontjában pedig annak egészségügyi/szociális és mentálhigiénés jelenségként történő értelmezése áll. A legtöbb (európai) ország kábítószer-politikája e két értelmezés között próbál egyensúlyozni. A mindenkori egyensúlyi állapot azonban – egy sor kontextuális tényező függvényében – országonként más és más pontban alakult ki, illetve az idő előrehaladtával más és más irányokba mozdul el.

A kábítószer-politika paradigmaticus alapjainak egy igen jó – a valóságot a közpolitikai nyilatkozatoknál és stratégiáknak vagy a jogszabály-preambulumoknál több tekintetben jobban tükröző – indikátora a KÖKK belső arányain alapul. A KÖKK-elemek e kutatásban is alkalmazott funkcionális osztályozása ugyanis lehetővé teszi a kábítószerrel egyfelől büntetőpolitikai, illetve másfelől egészségügyi és pszichoszociális jelenségként kezelő közpolitikai komponensek, valamint a hoz-

zájuk rendelhető költségelemek különválasztását és összehasonlítását (ahol is az előbbi kategóriának a KÖKK „büntetőjogi üldözés”, az utóbbi kategóriának pedig a másik három – „egészségügyi kezelés”, „ártalomcsökkentés”, valamint „kutató és prevenció” – kategóriája feleltethető meg).

A 2. ábra a büntetőpolitikai jellegű közkiadások teljes KÖKK-ön belüli részesedésének alakulását mutatja.

2. ábra. A büntetőpolitika KÖKK-ön belüli részesedése (i) Magyarországon 2000–2007 között, valamint (ii) néhány európai országban 2005-ben



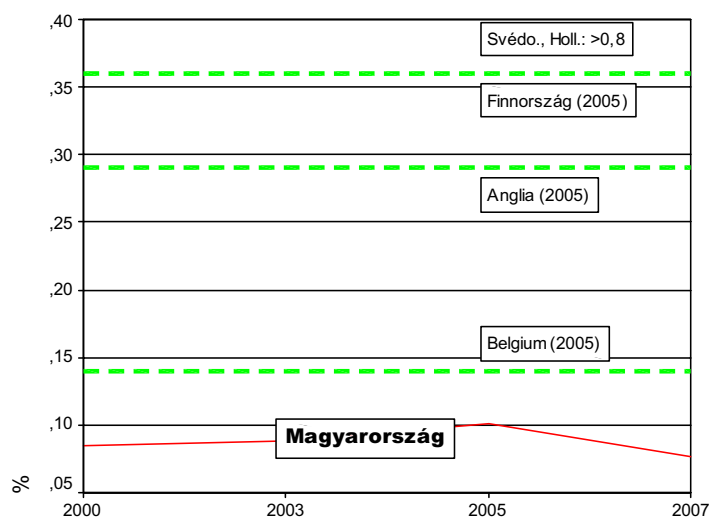
Az ábrából közvetlenül két megállapítás adódik.

- Az egyik a vizsgált változó időbeli alakulásával kapcsolatos: úgy tűnik, hogy 2003 és 2005 között egy, a büntetőpolitika gyakorlati súlyát felértékelő fordulat zajlott le a magyar kábítószer-politikában. Noha 2005-öt követően némileg csökkent a büntetőpolitikára jutó közkiadások aránya, az még így is jóval a 2000–2003-as időszakot jellemző értékek fölött van.
- A másik megállapítás a jelenség területi-nemzetközi mintázatára vonatkozik. A vizsgált változó értéke a teljes időszakban a 66–78% közötti intervallumban mozgott; ezen belül az utolsó két vizsgált évben a 75%-os érték környezetében. Ez nagyságrendileg 1,5-3-szorosa a (KÖKK-adatokkal rendelkező) négy európai országban tapasztalható értéknek; egyedül Hollandia esetében tapasztalhatunk a magyarhoz hasonló értéket.

*Ad (b):*

A nemzetközi és időbeli összevetés másik kínálkozó terepe a KÖKK-nek a kormányzati összkiadásokon belül elfoglalt részaránya; ez a változó ugyanis a kábítószer-probléma súlyának, fontosságának – ismét csak nem a közpolitikai dokumentumokban és jogszabályokban, hanem a közpolitikai gyakorlat mindennapjaiban megnyilvánuló – kormányzati értékelését tükrözi. Az erre vonatkozó adatokat a 3. ábra mutatja (a nemzetközi adatok itt is a 2005-ös évre vonatkoznak).

3. ábra. A KÖKK részesedése a kormányzati összkiadásból Magyarországon 2000–2007 között, valamint néhány európai országban a 2005. évben<sup>10</sup>



A magyar kábítószer-politika időbeli alakulásával kapcsolatban elmondható, hogy – amint azt részben már az előző alfejezetben közölt adatok is valószínűsítették – a kábítószer-politika relatív súlya 2005-ig szerény mértékben, de nőtt. Ezt követően azonban lényegesen csökkent, és 2007-re – mindössze két év alatt – minimális mértékben ugyan, de a 2000. évi érték alá csökkent.

Ami a nemzetközi összevetést illeti, az ábrán jól látszik, hogy a kábítószerre mint társadalmi problémára fordított kormányzati „figyelem” – amennyiben azt pénzügyi ráfordításban mérjük – az Európában jellemző értékek fele és tizede között ingadozik; hozzánk legközelebb e tekintetben Belgium, míg legmesszebb Hollandia és Svédország áll.

<sup>10</sup> A magyar kormányzati összkiadásokra vonatkozó adatok forrása az EUROSTAT (2008) p. 23

E megállapítás interpretálása jelentős mértékben kilógna a jelen kutatás kereteiből; célszerű azonban figyelemmel lenni arra, hogy a közkiadások kiadási szerkezetét a politikai döntéshozók közpolitikai preferenciáin kívül számos egyéb tényező is – többek között a szóban forgó probléma tényleges és érzékelt súlya, valamint az általános társadalmi-gazdasági kontextus és a költségvetési politika ebből adódó behatároltsága is – lényegesen befolyásolja, illetve korlátozza.

#### HIVATKOZÁSOK

- Cohen, Mark A. (1999): Alcohol, drugs and crime: Is 'crime' really one-third of the problem? *Addiction* 94:5 pp. 641–647.
- European Commission (2008): Government finance statistics – Summary tables 1/2008, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Forrai, Erzsébet (2005): *A szenvedélybetegek szociális szakellátását nyújtó intézmények kábítószerfüggőséggel küzdő igénybevevőiről*, Budapest: NCSZSI.
- Hajnal, György (2005): A kábítószer-problémával összefüggő költségvetési kiadások meghatározása: alapkérdések, módszertani problémák, fejlődési irányok az uniós tapasztalatok tükrében, Budapest: nem publikált kutatási jelentés.
- Hajnal, György (2006): A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2005-ben, Budapest: nem publikált kutatási jelentés.
- Hajnal, György (2008): *Adalékok a magyarországi közpolitika kudarcaiboz*, Budapest: KSZK.
- Harwood, Henrick J. and et al. (1999): Economic cost of alcohol and drug abuse in the United States, 1992: a report, *Addiction* 94:5 pp. 631–635.
- HVG-Orac (2005): Az Országok Igazságszolgáltatási Tanács elnökének tájékoztatója a bíróságok általános helyzetéről és az OIT igazgatási tevékenységéről, Budapest: HVG-Orac.
- EMCCDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2007): *Annual report 2007: The state of the drugs problem in Europe*, Lisboa: EMCCDA.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2003): Public spending on drugs in the European Union during the 1990s, Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2004): *Public expenditure on drugs in the European Union 2000–2003*, Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Kleiman, Mark A.R. (1999): Economic cost measurements, damage minimization and drug abuse control policy, *Addiction* 94:5 pp. 638–641.
- Kopp, Pierre (1999): Economic cost calculation and drug policy evaluation, *Addiction* 94:5 pp. 641–644.



- Reuter, Peter (2004): *Developing a framework for estimating government drug policy expenditures*, Lisboa: EMCDDA.
- Reuter, Peter (1999): Are calculations of economic costs of drug abuse either possible or useful? *Addiction* 94:5 pp. 635–638.
- Ritter, Ildikó (2001): *A kábítószer-fogyasztás és az azzal összefüggő bűncselekmények társadalmi költségei*, Budapest: Országos Kriminológiai Intézet.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2003): *The ADSS Cost Study: Costs of Substance Abuse Treatment in the Specialty Sector*, Rockville, MD: SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration).
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2005): *National Expenditures for Mental Health Services and Substance Abuse Treatment 1991–2001*, Rockville, MD: SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration).
- UNDCP (United Nations International Drug Control Programme) (2003): *Investing in Drug Abuse Treatment. A Discussion Paper For Policy Makers*, Vienna: UNDCP (United Nations International Drug Control Programme).



# A NEMZETI STRATÉGIA VIZSGÁLATA NÉHÁNY SZAKPOLITIKAI-ÁLLAMIGAZGATÁSI TÍPUSÚ MUTATÓ MENTÉN

TOPOLÁNSZKY ÁKOS<sup>1</sup>

## BEVEZETÉS

A *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című dokumentum,<sup>2</sup> stratégiai program a monitorozás és az értékelés mutatóit és eszközeit is meghatározta, melyről e kötet első fejezetében lehet részletesebben olvasni.<sup>3</sup> Általában a pillércélokhoz kötött cselekvésekre vonatkozóan fogalmazódnak meg indikátorok, és ezekhez kapcsolódnak utána az értékelési igények és szükségletek is. A NS azonban elvárásokat fogalmaz meg a politikai döntéshozók, valamint a közigazgatási szakapparátus irányában is. A NS 2. fejezetében megfogalmazza, hogy a kormány „céljai megvalósítása érdekében újrászabályozta a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működésének kereteit, mely így eleget tesz a nemzetközi és a szakmai ajánlásoknak:

- *magas politikai szintet határozott meg a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működtetésére* (elnök: ifjúsági és sportminiszter; társelnök: egészségügyi miniszter; titkár: Ifjúsági és Sportminisztérium kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkára), ezzel közvetlenül képes érvényt szerezni döntéseinek,
- a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság tevékenységének elősegítése érdekében *ágazati infrastruktúrát hozott létre*, illetve biztosított az Ifjúsági és Sportminisztériumon belül,
- a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság zavartalan működtetésére *költségvetési forrásokat biztosít* (NS, 2001, 10-11. o.)”.

Számos más helyen is előkerül a szükséges mértékű forrás biztosításának követelménye, így a monitorozás eredményességi mutatói között is. Egy példa: a „pénzügyi ráfordítások és a nemzetközi források a szükségletek arányában növekszenek (6.4.4. Kínálatcsökkentés).

---

<sup>1</sup> A fejezet szerzője 1999 és 2003 között a kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkár volt, majd később is a magyarországi drogpolitika műhelyeihez közel dolgozott. Ezért felvállalja, hogy egyrészt szubjektív szemlélője a folyamatoknak, másrészt számos olyan információval is bír, melyek a folyamatok mélyebb megértéséhez is hozzásegíthetnek.

<sup>2</sup> 96/2000. (XII.5) OGY határozat, *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására*. (2001). Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

<sup>3</sup> A magyarországi drogpolitika keretei és a Nemzeti Stratégia.

A koordinációval kapcsolatos elvárások még nagyobb számban kerülnek elének a NS dokumentumában, érthető módon: „a kormányzati szintű kábítószerügyi koordináció fejlesztésére [a Magyar Köztársaság – T.Á.] különösen nagy gondot fordít”. Mindezek alapján indokoltnak tűnik, hogy megvizsgáljunk három olyan, részben szakpolitikai, részben közigazgatási-államigazgatási területet, amelyek a felvetett kérdések értékelésére alkalmasak lehetnek. Ezek a következők: A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működése, hatásköre, szerkezete és a NS időtávja keretében történt módosulások; a NS megvalósításának operacionalizálását elvégezni hivatott kormányhatározatok elemzése; valamint a címkézettlen rendelkezésre álló költségvetési források hosszmetzeti vizsgálata. A három mutató együttesen megközelítő képet nyújthat a NS megvalósítása mögötti politikai-szervezeti akarat mértékéről, illetve arról a társadalmi-politikai térről, melyben az megvalósult.

#### A KÁBÍTÓSZERÜGYI KOORDINÁCIÓS BIZOTTSÁG ÉS A KOORDINÁCIÓ

A kábítószer-jelenség állami eszközökkel való kezelésének egyik legfontosabb eszköze a koordináció, melynek meglétére, struktúráinak kialakítására és megfelelő hatékonyság melletti működtetésére mind az ENSZ, mind az EU megfelelő dokumentumai felhívják a figyelmet. Az egyeztetés ebben az értelemben a „drogproblémára adott válaszokat alkotó különböző elemek összeegyeztetésének és integrációjának feladata, a tevékenység harmonizációjának és növekvő hatékonyságának, hatássonosságának és eredményességének középpontba állításával” (Ballotta, D’Arrigo, 2002). Számos formában valósulhat meg, de bizonyosan igen sok aktort, és azok tevékenységét fogja össze.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság a kormány legfontosabb döntés-előkészítő, tanácsadó és koordinatív szerve a kábítószer-politika területén. Ilyen testületek működését nemzetközi egyezmények, uniós direktívák és szakmai elvárások teszik szükségessé. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság létrehozásáról rendelkező 1039/1998. (III. 31.) Korm. határozat értelmében a KKB rendes és szakbizottságainak ülésein történik a stratégiai és ellenőrzési feladatok ellátása a kábítószer-ellenes kormányzati és szakmai tevékenység minden területére kiterjedően. Az eredeti, 1998-as jogszabály a bizottság feladataként határozta meg a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia kialakítását is, majd elfogadását követően a végrehajtásának folyamatos ellenőrzését, egyben megállapítja, hogy a kihirdetéssel „egyidejűleg a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság felállításáról szóló 1013/1991. (II. 28.) Korm. határozat hatályát veszti”. A kormányhatározat a következő években számos alkalommal módosult, leginkább a minisztériumi struktúrában történt változások átvezetése okán (1082/1999. (VII. 16.), 1035/2003. (IV.24.).

## A KÁBÍTÓSZERÜGYI KOORDINÁCIÓS BIZOTTSÁGRÓL SZÓLÓ KORMÁNYHATÁROZATOK

A jelenleg érvényben lévő (102/2007. (I.18). Korm.hat) a hazai kábítószer-jelenséggel kapcsolatos koordinációs csúciszerv kereteit meghatározni hivatott határozat megállapítja: „A Kormány a hazai kábítószerhelyzet alakulására, a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság működésének tapasztalataira, továbbá az Országgyűlés 125/1997. (XII. 18.) OGY határozatában foglaltakra figyelemmel a 1039/1998. (III.31.) Korm. határozattal Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságot hozott létre”. A bizottság átalakításáról a KKB-ról szóló 1002/2007. (I.18) Korm. Határozat rendelkezik, 2. pontja állapítja meg a Bizottság feladatait az alábbiak szerint:

„a) összehangolja a minisztériumok, országos hatáskörű szervek kábítószerüggyel kapcsolatos tevékenységét;

b) folyamatosan ellenőrzi a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program, valamint az Európai Unió drogstratégiájának nemzeti hatáskörbe utalt feladatai végrehajtását;

c) javaslatokat dolgoz ki a kábítószer-probléma kezelése céljára rendelkezésre álló erőforrások felhasználására;

d) kezdeményezi a kábítószerügyet érintő jogszabályok megalkotását, illetve véleményezi a kábítószerügyet érintő jogszabályok, állami irányítás egyéb jogi eszközei és egyéb kormányzati intézkedések tervezetét;

e) összehangolja a nemzetközi egyezményekből és az európai uniós tagállami működésből fakadó, a kábítószerügy területét érintő feladatok végrehajtását;

f) a külön határozatban foglalt szempontrendszer alapján évenként tájékoztatja a kormányt a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatok megvalósulásáról;

g) kezdeményezi és összehangolja a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében szükséges megelőző, felvilágosító, kezelő, kereslet- és kínálatcsökkentő programokat;

h) a kábítószer-probléma hatékony kezelése érdekében rendszeresen kapcsolatot tart a nem kormányzati szervezetekkel.”

Megállapítható, hogy a bizottság feladatstruktúrája (felhatalmazottságai) gyakorlatilag nem változtak, tehát ugyanazokban a kérdésekben járhat el és kérhető számon (a kormányzattól és a szakmai közösségtől egyaránt) ma, mint az 1998-as alakulásakor. A kormányhatározat kettős elnökséget határoz meg, ahol a bizottság elnöke a koordinációért felelős mindenkor tárca minisztere, társelnöke pedig az egészségügyi (és szociális) miniszter. Ez a kettős vezetési kompetencia elvi értelemben jó megoldás volt a kábítószerkérdés stratégiai működtetésének multidiszciplináris és interszektoriális szemlélete megjelenítésére, és sokszor a gyakorlatban is hatékony tudott lenni. Két okból azonban problémák keletkeztek. Egyrészt a bizottság

munkája a kettős vezetés formális rendszere ellenére sem volt kiegyenlített, az ülések előkészítésében, a többi tárccával kapcsolatos koordinációs tevékenységből szükségszerűen fakadó súrlódások szervezeti és politikai terheinek elhordozásában nem volt egyenlő a szerepvállalás. Másrészt érezhetőek voltak kompetencia viták (elsősorban az elnökséget adó két vezető tárca között), melyek néha manifeszt módon is jelentkeztek, pl. a 2002 végén történt plusz források biztosítása kérdésében egymást gyengítő, egymással versengő álláspontjaik okán.

A kormányhatározat meghatározása szerint „a Bizottság szükség szerint, de évente legalább négy alkalommal tart ülést”.

A bizottság feladataival és működésével kapcsolatos szervezési és adminisztratív teendőket a bizottság titkársága látja el. A titkárság vezetője a stratégia megvalósításának első éveiben a koordinációért felelős tárca helyettes államtitkára, majd miniszteri biztosa, miniszteri megbízottja volt, végül „a Bizottság elnöke által kijelölt személy, aki tanácskozási joggal vesz részt a Bizottság ülésein” (1002/2007. Korm. határozat).

A bizottság munkáját szabályozó jogszabály összesen nyolc alkalommal módosult a vizsgált periódus alatt. A módosulások egyrészt különböző kényszerű szervezeti átalakulások (minisztériumok átnevezése, összevonása, átalakítása, a szervezeti viszonyok változásával, a nemzeti koordinátor szervezeten belüli pozíciója és pozícionálása), másrészt a terület politikai jelentőségének az összkormányzati rendszeren belüli módosulásával indokolhatóak. Kezdetben a bizottságnak 16 szavazati joggal bíró tagja volt, majd ez jelentősen megváltozott a bizottság struktúrájának 2007-ben történt módosításával. Jelenleg 10 állandó, 9 eseti és 10 szakértő tagja van a bizottságnak. Az utóbbiak szavazati joggal nem bírnak, és csak a releváns napirendi pontok megtárgyalásához kapnak meghívást. Az állandó tagok közül hat kormányzati szervezet képvisel (SzMM /elnök/, EüM /társelnök/, IRM, OKM, ÖTM, PM), a többiek pedig „/f) a kábítószerügyi koordináció stratégiai területeit képviselő nem kormányzati szervezetek által – a 15–18. pontok szerint – delegált négy fő”.

A bizottság szakbizottságokat (albizottságokat) működtet, melyeknek száma kezdetben tíz volt, majd egyes nem működő bizottságok felszámolásával hétre csökkent, illetve megkezdte munkáját 2005-ben a Nemzetközi szakbizottság. A 2004. január 1-től hatályos módosítás pedig „az Európai Unió Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja magyar Nemzeti Kábítószer Adatszolgáltató és Kapcsolattartó Központja (a továbbiakban: Központ) tevékenységének folyamatos figyelemmel kísérése érdekében albizottság” felállítását rendelte el. Ez az utóbbi pont azonban a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságról szóló 1002/2007. (I. 18.) Korm. Határozat szövegéből már kimaradt, és a feladatok felsorolásába (2. pont) sem került be. A központ képviselője a jelenlegi struktúrában a bizottság szakértő, szavazati joggal nem bíró tagja.

## A CIVIL-SZAKMAI TAGOK

Ez az utóbbi jogszabály-módosítás<sup>4</sup> a bizottság struktúrájának lényegi változását eredményezte, egyben jelentős és példamutató megoldást teremtett, melyre világszerte is kevés példa van. Megteremtette ugyanis a nem kormányzati oldal közvetlen képviselét, és arra ad alkalmat, hogy a civil-szakmai szervezetek által demokratikus választási és döntési folyamat keretében kijelölt képviselők teljes szavazati joggal részt vehessenek a kormányzati munka értékelésében, szakértelmükkel pedig direkt módon befolyásolják a bizottság véleményezési és döntés-előkészítési tevékenységét. A koordinációt felügyelő államtitkár véleménye szerint a civil-szakmai képviselők munkájával a bizottság tevékenysége színesebb és intenzívebb lett. A megválasztott szakemberek<sup>5</sup> a KKB munkájának széles szakmai nyilvánosságot is biztosítanak, hiszen az előterjesztéseket megnyitják a szakmai nyilvánosság számára véleményezésre, ugyanakkor a szakmai terület szempontjait, megfontolásait és érdekeit is beviszik a bizottság elé. Ez a megoldás – hosszú távon mindenképpen – a kormányzati szintű beavatkozások és szakpolitikák megalapozottságát és konszenzuális jellegét növelheti.

Megállapítható, hogy a jelenlegi struktúra nem tette ugyanakkor egyszerűbbé a bizottság szerkezetét, sem a döntéshozatali folyamatokat nem rövidítette le. A tényleges (állandó és eseti) tagok száma nem csökkent (ahogy az átalakítás indoka szót), sőt növekedett 15-16-ról 19-re. Ugyanakkor feszültségeket is indukál például a kínálatcsökkentési oldal alulreprezentáltságával a teljes szavazati joggal bírók körében (ez a pillér csak a felügyeletet ellátó IRM által jut képviselőhöz az állandó tagok között).<sup>6</sup> Ugyancsak képes feszültségeket okozni a nem kormányzati képviselők tevékenysége, akik szükségszerűen kevésbé közigazgatás konform, és a tárcák egymás közötti kapcsolatrendszerét, működési kultúráját és érdekviszonyait kevésbé figyelembe vevő módon járnak el. Kétségtelen azonban, hogy a módosítás a teljes szavazati joggal bíró képviselők számát lecsökkentette, és a kormányzati munka független szakértői felügyeletét nagymértékben biztosította.

<sup>4</sup> 1002/2007. (I. 18.) Korm. Határozat.

<sup>5</sup> Gondi János, Sárosi Péter, dr. Személyácz János, Topolánszky Ákos. Ugyancsak őket erősítette meg a civilek választása 2009. január 21-én a következő két évre.

<sup>6</sup> Ugyanakkor az eseti tagok között megtalálható a HM, a BVOP, az ORFK és a VPOP képviselője.

## AZ ÜGYRENDEK

A kormányhatározatok megállapítják, hogy a „Bizottság és a Titkárság működésének részletes szabályait a Bizottság által elfogadott ügyrend tartalmazza”. A bizottság működését a kormányhatározat, illetve annak módosított szövegei alapozzák meg, a tevékenység finomhangolását ugyanakkor az ügyrendek végzik el. Összesen – a már fentebb részletezett okok következtében – hét ügyrend elfogadására került sor a NS időtávjában, melyek azonban jellemzően nem lényegi módosításokat jelentettek. Ezek a dokumentumok meghatározzák többek között az összehívás, az elnöklés, a döntési folyamatok szabályozásának kérdéseit.

## A BIZOTTSÁG MUNKÁJÁNAK ISMERTETÉSE

*Képviselési szint a bizottságban*

Megfigyelhető, hogy a tárgyalt periódusban a tárcaképviselések egyre lejjebb csúsztak (Elekes, 2009, Sárosi, 2007). A kezdeti időszakban jellemzően miniszter vezette a bizottsági üléseket, gyakran mind a két elnök-miniszter megjelent, és a bizottság többi tagjai – a kormányhatározat akkori szövegének megfelelően – felső vezetői körből kerültek ki. Később azonban a képviselési kompetencia egyre lejjebb tevődött át, és sok esetben mindenfajta döntéshozói felelősséggel fel nem ruházott, szakértői, vagy alsó-középvezető köztisztviselőkkel voltak jelen a tárcák.

2002-ben például (akkor még név szerint kellett delegálnia a tárcáknak) két miniszter, két államtitkár, öt helyettes államtitkár, egy főigazgató, két főosztályvezető, egy kollégiumvezető (Legfelsőbb Bíróság), egy osztályvezető (Legfőbb Ügyészség) és egy vezérőrnagy (VPOP helyettes vezetője) volt rendszeresen jelen. A delegálási szint tehát meglehetősen magas volt, a legtöbb esetben az „állásfoglalásra való feljogosultság” fennállásához nem fért kétség.

Később azonban fokozatosan egyre alacsonyabb közigazgatási szintet képviselők vettek részt a bizottság munkájában. A bizottság ülésein miniszter alig-alig jelent meg a periódus vége felé, vagy csak rövid időre. A bizottság üléseinek vezetését jellemzően államtitkár látta el, akik a bizottság üléseinek sem minden esetben a teljes idejében, hanem annak csak egy részén vettek részt. Sokszor maga a titkár vezette le az üléseket. Ez az alacsonyabb képviselési szint egyrészt azt jelentette, hogy az adott szakterülettel közvetlenül foglalkozók jelentek meg, akiknek szakmai kompetenciája közvetlenebbül kapcsolódott a bizottsági témákhoz, másrészt azonban azt is jelentette, hogy a résztvevők egyre inkább voltak kénytelenek arra hivatkozni, hogy az adott kérdésben, melyben megszólítottak, közvetlenül nem kompetensek állásfoglalásra. Ez lassította is a munkát azzal, hogy a következő ülésre



került vissza a kérdés, amelyen a minisztérium hivatalos, a szervezeti utat immár megjárta állásfoglalását hozta vissza a tag. Természetesen a bizottság érdekérvényesítő képességére is kihatott a döntési kompetenciák lefelé módosulása, hiszen a bizottsági munka menetéről, témáiról, jelentőségéről és tétjeiről a felső vezetői kör csak sokkal áttételesebben értesülhetett.

A vonatkozó jogszabály a delegálási szintet kezdetben (1998–2003 április) úgy fogalmazta meg, hogy a bizottságban (...) a közigazgatási szervek helyettes államtitkári, illetve vezető helyettesi szintű képviselői vesznek részt”. Később, 2003 áprilisától 2007 januárjáig ez annyiban módosult, hogy „a Bizottságban az alábbi minisztériumok és országos hatáskörű szervek – a miniszter, valamint az országos hatáskörű szerv vezetője által kijelölt – állásfoglalásra jogosult képviselői vesznek részt. Míg tehát a korábbi periódusban taxatív is megfogalmazódott az a delegációs szint, melyet a jogszabály megkívánt, a későbbiekben a kijelölő rangja, döntési kompetenciája nem került megnevezésre, és a tag delegálásának egyetlen kritériuma az lett, hogy állásfoglalásra felhatalmazott legyen. A 2007. évi jogszabály módosítás elvben ezt újra megerősítette, amikor az állásfoglalásra jogosultság mellett a vezetői megbízatást is kritériummá tette.<sup>7</sup> A gyakorlat azonban nem változott, a delegált tagok közigazgatási rangja egyre lejjebb csúszott. Ennek oka a kábítószerkérdésre irányuló döntéshozói-államigazgatási figyelem lanyhulása lehetett, mely más tekintetben is jól megfigyelhető folyamatot képezett, ahogy például a kábítószerkérdésnek e kötetben is elemzett média reprezentációja, vagy az intézményfejlesztési fejlemények is mutatja.

### *Előterjesztések, döntések*

Az 1999 és 2008 évek között összesen 36 teljes ülésre került sor (ebből 1999-ben 1, 2000-ben három, melyből a harmadik összevont dupla ülés volt), egyébként évente a jogszabályban meghatározott 4 teljes, valamint összesen 8 munkaértekezletre (határozathozatal ilyenkor nem történik), és kettő, a nem kormányzati képviselők választása okából összehívott rendkívüli ülésre.

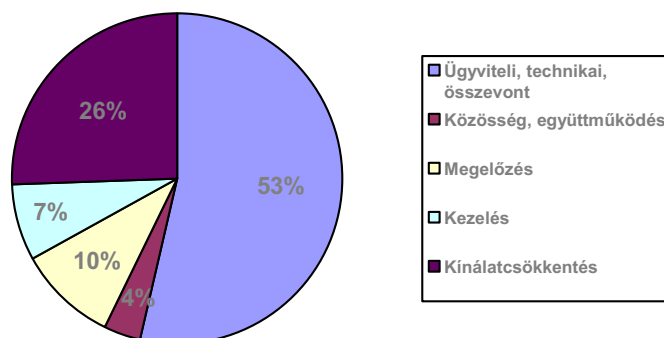
Ebben az időszakban 277 napirendi pont megtárgyalása, és 96 határozati döntés valósult meg. Ezek szerint tehát a napirendi előterjesztések (melyekbe az egyéb napirendi pontot is minden esetben bele kell érteni, hiszen adott esetben ezek között is felmerült döntéshez vezető felvetés) 34,6%-ában történt valamilyen határozati döntés. Ezek azért is bírnak jelentőséggel, mert vagy megállapítással zárultak le,

<sup>7</sup> A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságról szóló 1002/2007. (I. 18.) Korm. Határozat 14. pontja: „A 11. pont b)-e) alpontja és a 12. pont szerinti tag az adott kormányzati szerv vezetője által kijelölt, vezetői megbízású, állásfoglalásra jogosult személy”.

vagy számos esetben többlet feladatokat eredményeztek az előterjesztő, vagy más módon illetékes tárcák és hatóságok számára, melyek aztán újabb előterjesztés formájában visszatértek a KKB plenáris ülése elé újabb tárgyalásra.

A KKB ülésein napirendre került előterjesztések<sup>8</sup> pillérenkénti<sup>9</sup> megoszlása a bizottság tevékenységét jól jellemző mutató. Hozzá kell tennünk azonban, hogy sok esetben a tematikus besorolás nem volt könnyű, amikor a témák átfedték egymást, vagy nem pillérspecifikusak voltak. Minden olyan napirendi pontot, melyek technikai és/vagy ügyviteli jellegűek, vagy nem besorolhatók voltak (adatszolgáltatás, munkaterv, ezekről való beszámoló, többletforrások elosztása ill. erről való beszámolók, diplomáciai kérdések stb.), a technikai kérdésekhez soroltuk. Létrehoztunk egy összevont kategóriát is azon kérdések vonatkozásában, melyek mind a négy pillérré együttesen vonatkoztak. Egyes témák (pl. a büntetés-végrehajtás intézményeiben folyó prevenció tevékenység, vagy az elterelés jogintézményének kezelési-ellátási tapasztalatai), két vagy több pillér alá is besorolhatók voltak. Ilyen esetekben a tematikusan legjellemzőbbet választottuk (előbbi esetben prevenció, másodikban kezelés). Az első, az együttműködés, közösség pillér esetében szintén nehézségek léptek fel, hiszen az nehezen specifikálható aktivitásokat takar. Legjellemzőbben a kábítószerügyi egyeztető fórumokkal, a közösségi-civil szervezeti világgal, ill. az epidemiológiai kutatásokkal kapcsolatos előterjesztések kerültek ide. Ez indokolja alacsony számukat is.

1. ábra. A KKB-ban tárgyalt összes napirend eloszlása (%) a stratégia pillérei szerint a 2001 és 2007 közötti periódusban (N=158)



<sup>8</sup> Részletes adataink a 2001–2007-es évekre álltak rendelkezésre. Ebben az időszakban 158 napirendi pont került megtárgyalásra.

<sup>9</sup> A pillérek a NS négy főcélját jelentik, melyek az akciókat strukturálják. A négy pillér: közösség/együttműködés; megelőzés; kezelés/ellátás és kínálatcsökkentés.

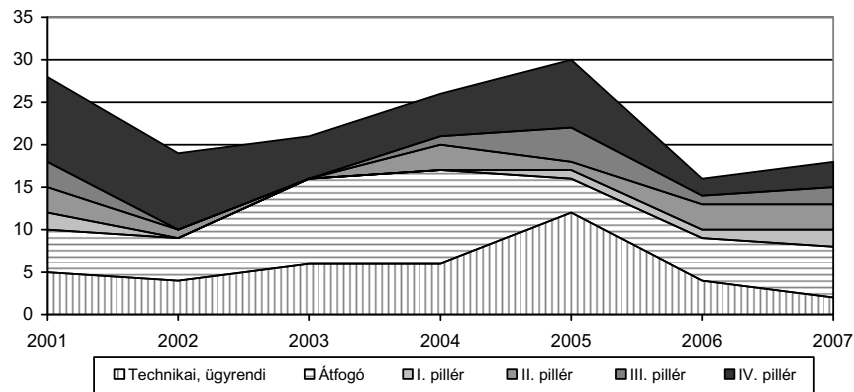
A legnagyobb számban a mind a négy pillért érintő napirendeket tárgyalta meg a bizottság. Ilyenek elsősorban a jelentések, a közös fellépések, a közös pénzalap elosztásának vagy éppen a költségvetés-tervezési és a tárcastratégiák kérdéseit érintők voltak. Talán meglepőnek tűnhet, hogy a IV. pillér alá sorolható be a tárgyalt napirendek mintegy 27%-a (a tartalmi előterjesztések 35%-a), azonban mivel a kínálatcsökkentés célrendszerei erősen hierarchizált és jól meghatározott intézményrendszer segítségével valósulhatnak meg, a beszámoltatás is jobban körülhatárolt módon történhet meg. Ezen kívül olyan napirendi pontokat is ide soroltunk, melyek a nemzetközi egyezményekből, szerződésekből és a hazai szabályozási kérdésekből kötelezően adódnak, mint például a prekursorok ellenőrzésének vagy a laboratóriumok fejlesztésének előterjesztései. A technikai sorba olyan kérdéseket soroltunk, mint például a KKB munkatervének elfogadása és megvalósulása, vagy tematikailag közelebből nehezebben meghatározható ellenőrzési kérdések. A stratégia I. pillére alá tartozó tartalmak állami eszközökkel nem nagyon szabályozhatóak, ezért azok a bizottság munkájában kisebb szerepet is játszanak. A kábítószerügyi egyeztető fórumok tevékenységének áttekintése is csak egy idő után, 2006-tól jelenik meg komolyabban a napirendi pontok között. Számos, az adatszolgáltatással kapcsolatos vagy a prevenciónak a közösségeket is érintő, érzékenyítő vonatkozásai az I. pillér alatt is megjelenhettek volna, ez azonban duplikációhoz vezetett volna. A különböző civil szakmai szervezetek bemutatkozása a napirendek között 2007-től jelent meg, amely jó lehetőséget teremt a nem kormányzati szervezetek munkájának jobb megismerésére, és az együttműködések erősítésére.

1. táblázat. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságban tárgyalt napirendek a stratégia pillérei szerint, éves bontásban (db)

Év	Technikai, ügyrendi	Átfogó	I. pillér	II. pillér	III. pillér	IV. pillér	Σ
2001	5	5	2	3	3	10	28
2002	4	5	0	1	0	9	19
2003	6	10	0	0	0	5	21
2004	6	11	0	3	1	5	26
2005	12	4	1	1	4	8	30
2006	4	5	1	3	1	2	16
2007	2	6	2	3	2	3	18
Összesen	39	46	6	14	11	42	158

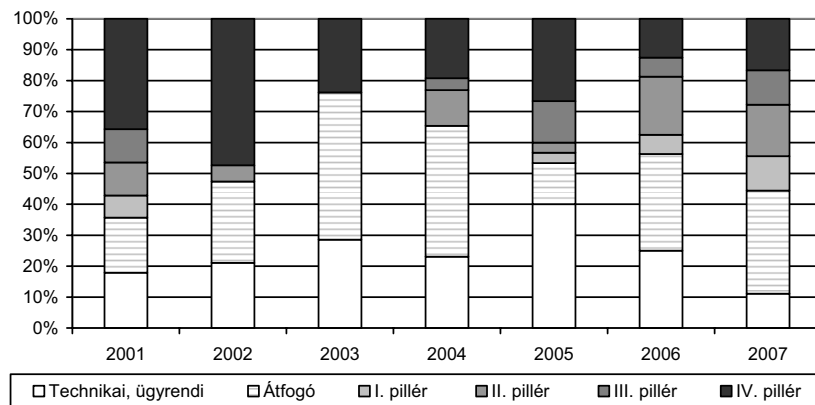
Az évenként tárgyalt napirendek száma 16 és 30 között változott. Elmondható, hogy önmagához viszonyítottan minden összetevő száma jelentősen ingadozott, mégis az évenkénti különbségeket elsősorban – volumenük miatt – elsősorban a technikai és átfogó csoportokhoz tartozó előterjesztések száma határozza meg.

2. ábra. A KKB-ban tárgyalt napirendek száma pillérenként



A kínálat-csökkentéssel kapcsolatos témák legnagyobb arányban 2001-ben és 2002-ben kerültek a bizottság elé, míg az átfogó, minden pillért együttesen érintő témák aránya 2003-ban és 2004-ben volt kiugróan magas. Az összes többi pillértéma ezekhez képest – bár számszerűen változó mértékben, de – kisebb hangsúllyal jelentkezett, legalábbis számosságuk tekintetében. A témák jelentőségét természetesen azonban ebben az esetben sem a mértékük, hanem helyi értékük, tartalmi jelentőségük határozza meg. Ez a kérdés azonban nem tárgya e tanulmányának.

3. ábra. A KKB napirendi pontjainak pillérenkénti eloszlása évenként (2001–2007) (%)



Természetesen ezek az ábrák csak a tárgyalt napirendek száma, illetve aránya tekintetében adnak eligazítást, a bizottság működésének sem intenzitását, sem hatékonyságát nem jellemzik. Arra jók, hogy lássuk, a bizottság mind a részterületek vonatkozásában, mind pedig átfogó módon, a stratégia teljes spektrumát lefedően foglalkozott a területtel. A tárcák és hatóságok képviselték szervezetük érdekeit az egyes napirendi témák vonatkozásában, és hozzájárultak az egyes témák tekintetében a kormányzati szféra számára elfogadható, kompromisszumos álláspont kialakításához. Az a tény pedig, hogy minden szervezet a kormányzati struktúrába beágyazott egységként volt jelen az üléseken, sok esetben a vitás kérdések megtárgyalásának korlátjaként jelentkezett, csakúgy, mint a nyilvánosság hiánya is. A civil-szakmai képviselők megválasztását követően a szakértők jelentős mértékben hozzájárultak az egyes napirendek tekintetében a megalapozottabb, és a szakmaterületi realitásokat még inkább figyelembe vevő tárgyalási módhoz.

## KOORDINÁCIÓ

A NS megvalósítása egy olyan rendkívül összetett térben történik, ahol az összehangolás gyakorlata nélkül az egyes elemek, aktorok, hatáskörök és szemléletek kioltják egymást. Természetes belső készítés és erős külső elvárás irányult már a nyolcvanas évek végétől a koordinációs rendszerek kialakítására, illetve működtetésük elősegítésére. Magyarországon 1991 óta, sőt bizonyos formában már azt megelőzően is folyt kormányzati szinten valamilyen koordinációs tevékenység. A Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság 1997-ig működött, és ebben az időben nemzeti koordinátor kinevezésére is sor került. Azonban az 1997-es Eseti bizottság jelentése szerint ennek tevékenysége nem volt eléggé tisztázott, működése pedig rendezett.

Egy átmeneti, rövidebb, mintegy egy évig tartó időszak (1998) után a nemzeti szintű koordinációs mechanizmusoknak egy új kerete került kialakításra. A kormány a koordináció államigazgatási rangját jelentősen megemelte, és annak végrehajtását az 1999-ben felállított Ifjúsági és sportminisztérium szervezeti keretei között kívánta megvalósítani. A kormányközi egyeztetés csúcsszerve a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság lett, és a napi koordinatív funkciókat a helyettes államtitkári rangban dolgozó nemzeti drogkoordinátor látta el. Ez a „megemelt” struktúra kedvezően hatott a drogprobléma kezelésének koordinációjára, hiszen ebben az időszakban sikerült végre előkészíteni egy stratégiai programot, és arról politikai, szakmai és társadalmi konszenzust kialakítani. A koordinációs tevékenységekre az említett minisztérium fejezeti költségvetésében egyre bővülő források álltak rendelkezésre, valamint az egyeztetési mechanizmusokba egyre nagyobb számban bevont szakmai képviselők, szervezetek, hatóságok együttműködése is eredményesnek volt nevezhető. A koordinátor egyre bővülő hivatali apparátussal dolgozhatott. Ahogy már jeleztük,

a KKB-ban meglehetősen magas rangban képviseltették magukat ebben az időben a tárcák is, ami azt jelzi, hogy ezt az időszakot a problémára irányuló magas fokú politikai és közfigyelem periódusaként írhatjuk le.

2004 őszén a helyettes államtitkárságot összevonták az ifjúságpolitikai területtel, majd nem sokkal később megszűnt az államtitkárság is. Először miniszteri biztosként, majd miniszteri megbízottként végezte munkáját a nemzeti drogkoordinátor. 1997-től főosztályvezető-helyettesi rangban, majd 2008 végétől igazgatói besorolással látta el feladatait a Nemzeti Stratégia időtávjában immár negyedik kábítószerügyi nemzeti drogkoordinátor. Ez, a KKB-ban való képviseleti szint már leírt csökkenéséhez hasonlóan azt jelzi, hogy a terület fokozatosan veszített államigazgatási rangjából – és ahogy a fejezet későbbi részében arról szó lesz, költségvetési pozíciójából egyaránt. A szervezeti egység először minisztériumi osztály lett, majd – rövid ideje, 2008. november 27-től – a némileg magasabb szervezeti rangot jelentő igazgatósági keretek között működik. Elekes a terület államigazgatási rangjának folyamatos csökkenését az „intézménytelenedés” folyamatként írja le, és párhuzamba állítja azzal a jelenséggel, miszerint a kétezres évek elején – az alkoholprobléma megítélésében tapasztalt változásokat kb. tíz évvel követő módon – a kábítószerkérdés is kezd kikerülni a politika érdeklődési köréből (Elekes, 2009). Ez a társadalmi problémák megítélésének ciklikus jellegével van összefüggésben (Room, 2004), hiszen a szerfogyasztáshoz fűződő társadalmi problémák politikai-közéleti reprezentációja sohasem csupán a probléma mérhető kiterjedésével, a fogyasztás, vagy a szerfogyasztással együtt járó társadalmi károk tényleges mértékében beállt változásokkal, hanem sokkal inkább a problémára rakódó tudati és szimbolikus tartalmak társadalmi jelentésével és az azokhoz fűződő érdekviszonyokkal hozható összefüggésbe (Elekes, 2005). Számos jele van annak, hogy a döntéshozó „kiszeretett” tárgyából, és szemben a 90-es évek második felével és a századelő első éveivel ma már kevésbé érdeklődik a jelenség iránt. Ennek azonban nem csak árnyoldalai vannak. „Ma már ... a kábítószer-probléma is egyre inkább csak a szakemberek érdeklődésére tarthat igényt. Ami kifejezetten szerencsés, ha csak arról van szó, hogy a politika nem kíván többet szakmai kérdésekbe beleavatkozni, de kifejezetten káros, ha ez szervezeti, intézményi és pénzügyi érdektelenségben is megnyilvánul.” (Elekes, 2009)

#### A NEMZETI STRATÉGIA CSELEKVÉSI PROGRAMJA(I)

A nemzeti szintű drogpolitikák hármasságának (politikai konszenzus, stratégia, cselekvési program) szükségessége szempontjából a legoperatívabb és legkonkrétabb iránymutatás az az eszköz, melyet cselekvési programnak nevezünk. Ballotta és D'Arrigo szerint a cselekvési program a stratégia olyan meghosszabbítása, amely

„a stratégia elveinek megvalósítását szolgálja, és amelyben a célok, feladatok, források és felelőségek részletes formában és pontosan azonosítottan jelennek meg annak érdekében, hogy egy kitűzött időkereten belül megvalósítsák őket (Ballotta, D'Arrigo, 2004).

A cselekvési programtól elvárható funkciók:

- Legyen kellő kikényszerítő erővel felruházott (megfelelő jogeszköz).
- Bontsa le a NS szükségyszerűen elvontabb céltételezéseit gyakorlati akciókra.
- A célok egymással konzisztens rendszert alkossanak.
- A célok legyenek SMART célok (specifikusak, mérhetőek, megfelelőek, realiztikusak és tartható időbeli ütemezésűek).
- Biztosítsa a mérhetőséget.
- Teremtsen lehetőleg konszenzust (hasonlóan a stratégiához).
- Biztosítson költségvetési forrást.

A NS megvalósítása érdekében 2002 áprilisában került elfogadásra az első cselekvési program. A késlekedés (a NS és a cselekvési program elfogadása között egy év négy hónap telt el) oka leginkább a hosszan elhúzódó egyeztetési folyamat volt, mely mögött a stratégiai célok igen erőteljes fejlesztési igényeivel nem korreláló költségvetési tárcapozíciók állhattak. A cselekvési program kormányhatározat formájában valósult meg. Ennek az az oka, hogy nem volt olyan felhatalmazó jogszabály (törvény, rendelet), amelyre egy jogszabályi formában megjelenő cselekvési programot vissza lehetett volna vezetni.<sup>10</sup> A NS kialakítását, elfogadását és megvalósítását törvény nem rendelte el, mint ahogy a NS elfogadásáról szóló 96/2000 (II. 5) OGY határozat sem jogszabály. A cselekvési programok kormányhatározatai sem jogszabályok, hanem az állami irányítás egyéb eszközei.<sup>11</sup> A kormányhatározat azonban nem adhat jogszabályi felhatalmazás nélkül közvetlenül feladatot a minisztériumoknak, központi államigazgatási szerveknek. Ebben a jogi keretben a kormányhatározat rendelkezései inkább elvárásokként, esetleg erős javaslatként értelmezhetőek. Megsértésük, vagy mulasztásuk pedig nem jár jogi értelemben vett szankcionális válaszokkal (legfeljebb politikaival). A kormányhatározatok tehát viszonylag alacsony kötelező erővel bírnak. Valóban így volt ez ebben az esetben is, hiszen a NS-val kapcsolatos feladatutasítások, ha-

<sup>10</sup> A Jogalkotásról szóló 1997. évi XI. tv 7. §-a szerint „A Kormány az Alkotmányban meghatározott feladatkörében, illetőleg törvényben vagy törvényerejű rendeletben kapott felhatalmazás alapján ad ki rendeletet”. Ilyen felhatalmazás híján a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII.5). OGY-határozat maga sem jogszabály, és maga sem keletkeztet jogszabályi felhatalmazást.

<sup>11</sup> A jogszabályok legfontosabb közös jellemzője *a normatív jelleg*, azaz az, hogy *a*) kötelezőek (más kifejezéssel: kötelező erejűek), és *b*) általánosan alkalmazandóak (azaz nem konkrét esetekre vonatkoznak, hanem potenciálisan végtelen számú esetre).

táridők jelentős része nem valósult meg, és az esetleges mulasztások nem is jártak különösebb következményekkel.

A kormányhatározatok mintegy „lineáris” módon jöttek létre, azaz a NS törzsszövegéből az előterjesztő (első esetben az ifjúsági és sportminiszter) átvezette a kormányhatározat szerkezetébe azokat a feladatokat, melyek egyértelműen dedikálhatóak voltak az egyes tárcákhoz, megfelelőnek tűnő konkrétsággal bírtak, és értelmezhetőek voltak az adott jogeszköz műfaján belül. Csak a rövid és középtávú feladatok becikkelyezéséről lehetett szó, tekintettel arra, hogy egyrészt ezek időtávja értelmezhető egy kormányhatározat keretei között, másrészt a hosszú távú célok valójában célrendszerek voltak: „a 2009-ig elérni szándékozott célok megvalósításához szükséges cselekvések összessége” (Nemzeti Stratégia..., 2000). Mint ahogy több szakértő is megállapítja, a 2002. évi kormányhatározat egyszerűen átemelte a NS céljait, és nem specifikálta kellő mértékben ahhoz, amennyire az egy cselekvési program műfajának és céljainak megfelelt volna (Sárosi, 2007., Galla és mtsai, 2005/b). Gyakorlatilag ugyanez történt a másik két kormányhatározat esetében is.

#### A CSELEKVÉSI PROGRAMOK KOHERENCIÁJA

A határozatok koherenciája kérdését nem önmagában, hanem a MATRA program keretében végzett értékelési vizsgálat segítségével tekintjük át, hiszen a határozati pontok a NS céljainak az adott jogeszköz struktúrájába emelését jelentették csupán. A mérhetőséget pedig csak a határidők formájában teremtette meg. Közvetlenül indikátorokat az egyes határozati pontokhoz csak a 2007-ben hatályba lépett kormányhatározat alkotott meg. Ettől függetlenül a mérhetőséget – amennyiben a megfelelő indikátor, vagy a monitorozás megfelelő eszköze rendelkezésre állt – a NS teremtette meg közvetett módon, tehát nem a kormányhatározatban közvetlenül rendelkezésre álló módon, hanem a NS-ből levezethetően. A kormányhatározatok végrehajtásának értékelésére ezen indikátorok és monitorozási eszközök segítségével is sor került időről-időre.

A kormányhatározat (szemben a NS-t elfogadó OGY határozattal) nem törekedett konszenzusteremtésre, hiszen az az állami irányítás egyéb eszközeként fogalmazódott meg, és csak a kormányzati szektorra vonatkozóan adott utasításokat, és állapított meg felelősségeket.

A költségvetési források biztosítása az egyik legfontosabb kérdés a nemzeti stratégiák megvalósítására, és így különösen a cselekvési programok életképességére vonatkozóan. Fennáll ugyanis a veszélye annak, hogy az egyébként konszenzusos, a politikai döntéshozók támogatását elnyert program végrehajtása a költségvetési tervezés, vagy forrásjuttatás híján szenved csorbát. A NS elfogadása idején, majd a kormányhatározat hatályba lépésekor sem határozott meg a döntéshozó költségvetést



címkézetten.<sup>12</sup> Ennek jogi és politikai akadályai egyaránt voltak. A koordinációért felelős tárca ugyan rendelkezett – egyre növekvő – fejlesztési forrással, azonban más szaktárca, elsősorban az EüM, BM, és OM a felelősségi körükbe eső feladatok elvégzésére alig rendelkeztek többletforrással, saját költségvetésükből pedig nem tudták kigazdálkodni a többlet fejlesztési feladatot (a kábítószerüggyel kapcsolatos költségvetés helyzetét külön alfejezetben vizsgáljuk).

A NS a középtávú célokat a 2000–2002. költségvetési évek vonatkozásában, a rövid távúakat pedig a NS elfogadását követő azonnali feladatokként értelmezi az alapszöveg szerint. Tekintettel azonban arra, hogy a cselekvési program maga is csak 2002 áprilisában lett hatályos, és csak ezzel az időponttal kezdődően tudta a feladat-meghatározást elvégezni, már viszonylag korán, – és a kormányhatározat elfogadásának idején is – a döntéshozó a középtávú feladatok időkeretét egyértelműen a 2003-2004-es évekre terjesztette ki. Ezért is találhatunk 2003. december 31-i, sőt 2004. június 30-i határidőket a dokumentumban.

A cselekvési program megvalósítása – párhuzamosan a NS rendkívül ambíciózus céltetelezéseivel<sup>13</sup> – nem teljesült időben. Ennek eredménye volt, hogy mind a Miniszterelnöki Hivatal jogszabály-ellenőrzési apparátusa, mind pedig a KKB testülete, valamint a parlamenti bizottságok (ifjúsági és sportbizottság, kábítószerügyi albizottság, valamint más érintett bizottságok) is érzékelték a határozati pontok és határidők leteltét, vagy annak a meg nem valósulás fenyegetettsége melletti közeledtét. Az állami adminisztráció is érezte, hogy – ahogy említettük – kevés a kikényszerítő ereje a határozatnak, ezért szükség lenne egy konkrétabb, a feladatokat sokkal inkább megfogható módon kezelő cselekvési programra. Más érvek mellett ezek voltak az okai annak, hogy nagyon korán, már 2004-ben a kormányzat és a szakminisztérium úgy döntött, hogy új kormányhatározatot készít és fogad el a nélkül, hogy egyébként tételesen elszámoltná a határozati pontokban feltüntetett felelősöket az eredményekkel és elmaradásokkal. Az új kormányhatározatnak mint megoldásnak az előnye, hogy egyrészt új hangsúlyokat tehet, másrészt – és főként – új határidők kitűzésével a megvalósítás új lehetőségét teremtheti meg. Az új szabályalkotás ugyan a NS feladat- és időkeret-meghatározásától jelentősen eltérő eredményt hozott, hiszen a középtávú célok megvalósítását is újabb két-három évvel toltta ki, de az érintett állami szervek kétségtelenül új játékteret nyertek e megoldással.

Azonban az új, a második kormányhatározat sem alakított ki alapvetően új szerkezetet, nem határozta meg konkrétabban a feladatokat, a határidők viszont elkentebbek lettek (erről később). Nem teremthetett ennek következtében olyan

<sup>12</sup> Annak ellenére, hogy mindkét esetben elkészültek az ilyen elsődleges tervezések.

<sup>13</sup> Erről bővebben e kötet első fejezetében. Topolánszky Ákos: A magyarországi drogpolitika keretei és a Nemzeti Stratégia

kikényszerítő erőt sem céljai mögé, amely a megvalósítás maradéktalan végrehajtását biztosítani lett volna képes. Az új cselekvési program elfogadása mögötti politikai szándék a NS céljainak fenntartása lehetett, annak ellenére, hogy a határidők rendre lejártak. Amikor az államigazgatás fenn akarja tartani az egy korábbi döntés érvényét, de nem tudja teljesíteni a határidőket, gyakran használja a módosítási eljárás közigazgatási módszerét, melynek lényegi eleme az új határidőzés.

Az újabb, jellemzően 2005-ös és 2006-os határidők közeledtével, sőt lejártával újabb kodifikációs készítés indult be, melynek mozgatórugója gyakorlatilag a korábbival megegyező volt. Ezt egészítette ki az akkori nemzeti drogkoordinátornak, miniszteri megbízottnak az a törekvése, hogy a cselekvési program egy korszerű akcióprogram minden kellékével ellátott legyen. Ekkor került be az egyes célokhoz (határozati pontokhoz) – a meglévő kellékek, vagyis a felelősök és határidők megnevezése mellett – az azok végrehajtásának eredményességét egyértelműen mérni hivatott indikátorok, eredménymutatók rendszere is. Ezek a lehető legpontosabb és legkonkrétabb formában fogalmazódtak meg, amennyire ebben a tárgyban lehetséges, s mely természetes előfeltétele is egy komolyan vehető értékelési rendszer elvégzésének. Az új határidőket – a még mindig középtávú célok megvalósítására tekintetében – immár a 2008 és 2009 évekre határozták meg. Ez tehát egy viszonylag egyszerű értékelési mutató lehet annak vonatkozásában, hogy a NS számos céljának megvalósítása jelentős, 4-6 éves csúszást szenvedett, vagy még azon túl is kitolódott. Részleteiben ennek a tanulmánynak a keretében nem foglalkozunk a határozati pontok megvalósulásának kérdésével, hiszen a jelen kötet az egyes szakterületek értékelése keretében szükségszerűen elvégzi a végidős stratégia megvalósulásának vizsgálatát.

#### A KORMÁNYHATÁROZATOK VIZSGÁLATA

A kormányhatározati formában elfogadott cselekvési terv tehát az egyik legfontosabb kelléke a nemzeti szintű szakpolitika megvalósításának. Ezek elemzését végezzük el a továbbiakban elsősorban formális mutatók mentén.

Az 1036/2002. Korm. határozat 25 határozati pontot, az alpontokkal együtt pedig összesen 34 rendelkezést tartalmaz, melyből egy a koordináció szükségessége és elrendelése (23.) egy a finanszírozás előkészítésére utasít, egy pedig technikai jellegű (25.)<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Megjegyzendő azonban, hogy a Magyar Közlönyben közzétett kormányhatározatokban előírt határidős feladatok felülvizsgálatáról szóló 1190/2002. (XI. 7.) Korm. Határozat a 1036/2002. Korm.határozat 2., 3.b.) és 5. pontjait az érintett minisztériumok kérésére hatályon kívül helyezte, valamint a 1036/2002. (IV. 12.) Korm. határozat 1. b) pontjában foglalt határidő 2003. augusztus 31-re, a 3. pontjában foglalt határidők 2003. június 30-ra módosította (mindkettőt 2002. augusztus 31.-ről).

A 1129/2004. Korm. határozat 21 határozati pontot, ezen belül 32 pontot és ugyanígy egy koordinációs, egy finanszírozási, és egy technikai határozati pontot tartalmaz.

A 1094/2007. (XII.5.). Korm. határozat 24 határozati pontban, ezen belül 29 pontot tartalmaz, melyből három technikai (22., 23. és 24. határozati pontok). E kormányhatározat újdonsága és erénye az, hogy egyes határozati pontok megvalósításának méréséhez alkalmas indikátorokat fogalmaz meg, melyek a határozat erejénél fogva a megvalósítás értékelésének kötelező eszközeivé válnak. Ez a megoldás mindenképpen jelentős előrelépés, még akkor is, ha egy korszerű cselekvési program szükséges kellékei közül az egyik legfontosabb, az egyes cselekvésekhez rendelt tételes forrásmegnevezés az utolsó pillanatban végül is kikerült ennek a határozatnak a szövegéből is. Ennek hiányában azonban a végrehajtás – az állandóan változó keretfeltételek közepette – ugyanannyira sebezhető maradt, mint a korábbi két akcióprogram esetében.

A három kormányhatározat megközelítőleg egyforma terjedelmű, szerkezetük is megegyezik (azzal a kivétellel, hogy a harmadik esetében az értékelés mutatói bekerültek a határozat szövegébe), a jogszabályok elnevezése pedig csak kis mértékben módosult, amennyiben csak az első esetében szerepel a címben az, hogy a végrehajtás a rövid, és középtávú célokra vonatkozóan fogalmazódik meg.<sup>15</sup> Az alábbiakban a határozati pontok szerkezetének értékelésére térünk ki. E kötet más tanulmányaiban olvasható egyes szakterületi vizsgálódások egybeesnek a kormányhatározatok megvalósulásának értékelésével, így e helyen csupán néhány, a határozatok belső szerkezete és a NS belső tartalmi elvárásai szerinti szempont értékelésére teszünk kísérletet. Ennek eszköze a határozati pontok tartalmi besorolása az egyes pillércélok alá, annak vizsgálata, hogy a NS teljes célstruktúráját mennyiben fedik le a megfogalmazott határozati pontok, valamint, hogy a határozatok időkeret „gazdálkodása” mennyiben felelt meg a NS célkitűzéseinek.

#### *A határozati pontok stratégiai pillércélok alá sorolása*

A határozati pontok stratégiai pillércélok alá sorolása nem mindig volt egyértelműen elvégezhető. Nem a felelősök szokás szerinti pillér alá rendelését követtük (pl. BM, vagy HM a kínálatcsökkentéshez, amennyiben a rendőrségi, vagy honvédségi megelőzésről volt szó, a feladat tartalma miatt ebben az esetben a II. pillér alá soroltuk). Abban az esetben viszont, amikor a stratégia két, vagy több pillére alá

<sup>15</sup> 1036/2002. Korm. határozat a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program /rövid és középtávú/ céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról.

eső tevékenységként is lehetett egy utasítást értékelni, inkább az első helyen felelős szerinti jellemzőbb pillér alá soroltuk (pl. képzés a III. pillérhez).

2. táblázat. Egyes kormányhatározatok határozati pontjainak meghatározása (n) az átfogó, több pillért is érintő, illetve az egyes pillérekhez sorolhatósága alapján (n)

Kormányhatározat	Átfogó	I. pillér	II. pillér	III. pillér	IV. pillér
1036/2002	1	0	5	14	8
1129/2004	2	0	9	9	9
1094/2007	0	4	6	8	3

A táblázatokból az látható, hogy míg az első cselekvési program esetében a legnagyobb arányban a kezelés feladata jelent meg a határozati pontok között, addig a másodikban kiegyenlített volt a prevenció, a kezelés és a kínálatcsökkentés közötti feladatelosztás. 2007-ben először jelenik meg a KEF önálló tartalomként a kormányhatározatban, mely a közösség-együttműködés első pillére említésének jelentős megemelkedését eredményezi. Ugyanitt a kínálat-csökkenés nagymértékben csökken, valójában csak egy jelentős pontra korlátozódik. A határozati pontok száma is visszaesik. Ennek oka nem az volt, hogy ilyen arányban tekinthette volna megvalósultnak az államigazgatás a feladatokat, hanem az, hogy az egyre rosszabbodó gazdasági feltételek mellett a tárcák nem szívesen vállalták be a nyilvánvalóan fejlesztési forrásokat megkívánó feladatokat, a koordináció pedig nem lehetett képes érvényesíteni a stratégia érdekeit ezen a ponton teljes körűen. Ez az utolsó kormányhatározat tehát ebben az értelemben annak ellenére is meglehetősen „lyukas”, hogy egyébként egy fontos elemmel, az értékelés eredményindikátoráival bővítette a jogszabály struktúráját.

#### *Felelősök megoszlása kormányhatározatonként*

A 3. táblázatban az egyes kormányhatározatok határozati pontjaihoz rendelt felelősöket tüntetjük fel összesítetten. Megkülönböztetjük az első helyen felelős (ebben az esetben a határozati pont megvalósulásáért koordinációs minőségben is felelősséget hordoz a nevezett minisztérium), illetve a felsorolás szerint egyébként felelős tárcákat (ebben az esetben csak saját tárcaportfóliója keretein belül visel felelősséget a minisztérium).

3. táblázat. Az egyes kormányhatározatok határozati pontjaihoz rendelt felelősök száma.

Tárcák	Kormányhatározatok								
	1036/2002			1129/2004			1094/2007		
ISM (koord.)	1. helyen	6	IScSzEm (koord)	1. helyen	13	SzMM (koord)	1. helyen	13	
	Felelős	3		Felelős	10		Felelős	6	
EüM	1. helyen	11	EüM	1. helyen	4	EüM	1. helyen	4	
	Felelős	10		Felelős	20		Felelős	16	
OM	1. helyen	5	OM	1. helyen	3	OKM	1. helyen	0	
	Felelős	5		Felelős	5		Felelős	9	
BM	1. helyen	5	BM	1. helyen	3	ÖTM	1. helyen	0	
	Felelős	8		Felelős	13		Felelős	8	
HM	1. helyen	0	HM	1. helyen	1	HM	1. helyen	1	
	Felelős	8		Felelős	6		Felelős	2	
IM	1. helyen	2	IM	1. helyen	2	IRM	1. helyen	3	
	Felelős	9		Felelős	5		Felelős	2	
GM	1. helyen	2	GKM	1. helyen	3	GKM	1. helyen	0	
	Felelős	1		Felelős	2		Felelős	1	
PM	1. helyen	0	PM	1. helyen	1	PM	1. helyen	1	
	Felelős	9		Felelős	11		Felelős	4	
SzCsM	1. helyen	2	Fogl. min	1. helyen	1				
	Felelős	15		Felelős	5				
NKÖM	Felelős	2	NKÖM	Felelős	1				
KüM	Felelős	–	KüM	Felelős	1				

Összeségében a kormányhatározatok megfogalmazták a legfontosabb, e jogeszköz formájába és típusába illeszthető rövid és középtávú stratégiai célt és alcélt. Megtörtént a felelősök kijelölése is. A cselekvési program a NS végrehajtásának elsődleges eszköze lett. A határidők egy jelentős része azonban nagyon szorosnak, az adott gazdasági-politikai körülmények között teljesíthetetlennek, a célok egy jelentős része pedig túl ambiciózusnak bizonyultak. A kormányhatározatok csak korlátozott mértékben feleltek meg a cselekvési program, mint műfaj elvárásainak. Ennek oka a nem kellő pontosságú feladat-meghatározás, az eredményességi mutató (indikátorok) hiánya, a költségvetési források elmaradása, valamint a kötelezési erő alacsony volta említendők meg. Mindezen feltételek együttes biztosítása azonban elengedhetetlen kelléke a stratégiai programok eredményes megvalósításának.

## KÖLTSÉGVETÉSI FORRÁSOK

A NS megvalósulásának egyik sarkalatos feltétele, értékelésének pedig egyik mutatója a költségvetési ráfordítások mértéke. Tudjuk, hogy a stratégia elfogadásakor a döntéshozók (kormány és Országgyűlés) egyike sem határozott meg forrásokat a stratégia végrehajtása érdekében annak ellenére sem, hogy az arra vonatkozó tervek és előterjesztések elkészültek, és a nemzetközi gyakorlat és sürgetés is ebbe az irányba hatottak volna. Ebben a helyzetben különösen is fontos, hogy milyen allokációk álltak rendelkezésre az egyes kormányzati szervek költségvetésében. Nem egyszerű kérdés azonban a drogpolitikára fordítandó források feltérképezése. Ebben a fejezetben nem foglalkozunk az ezen kötet egy másik tanulmányában<sup>16</sup> vizsgált közkiadások teljes körével, és arra sincs módunk, hogy a stratégiai implementációban feladatokat elnyerő más tárcák fejezeti ráfordításait áttekintsük. Csupán a kábítószerügyi koordinációért felelős mindenkori minisztérium fejezeti költségvetésében rendelkezésre álló forrásokat azonosítjuk. Ennek két oka van. Egyrészt a többi tárcák fejezetében igen kevés összeget terveztek be címkézetten (még a legtöbbit az Oktatási Minisztérium fejezetében évente max. 70 millió Ft-ot, illetve az EüM fejezetében ennél kisebb összeget, s azt is csak egyes években), sőt, mintegy négy éven keresztül az volt a jellemző, hogy a tárcákhoz kötött kábítószerügyi fejlesztési feladatok egy részét a koordinációért felelős tárca fejezetében biztosított forrásokból ún. átadott pénzeszközök segítségével látták el annak mértékéig, tehát nem, vagy csak részben saját fejezeti pénzeiket fordították e célra. Másik ok, hogy a NS megvalósítására fordítandó fejlesztési (és részben működési) pénzek döntő részét minden esetben a koordinációs tárca költségvetésében tervezték be. Mindezek okán a kábítószerügyi koordinációért felelős mindenkori minisztérium fejezeti költségvetésében rendelkezésre álló összeg – megszorításokkal, de – viszonylagos mutatója lehet a NS végrehajtása mögötti politikai elkötelezettségnek, ugyanis a költségvetésnek csak ebben a fejezetében fogalmazódik meg manifeszt, tehát címkézett módon a NS megvalósításához kötődő fejlesztési akarat.

Természetesen a költségvetés más fejezetei nem direkt és címkézett, hanem determinált módon az itt tárgyaltaknál jelentősen nagyobb mértékben biztosítanak – elsősorban működési típusú – forrásokat erre a célra. Hajnal György tanulmánya ezzel a területtel foglalkozik. Tehát nem az e fejezetben tárgyalt az összes forrás, amit a költségvetés a NS megvalósítására fordított. A többi összeg azonban egyrészt nem dedikált, pántlikázott, tehát direkt feladat megjelöléssel erre a célra fordítandó, s nem is fejez ki közvetlenül fejlesztési akaratot, politikai elkötelezettséget, hanem

<sup>16</sup> Ebben a kötetben, Hajnal György: A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2000 és 2007 között

egyfajta automatizmusként, a nagy, országos szolgáltatások keretében valósul meg, kimutatása pedig gyakorlatilag csak kutatásokkal oldható meg. Ilyen pl. az OEP támogatási módozatai, vagy a büntető-igazságszolgáltatás rendszerében megvalósuló beavatkozások, eljárási cselekmények, esetleg ellátások költségei, melyek számos más probléma- vagy diagnóziscsoport tagjaként realizálódnak, ezért külön nem, vagy csak nagy nehézségek árán választhatók külön és mutathatók ki.

A koordinációs tárca kábítószer-problémával kapcsolatos ráfordításai ugyanakkor direkt módon kívánják a NS-ban (és a kormányhatározatokban) meghatározott feladatok megvalósítását szolgáltni. 2000-ben, a NS elfogadásának vitájában a koordinációért felelős miniszter 17 milliárd forint ráfordításra tett elköteleződést a NS megvalósításának teljes időtávjának vonatkozásában. Nem világos azonban, hogy ezek csupán a fejlesztési, illetve a kábítószerügyi koordinációs címkézett pénzeket jelentették volna, vagy az ellátási- és működtetési források tervezését is magukba foglalták volna. Az első esetben a tervezett összeghez képest jelentős az elmaradás, az utóbbi esetében azonban a költségvetés nagyságrendileg többet költött a probléma kezelésére az akkori elköteleződéshez viszonyítva az NS teljes időtávjában. A NS elfogadása idején azonban a közkieladásokról nem volt még megközelítő képe sem a döntéshozónak.

A következőkben tehát azt vizsgáljuk, hogy a költségvetési törvény évenként adatai alapján hogyan alakult a NS megvalósításának költségvetési pozíciója.

A 4. ábra grafikonján a hivatalos költségvetési törvényekben meghatározott, a koordinációs tárca fejezetében feltüntetett, címkézett ráfordítások alakulását mutatjuk be a NS gyakorlatilag teljes időtávján, tehát 2000 és 2008 között: A tábla nem csak az évenkénti ráfordítás mértékét mutatja, hanem az ahhoz képest – a közigazgatás működésében gyakran előforduló – elvonások nagyságrendjét is. A kettő különbsége adja meg azt az összeget, amelyet a fejezet gazdája valóban felhasználhatott.

A 4. ábra adatai alapján 2003-ig gyakorlatilag folyamatosan<sup>17</sup> és a legtöbb évben nagymértékben növekedett ez a címkézet előirányzat. 2003. évben további jelentős nagyságrendben bővült a terület költségvetése. Bár nominálértékben a következő évben is növekedés történt, valójában reálértéken stagnált az előirányzat, hiszen a növekedés mértéke megegyezett az inflációs rátával. Ugyanakkor ebben az évben 450 millió Ft-os elvonást szenvedett el a koordinációs költségvetés, ami az az évi előirányzat 25%-os csökkenését eredményezte nominálértéken.<sup>18</sup> Addig is történt

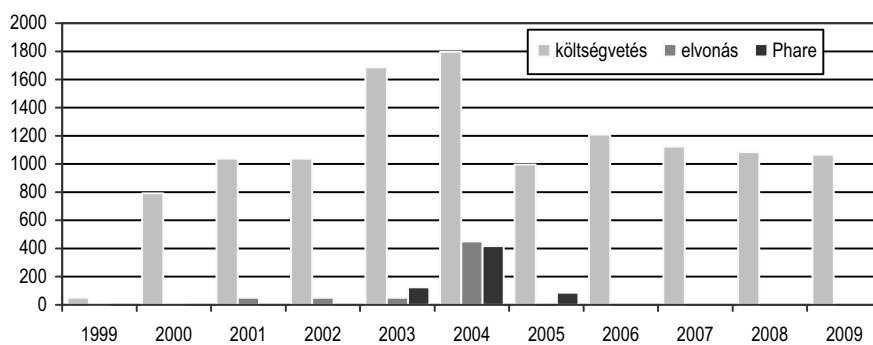
<sup>17</sup> 2002-ben nominálértéken változatlan maradt, reálértéken pedig kismértékben (az inflációs rátának megfelelően) csökkent.

<sup>18</sup> Az ebben az évben bevételezett PHARE program támogatás ehhez képest többletet jelent, azonban az nem az általános fejlesztési célokat szolgálta, hanem a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet kapacitásfejlesztését (az elnyert program tartalmának megfelelően), tehát nem ellensúlyozta az elvonást, hanem ha az nem történt volna meg, jelenthetett volna tiszta költségvetési többletet.

minden évben elvonás leginkább vis major (pl. árvízkárok), vagy központosított kommunikációs célra történő elterelés céljával, azonban annak mértéke nagyságrenddel kisebb volt (max. 50 millió Ft). 2005-ben a 2004-es tervezett költségvetéshez képest nominálértéken 45%-kal, inflációval korrigált módon pedig mintegy felére(!) esett vissza a terület költségvetése. Ennek okairól nem állnak rendelkezésre dokumentumok. Valószínűleg a romló gazdasági helyzetre való hivatkozás, valamint a területnek a tárcán belüli, valamint a tárcának nem kellő önkormányzati érdekképviselése belül együttesen eredményezte ezt a negatív eredményt. Megemlítendő, hogy a GyISM mindhárom szakmai területe nagy pozícióvesztést könyvelhetett el 2005-re, hiszen a sportköltségvetés mintegy 25%-kal, az ifjúsági pedig kb. 30%-kal csökkent. Az ebben az időben (2004 októberében) felállt új kormány módosította a minisztérium szerkezetét is, melynek eredményeképpen a sport területe a BM-hez került, míg a másik két szakterületet az utódminisztérium (Ifjúsági, Szociális és Családügyi Minisztérium) vitte tovább. Az új miniszteri vezetés már nem tudott a kialakult költségvetés-tervezési pozíción a költségvetési törvény elfogadásáig lényegesen javítani.<sup>19</sup>

A 2000-es évek elején tapasztalt erős növekedést tehát 2005-ben jelentős visszaesés követte, majd a következő stratégiai években összességében az ezen az alacsonyabb szinten való stagnálás volt jellemző, azzal együtt is, hogy egy alkalommal, a 2006-os költségvetési évben a terület javítani tudta pozícióját. Ebben az időszakban tehát nagy eredménynek számított a szakterület érdekképviselői részéről, hogy az egyre nehezebb gazdasági és költségvetés tervezési helyzetben legalább megőrizték a terület – igaz, már lecsökkent – költségvetési pozícióját.

4. ábra. A kábítószerügyi koordinációs költségvetés alakulása évente 1999 és 2009 között (mFt)

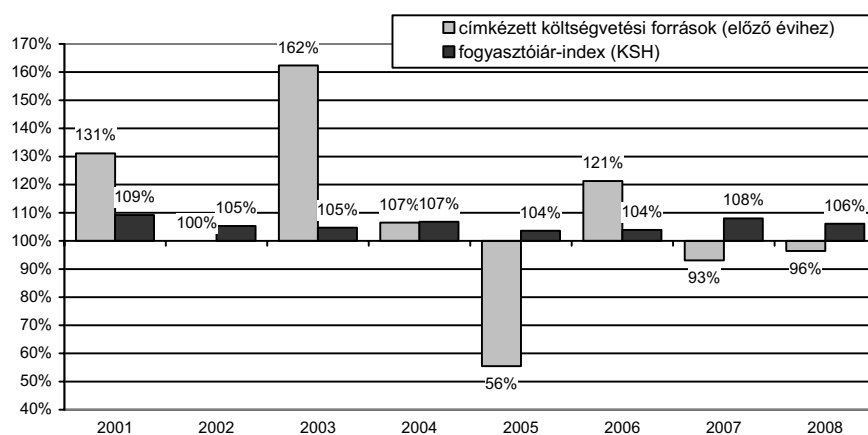


<sup>19</sup> A GyISM minisztere 2004 októberéig Gyurcsány Ferenc volt, akit Göncz Kinga követett az újonnan felállt Ifjúsági, Szociális és Családügyi Minisztérium élén.



Az 5. ábra az egyes évek költségvetési összegét ábrázolja a megelőző év százalékában. 2001-ben 32%-kal, 2003-ban 62%-kal, azaz az inflációt jóval meghaladó mértékben növekedett a kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium fejezeti költségvetésében rendelkezésre álló költségvetési összeg. 2003 és 2004 között pedig az inflációs rátának megfelelő mértékben növekedett, tehát a tervezett összeg reálértéken stagnált (6,5%-os növekmény). 2004-ben a tényleges ráfordítás mértéke azonban jelentősen elmaradt a már említett elvonások miatt a tervezetthez képest. Gyakorlatilag a 2005. évi fejezeti összeg ezt az elvonásokkal terhelt szintet is tovább csökkentette. A következő években – a 2006-os évet kivéve – már nominálértéken is visszaesést kellett elkönyvelni. Ennek mértéke azonban – a nehezedő gazdasági helyzet fokozódó nyomása mellett – 2007-ban nominálisan 7% (inflációval korrigált módon 15%), 2008-ban pedig 4% (inflációval korrigált reálértékben 10%) volt.

5. ábra. A fogyasztóiár-index alakulása, valamint az egyes évek kábítószerügyi koordinációs költségvetési összege a megelőző év százalékában



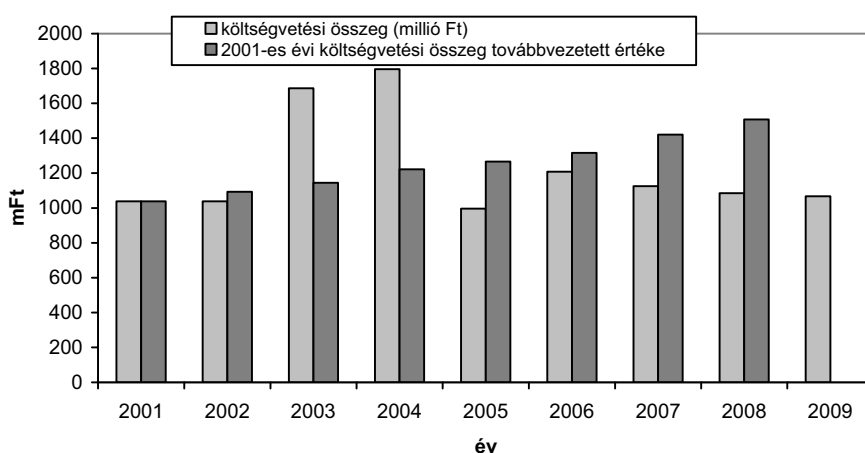
A NS megvalósításának első esztendeje a 2001-es költségvetési évre esik.<sup>20</sup> Megnéztük, hogy amennyiben a kábítószerügyek költségvetési pozíciója reálértéken ezen a szinten marad, akkor a ténylegeshez képest hogyan alakult volna a kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium fejezeti költségvetésében rendelkezésre álló összeg, azaz a 2001-ben rendelkezésre álló összeg fogyasztóiár-indexszel<sup>21</sup> továbbvezetett értékét összevetettük az egyes években ténylegesen rendelkezésre álló költségvetési összegekkel. Mint látható, a 2001-es évi tervezés-reálérték – a két

<sup>20</sup> A NS-t 2000. december 5-én fogadta el az Országgyűlés. (96/2000. (XII.5) Ogy-hat).

<sup>21</sup> KSH: STADAT 3.6.1. [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/tabl3\\_06\\_01i.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/tabl3_06_01i.html)

kiemelkedően magas allokációjú 2003-as és 2004-es évet kivéve – minden évben magasabb lenne, mint az adott évek ténylegesen megvalósult költségvetési helyzete. Mivel 2009-re még nem ismerhető az infláció mértéke, a reálérték-változást sem lehetett számítani, de ha 0% inflációs rátával számolunk, a továbbvezetett érték akkor is meghaladja az ez évre tervezett összeget.

6. ábra. Az egyes évek kábítószerügyi koordinációs költségvetésének tényleges alakulása, valamint a 2001-es évi összeg fogyasztóiár-indexszel továbbvezetett értéke

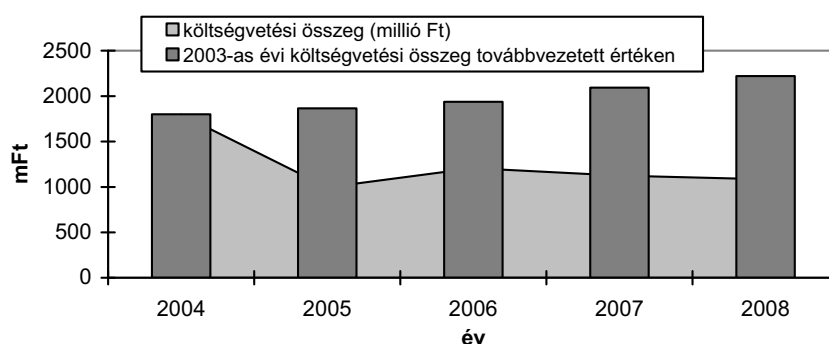


A 7. ábrán azt mutatjuk be, hogy mi történt volna, ha a költségvetési ráfordítások *legalább* az addig legjobb pozíciót biztosító 2003-as szinten maradnak meg reálértéken a következő években is. A világosabb szürke tartomány az adott években történt tényleges ráfordítást, a sötét oszlopok pedig a 2003-as évi költségvetési pozíciónak az inflációs rátával továbbvezetett értékét jelöli. A grafikonból kiderül, hogy a 2008-as évre a 2003-as év továbbvezetett értékének kevesebb, mint 48%-a volt a tényleges költségvetési összeg.

A stratégia megvalósításához azonban ennél az összegnél is jóval magasabb ráfordításra lett volna szükség. A NS megvalósításának realiztikus „beárazására” azonban egészen 2002-ig nem kerülhetett sor, noha ez teremtette volna meg a költségvetési megalapozás lehetőségét. A nemzeti stratégiák komplexitásában azonban ez nem egyszerű kérdés, számos szempontot kell mérlegelni, majdnem félszáz intézményrendszer fejlesztési költségeit kellene figyelembe venni. Jellemzően azonban nem ez a legnagyobb akadálya egy ilyen feladat elvégzésének, hanem az, hogy a tárcák költségvetési pozíciójuk belső arányait csak abban az esetben módosítják jelentős mértékben, vagyis osztják el újra az érdekérvényesítési mezőt, amennyiben erre komoly politikai készletesség mutatkozik. Ez azonban a kábítószerkérdéssel, és

nevezetten a NS-val kapcsolatban csak részlegesen volt tapasztalható. Ennek következtében a terület forráshelyzete nem a stratégia elfogadásának idejére időzített átfogó bázisstervezésből következett, hanem ennél egyszerűbb érdekérvényesítési-érvelési technikák érvényesüléséből, gyakorlatilag a terület felelős vezetőinek az adott tárcán belüli, illetve a tárcavezetőnek a kormány egészén belüli pozíciója, elkötelezettsége és prioritásai alakította.

7. ábra. Az egyes évek kábítószerügyi koordinációs költségvetésének tényleges alakulása, valamint a 2003-as évi összeg fogyasztóiár-indexszel továbbvezetett értéke



Ahogy említettük, a NS, valamint a Cselekvési program<sup>22</sup> 2002. évi hatályba lépésekor sem fogadott el a döntéshozó költségvetést a NS egészére vonatkozóan elkülönített formában. Ez a tény nem tette lehetővé (legalább is igen megnehezítette), hogy a stratégiai program megvalósítását tervszerűen lehessen végrehajtani. Ebből a szempontból közbevetőleg megemlíjtük, hogy egy esetben, 2002-ben mégis történt a reális tervezés irányába elmozdulás. Az első éveket jellemző növekedést követően – akkor még jóval alacsonyabb tervezési szintekről – a következőkben 2003. tervezési évre ugrott meg az előirányzat sarokszáma ismét nagymértékben. Ekkor sikerült ugyanis a KKB-t, illetve a NS megvalósításában részt vevő tárcákat és országos hatáskörű szervezeteket rábírní arra, hogy „árazzák be” a NS felelőségükbe eső feladatait. Ez annyit jelentett, hogy a NS egyes céljain belüli alcélok teljesítésének költségeit kiszámolták, és tárcánként összesítették, illetve a koordináció, majd a KKB számára megküldték. Az elkészült költségtervből kialakult kormányelőterjesztést, – melynek része volt egy jelentős évközi átcsoportosítással a terület költségvetési megerősítésére, és a fejlesztések felgyorsítására vonatkozó javaslat is – 2002 szeptemberében a gyermek, ifjúsági és sportminiszter, mint a KKB elnöke az egészségügyi miniszterrel, mint társelnökkel közösen, a KKB

<sup>22</sup> 1036/2002. (IV. 12.) Kormányhatározat

plénuma<sup>23</sup> által elfogadott és támogatott formában tervezte benyújtani a kormánynak. Az utolsó napon azonban az egészségügyi miniszter visszavonta támogatását és társelőterjesztői szerepéből visszalépett. Ennek oka minden bizonnyal az éppen abban az időszakban elfogadott átfogó, számos szakma- és beavatkozásterületet magába foglaló népegészségügyi stratégia megvalósítására biztosított igen alacsony kormányzati támogatás mértéke (2 milliárd Ft), amelyhez képest szakmapolitikai feszültséget okozott volna, ha a kábítószerkérdésnek annál jóval nagyobb összegben való támogatására hozott volna döntést a kormány. Ez azonban csak feltételezés erős valószínűség mellett, hiszen formális indoklás nem született.

A kábítószerügyi koordinációért felelős miniszter<sup>24</sup> ezek után tájékoztatás formájában, egyedüli előterjesztőként nyújtotta be a dokumentumot, amelyet a kormány meg is tárgyalta. A tájékoztatás érvelése szerint a NS megvalósítására egyszeri 8,58 milliárd forintra, valamint évente 3-4 milliárd forint működési támogatásra lenne szükség. Az egyszeri ráfordítás tárcánkénti tervezése a következő volt: BM 2,9 milliárd Ft, EüM 2,7 milliárd Ft, GyISM 1,7 milliárd Ft. Az esetleges új források költségvetés-technikai megoldására három módozatot is említ a tervezet.<sup>25</sup> Ennek az előterjesztésnek az eredményeképpen, valamint a büntető törvénykönyv kábítószerrel visszaélés magatartási körének újraszabályozásával összefüggésben zajló politikai és társadalmi vita enyhítése érdekében a kormányfő döntésére 700 millió többletforrást juttattak a területnek,<sup>26</sup> mely a következő, a 2003. évi fejezeti összeget növelte meg a koordinációért felelős minisztérium költségvetésében. A megnövekedett költségvetési összeg utána a 2004. évi tervezésnek is az alapja lett, vagyis ebben az évben is megmaradt ez a magasabb tervezési szint.

Összességében elmondhatjuk, hogy a kábítószerügyi koordinációs költségvetés a kezdeti gyors növekedést követően visszaesett, majd gyakorlatilag azon a szinten stabilizálódott. Elekes szerint a 2000 évek azt sejtetik, hogy az alkoholprobléma után a kábítószerkérdés is kezd kikerülni a politika érdeklődési köréből. Ennek egyik jelzőszámaként Elekes is a kábítószerügyre fordítandó (tegyük hozzá: cím-

<sup>23</sup> A KKB 2002. augusztus 28-án tárgyalta meg és fogadta el a „Javaslat a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében elkészített Nemzeti Stratégiai program megvalósításának érdekében teendő lépésekről a 2003–2004 költségvetési időszakra vonatkozóan” című előterjesztést.

<sup>24</sup> dr. Jánosi György, ifjúsági és sportminiszter 2002–2003

<sup>25</sup> „Új Alap létrehozása, központosított bevétellel ellentételezett támogatási célleírányzat, valamint egy olyan fejezeti kezelésű célleírányzat, mely a költségvetési törvény normaszövegében is garanciát és rendelkezést ad a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia megvalósítására vonatkozó összehangolt tervezésre és felhasználásra, a Kormány által biztosított többlet források biztosítása mellett.”

<sup>26</sup> Ez a 700 millió Ft egy ún. Alapot hozott létre, melyet a KKB osztott szét a társtárcák között a miniszteri előterjesztésben szereplő fejezeti adatok arányában a következő években de a koordinációért felelős tárca fejezeti kezelésű költségvetésében jelent meg (ez az alap 2004-ben már csak 197 millió forintot tett ki).

kézelt – T.Á.) költségvetési keret folyamatos csökkenését említi (Elekes, 2009). Azt is elmondhatjuk, hogy a közvetlenül a NS megvalósítására fejlesztési célzattal allokkált források mértéke minden évben jelentős mértékben elmaradt a szükségestől, vagyis a NS megvalósításának tényleges szükségletétől. A többi tárca címkézett és fejlesztési típusú forrást nem, vagy csak kis mértékben tervezett (ezért is volt szükség a koordinációs alap létrehozására). Ugyanakkor az állam nem címkézett, azaz determinált kiadásai a nagy szolgáltatási rendszereken keresztül jelentősek voltak (Hajnal, 2007). Ezek elsősorban az egészségügy, valamint a büntető-igazságszolgáltatás forrásait és beavatkozásait érintik. A költségvetési ráfordítások összességében tehát negatív módon determinálták a stratégia megvalósulásának esélyeit.

#### FELHASZNÁLT IRODALOM

- Ballotta, D., D'Arrigo, L. (2002): Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union A descriptive review. EMCDDA Report. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- Elekes Zs. (2005): A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia*, 4, 345–374.
- Elekes, Zs. (2009): Az alkohol- és drogprobléma változó megjelenése a politikai és a közgondolkodásban. Kézirat.
- Evaluation of 'national drug strategies' in Europe. EMCDDA, selected issue, 2004. Lisbon.
- Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005): *Hogyan erősíthető meg a magyar drogpolitikai koordináció az értékelés tükrében?* Trimbo Instituut. Utrecht
- Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005): A Nemzeti Stratégia féltidős értékelésének részletes tapasztalatai. Trimbo Instituut. Utrecht.
- Hajnal Gy., Nyírády A., (2007): Kábítószerrel összefüggő címkézett költségvetési kiadások. In: *2007-es éves jelentés az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont. 2007. Budapest.
- Kábítószer-probléma Európában. Éves jelentés, 2008. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- MacCoun, R., Reuter, P. (2001): Drug war heresies – learning from other vices, times and places, *RAND Studies in Policy Analysis*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására. (2001). *Ifjúsági és Sportminisztérium*, Budapest.
- Sárosi P. (2007): Álláspont a Drogstratégia megvalósulásáról. *Drogriporter* 2007. 10. 18. <http://drogriporter.hu/hu/node/142>.

