

Jelentés a magyarországi kábitószerhelyzetről

2006.

A SZOCIÁLIS ÉS MUNKAÜGYI MINISZTERIUM
SZAKMAI KIADVÁNYSOROZATA
Budapest, 2006

Szerkesztette:

dr. Felvinczi Katalin
Nyirády Adrienn
Portörő Péter

Grafikai munkák: Baksa Gáspár

Nyomdai előkészítés: Nyitott Könyvműhely
www.nyitottkonyv.hu

Nyomdai munkálatok: Generál Nyomda
Felelős vezető: Hunya Ágnes

ISSN: 1586-7978

Tartalom

MINISZTERI KÖSZÖNTŐ	7
BEVEZETÉS	9
ÖSSZEFOGLALÓ ÁTTEKINTÉS	11
1. KÖZÖSSÉG, EGYÜTTMŰKÖDÉS	15
1.1 A kábítószerügyi egyeztető fórumok tevékenysége	15
1.2 A nemzeti stratégia végrehajtása, monitorozása és intézményi háttere	20
1.2.1 Jogi keretek	20
1.2.2 Intézményi keretek, stratégiák, koncepciók.....	24
1.2.3 Költségvetés és közkiadások	28
1.2.4 A nemzetközi együttműködés színterei	30
1.3 Kábítószer-problémával foglalkozó kutatások	32
1.3.1 Drogfogyasztás a populációban	32
1.3.2 Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban.....	35
1.3.3 Kábítószer-témával foglalkozó egyéb kutatások.....	41
1.4 Attitűdformálás	53
1.4.1 Társadalmi viták a kábítószer-problémáról	53
1.4.2 Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök.....	53
1.4.3 Parlamenti viták a kábítószer-problémáról.....	60
1.4.4 A médiamegjelenítés módja	61
1.4.5 Attitűdformálást célzó programok, események	64
2. MEGELŐZÉS	67
2.1 A prevenció egyes színterein megvalósuló tevékenységekről	67
2.1.1 Család	67
2.1.2 Iskola.....	69
2.1.3 Munkahely	69
2.1.4 Szabadidő.....	70
2.1.5 Média, információs társadalom	70
2.1.6 Honvédség	75
2.1.7 A gyermekvédelem intézményrendszere.....	76

2.1.8	Kockázati csoportok	76
2.1.9	Egyéb prevenciós programok, események.....	78
2.1.10	Az ÁNTSZ kábítószerügy területén végzett egészségfejlesztési (egészségvédelmi, egészségnevelési és egészségmegőrzési) tevékenysége	78
2.2	Képzések.....	80
3.	KEZELÉS ÉS ELLÁTÁS	85
3.1	A problémás drogfogyasztás prevalencia becslése	86
3.2	A kezelt drogfogyasztás jellemzői	89
3.2.1	A kezelésbe vont kliensek profilja	89
3.2.2	A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának alakulása.....	97
3.3	Ellátórendszerek.....	100
3.3.1	Egészségügyi ellátás.....	100
3.3.2	Területi különbségek az ellátásban	101
3.3.3	Szociális ellátás.....	102
3.3.4	Elterelés	102
3.4	Gyógyszermentes kezelés	103
3.4.1	Járóbeteg (ambuláns) ellátás	103
3.4.2	Fekvőbeteg ellátás.....	103
3.5	Gyógyszeres kezelés	104
3.5.1	Elvonó kezelés.....	104
3.5.2	Szubsztitúciós kezelés.....	104
3.6	Szenvedélybetegek közösségi ellátása	105
3.7	Ártalomcsökkentés.....	107
3.7.1	Alacsonyküszöbű szolgáltatások.....	107
3.7.2	Tűcsereprogramok.....	107
3.7.3	HIV, hepatitisz szűrőprogramok, szűrővizsgálatok	114
3.8	Reszocializációs, reintegrációs programok	121
3.9	Drogfogyasztással összefüggő halálesetek és halandóság a drogfogyasztók körében.....	125
3.10	A drogfogyasztás egyéb egészségügyi következményei	128

4. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS	135
4.1 A kábítószer-bűnözés és bűnüldözés helyzete	135
4.1.1 Kábítószer-használat a börtönben	141
4.1.2 A kábítószer-bűnözés megelőzése.....	141
4.2 A kábítószer-felderítő tevékenység	142
4.3 A kábítószer-piac struktúrája	143
4.3.1 Lefoglalt kábítószeresek	143
4.3.2 Kábítószeresek utcai árai és tisztasága.....	144
4.4 A kábítószer prekursorokkal végzett tevékenységek ellenőrzése	148
FELHASZNÁLT IRODALOM	151

Miniszteri köszöntő

Tisztelt Olvasók!

A könyv, amelyet most Önök a kezükben tartanak egy olyan átfogó helyzetértékelést tartalmaz, amely – az elmúlt évekhez hasonlóan – irányítúként szolgál a magyarországi droghelyzet alapos megismeréséhez. Mindannyian jól tudjuk, hogy az irányokat csak pontos információk birtokában tudjuk meghatározni. A *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* című kiadványra értelmezve ez szakmailag helytálló, megfelelő kontextusba helyezett adatokat jelent. A kiadvány célja, hogy a tudományos adatok mellett hírt adjon a magyarországi kábítószerhelyzet fejleményeiről, kutatásairól és a pályázati programokról. Továbbá beszámoljon az ellátórendszer állapotáról, rávilágítson a fejlesztés szükségleteire.

A Kormány fontosnak tartja, hogy éves jelentés készüljön a hazai történekekről, kifejezetten a magyar szakemberek és a széles értelemben vett hazai olvasóközönség számára. Ennek hangsúlyozása annál is inkább fontos, mert Magyarország – kapcsolódva az európai adatgyűjtési rendszerhez – immáron több éve beszámolót készít az Unió számára. Az uniós kötelezettséget ellátó adatgyűjtési munka idén is meghatározó mértékben hozzájárult a *Jelentés* tartalmához. Ezúton szeretnék köszönetet mondani minden szakembernek, aki ebben a munkában részt vett.

Folyamatosan átalakuló világban élünk, újra és újra át kell gondolnunk kitűzött céljainkat és az elérésük érdekében megtett intézkedéseket. A Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében című dokumentum eleget tesz ennek a kritériumnak, konszenzusos érvényessége ezért is ível át immár több kormányzati cikluson. Ez pedig a kiszámítható, építő és partnerségen alapuló munka feltételeit jelenti mindannyiunk számára.

Sajnos, a kötetben bemutatott adatok szerint a kábítószer-használat továbbra is mindennapjainkat meghatározó társadalmi probléma. Pozitív tapasztalat, hogy a fiatalok között a kábítószer-fogyasztás terjedésének üteme ugyan nem növekszik olyan drámaian, mint ahogy az a 90-es években volt látható, de továbbra is nagyon magas a tiltott szereket kipróbálók aránya. Ma már többnyire tudatosult bennünk az a gondolat, hogy a hibás nem maga a drog, hanem számos társadalmi, szociális háttértényező befolyásolja a probléma kialakulását. Ebből adódóan a probléma kezelése érdekében tett erőfeszítés sem kizárólag az erre szakosodott állami és civil intézmények kötelezettsége. Jól tudjuk, hogy a család, a társas kapcsolatok szerepe nagyon fontos és sokszor előnyt élvez más beavatkozással szemben.

Hazánkban a droghelyzet egészségügyi és szociális jellegű kezelésének

háttére az elmúlt évtizedben bekövetkezett fejlesztéseknek köszönhetően – ha nem is kielégítő szinten, de – rendelkezésre áll. A meglévő szolgáltatások fenntartása mellett további feladatok jelentkeznek a kiegyenlített hozzáférés és a teljes ellátási lánc kialakítása érdekében. Ezt az egészségügyi és a szociális ellátórendszer jövőbeni működtetésénél, átalakításainál is figyelembe kell vennünk.

A továbbiakban is szükségszerű fejlesztési terület a drogprevenció. Fontos eredmény, hogy országos szinten ma már a legtöbb iskolában megjelenik valamilyen formában a drogmegelőzés. A jövőben bevezetésre kerülő akkreditációs rendszerrel az ilyen jellegű programok rendszerszerű működése szabályozottabbá válik, amely hosszabb távon hozzájárul a színvonalasabb szolgáltatások bővüléséhez. Támogatást kell biztosítanunk az egyéb prevenciók színtereken megvalósuló tevékenységek fejlesztéséhez is, amelyhez a különböző társterületek, szakmák együttműködésére lesz szükség. A drogprobléma hosszú távú kezelése szempontjából fontos, hogy a szolgáltató jelleg ebben az ágazati körben is egyre inkább előtérbe kerüljön.

A helyzet összetevőinek értékelésekor figyelembe kell venni a kínálatcsökkentés területén jelentkező különböző tapasztalatokat, eredményeket is. Nem szabad elfelejtenünk például a kábítószer-bűncselekmények adatainak elemzésénél, hogy a törvényi változásokra és a statisztikai adatgyűjtési rendszer sajátosságaira tekintettel vonjuk le a következtetéseket. A *Jelentés* ehhez is hasznos információkkal szolgál. Számot ad továbbá a különböző felderítések eredményességéről, a lefoglalások részletes minőségi és mennyiségi jellemzőiről, a kábítószer előállítására alkalmas anyagok ellenőrző mechanizmusairól, továbbá a büntetés-végrehajtási intézetekben megvalósult programokról.

Számos terület van tehát, amely további figyelmet, és az eddigiekhez hasonlóan elkötelezett munkát igényel. Minden lehetséges erőnkkel biztosítanunk kell azt, hogy a helyzet ne súlyosbodjon, továbbá javuljanak az ellátási feltételek, a droghasználat minél inkább váljon a fiatalok által elutasítandó magatartássá. Ezért rendkívül sokat tehetünk még, gyermekeink és a drogtól veszélybe került sorsok megóvása érdekében.

Kiss Péter
miniszter

Bevezetés

Immár hetedik alkalommal jelenik meg a *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* című kiadvány, a hagyományoknak megfelelően a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca gondozásában. Szintén hagyománynak tekinthető, hogy a jelentés alapját a Nemzeti Drog Fókuszpont (a magyar Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ) által gyűjtött és validált adatok képezik, melyeket jelentéstételi kötelezettsége körében hazánk 2004 óta minden évben határidőre megküld a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

Az elmúlt években a hazai kábítószer-problémát jellemző adatok egyre bővülő köre válik a jelentés részévé, időben is túlterjed – jelen esetben a 2005-ös – a tárgyévén, hiszen számos területen olyan adatokat is közlünk, amelyek 2006 júniusáig terjedően informálnak a szakmai történésekről: a helyzet alakulásáról és az erre válaszként megfogalmazódó beavatkozásokról, melyek a kormányzati és a civil-szakmai szféra együttműködésében valósultak meg.

A kábítószerhelyzetben beállt változások arra engednek következtetni, hogy a nyugat-európai országokhoz hasonló átalakulások zajlanak hazánkban is: továbbra is növekszik a kábítószereket kipróbálók száma, azonban a szerhasználati szokások változnak, dominálja a területet a kenderszárzár-mazékok és a rekreációs színterek „kultúrájához” illeszkedő kábítószeres használat, egyidejűleg pedig csökken az opiát használók számaránya.

A 2005-ös év tekintetében eredményként kell számon tartanunk, hogy a szervezeti átalakulások, személyi változások ellenére is sikerült a már korábban is sikeresnek bizonyult programok és kezdeményezések fenntarthatóságát biztosítani. Az egy évvel ezelőtti jelentés beköszöntőjében azt hangsúlyoztuk, hogy az elkövetkező időszak fő feladata a kábítószerügyi ellátások stabilizálása, minőségének és finanszírozásának megnyugtató biztosítása. Ennek a törekvésnek a jegyében is került sor a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosítására, melynek következtében a szenvedélybetegek számára nyújtandó alacsonyküszöbű szolgáltatások jogszabályi támogatása megvalósul, ez hosszú távon tervezhetővé és finanszírozhatóvá teszi ezeket az ellátásokat, valamint biztosítja szakmai ellenőrizhetőségüket, elszámoltathatóságukat is.

A 2005-ös év adatait tartalmazó jelentés 2 önmagán messze túlmutató fejleményről is beszámol. Egyrészt megtörtént az első olyan adatgyűjtés, amely lehetővé teszi a kábítószer-probléma kezelésére fordított közkiadások becslését, másrészt a nemzetközi standardoknak megfelelő módszertannal becsülhetővé vált a problémás szerhasználók száma. Mindkét

kutatás olyan információk birtokába juttatja a kábítószerügyi koordinációt, amelyek a későbbi beavatkozások, szakma-politikai döntések meghozatalát meghatározó mértékben kell, hogy befolyásolja.

Az éves jelentés megjelentetése mindig jó alkalom arra is, hogy áttekintsük az elkövetkező időszak legfontosabb feladatait.

- Folyamatban van a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságot megalapító 1998-as Kormányhatározat újrafogalmazása. Ennek a lépésnek – sok egyéb mellett – az egyik meghatározó fontosságú eleme, hogy a továbbiakban szavazati joggal jelenik meg a civil-szakmai szféra a Bizottság tagjai között. Ennek különösen nagy jelentősége van, hiszen a Nemzeti stratégia egyik legfontosabb üzenete, hogy a kábítószer-probléma kezelése szempontjából a közösségi összefogásnak, a helyi civil kezdeményezéseknek van kiemelkedően fontos szerepe. Noha az elmúlt években is jelentős erőfeszítéseket tettünk a civil szervezetek támogatása érdekében, ez a lépés a szakmai identitás kialakítása szempontjából is jelentékeny előrelépésnek tekinthető.
- Az elkövetkező esztendőök fontos feladata – összhangban az Európai Unió drogstratégiájával és Akciótervével, az értékelési kultúra fejlesztése. E tekintetben nagy jelentőséggel bír az a körülmény, hogy 2008-ban zárul az a 10 éves folyamat, mely az ENSZ 1998-as politikai deklarációjában fogalmazódott meg, és amelyik a Drogmenetes Világ célkitűzését hordozta. Az Európai Unió, illetve a tagállamok – köztük hazánk is –, aktívan részt kíván venni az eltelt 10 év történéseinek értékelésében.
- A hazai drogpolitika szempontjából meghatározó jelentőségű Nemzeti Drogstratégia 2009-ben lejár. Az előttünk álló 2 év alkalmat kell, hogy teremtsen egy új stratégia megalkotására az előző stratégia megvalósulásával összefüggő tapasztalatok összegzésére, a tanulságok levonására.

Reméljük, hogy a *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* című kiadvány, mely elsősorban a 2005-ös év adatait, valamint némi kitekintést tartalmaz a 2006-os év vonatkozásában is, hasznos olvasnivalónak bizonyul mind a szakemberek, mind pedig a politikai döntéshozók számára, s hozzá fog járulni e komplex társadalmi probléma kezelhetőségét lehetővé tévő intézmények fejlődéséhez, a szükséges intézkedések meghozatalához.

Dr. Felvinczi Katalin
nemzeti drogkoordinátor

Összefoglaló áttekintés

Az alábbiakban bemutatott jelentés számot ad a magyarországi kábítószer-helyzet alakulásáról a 2005-ös év vonatkozásában. Az összefoglaló a Nemzeti Drog Fókuszpont által összeállított Európai Unió felé szóló jelentés alapján jellemzi a helyzetet, valamint áttekinti – a kábítószerügyi koordináció által fontosnak tartott – kormányzati és civil kezdeményezéseket is. Néhány kérdés tekintetében a beszámoló nem korlátozódik a 2005-ös évre, hanem a 2006 júniusáig bekövetkezett esetleges változásokat is érinti.

2005-ben elsősorban regionális, illetve néhány speciális csoportra kiterjedő kutatás készült Magyarországon. Ezen kutatások eredményei meghatározó szerepet játszanak a helyi drogstratégia kialakításában – összhangban a nemzeti drogstratégia célkitűzéseivel. A fiatalok droghasználati viselkedése tekintetében a 13 évet átölelő budapesti középiskolás adatfelvétel-sorozat azt valószínűsíti, hogy az elmúlt években csökkent, vagy megállt a tiltott szerfogyasztás terjedése a magyar fiatalok körében.

Az iskolai prevenció terén nem történt jelentős változás az utóbbi évekhez képest, a tervezett akkreditációs rendszer bevezetésével a jövőben várhatóan még átfogóbb képet kapunk majd a diákok körében végzett tevékenységekről. A nem iskolai keretek között folyó prevenciók tevékenységéről továbbra sem rendelkezünk az iskolai programokhoz hasonló részletes információkkal, első lépésként azonban megtörtént a kábítószerügyi egyeztető fórumok látókörébe került nem iskolai keretek között is tevékenykedő szervezetek programjainak feltérképezése. A kutatás során 54 szervezet programjait sikerült azonosítani, a szintéren azonban feltételezhetően több ilyen program működik.

2005-ben összesen 14 793 drogfogyasztót regisztráltak a kezelőhelyek. Az új betegek száma az előző évhez képest 12%-kal nőtt. 2000 óta folyamatosan csökken a kezelt heroin-fogyasztók, és főként az intravénás használók száma. 2002 óta folyamatosan növekszik a kannabisz-származékokat fogyasztók aránya a kezelték körében, jelenleg már ez a „vezető” szertípus. 2005-ben tovább nőtt a kezelt amfetamin-fogyasztók száma is.

A lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számát tekintve az egészségügyi ellátásban nagy eltérések mutatkoznak az ország különböző területein, a nagy forgalmú drogambulanciák a környező megyékből is vesznek fel klienseket. Az egészségügyi ellátás finanszírozási rendszere jelenleg nem teszi lehetővé a kezelték számának nagy arányú növekedését, így a növekedő kezelési igényt (pl. a metadonkezelés iránt) az intézmények nem tudják kielégíteni.

Külön vizsgálva az opiát-, kokain- és/vagy amfetamin-származékokat rendszeresen vagy hosszabb ideje használók csoportját, az ismert és rej-

tett populáció teljes száma 24204 főre, az intravénás drogfogyasztók száma 3941 főre tehető. A számítások alapján valószínűsíthető, hogy Magyarországon európai összehasonlításban a problémás drogfogyasztás egyelőre kevésbé elterjedt.

A 2005. évi CLXX. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényt módosította, amely alapján 2007. január 1-ei hatállyal a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé – az alapszolgáltatás mellé – bekerült az alacsonyküszöbű ellátási forma. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások normatív finanszírozásának kidolgozása folyamatban van.

A szociális ellátás keretén belül is történik kezelés a TDI¹ definíciója szerint (pl. közösségi ellátás, utcai munka), azonban az ellátott kábítószerfogyasztókra vonatkozó rendszeres adatgyűjtés még nem teljes körű ezen ellátási formákat tekintve.

Az intravénás kábítószer-használók HIV, HBV, HCV,² prevalenciájában a 2005. évi indikátorok alapján az előző évhez viszonyítva lényeges változás nem figyelhető meg. HIV és HBV fertőzöttet nem találtak, a HCV fertőzöttség 10,9%. Az év második felében országosan javultak az intravénás kábítószer-használók HIV/HCV szűrővizsgálatainak feltételei. Ezen kívül egy új utcai megkereső program indult a legproblémásabb populáció elérését célozva meg. A tűcsere programok adatai másodlagos tűcserére utalnak. Az egy főre jutó injektorok száma folyamatosan nőtt az utóbbi három évben, a szolgáltatást igénybe vevők kevesebben, de egyre gyakrabban jelentek meg, és több injektort vittek el.

Az elmúlt évek tendenciáihoz képest összességében csökkent a közvetlen túladagolás miatt bekövetkezett halálesetek száma. A túladagoltak között a legnagyobb arányt továbbra is az opiát-használat miatt elhunytak teszik ki. Az elmúlt évhez képest mind a heroin (2004-ben 8, 2005-ben 13 eset), mind az amfetamin származékok (2004-ben 3, 2005-ben 6 eset) okozta mérgezések számában növekedés tapasztalható. A közvetett drogfogyasztással összefüggő erőszakos halálesetek jellemzően baleset miatt következtek be, 7 esetben amfetamin-típusú szer, 3 esetben pedig heroin volt kimutatható.

Hazánkban, 2005-ben, az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények mennyiségi mutatói ugyan változtak, azonban a minőségi jellemzők tekintetében jelentős elmozdulás nem történt. A 2005. évi statisztikai adatok szerint 7616 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben (2004-ben 6670). Míg 2004-ben a vádemelés elhalasztása jogintézményben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény

¹ A „TDI” vagy kezelésgény-indikátor egy egységes adatgyűjtési rendszer, amely a kábítószer-fogyasztók kezelését fedi le.

² HBV: hepatitisz B vírus, HCV: hepatitisz C vírus

elkövetők 50%-a vett részt, addig ez az arány 2005-ben 62,3% volt. A büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek számában igazán jelentős emelkedés 2003-ban következett be, a Büntető Törvénykönyv módosítása után. A növekedés 2005-ben is folytatódott, a tendenciát az Alkotmánybíróság 2004. évi határozata nem befolyásolta jelentősen. Az eltereltek körében 2003 óta domináns a kannabisz-származékokat fogyasztók csoportja.

Az elmúlt évben a kábítószerpiac struktúrájában lényegi változás nem történt. Az utcai forgalomba került kábítószeresek tisztasága szerenként különböző mértékben változott. A legnagyobb változás az ecstasy tablettáknál volt tapasztalható. Az utóbbi években megszokottól eltérő hatóanyagokat, amfetamint, valamint többféle hatóanyag-kombinációt tartalmazó tabletták számottevő mennyiségben jelentek meg a piacon.

2006-ban első ízben sor került egy, az európai standardoknak és ajánlásoknak megfelelő kutatásra, mely kísérletet tett a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő közkiadások becslésére.

A kábítószerügyi koordináció intézményrendszerében lényegi változás a jelentési periódusban nem történt, a megváltozott kormányzati struktúrában is a szociális igazgatásért felelős tárca látja el a kormányzati szintű koordinációs feladatokat.

A jelentési periódusban zárult az a kutatás, mely a Nemzeti stratégia megvalósulását és a kábítószerügyi koordináció hatékonyságát vizsgálta. Az ennek alapján készült jelentés megállapította, hogy a magyar drogstratégia jól illeszkedik az Unió drogstratégiájához, valamint, hogy a koordinációs struktúrák hatékonyabb működtetése érdekében átalakításokra van szükség. A fentiek megvalósulását szolgálja többek között, hogy 2006-ban előkészítésre került a 1039/1998. Korm. Határozat módosítása, amely átalakítja a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságot, abban a civil szakmai szervezetek szerepvállalását erősíti.

1. Közösség, együttműködés

1.1 A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tevékenysége

A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében létrehozott Nemzeti stratégia, melyet az Országgyűlés egyhangúlag fogadott el 2000. december 5-én, egyik alapvető célként fogalmazza meg azt, hogy a társadalom váljon érzékenyebbé a droggkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában. Ebből adódóan a stratégia megvalósításában kulcsszerepet játszanak a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok¹ (KEF-ek).

A 2005-ös év folyamán 95 különböző közigazgatási szinthez (helyi, megyei, kistérségi, regionális) társítható KEF-fel tartott folyamatos szakmai kapcsolatot a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet. Ennek eredményeképpen is 65 helyi stratégia kimunkálására került sor, továbbá kialakításra került a KEF-ek működésének minősítését lehetővé tevő szempontrendszer.

2005-ben a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca pályázati rendszer keretében támogatta a helyi KEF-ek működését, fejlesztését.

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Baja Város Önkormányzata	A bajai KEF PR tevékenységének fejlesztése	1 100 000 Ft
Békés Megyei Önkormányzat	Pályázat a Békés Megyei Kábítószerügyi Koordinációs és Tanácsadó Testület működésének támogatására	1 100 000 Ft
Békés Város Önkormányzata	Minél több lépéssel a drogok előtt	1 100 000 Ft
Békéscsaba Megyei Jogú Város Önkormányzata	Szenvedélyünk az egészség	700 000 Ft
Budafok-Tétény Budapest XXII. ker. Önkormányzata	Kábítószerügyi Egyeztető Fórum szervezetfejlesztése és stratégia alkotása Budafok-Tétény Budapest XXII. kerületben	1 100 000 Ft
Budaörs Város Önkormányzata	Helyzetfelmérés és szervezetfejlesztés	1 100 000 Ft

¹ A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokról további információk a www.kef.hu weboldalon találhatóak.

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Budapest Főváros II. kerületi Önkormányzat	A drogmentes II. kerületért – A II. kerületi KEF további működésének biztosítása	1 100 000 Ft
Budapest Főváros IV. kerület Újpest Önkormányzat	Kábítószerügyi Egyeztető Fórum Újpesten	1 100 000 Ft
Budapest Főváros VII. kerület Erzsébetváros Önkormányzata	Erzsébetvárosban a drog ellen	1 100 000 Ft
Budapest Főváros XI. kerületi Önkormányzat	KEF működési támogatás 2005–2006. év	800 000 Ft
Budapest Főváros XIII. kerület Önkormányzata	A Bp. XIII. ker. KEF működésének továbbfejlesztése, kiteljesítése	1 100 000 Ft
Budapest Főváros XV. kerületi Önkormányzata	Az élet élet – éljed! címmel kerületi konferencia megrendezése	1 100 000 Ft
Budapest Főváros XVI. kerületi Önkormányzata	KEF hatékony működésének elősegítése, a helyi stratégia rövid távú céljaiként megfogalmazott feladatok megvalósítása	1 100 000 Ft
Budapest Főváros XVII. kerületi Önkormányzat	Együtt gondolkodástól a megvalósításig	1 070 000 Ft
Budavári Önkormányzat	Budapest I. kerületi KEF működési támogatása	1 050 000 Ft
Cegléd Város Önkormányzata	Cegléd Város Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működése	1 100 000 Ft
Csepeli Családsegítő Szolgálat	Élj szermentesen! Szórakozz szermentesen!	950 000 Ft
Csongrád Város Önkormányzata	Pályázat a csongrádi KEF működéséhez	1 100 000 Ft
Debrecen Megyei Jogú Város Önkormányzata	A Debreceni Kábítószerügyi Egyeztető Fórum további működtetésének támogatása	800 000 Ft
Dél-Baranyai Kábítószerügyi Egyeztető Fórum	Dél-Baranyai Kábítószerügyi Egyeztető Fórum indítása és működtetése	1 100 000 Ft
Dél-Dunántúli Regionális Egészségügyi Egyesület	A DREKEF működésének támogatása	1 100 000 Ft
Dombóvár Város Önkormányzata	Együtt a drogok ellen az egészséges ifjúságért	1 100 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Eger Megyei Jogú Város Önkormányzata	Az egeri Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működése 2005.07.01. és 2006.06.30. közötti időszakban	1 100 000 Ft
Érd Város Önkormányzat	Kábítószerügyi Egyeztető Fórum folytatólagos működésének támogatása Érden	800 000 Ft
Fejér Megyei Önkormányzat	Fejér Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum 2005–2006. évi működése	1 100 000 Ft
Ferencvárosi Önkormányzat	A Ferencvárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működésének fejlesztése	1 100 000 Ft
Gödöllő Város Önkormányzata	Gödöllői Kábítószerügyi Egyeztető Fórum	1 040 000 Ft
Gyöngyös Város Önkormányzata	Gyöngyösi KEF működtetése	1 100 000 Ft
Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata	A Győr városi KEF tevékenységének fejlesztése	1 100 000 Ft
Győr-Moson-Sopron Megyei Önkormányzat	A Győr-Moson-Sopron Megyei KEF fejlesztése	1 100 000 Ft
Gyula Város Önkormányzata	Tiszta világ	1 040 000 Ft
Hajdúböszörmény Város Önkormányzata	A Hajdúböszörményi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működése és koordinációjával megvalósuló programok	1 050 000 Ft
Hatvan Város Önkormányzata	A hatvani Kábítószerügyi Egyeztető Fórum	900 000 Ft
Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzata	Hominem te esse memento	900 000 Ft
Kalocsa Város Önkormányzata	Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok megalakulása valamint működése fejlesztésének támogatása	1 100 000 Ft
Kaposvár Megyei Jogú Város Önkormányzata	KEF stratégia rövid távú cselekvési programjának megvalósítása	1 040 000 Ft
Karcag Városi Önkormányzat	Karcag városi KEF további működése	1 000 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Kazincbarcika Város Önkormányzata	A kazincbarcikai KEF működési programja 2005–2006	1 100 000 Ft
Kecskemét Megyei Jogú Város Önkormányzata	Kecskeméti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum a helyi prevencióban	1 100 000 Ft
Keszthely Város Önkormányzata	Az együttműködés erősítése és a munka hatékonyságának növelése a keszthelyi KEF-ben	1 100 000 Ft
Kiskunmajsza Város Önkormányzata	Kiskunmajsai Kistérségi KEF társadalmi befolyásának erősítése	1 100 000 Ft
Komló Város Önkormányzat	KEF Komló és Térsége stratégiájának működtetése	1 100 000 Ft
Mátészalka Város Önkormányzata	Szenvedéllyel a szenvedélyek ellen	800 000 Ft
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata	A Miskolci Kábítószerügyi Egyeztető Fórum további működésének támogatása	1 100 000 Ft
Mosonmagyaróvár Város Önkormányzat	KEF folyamatos működése	1 100 000 Ft
Nagykőrös Város Önkormányzat	A Nagykőrösi KEF éves munkájának megtervezése és indikátoros ellenőrzése	1 100 000 Ft
Nyíregyháza Megyei Jogú Város Önkormányzata	A nyíregyházi KEF működése	1 100 000 Ft
Orosháza Városi Önkormányzat	KEF jövőt – szebb jövőt! Az orosházi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum folytatólagos működése	1 100 000 Ft
Oroszlány Város Önkormányzata	Oroszlányi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működésének fejlesztése	1 100 000 Ft
Ózd Város Önkormányzata	Drogprevenció – Ózd 2005.	1 100 000 Ft
Paks Város Önkormányzata	Paks Város Kábítószerügyi Egyeztető Fórum szervezeti egységének erősítése a jövőbeni Városi Stratégia által megkövetelt cselekvési tervek kidolgozása érdekében	1 100 000 Ft
Pápa Város Önkormányzata	Pályázat a Pápai KEF működésének fejlesztésére	1 100 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata	A Pécsi KEF működésének támogatása	1 100 000 Ft
Pest Megye Önkormányzata	Pest Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum szervezetfejlesztése és megyei helyzetfelmérés	980 000 Ft
Pestszentlőrinc–Pestszentimre Önkormányzata	Dolgozzunk együtt egy drog-mentes társadalomért	1 100 000 Ft
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata	A salgótarjáni KEF minőségi fejlesztése	1 100 000 Ft
Siófok Város Önkormányzata	A Siófoki DOM–KEF csoport hatékonyságának növelése a kitűzött célok megvalósítása érdekében	1 000 000 Ft
Szarvas Város Önkormányzata	A szarvasi KEF a drogellenes küzdelem főtucáján	1 090 000 Ft
Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzata	Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat KEF stratégiájának megvalósítása	1 050 000 Ft
Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata	A Székesfehérvári Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működése és fejlesztése; a drogellenes stratégia operatív programjának megvalósítása	1 100 000 Ft
Szekszárd Megyei Jogú Város Önkormányzata	A Szekszárdi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum 2005–2006. évi működtetése és a helyi drogstratégia megvalósulásának elősegítése	1 100 000 Ft
Szentesi Családsegítő Központ Családok Átmeneti Otthona	Szentesi Városi KEF fejlesztése	1 100 000 Ft
Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzata	Szolnoki KEF 2005. évi működésének támogatása	1 100 000 Ft
Szombathely Megyei Jogú Város Önkormányzata	Az újjáalakult Szombathelyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működésének fejlesztése	1 100 000 Ft
Tatabánya Megyei Jogú Város Önkormányzata	Drogfertőzöttség kutatása Tatabánya Város fiataljai körében az egy éves cselekvési terv megelapozásához.	1 100 000 Ft
Tiszaújváros Önkormányzata	Együtt a drog ellen – Tiszaújváros dropprevenciós stratégiája	1 100 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Tiszavasvári Város Önkormányzata	A tiszavasvári KEF működésének támogatása	1 100 000 Ft
Várpalota Város Önkormányzata	A Várpalotai Kábítószerügyi Egyeztető Fórum tevékenysége	1 100 000 Ft
Veszprém Megyei Jogú Város Önkormányzata	Veszprém Városi Kábítószerügyi Fórum működése 2005/2006	800 000 Ft
Völgységi Önkormányzatok Megelőzési Egyesülete	Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok szervezése a völgységi kistérségben a Völgységi Önkormányzatok Megelőzési Egyesületének keretében	1 000 000 Ft
Zalaegerszeg Megyei Jogú Város Önkormányzata	Együttműködés és koordináció	1 100 000 Ft
Mindösszesen		74 860 000 Ft

1.2 A Nemzeti stratégia végrehajtása, monitorozása és intézményi háttere

1.2.1 Jogi keretek

KÁBÍTÓSZER-TÉMÁBAN HOZOTT TÖRVÉNYEK, RENDELETEK, IRÁNYELVEK

a) 2005. évi XXX. törvény (VI. 1.)

Az Alkotmánybíróság 54/2004. számú AB határozatával (lásd 2005-ös Éves Jelentés) jelentős mértékben átalakította a Btk. kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos rendelkezéseit.

A 2005. évi XXX. törvény tartalmazza a két ENSZ egyezmény eredeti angol és új magyar nyelvű fordítását, valamint az egyezmények I–IV. jegyzékeit, a jegyzékekben foglalt kábítószeres, készítményes és pszichotrop anyagok hivatalos magyar elnevezésével együtt.

Mínthogy az Alkotmánybíróság határozata a Btk. 286/A. § (2) bekezdését megsemmisítette, a kábítószer büntetőjogi fogalmát meghatározó értelmező rendelkezéseket a 2005. évi XXX. törvény pótolta.

b) 2005. évi XCI. törvény (VII. 4.)

A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.) és más törvények módosításáról szóló 2005. évi XCI. törvény 2. §-a módosította a

Btk. 82. §-át. Ezen szakasz (5) bekezdés h) pontja szerint a bíróság, illetve vádemelés elhalasztása esetén az ügyész határozatában a pártfogó felügyelet céljának elősegítése érdekében külön magatartási szabályként kötelezettségeket és tilalmakat írhat elő. A bíróság, illetve az ügyész elrendelheti, hogy a pártfogolt – hozzájárulása esetén – meghatározott gyógykezelésnek vagy gyógyító eljárásnak vesse alá magát. Így azon pártfogoltak is, akik valamely oknál fogva nem vehetnek részt az eltérésben, részesülhetnek valamely kezelési formában.

c) 153/2005. (VIII. 2.) kormányrendelet

A kábítószerrel és pszichotrop anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) korm. rendeletet 2005-ben a 153/2005. (VIII. 2.) korm. rendelet módosította. A módosítások közül kiemelendő – többek között – a korm. rendeletben szereplő egyes fogalmak meghatározása, értelmezése; a kábítószerrel és pszichotrop anyagok selejtezésének és megsemmisítésével történő ártalmatlanítása szabályainak beiktatása, valamint a kérelem, illetve igazolás formájának meghatározása az ellenőrzött szerek szállítására rendkívüli, gyógyászati célú felhasználáshoz.

d) 34/2005. (VIII.10.) ORFK intézkedés

A kábítószer-bűnözés elleni rendőri tevékenység során végrehajtandó feladatokról szóló 34/2005. (VIII.10.) ORFK intézkedés alapvető célja, hogy egyetlen normában, átfogó módon szabályozza a rendőrségen belüli, kábítószerrel és pszichotrop anyagokkal, valamint a prekursorokkal kapcsolatos tevékenységet.

e) 159/2005 (VIII. 16.) kormányrendelet

A kábítószer-prekursorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapítását szabályozza a kormányrendelet. A kormányrendelet az alábbi közösségi jogszabályok végrehajtására született: 273/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet; 111/2005/EK európai tanácsi rendelet és 1277/2005/EK bizottsági rendelet.

f) 266/2005. (XII. 14.) kormányrendelet

A 266/2005. korm. rendelet Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalról (EKH) szóló 295/2004. (X. 28.) korm. rendeletet, a kábítószerrel és pszichotrop anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) korm. rendeletet, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) korm. rendeletet módosította.

A módosítások közül kiemelendő, hogy a máknövény, illetve kannabisz növény exportját, illetve importját végző, továbbá mákszalma-maradványokkal szennyezett mákmagot felvásárló, illetve annak tisztítását végző gazdálkodó szervezet köteles a tevékenységet – annak megkezdése előtt harminc nappal – a tevékenység helyének pontos megjelölésével és a felelős személy megnevezésével az EKH-nak bejelenteni.

g) A 2005. évi CLXX. törvény alapján 2007. január 1-től a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé – a közösségi ellátások mellé – jogilag is bekerült az alacsonyküszöbű ellátás.

E módosítás egyben az 54/2004 (XII. 13.) AB határozat megállapításaira is reagál. Az AB határozat 7. pontja megállapítja, hogy „az Országgyűlés alkotmányellenes mulasztást idézett elő azzal, hogy a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény rendelkezéseivel összefüggésben nem alkotta meg azon szabályokat, amelyek a kábítószer-élvezőket segítő, megelőző, gyógyító programok végrehajtásában közreműködők büntetőjogi felelősségének kérdéseit rendezik”.

h) 2005. évi CLXXXI. törvény (XII. 19.)

Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2005. évi CLXXXI. törvény módosította az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvényt, amely mellékletének A) Jegyzékét kiegészítette az mCPP-vel (meta-klorofenilpiperazin). Így az mCPP a pszichotrop anyagokról szóló, Bécsben, az 1971-ben aláírt egyezmény I. Jegyzékén szereplő pszichotrop anyagokkal azonos elbírálás alá esik Magyarországon, azaz gyógyászati célra nem, kizárólag tudományos célra alkalmazható.

i) 2006. évi LI. törvény (VII. 11.)

A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (Be.) módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény – annak 285. §-a (2) és (3) bekezdésében foglalt kivételekkel – 2006. július 1-jén lép hatályba. A Be. hatályba lépése óta eltelt két év felszínre hozta azokat a jogalkotási hiányosságokat és gyakorlati igényeket, amelyek a törvény többségében technikai jellegű, néhány helyen koncepcionális módosítását igénylik. A Be. módosítása két esetben érinti a kábítószer-élvező gyanúsítottokra vonatkozó szabályokat:

- Ha a kábítószer-élvező gyanúsított önként részt vesz a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson, és az a büntethetőség megszűnését eredményezheti, nem célszerű, hogy a nyomozó hatóság

vádemelési javaslattal küldje meg az iratokat az ügyésznek, illetve, hogy az ügyész a Be. 222. §-ának (2) bekezdése alapján a vádemelés elhalasztásáról határozzon. Ezért amennyiben a kábítószer-élvező gyanúsított a nyomozás során önként alávetette magát az elterelés alapjául szolgáló kezelési fajták valamelyikének, és ez a nyomozás iratainak ismertetésekor még tart, a nyomozást fel kell függeszteni.

- A Be. július 1-jéig hatályos 227. §-a (4) bekezdésének *a*) pontja szerint, ha a Be. 222. §-ának (2) bekezdése alapján került sor a vádemelés elhalasztására, és a gyanúsított okirattal nem igazolja, hogy a vádemelés elhalasztásától számított egy éven belül legalább hat hónapig tartó folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesült, akkor ellene vádat kell emelni. A jogalkalmazás során gondot okozott, hogy a vádemelés elhalasztásáról rendelkező ügyészi határozat meghozatala előtt már megkezdett gyógykezelés stb. nem volt beszámítható a Btk. 283. §-ának (1) bekezdésében meghatározott hat hónapos időtartamba. A módosított rendelkezés lehetővé teszi, hogy a bűncselekmény elkövetését követően, de a vádemelés elhalasztását megelőzően megkezdett, és legalább hat hónapig tartó folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás igénybe vétele vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson történő részvétel a büntethetőséget megszüntető ok megállapítását eredményezze függetlenül attól, hogy a vádemelés elhalasztására mikor került sor.
- A túcserre-programok és az abban résztvevők jogi helyzete a szociális törvény módosításával válik rendezetté 2007. január 1-jétől: a 65/A. § a közösségi ellátások körébe sorolja a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást, amely keretében a 30 000-nél több állandó lakossal rendelkező települési önkormányzatok kötelesek biztosítani a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatásokat, így a túcserét is.

JOGALKOTÁSI TERVEK

Az Európai Unió Tanácsának 2004/757/IB kerethatározatából fakadó jogalkotási feladatokkal kapcsolatos előkészítő munkát az Igazságügyi Minisztérium és az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium koordinálta. A kerethatározattal kapcsolatban a Büntetőtörvénykönyv módosítására nem került sor, mivel az abban előírt minimum-szabályoknak a magyar jogszabályok megfelelnek.

JOGALKALMAZÁS

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2005-ben 1924 személy elítélésére került sor kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény elkövetéséért, akiket összesen 2358 bűncselekmény miatt vontak felelősségre a következők szerint:²

- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 1485 főt;
- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 101 főt;
- a Btk. 282/B. §-ába ütköző magatartások (a 18. életévét be nem töltött személy felhasználásával, illetve annak sérelmére elkövetett fogyasztói, illetve kereskedői típusú tevékenységek) miatt 105 főt;
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 232 főt;
- a Btk. 283/A §-ába ütköző bűncselekmény (kábítószer előállításához használt anyaggal való visszaélés) miatt 1 főt.

2005-ben a jogerősen elítélt 1924 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- 663 szabadságvesztés (ebből 309 végrehajtandó, 354 végrehajtásban felfüggesztett)
- 99 közérdekű munka büntetés
- 576 pénzbüntetés
- 586 önállóan alkalmazott intézkedés

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

1.2.2 Intézményi keretek, stratégiák, koncepciók

A KÁBÍTÓSZERÜGYI KOORDINÁCIÓS BIZOTTSÁG TEVÉKENYSÉGE

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2005-ben négy alkalommal ülésezett, összesen 11 határozatot hozott. Az üléseken a Bizottság megtárgyalta az Alkotmánybíróságnak a Btk. visszaélés kábítószerrel törvényi tényállásaira vonatkozó határozatát, illetve az abból adódó feladatokat. Bemutatásra került az EU 2005–2012 közötti időszakra vonatkozó drogstratégiája, valamint a TDI-protokoll validált magyar változata. A „TDI”

² A visszaélés kábítószerrel bűncselekményről és az elkövetőkről részletesen lásd: 8. fejezet.

vagy kezelésiigény-indikátor egy egységes adatgyűjtési rendszer, amely a kezelésbe vont kábítószer-fogyasztókkal összefüggésben szolgáltat az eddigieknél megbízhatóbb, a kettős számításba vételt is megakadályozó információkat. Az üléseken ismertették a Népegészségügyi Programról szóló beszámolót, mely egyebek mellett bemutatta a prostituáltak mozgó egészségügyi ellátásához kialakításra került szűrőbusz megvalósítását, a drogambulanciák létesítésével kapcsolatosan átadásra került összeg felhasználását. Több program mellett sor került még a 2004. évben az iskolai egészségnevelési és drogrevenációs programokról, azok hatékonyságáról végzett kutatás eredményeinek ismertetésére.

A Bizottság 2005. évi munkájában fontosabb mérföldkőként szerepelt a Nemzeti Stratégia félidős értékelése alapján készült MATRA jelentés.

KOORDINÁCIÓS INTÉZKEDÉSEK

2006. július 1-jétől a kábítószerügyi koordinációval kapcsolatos feladatok ellátása a Szociális és Munkaügyi Minisztériumban történik. A kábítószer-fogyasztás visszaszorításával kapcsolatos szakpolitikai, fejlesztési koncepciók kidolgozásán túl, a tárca támogatási rendszert működtet a Nemzeti stratégia megvalósítását szolgáló feladatok ellátása érdekében, valamint koordinálja a nemzetközi tagságokból (ENSZ, EU) adódó feladatokat.

A 2005-ben befejeződött, Trimbos Intézet által végzett evaluáció (Trautmann és mtsai. 2005) melynek részletes eredményeit magyar nyelven is publikálták 2006-ban, a két kötetben kiadott beszámoló (Erdélyi 2005) mindenki számára hozzáférhető.

Az értékelés tapasztalatait a szerzők bemutatták a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB), a KKB szakbizottságainak, valamint a „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című dokumentumban foglaltaknak az Európai Unió készülő Drogstratégiájával való összehangolását előkészítő parlamenti eseti bizottság ülésén.

A tapasztalatok alapján megfogalmazott javaslatok a következők voltak:

- A KKB szerkezete a sok résztvevő intézmény miatt nem eléggé rugalmas olyankor, amikor a fejlesztések gyors választ igényelnek, ugyanakkor a széles körű reprezentációnak egyértelmű előnyei is vannak. Ezért érdemes létrehozni egy kevésbé kiterjedt „központi magot”, amely a mindennapi ügyekben végrehajtói feladatokat látna el.
- A KKB inkább szakpolitikát előkészítő, mintsem a szakpolitikát koordináló testület, nem rendelkezik döntéshozó erővel, amely szükséges lenne a tényleges koordinációhoz. Elengedhetetlen a lehető legvilágosabban meghatározni a KKB döntési folyamatban betöltött helyét és felelősségét.

- Meg kell határozni a KKB tagjainak feladatkörét és felelősségét.
- Fontos a menedzsment infrastruktúra működésének javítása.
- Elő kell segíteni a szakpolitika megvalósításának átláthatóságát, a prioritások és eredmények megosztását a stratégia kialakítói és megvalósítói között.

NEMZETI STRATÉGIA ÉS MEGVALÓSÍTÁSA

A 2000-ben elfogadott Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására jelenleg is érvényben van, megvalósítása [a 2004-ben kidolgozott új akcióterv (1129/2004. (XI. 24.) kormányhatározat) szerint] folyamatos.

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés

A NEMZETI STRATÉGIA MEGVALÓSÍTÁSÁT ELŐSEGÍTŐ INTÉZMÉNYI HÁTTÉRRŐL

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézetet 2001-ben alakította meg az akkori Ifjúsági- és Sportminisztérium. Jelenleg a Szociális és Munkaügyi Minisztérium háttérintézményeként működik a Mobilitás szervezeti keretein belül. A 96/2000. (XII.6.) Ogy. határozattal elfogadott „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” címet viselő, és a mai napig érvényben lévő nemzeti program megvalósításának, valamint a probléma befolyásolásának és a szerfogyasztás megelőzésének jelenleg egyetlen szakmai-módszertani és kutató háttérintézménye Magyarországon. Az Intézet tevékenysége kiterjed a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok szakmai támogatására, az elterelés megelőző-felvilágosító szolgáltatásának adminisztratív és szakmai támogatására, kutatási, könyvkiadási és nemzetközi tevékenységek végzésére, valamint szakmai-tudományos rendezvények szervezésére.

2005-ben az elterelés megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtó rendszerébe országosan 2285 fő lépett be. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet elterelés munkacsoportja a megelőző-felvilágosító szolgáltatás szervezésén túl szakmai koordinatív funkciókat is teljesít. Éves konferenciát szervez a megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára, szakmai kiadványok megjelentetésében működik közre, továbbá részt vesz az elterelés intézményrendszerét és működését érintő jogszabály-változások előkészítésében, a megvalósítás koordinálásában.

2004-ben a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet egy komplex, interaktív portált kezdett működtetni. A Szakmai Információs Portál (SZIP) középpontjában egy prevenció, ellátó és kutatási tevékenységet felölelő adatbázis áll. A portál valamennyi érdeklődő számára hozzáférhető a www.ndi-szip.hu internet címen.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézethez tartozó könyvtári adatbázis 14 000 bibliográfiai tételt tartalmaz (könyv, tanulmány, cikk). A könyvtár informatikai infrastruktúrája jelentős mértékben átalakult a 2005-ös év folyamán. A könyvtári szerzeményeket tartalmazó adatbázist egy webes technológiát alkalmazó kereső felülettel láttuk el, mely lehetővé teszi a könyvtári állomány Interneten keresztül böngészését, a SZIP felhasználók számára annak közvetlen elérését a portálon keresztül.

A PÁRTFOGÓ FELÜGYELŐI ÉS JOGI SEGÍTSÉGNYÚJTÓ SZOLGÁLAT ORSZÁGOS HIVATALÁNAK TEVÉKENYSÉGÉRŐL

A pártfogó felügyelő a kábítószerrel való visszaélés miatt alkalmazott elterelés végrehajtásában koordináló szerepet tölt be a büntető igazságszolgáltatás szereplői, a pártfogoltak, valamint a számukra szolgáltatást nyújtó intézmények között. A pártfogó felügyelő kettős funkciója szerint ellenőrzi, és egyúttal segíti a pártfogoltat annak érdekében, hogy a külön kötelezettségnek eredményesen eleget tudjon tenni.

A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet (a továbbiakban: együttes rendelet) a büntetőügyben eljáró bíróságra, az ügyészre, a pártfogó felügyelőre, az érintett személyre és az ellátást vagy szolgáltatást nyújtó intézményre vonatkozó rendelkezéseket tartalmaz.

A Be. 222. §-ának (2) bekezdése szerinti vádemelés-elhalasztás esetén az ügyészi határozat nem jelöli ki a kezelést nyújtó intézményt, erről – az együttes rendelet 2. §-ának (4) bekezdése és 3. §-ának (2) bekezdése szerint – a pártfogó felügyelő nyújt tájékoztatást, aki ezáltal a büntető igazságszolgáltatás és az ellátórendszer intézményei között információs csatornát képez, illetve biztosítja az együttműködést annak érdekében, hogy a pártfogolt minél előbb és minél optimálisabb körülmények között teljesítse külön kötelezettségét. A hatályos szabályozás szerint kialakított gyakorlatnak megfelelően a pártfogó felügyelői szolgálat a teljes körű információ-közvetítés érdekében haladéktalanul felveszi a kapcsolatot a folyamatban részt vevő intézményekkel, kezdeményezi az együttműködést, közöttük szerteágazó közvetítést végez.

A leírt rendszerben a pártfogó felügyelői szolgálat feladata az is, hogy elősegítse az intézkedés végrehajtásának igazságügyi szempontból történő szakszerűségét, a végrehajtás stabilitását, így a bűnmegelőzési, büntetési célok megvalósulását. Ezen feladatát az ellátóhelyek szakmai kompetenciájára figyelemmel látja el a pártfogó felügyelői szolgálat.”

1.2.3 Költségvetés és közkiadások

A Nemzeti Drog Fókuszpont által 2006 nyarán kezdeményezett kutatás célja – a nemzetközi/EU gyakorlat és eredmények tükrében kidolgozott módszertani útmutató (Hajnal 2005) alapján – a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások (KÖKK) 2005-ös magyarországi értékére vonatkozó becslés megvalósítása volt.

A KÖKK-nek a jelen kutatás (Hajnal 2006) során alapul vett értelmezése az államháztartás alrendszerei által viselt azon jelentősebb pénzügyi (költségvetésben megjelenő) terhekre terjed ki, amelyek közvetlenül az illegális kábítószerekkel való visszaélésből fakadnak. A vizsgálat csak a mértékét tekintve jelentősebb tételeket vette számba, míg más – szintén fontos, de arányában csekélyebb – tevékenységeket figyelmen kívül hagyott.

A nemzetközi és európai gyakorlatban alapvetően négyfajta KÖKK-tétel között tesznek különbséget:

- a megelőzés/kutatás,
- a jogalkalmazás/büntető igazságszolgáltatás,
- az egészségügyi kezelés és
- az ártalomcsökkentés.

A vizsgálat Magyarországon műfajában az első. Részben ebből is fakadó technikai és erőforrásbeli korlátaira tekintettel a becslés a fenti négy funkcionális területből a nemzetközi tapasztalatok alapján a teljes KÖKK túlnyomó részét kitevő két, mennyiségileg legjelentékenyebbre, a büntető igazságszolgáltatásra és az egészségügyi kezelésre szorítkozik. A vizsgálatból kihagyott két másik kiadási terület részaránya – a megelőzés/kutatás és az ártalomcsökkentés – a nemzetközi tapasztalatok, illetve a töredékes hazai információk fényében vélhetően a teljes hazai KÖKK mintegy 10–15 százalékára rúg.

A kutatás során a fenti általános, funkcionális jellegű kategóriákat konkrét szervezeti-tevékenységi területeknek kellett megfeleltetni. A vizsgálatba bevont szervezeti-tevékenységi rendszerek a következők voltak:

- a) a büntető igazságszolgáltatás szervezetei (ezen belül: rendőrség, Vám- és Pénzügyőrség, ügyészség, bíróságok és büntetés-végrehajtás);
- b) az egészségügyi ellátórendszer; és
- c) a szociális ellátórendszer.

A kutatás alapproblémája mindvégig az volt, hogy az érintett szervezetek a kábítószerrel kapcsolatos kiadásokkal összefüggésben nem végeznek semmilyen specifikus adatgyűjtést. Az alapkérdés tehát minden esetben az volt:

az adott szervezettel kapcsolatban rendelkezésre álló strukturált adatokból, illetve strukturálatlan/kvalitatív információkból milyen módon juthatunk el a KÖKK egy elfogadható pontosságú becsléséhez?

Erre a kérdésre az egyes szervezetek/szervezetrendszerek esetében más és más válasz született:

- A büntető igazságszolgáltatás körébe tartozó öt szervezet esetében a becslés a vizsgált szervezeti alrendszer összköltségén belüli arányosításon alapult. Az arányosítás alapja a kábítószerrel kapcsolatos eseteknek a teljes esetvolumenen belüli részesedése volt. Az így létrejött, nyers becslést ezután több lépésben tovább finomítottuk, annak érdekében, hogy a végső becslés tükrözze mind a kábítószeres és nem-kábítószeres esetek fajlagos költségei közötti esetleges eltéréseket, mind pedig a kábítószernek az adott kiadás felmerülésében betöltött oki szerepével kapcsolatos konceptuális és empirikus bizonytalanságokat.
- Az egészségügyi ellátás költségeit az OEP részére az egészségügyi szolgáltatók által lejelentett, a tényleges finanszírozás alapjául szolgáló adatok alapján becsültük. Ezeknek az adatoknak a validitása meglehetősen kérdéses. Ezért a becslés pontosságának javítása érdekében szükség volt a különböző szakértői vélemények kiterjedt alkalmazására, különösen a „drogos profilúnak” tekinthető intézmények, valamint a kábítószer-függőknek nyújtott fekvő- és járóbeteg-ellátások és laborvizsgálatok stb. körének meghatározásához.
- A szociális ellátórendszer KÖKK-becslése a kábítószeres klienseknek nyújtott, az egészségügyi kezelés fogalomkörébe eső valamennyi – vagyis a bentlakásos, a nappali, valamint a kliens otthonában nyújtott – szolgáltatásra kiterjed. A költségvetési becslés magába foglalja mind a központi kormányzat közvetlenül folyósított (ún. normatív), mind az egyházi fenntartású intézményeknek folyósított kiegészítő, mind pedig a helyi és területi önkormányzatok által teljesített kiegészítő finanszírozást. Emellett számba vettük még a szociális tárca kezelésében zajló reszocializációs és eltereléssel kapcsolatos programok kiadásait.

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

A KÖKK 2005. évi értékével kapcsolatos fő eredmények		
Alrendszer	millió HUF	ezer EUR ³
1. Büntető igazságszolgáltatás		
Rendőrség	3718–4440	14 988–17 899
Vám- és Pénzügyőrség	516–523	2080–2108
Ügyészség	638–931	2572–3753
Bíróság	487–520	1963–2096
Büntetés-végrehajtás	1790–1912	7216–7709
Büntető igazságszolgáltatás, összesen	7149–8326	28 820–33 565
2. Egészségügyi és szociális ágazat		
Egészségügyi ellátórendszer	2002	8072
Szociális ellátórendszer	460	1854
Egészségügyi és szociális ágazat, összesen	2462	9925
Mindösszesen	9611–10 788	38 746–43 491

Forrás: A Nemzeti Drog Fókuszpont

1.2.4 A nemzetközi együttműködés szinterei

A kábítószerügyi koordináció – a kábítószer-probléma jellegéből adódóan – intenzív nemzetközi kapcsolatokat ápol. E kapcsolatrendszer 2 legerőteljesebb vonatkozása az Európai Unió tagságunkból fakadó feladatok, továbbá az ENSZ szakosított szervezeteivel való együttműködés. A szakmai kapcsolatok fejlesztése szempontjából jelentőséggel bírnak az u.n. bilaterális kapcsolatok is.

EURÓPAI UNIÓ:

Hazánk Európai Unió csatlakozása óta teljes jogú tagként vesz részt a *Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoport* (HDG) ülésein Brüsszelben, melyek havi, illetve hathetes rendszerességgel kerülnek megrendezésre. A HDG ülésein drogpolitikai szempontból nagy jelentőséggel bíró európai vonatkozású kérdéseket vitatnak meg a tagállamok. Ezek az ülések tartalmi értelemben vannak kihatással az európai, illetve Európán túlmutató együttműködésekre. A 2005-ös évben fontos témaként szerepelt a Latin Amerikai országokkal, illetve Oroszországgal való együttműködés lehetőségeinek vizsgálata. Minden évben jelentőséggel bír az ENSZ Kábítószerügyi Bizottságának ülésére való felkészülés az egységes európai álláspont kialakítása érdekében.

Európai unió csatlakozásunk óta a magyar nemzeti drogkoordinátor tagja az *Európai Unió Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő*

³ 2005-ös hivatalos euró középárfolyam 248,05

Központja Igazgatótanácsának, amely évente kétszer ülésezik a Központ lisz-szaboni székhelyén.

Az *Európai Unió Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja Tudományos Bizottságában* is képviselteti magát Magyarország.

Az ENSZ-szel való kapcsolattartás egyfelől a Kábítószerügyi Bizottság (CND) évente megrendezendő ülészekán való részvétel, valamint a világ-szervezet számára elkészítendő jelentés összeállításában koncentrálódik. A 48-ik ülészek Bécsben, 2005. március 7–14. között került megrendezésre. A hagyományoknak megfelelően a magyar delegációt a nemzeti drogkoordinátor vezette, a delegáció tagjai a Gazdasági és Közlekedési Minisztérium Kereskedelmi és Engedélyezési Hivatalának, az Egészségügyi Minisztérium Engedélyezési Hivatalának képviselői voltak.

A szakterület koordinálta a CND számára küldendő Kétéves Jelentés (BRQ) elkészítését, valamint az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnügyi Hivatala (UNODC) számára küldendő Éves Jelentés (ARQ) elkészítését.

BILATERÁLIS SZAKMAI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK:

A bilaterális együttműködések tekintetében kiemelkedő jelentőséggel bír az együttműködési megállapodás, mely hazánk és Románia között került aláírásra 2005. október 28-án. Az együttműködés célja, hogy a két ország kutatási és fejlesztési projektekből vegyen részt közösen, valamint, hogy Magyarország kísérletet tegyen arra, hogy a már bevált jó gyakorlatokat átadja román partnereinek a megelőzés, az ártalomcsökkentés és a rehabilitáció területén.

KONFERENCIÁK

A kábítószerügyi szakterület közvetlenül, vagy közvetve több szakmai tanácskozás megszervezésében vett részt, illetve munkatársai ezeken előadásokat tartottak. Az említésre méltó rendezvények a 2005-ös év során a következők voltak:

2005 októberében került megrendezésre az *ICAA 48. „A tudomány és a szakpolitika találkozása”* című éves konferenciája. A konferencián nyitó beszédet mondott dr. Göncz Kinga, a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca minisztere. A konferencián több mint 400 szakember vett részt a világ mintegy 40 országából.

Beckley Foundation: a Beckley Foundation Drug Policy Programme-jának kerekasztal-beszélgetése „Összefüggések a büntetőpolitika és a kábítószerügyi szakmapolitika között” címmel az ICAA konferencia margóján, 2005 októberében került megrendezésre.

TNI-Papandreou Alapítvány: a Transnational Institute, valamint a Papandreou Alapítvány Budapesten rendezte éves, *Informális Kábítószerügyi Párbeszéd* elnevezésű konferenciáját.

A konferencia napirendjén az ártalomcsökkentés, az alternatív termelés témakörei, valamint a UNGASS politikai deklaráció céljainak felülvizsgálata szerepelt.

Forrás: Szociális és Munkaügyi Minisztérium

1.3 Kábítószer-problémával foglalkozó kutatások

1.3.1 Drogfogyasztás a populációban

DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

Regionális kutatások

2005-ben országos adatfelvétel sem a fiatalok, sem pedig a felnőttek körében nem történt. Ugyanakkor önkormányzatok, Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok megbízásából több olyan kutatás készült, amely az ország valamely régiójában vagy városában élő fiatalok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. Ezen kutatások eredményei meghatározó szerepet játszanak a helyi (város, megye, régió) kábítószer-stratégia kialakításában – összhangban a Nemzeti Kábítószer-stratégia célkitűzéseivel. A kutatások többsége különböző módszertannal készült, azonban jelentős eredménynek számít, hogy ma már egyre több összehasonlítható adatot tartalmaznak.

Szolnok megyében a 13–18 éves tanulók körében 2005-ben készült reprezentatív vizsgálat (Kovács 2005).⁴ A kutatás adatai szerint a megkérdezettek 20,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert. Ez az életprevalencia érték négyszeres növekedést mutat a 2001. évi megfelelő adathoz képest, amikor csupán 5% volt a kipróbálók aránya. Legelterjedtebb a kannabisz és az ecstasy kipróbálása (58,7%), de gyakori a többféle szer (18,7%) együttes használata is.

Salgótarján városban 2005 júniusában készült kutatás (Domokos 2005a) a 7–14. évfolyamon⁵ tanulók körében.⁶ A megkérdezettek 13%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert, közülük 5% tekintette magát alkalmi, 1% pedig rendszeres fogyasztónak. A szerfogyasztás életprevalenciája a legfiatalabb (13–15 éves) és a legidősebb (18–20 éves) korcsoportok között ötszörös különbséget mutat.

Székesfehérváron 2004. december és 2005. február között a 7–14.

⁴ A kutatás 1500 fős reprezentatív mintán, önkitöltős kérdőíves módszerrel történt.

⁵ 13–20 évesek

⁶ A vizsgálatot az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet készítette. Az adatgyűjtés önkitöltős kérdőívek segítségével reprezentatív mintán történt. Bruttó minta: 904, nettó minta: 791.

évfolyamos⁷ diákok körében készült adatfelvétel (Domokos 2005b).⁸ A kutatás eredményei szerint a diákok 22%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert⁹ és/vagy inhalánst. A 7–8. évfolyamon 9%, a 9–14. évfolyamon pedig 25% a kipróbálási arány. Ez jelentős növekedést mutat a 2000. évi 16%-os életprevalencia értékhez képest. A marihuána életprevalencia értéke 14,4%, a hasisé 3,2% volt 2005-ben. A diákok 6,6%-a próbálta már életében az ecstasyt, 5,1%-uk a speedet. Az inhalánsok életprevalencia értéke (9,2%) országos összehasonlításban is magasnak tekinthető. A diákok alkohol gyógyszerrel történő használata 16%, illetve az orvosi javaslat nélküli gyógyszer fogyasztása 9,4% volt.

Kaposváron 2005. júniusában a 7–14. évfolyamon tanuló diákok és főiskolások körében reprezentatív mintán készült kutatás (Domokos 2005c).¹⁰ A vizsgálat eredményei szerint a tiltott szerek¹¹ és inhalánsok életprevalencia értéke 17%. A fiatalok körében legelterjedtebb a kannabisz-származékok fogyasztása (marihuána: 12,9%, hasis: 4,1%). Az inhalánsok életprevalenciája 6,9% volt. Az ecstasyt a megkérdezettek 6,3%-a, a speedet 5,9%-a próbálta már ki az élete során. Az opiát-származékok életprevalencia értéke 3,2%, amely magasnak tekinthető az átlagpopuláció opiát-fogyasztásához képest. Kiemelkedően magas a gyógyszer és alkohol együttes használatának életprevalencia értéke (18%) a városban. A megkérdezettek 12%-a fogyasztott életében nyugtatót orvosi javaslat nélkül.

Budapesti iskolavizsgálat 2005

2005-ben az ESPAD kérdőív és módszertani útmutatók alapján készült kutatás (Elekes, Paksi 2005b) a budapesti 9–10. évfolyamon¹² tanuló diákok drogfogyasztási szokásait vizsgálta.¹³ A vizsgálat eredményei szerint a fővárosi

⁷ 13–20 évesek.

⁸ A kutatást az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet készítette önkitöltős, anonim kérdőív módszerrel. A vizsgálat 17 általános és középiskola összes tanulója (5204) terjedt ki. Bruttó minta: 5204, nettó minta: 5072 fő.

⁹ Kannabisz-származékok, LSD, mágikus gomba, PCP, amfetamin-származékok, kokain, crack, opiátok.

¹⁰ A vizsgálatot az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet készítette önkitöltős, anonim kérdőív módszerrel. A bruttó minta 957, a nettó minta 849, amelyből 100 fő főiskolás, a többi középiskolás volt.

¹¹ Kannabisz-származékok, LSD, mágikus gomba, PCP, amfetamin-származékok, kokain, crack, opiátok.

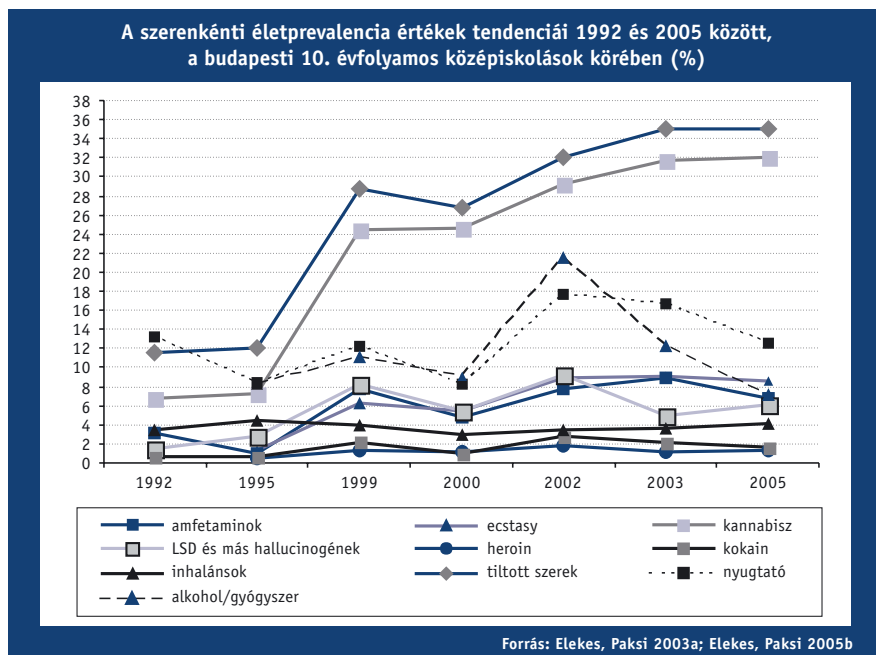
¹² 15–16 évesek

¹³ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja készítette önkitöltős, osztályos lekérdezési módszerrel, kutatási asszisztensek közreműködésével, a fővárosi 9–10. évfolyamos (15–16 éves) középiskolások iskolatípus és évfolyam szerint rétegzett mintáján. Bruttó mintanagyság 2400 fő, nettó mintanagyság 1846 fő.

fiatalok 31,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert.¹⁴ A kannabisz-származékok életprevalencia értéke 29,3%, az ecstasy 9,3%, amfetaminoké 6,9%, inhalánsok esetében 5,1%, LSD-é 4%, patron/lufi értéke pedig 4,8%. A többi szer életprevalenciája 4% alatti. Elterjedt az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztása (12,9%), valamint az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztása (7%). A tiltott drogok éves prevalencia értéke 22,6%, havi prevalenciája pedig 12,9%. Azaz, a valaha valamilyen tiltott drogot kipróbálók közel 75%-a az előző évben is, 40%-a pedig az elmúlt hónapban is fogyasztott valamilyen tiltott szert.

A Budapestre vonatkozó adatok lehetőséget adnak a hosszabb távú változások bemutatására is. Az ESPAD vizsgálatok éveiben, valamint 2000-ben és 2002-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek az ESPAD kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával. Az 1992. évi kutatás eredményei szintén összehasonlíthatóak.¹⁵ Ez lehetőséget ad a 10. évfolyamon¹⁶ tanuló fővárosi fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások vizsgálatára 1992–2005 között.

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006



¹⁴ Tiltott szerek között a következők szerepelnek: kannabisz, heroin, egyéb opiát, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD, mágikus gomba, GHB.

¹⁵ 1992-ben az adatfelvétel a 11. évfolyamon történt.

¹⁶ 16 évesek

E kutatások alapján megállapítható, hogy a 10. évfolyamos fővárosi diákok körében 13 év alatt háromszorosára (11,6%-ról 35,1%-ra) nőtt a tiltott szer fogyasztás életprevalencia értéke.

A növekedés a kilencvenes évek második felében volt jelentős, a 2000-es évek elején a növekedés mértéke csökkent, az elmúlt két évben pedig nem változott az elterjedtség. A növekedés elsősorban a kannabisz fogyasztás terjedésének köszönhető. A többi tiltott szer fogyasztása a kezdeti növekedés után inkább a stabilitást mutatja. Figyelemre méltó, hogy bár jelentős ingadozásokkal, az időszak csaknem egészében a második-harmadik legelterjedtebb az orvosi javaslat nélküli nyugtató fogyasztás, illetve a gyógyszer alkohollal történő fogyasztása (Elekes, Paksi 2000; Elekes 2005; Elekes, Paksi 2005b).

1.3.2 Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban

FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK SZERHASZNÁLATI JELLEMZŐI¹⁷

Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Gyógypedagógiai Intézetének Illyés Sándor Kutatólaboratóriuma 2005 és 2006 között kutatást végzett a fogyatékkal élők és a fogyatékkal nem élők szerhasználati jellegzetességeinek összehasonlítására. A fogyatékkal élők mintájában vakok, hallássérültek, mozgássérültek, oligofrének és magatartási zavarral küzdők szerepeltek. Nemzetközi vizsgálatok eredményei alapján a kutatók azt várták, hogy a fogyatékkal élő személyek között a legális és illegális drogerintettség magasabb mértékű lesz, mint a kontroll csoport esetében.

¹⁷ Az összefoglaló metaelemzést Kun Bernadette és Demetrovics Zsolt, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és az ELTE PPK Személyiség és Egészségpszichológiai Tanszék munkatársai készítették.

A kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása	
Az adatfelvétel időpontja	2005. második fele
Területi lefedettség	Budapest, illetve Zalaegerszeg, Szeged, Nyíregyháza (utóbbi három városból csak magatartási zavarral jellemezhető személyek)
Mintakeret	15 és 22 év közötti fogyasztékkal élő (de nem halmozottan hátrányos): vak, hallássérült, mozgássérült, oligofrén, magatartási zavarral küzdő személyek és fogyasztékkal nem élő (kontroll) személyek
Mintaválasztás módja	n.a.
Mintavételi egység	Egyén
Mintanagyság	420 fő
Adatgyűjtési eljárás	Kvantitatív és kvalitatív módszerek: önkitöltős kérdőívek, ill. strukturált interjú; Telefonos adatfelvétel és személyes találkozás
Az adatgyűjtés eszköze	TCI – Cloninger Temperamentum és Karakter Kérdőív; JTCI – Cloninger Temperamentum és Karakter Kérdőív junior (12–17 év) változat; Addikció Súlyossági Index; Bass and Sperry Kérdőív (telefonos helyzetben)

A személyiség- és az agresszív megnyilvánulásokat feltérképező kérdőívek kitöltése mellett strukturált interjúkban kérdezték rá a résztvevők szerhasználati (nikotin, alkohol, gyógyszer, ill. illegális szerfogyasztási) szokásaira, pszichés és szomatikus állapotára, szociális és családi jellegzetességeikre, utóbbihoz kapcsolódóan a családtagok szerhasználatára, illetve fizikai és mentális betegségeire.

Az eredmények az elvárásokat nem támasztották alá, mivel – egy csoport kivételével – a különböző fogyasztékosággal élő személyek szignifikánsan alacsonyabb szerhasználati gyakoriságokkal voltak jellemezhetőek, mint a kontroll csoport tagjai. A legmagasabb életprevalencia értékkel a fogyasztékosággal nem rendelkező (25,1%), illetve a magatartási zavarral küzdő személyek (26,1%) rendelkeztek; akikhez emellett a legmagasabb havi prevalencia értékek (10% ill. 8,7%) is tartoztak. A havi prevalencia értékek közül legmarkánsabban az alkohol tekintetében volt észlelhető az egyes csoportok közötti különbség. A szerzők interpretációja szerint a fogyasztékkal élők alacsonyabb szerfogyasztási értékei mögött az az ok húzódhat meg, miszerint ezek a személyek fogyasztékoságuk révén lassabban érnek, később kezdenek önállósodni, ezáltal a szerek kipróbálása is a fogyasztékkal nem élőkhez képest későbbre tolódik.

A fogyatékossgal élő csoportok és a kontroll csoport illegális szerhasználatra vonatkozó életprevalencia értékei.							
%	Kontroll csoport	fogyatékossgai csoport					Összesen
		vak	oligofrén	hallás-sérült	mozgás-korlátozott	magatartási zavarral élő	
Bármilyen illegális szer	25	8,8	15,9	9,9	12	26,1	15,2

Az alkoholérintettség vonatkozásában fény derült arra, hogy a háttérben húzódó családi alkoholprobléma a fogyatékkal élő személyek esetében erősebb hatással bír az alkoholfogyasztásra, mint a kontroll csoport tagjainál. Kiderült továbbá, hogy a fogyatékkal élők alkoholérintettsége az életkorral fokozatosan nő, amihez ezáltal romló egészségi állapot, illetve családi és szociális kapcsolatok társulnak.

Az eredmények továbbá felhívják a figyelmet arra, hogy a különböző fogyatékkal élők más-más szerhasználati jellegzetességgel bírnak, ezért nem csupán a fogyatékkal nem élőkhez, hanem egymáshoz képest is más típusú prevenciók szükségletekkel rendelkeznek.

EGY SPECIÁLIS POPULÁCIÓ DROGHASZNÁLATA – A SZIGETLÁTOGATÓK KÖRÉBEN 2005-BEN KÉSZÜLT KUTATÁS¹⁸

A kutatás célja (Paksi, 2006) annak vizsgálata volt, hogy az általános populációban az utóbbi években mutatkozó drogepidemiológiai változások milyen mértékben jellemzőek – a korábbi kutatások alapján (Paksi, 2001, Gábor, 2000) az átlagpopulációnál nagyobb érintettséget mutató egyik speciális populáció – a Sziget-rendezvény látogatói körében.

¹⁸ Az összefoglaló metaelemzést Kun Bernadette és Demetrovics Zsolt, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és az ELTE PPK Személyiség és Egészségpszichológiai Tanszék munkatársai készítették.

A kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása	
Az adatfelvétel időpontja	2005. augusztus 10–16.
Területi lefedettség	Országos
Mintakeret	2005-ös sziget-rendezvényre látogatóként érkező – heti, illetve napi jegyet vásárló – magyar állampolgárságú populáció
Mintaválasztás módja	A kiadott belépő-karszalagok sorszámai alapján, karszalagtípus (heti-, napi jegy) szerint rétegzett, véletlen mintavétel
Mintavételi egység	Egyén
Mintanagyság	Nettó minta: 402 fő
Adatgyűjtési eljárás	Önkitöltős kérdőívekkel, az adatfelvétel céljára berendezett helyszínen, a felvételi körülmények standarditását biztosító és mintakritériumoknak való megfelelést (karszalag típus, és sorszám) kontrolláló munkatársak jelenlétében.
Az adatgyűjtés eszköze	Az ESPAD, illetve EMQ standardoknak eleget tevő, a hazai általános populációs vizsgálatokkal, illetve más rizikócsoportokra irányuló kutatásokkal kompatibilis önkitöltős kérdőív
Az adatok súlyozása	A ténylegesen eladott napi és heti jegyek arányai alapján utólagosan kétféle – egyrészt a Sziget által elért fiatalok arányait, másrészt a Szigeten egy adott pillanapban átlagosan jelenlévő populáció arányait előállító – súlyozás történt.

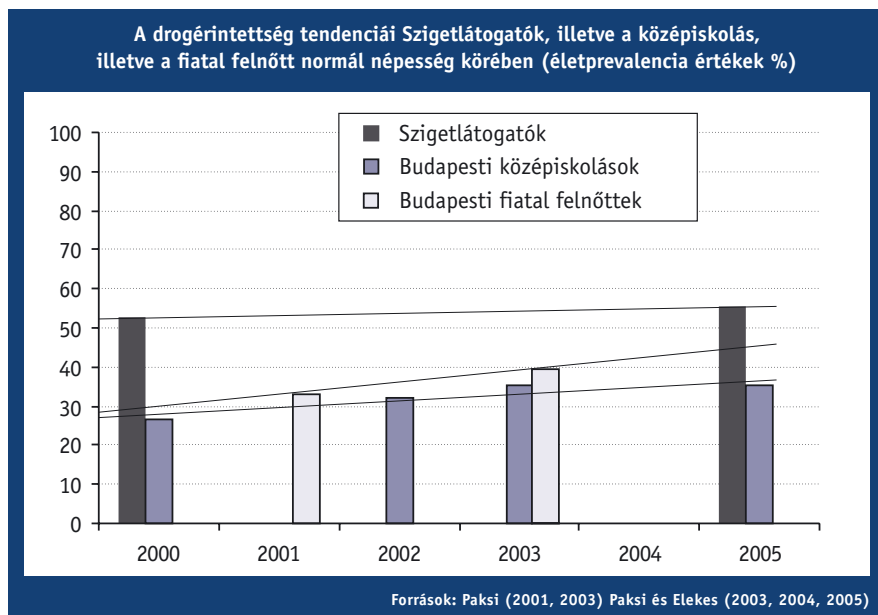
A szigetlátogatók drogerintettsége – figyelembe véve a mérés hibahatárát¹⁹ – 2000 és 2005 között nem változott, a mért értékekben mindössze hibahatáron belüli elmozdulások történtek.

Egyes szerfogyasztó magatartások életprevalencia értékei a szigetlátogatók körében, 2000-ben és 2005-ben (%)		
Fogyasztói magatartás	szigetlátogatók 2000	szigetlátogatók 2005
biztosan droghasználati célú fogyasztás	52,7	55,5
tiltott szerek	52,0	55,4
visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás halmozott értéke	34,5	29,1
visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás halmozatlan értéke	9,1	7,1
tiltott és legális droghasználat együttes	61,8	62,6

Korábbi adatok forrása: Paksi (2001)

¹⁹ A konfidencia intervallumok 66%-os megbízhatósági szinten is átfedik egymást: a tényleges értékek 50,2 és 55,2, illetve 52,6 és 57,6 között helyezkednek el a két vizsgálati évben.

Az általános népesség drogérintettségében megfigyelhető tendenciák (Elekes és Paksi 2004; Paksi és Elekes, 2004) a normál populációhoz viszonyítva már korábban is jelentősen nagyobb érintettségű szigetlátogatók körében tehát nem mutatkoztak meg. Hasonlóképp a rövidebb idejű prevalenciaértékek alapján sem mutatkozik érintettség növekedés a szigetlátogatók körében.



A tiltott drogok fogyasztási piramisának meredeksége a fővárosi fiatal felnőttek körében 2001 és 2003 között (az LSD kivételével) szignifikánsan növekedett (Paksi és Elekes, 2004), ezzel szemben a szigetlátogatók körében a különböző szerhasználó magatartások egymáshoz való kapcsolódása tekintetében kedvező elmozdulások történtek: a kannabisz használók körében szignifikánsan csökkent az elmúlt években az amfetamin, a kokain, illetve a heroin használat előfordulása.

Szintén nem jelenik meg a szigetlátogatók körében az a normál populációban megfigyelhető jelenség, miszerint az első szerhasználat egyre fiatalabb életkorban jelentkezik, sőt a valaha használók között növekedett azoknak az aránya, akik 20 évesnél idősebb korban használtak először valamilyen tiltott drogot.

KATONÁK

A 2005-ben készült kutatás (Szilágyi 2006) a Magyar Honvédség (MH) személyi állományának drogfogyasztási szokásait vizsgálta.²⁰ A kutatás eredményei szerint a megkérdezettek 20,2%-a használt legalább egyszer életben valamilyen tiltott szert. A férfiaknál az életprevalencia érték 22,8%, a nőknél 7,4%. A Honvédségre jellemző életprevalencia érték csaknem kétszerese a magyarországi 18–54 éves felnőtt népesség körében 2003-ban regisztrált 11,4%-os aránynak.

Szer	Életprevalencia	Éves prevalencia	Havi prevalencia
Kannabisz	16,8	3,2	1,2
Amfetamin	2,4	0,8	0,5
LSD	1	0,2	0
Kokain	0,3	0	0
Inhalánsok	2,2	0,2	0,2
Opiát-származékok	0,2	0,2	0
Anabolikus szteroidok	3,5	1,3	0,6
Alkohol	92,1	88,8	79,6
Dohányzás	74,5	58,9	54,1

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006, Szilágyi 2006

Az adatok alapján megállapítható, hogy az MH személyi állományában legelterjedtebb az alkohol-fogyasztás és a dohányzás, illetve a kannabisz-származékok és az anabolikus szteroidok fogyasztása havi, éves és életprevalencia szinten egyaránt.

Az alkoholfogyasztás, dohányzás első fogyasztásának átlagéletkora közel azonos az állomány tagjai körében (16,5 év), ennél kicsivel magasabb a kannabisz-származékok kipróbálásának átlagos életkora (19 év).

A Magyar Honvédség állományában a korábbi évekhez hasonlóan 2005-ben is készült vizeletmintákból végzett laboratóriumi szűrővizsgálat (Gachályi 2006).²¹ Összesen 10 234 szűrővizsgálatot végeztek.

²⁰ Az adatfelvétel nem, életkor, rendfokozat, szolgálati idő és szolgálati hely szerinti reprezentatív mintán (N=824 fő) önkitöltős módszerrel, csoportos, önkéntes és anonim lekérdezéssel, kérdezőbiztosok alkalmazásával történt.

²¹ A vizsgálatot a Magyar Honvédség Egészségvédelmi Intézet (MH EVI) Toxikológiai Kutató Osztály, Kábítószer Kutató Laboratóriuma végezte.

2005-ben végzett kábítószer szűrővizsgálatok			
Szűrővizsgálat	Pozitív esetek száma		
	THC	Opiát	Amfetamin
MH EVI alkalmassági (N=8169)	28	0	3
Hatósági (N=210)	24	0	8
Preventív (N=1855)	4	0	3
Összesen (N=10 234)	56	0	14

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006, Gachályi 2006

A szűrővizsgálatokat a felvételre jelentkező állomány előzetes egészségügyi alkalmassági vizsgálatokor, valamint kábítószer-fogyasztás gyanúja esetén hatósági rendelkezés alapján, illetve havonta egyszer, random módon preventív célzattal végezték, így a teljes minta három almintából áll. Bizonyítottan kimutatható volt a vizeletmintából a THC jelenléte 56, az amfetamin jelenléte pedig 14 esetben. Opiátot egyetlen esetben sem mutattak ki. A zéró tolerancia jegyében azon személyeket, akiknél verifikált a fogyasztás (pozitív), eltávolítják az MH állományából.

A 2005. évi és a korábbi szűrővizsgálati eredmények összehasonlítása nem mutat reális képet, ugyanis 2005-ben – a hadkötelezettség intézményrendszerének megszüntetésével – megváltozott a Magyar Honvédség személyi állományának összetétele, az önkéntes haderőre való átállás jegyében a sorállomány kivált a szervezeti rendszerből.²²

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

1.3.3 Kábítószer-témával foglalkozó egyéb kutatások

ISKOLAI DROGPREVENCIÓVAL FOGLALKOZÓ SZERVEZETEK HUMÁNERŐFORRÁS-ÖSSZETÉTELE²³

A kutatás (Paksi, 2006b) az országban 2003–2005 között működő iskolai prevenciós programok humánerőforrás ellátottságát – programok megvalósításában résztvevő stáb mérete, foglalkozásviszony, általános kép-

²² Az Országgyűlés 2004. november 8-án fogadta el a honvédelemről és a Magyar Honvédségről szóló 2004. évi CV. törvényt, amely 2005. január 1-jén lépett hatályba. Az új jogszabály az önkéntes haderő megteremtéséhez és az új haderő működéséhez szükséges alapvető szabályokat rögzíti. A legfőbb változás az állampolgárok honvédelmi kötelezettségeinek rendszerében következett be, ugyanis békeidőben megszűnt a hadkötelezettség intézményrendszere.

²³ Az összefoglalót Kun Bernadette és Demetrovics Zsolt, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és az ELTE PPK Személyiség és Egészségpszichológiai Tanszék munkatársai készítették

zetség, illetve szakirányú képzettség szerinti összetétele – elemzi. A leíró elemzéseken túlmenően a kutatás kitér annak vizsgálatára, hogy a prevenció programokat működtető szervezetek különböző jellemzői (a szervezet profilja, területi elhelyezkedése, tőkeerőssége) mennyiben jelennek meg a programok humánerőforrás összetételében, valamint hogy a programok humánerőforrás ellátottságának sajátosságai mennyiben érhetőek tetten a programok célkitűzéseiben, módszereiben, illetve egyéb jellemzőiben. A szerző az adatokat a magyarországi nonprofit szférában általában működő szervezetekre vonatkozó 2004-es KSH vizsgálat (Bocz és mtsai, 2006) adataival kontextualta.

A kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása	
Az adatfelvétel időpontja	2003–2004. november
Területi lefedettség	Országos
Mintakeret	A „Fények és árnyak...” című NKFP projekt keretében feltárt, a közoktatási intézményekben tanuló fiatalokat megcélzó, aktuálisan is működő, direkt dropprevenció, vagy dropprevenció célzattal is dolgozó egészségfejlesztési programok (Paksi és mtsai, 2006).
Mintanagyság	Teljes körű adatfelvétel: Bruttó minta: 136 szolgáltató által kínált 280 prevenció program (feltárt szervezetek által megnevezett programok/ alprogramok összesített száma). Nettó minta: 234 program
Adatgyűjtési eljárás	A kutatás során felhasznált adatok gyűjtése a jelenlegi kutatási céltől eltérő – a prevenció szintér leírására, kereshetőségére, illetve az egyéni szintű értékelésre – speciálisan kifejlesztett, számítógépes adatgyűjtő program segítségével történt. A pályázat keretében a programokról rendelkezésre álló humánerőforrás ellátottságra vonatkozó információk kigyűjtése és másodelemzése történt.
Az adatgyűjtés eszköze	Az EMCDDA (Neaman és mtsai, 2000; Rác, 2001; Nádas, 2004) prevenció programok leírására és értékelésére vonatkozó ajánlásait leképező, Programinformációs Adatlap (PIAD) című számítógépes program.
Adatgyűjtési egység	Preveneció program: a kutatás során egy programnak azt a tevékenységet/projektet tekintették, amely céljai, alkalmazott módszerei, illetve a megcélzott populáció tekintetében homogén, azaz e dimenziók együttese mentén minden program-megvalósulás során azonos jellemzőkkel írható le.

Az eredmények az alábbiakban foglalhatók össze:

Az országban, az iskolai szintén jelen lévő prevenció programokban összességében legfeljebb mintegy 1500 személy dolgozik.²⁴ A foglalkoztatottak közül 1065 fő rendelkezik szakirányú diplomával, s további 50–60 munkatárs dolgozik a programokban szakirányú diploma nélkül, csak szakirányú tanfolyamon szerzett végzettséggel.

- A programokban dolgozók közel fele (mintegy 700–750 fő) megbízási szerződéssel foglalkoztatott, külsős munkatárs, és közel egyharmaduk fő rész- vagy főállású (mintegy 470 fő) alkalmazott. A prevenció szférában a fizetett alkalmazottal rendelkező programok, illetve szervezetek aránya jóval kedvezőbb a civil szervezetekben általában jellemző aránynál, ami arra utal, hogy a drogprevenció programok szervezeti háttere erősebb a civil szférára általában jellemzőnél.
- A kutatás eredményei azt mutatják, hogy az iskolai prevenció szintén kínált programok mintegy háromötöde helyben működő szervezet által kínált szolgáltatás.²⁵ A kutatás eredményei azt is jelzik, hogy a drogfogyasztás területén jelentkező az epidémiái kihíváshoz a helyi prevenció kínálat dinamikája is csak a kormányzati finanszírozási források segítségével tudott felzárkózni, helyi források mozgósítására mindezidáig a helyi jellegű programok sem számíthattak.
- A prevenció szervezetekre/programokra – általában a civil szférához képest – kevésbé jellemző az önkéntesség. A prevenció szervezetek mindössze 27,5%-ának van olyan programja, amelyben legalább egy önkéntes dolgozik. Ilyen alacsony arányok a civil szférában egyetlen más tevékenységcsoportban sem jellemzőek. Az elemzések azt jelzik, hogy az önkéntesek alacsony számú jelenléte inkább egy kényszerhelyzet, mintsem a kedvező finanszírozási körülmények következménye. Ezt a helyzetet részben a drogproblémával szemben jelen lévő kirekesztő, a problémát távolító társadalmi gondolkodásnak (Paksi, 2003; Elekes, Paksi, 2003; Elekes, Paksi, Lendvai, 2005) tulajdoníthatjuk.

²⁴ Az itt közölt létszám adatok az összes programra vetített adat (azaz N=234). A válaszhiányok pótlása az átlagértékekkel történt. Tekintettel arra, hogy ezekben az adatokban az egyes programok létszámadatai összegeződnek, az adatok valamikor halmozódást takarhatnak.

²⁵ Helyi programoknak a kutatás során azokat tekintették, melyek a székhelyükön túl legfeljebb két másik megyében végeznek prevenció munkát.

AZ INDIVIDUÁLIS METADON-VÁLASZ PSZICHOGENETIKAI VIZSGÁLATA

A kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása	
Az adatfelvétel időpontja	2001. március–2006. szeptember
Területi lefedettség	Budapest, Pécs, Gyula, Soroksár, Miskolc, Veszprém
Mintakeret	fenntartó metadon kezelésben részesülő opiát függő személyek
Mintaválasztás módja	teljes körű mintavétel a fenntartó metadon kezelésben részesülőkből
Mintavételi egység	egyén
Mintanagyság	283 fő
Adatgyűjtési eljárás	kvantitatív kérdőíves vizsgálat és genetikai mintavétel
Az adatgyűjtés eszköze	genetikai mintavétel TCI (Temperamentum és Karakter Kérdőív) PIK (Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív)

A kutatás 2005-ben zajló fázisának célja a fenntartó metadon kezelés eredményességét befolyásoló genetikai és pszichológiai faktorok vizsgálata volt. Az előzetes eredmények szerint, míg a pszichológiai dimenziókban nem mutatkozott konzisztens, a kezelés sikerességét jól bejósoló faktor, addig a genetikai dimenziók esetében a dopamin D₄ receptor 3. exon polimorfizmusa, illetve a dopamin D₄ receptor promotor polimorfizmusa különbséget mutatott a sikeresen, illetve sikertelenül kezelt személyek között.

A kutatás címe	Szociális szolgáltatások és kábítószer-fogyasztók
Résztevő intézmény, kutatói csoport	Hajléktalanokért Alapítvány
Támogatás összege	4 000 000 Ft
Az adatfelvétel időpontja	2005
Területi lefedettség	Budapest, továbbá öt megye: Bács-Kiskun, Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar és Veszprém megyék
Mintakeret	szenvedélybetegek nappali ellátását nyújtó szociális intézményekben ellátott személyek
Mintaválasztás módja	n.a.
Mintavételi egység	egyén
Mintanagyság	296 fő
Adatgyűjtési eljárás	kvantitatív módszer
Az adatgyűjtés eszköze	Intézmény-specifikus önkitöltős kérdőívek: egy a nappali ellátást nyújtó, egy a bentlakásos intézményeket igénybevevő kábítószer-fogyasztók számára

A NAPPALI ELLÁTÓ ÉS REHABILITÁCIÓS INTÉZMÉNYEKET IGÉNYBE VEVŐ KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK JELLEMZŐI

A szociális szolgáltatásokat igénybe vevő kábítószer-fogyasztókról egy 2005-ben készült kutatásból (Ladányi 2006, Forrai 2006) állnak rendelkezésre információk.

KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT

A nappali intézményekben megkérdezett kábítószer-fogyasztók 42%-a (31,5% nem, 26,6% válaszhány), míg a bentlakásos intézményekben élők 72,4%-a (2,6% nem, 25% válaszhány) tekinti magát szenvedélybetegnek, függőnek.

A magukat szenvedélybetegnek tartó megkérdezettek több függőséget is megadhattak, amelyekről úgy gondolták, hogy problémát okoznak nekik. A válaszok alapján a bentlakásos intézményekben nagyobb arányban jellemző az alkohol- és gyógyszerfüggőség, a politoxikománia, valamint a játékszenvedély.

A nemek között a gyógyszerfüggőség, nikotinfüggőség és játékszenvedély vonatkozásában mutatkozott lényeges eltérés: mindkét intézménytípusban a gyógyszerfüggőség a nők esetében többször említett (a bentlakásos intézményekben nők 44%, férfiak 20%), míg a nikotinfüggőség a férfiak esetében nagyobb arányú (majdnem 70% mindkét intézménytípusban). Játékszenvedély meglétére csak férfiak utaltak.

A szociális intézményekben ellátott kábítószer-fogyasztók említett szenvedélybetegségei intézménytípusonként (a válaszadók %-ában)

Szenvedélybetegség	Nappali intézmények (n=60)	Bentlakásos intézmények (n=110)
Alkoholfüggőség	15	35,5
Kábítószer-függőség	83,3	80,9
Szervesoldószer-függőség	10	9,1
Gyógyszerfüggőség	16,7	23,
Politoxikománia	16,7	22,7
Játékszenvedély	1,7	6,4
Nikotinfüggőség	60	66,4
Egyéb	8,3	2,7

Forrás: Ladányi és Forrai, 2006

Mindkét intézménytípus esetén a megkérdezettek által leggyakrabban kipróbált, illetve használt szerek a marihuána (87,4%, 82%), az amfetamin (61,5%, 71,3%), illetve az ecstasy (51,7%, 65,3%).

SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK

Mind a nappali ellátást, mind a bentlakásos intézményeket igénybe vevő megkérdezettek között sokkal magasabb a férfiak aránya (81,8%, illetve 85,5%).

A korcsoporti eloszlásban szembeűnő, hogy a nappali ellátást igénybevevők kb. fele 25 év alatti, míg a bentlakásos intézmény lakóinak 65%-a legalább 25 éves. Az átlagéletkor 25,7 év a nappali és 27,7 év a bentlakásos intézményekben.

A nemek között életkori megoszlásban a nappali intézményeket illetően két korosztályban tapasztalható különbség. A 14–18 évesek között 3-szor magasabb a nők aránya (23,1%), mint a férfiaké (7,7%), míg a 25–29 éves korosztályban kétszer annyi férfi van (30,8%), mint nő (15,4%). A bentlakásos intézményekben a nők 40,9%-a esik a 30–39 éves korosztályba, míg a férfiaknak csupán 28,7%-a. A 25–29 évesek között a férfiak aránya itt is közel kétszer akkora, mint a nőké (férfiak 32,6%, nők 18,2%)

A szociális intézményekben ellátott kábítószer-fogyasztók korcsoport szerinti megoszlása intézménytípusonként (a válaszadók %-ában)

Korcsoport	Nappali intézmények (n=143)	Bentlakásos intézmények (n=151)
14–18 éves	10,5	4,6
19–24 éves	38,5	29,8
25–29 éves	28,0	30,5
30–39 éves	20,3	30,5
40–49 éves	2,8	3,3
50–59 éves	0	1,3
	100,0	100,0

Forrás: Ladányi és Forrai, 2006

A családi állapotot tekintve mindkét intézménytípusban ugyanaz a jellemző: a kliensek kb. 92%-a nőtlen/hajadon. Ebben nincs különbség a férfiakat és nőket illetően. A párkapcsolat kérdésében azonban mind a nemeket, mind az intézménytípusokat illetően különbségek figyelhetők meg. A nappali intézményt igénybevevő nők 73%-ának, a férfiak 50%-ának, míg

a bentlakásos intézményben élő nők 41%-ának, a férfiak 21,5%-ának volt párkapcsolata a kérdezéskor.

ISKOLAI VÉGZETTSÉG

A nappali intézményeket igénybe vevő válaszadók 51%-a nyolc általános iskolai osztállyal rendelkezik, szakmunkásképző végzettséggel 22,4% és szakközépisikolai vagy gimnáziumi végzettséggel 21%. A bentlakásos intézményekben élők legmagasabb iskolai végzettsége 40,1%-ban általános iskolai, 33,6%-ban szakmunkásképzői és 21,7%-ban gimnáziumi vagy szakközépisikolai. Ebben a vonatkozásban a nemek közötti különbséget az alábbi táblázat szemlélteti.

Legmagasabb iskolai végzettség	Nappali intézmények		Bentlakásos intézmények	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
kevesebb, mint nyolc általános	5,1	3,8	0,8	0
nyolc általános	46,2	73,1	40	40,9
szakmunkásképző	26,5	3,8	37,7	9,1
szakközépisikola	10,3	3,8	6,9	22,7
gimnázium	11,1	15,4	10	27,3
főiskola	0,9	0	1,5	0
egyetem	0	0	0,8	0
nem válaszolt	0	0	2,3	0

Forrás: Ladányi és Forrai, 2006

LAKHATÁS

A szociális nappali ellátást nyújtó intézményekben megjelent kábítószer-fogyasztók legtöbbször a szülők lakásában él (47,6%), attól függetlenül, hogy rendelkezik-e munkaviszonnyal, vagy sem. Bérelt lakásban egyedül vagy másokkal 21,7% él. Mindössze 11,9%-uk él saját tulajdonú lakásban és 6,3% utcán, közterületen. A megkérdezettek 2,8% adta azt a választ, hogy lakás céljára nem alkalmas helyiségben él. A saját tulajdonú lakás, illetve „a bérelt lakásban egyedül él” a férfiakra jellemző, míg a „bérelt lakásban másokkal együtt” a nőkre jellemző. A nappali intézményt igénybevevő, de utcán, közterületen élők szinte kizárólag 19–29 évesek. A bentlakásos intézményekben élők a beköltözésük előtt legnagyobb arányban szintén a szülők lakásában laktak (41,4%).

SZOCIÁLIS KAPCSOLATOK

A nappali ellátást nyújtó intézményekben megkérdezettek 63,6%-ban igen-nel feleltek (27,3% nem, 9,1% válaszhány) arra a kérdésre, hogy „van-e az életében olyan személy, akihez segítségért, támogatásért fordulhat, akivel megbeszélheti problémáit?” A bentlakásos intézmények esetében ez az arány 59,2% (9,9% nem, 30,9% válaszhány) volt. Megállapítható, hogy a segítő, támogató kapcsolatok esetében a sorrend mindkét intézménytípusnál ugyanaz (közeli családtag, barát, segítő szakember).

A szociális intézményekben ellátott kábítószer-fogyasztók által említett támogató, segítő személyek intézménytípusonként				
Támogató, segítő személy	Nappali intézmények		Bentlakásos intézmények	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Barát	55	11	39	6
Ismerős	11	2	5	-
Közeli családtag	54	17	49	6
Távoli családtag	7	2	2	-
Munkatárs	9	2	4	1
Segítő szakember	16	10	32	6
Sorstárs	2	3	10	3
Párkapcsolat	1	1	7	1
Összesen	72	19	77	13

Forrás: Ladányi, Forrai 2006

A kutatásokban alkalmazott kérdőív a következő kérdést is tartalmazta: „Mi volt az a három legfontosabb esemény, amely az életét leginkább befolyásolta?” A kérdést nyílt formában tették fel, a válaszok utólag lettek rendszerezve, majd kódolva. A válaszok áttekintése után húsz kategória felállítása látszott szükségesnek. A hat leggyakrabban említett „legfontosabb esemény”-kategória között mindkét intézménytípus esetén megtalálható a „kábítószer-használat”, a „családtag halála, betegsége”, a „szülők válása” és a „párkapcsolati problémák, csalódások, élmények”, valamint az „egyéb” kategória.

A szociális intézményekben ellátott kábítószer-fogyasztók által említett legfontosabb, életüket befolyásoló események intézménytípusonként (a válaszadók %-ában)

Nappali intézmények (n=96)		Bentlakásos intézmények (n=98)	
Legfontosabb esemény sorrendben	%	Legfontosabb esemény sorrendben	%
kábítószer-használat	29,2	egyéb	41,8
iskolával kapcsolatos élmények	26,0	kábítószer-használat	39,8
családtag halála betegsége	24,0	családtag halála betegsége	20,4
párkapcsolati problémák, csalódások	24,0	személyiségében rejlő „problémák”	20,4
szülők válása	22,9	szülők válása	18,4
egyéb	20,8	börtön, bűnözés	15,3
szociális intézményi ellátás	15,6	iskolával kapcsolatos élmények	12,2
családi kapcsolati problémák	11,5	egyéb gyermekkori problémák, traumák	12,2

Forrás: Ladányi, Forrai 2006

A kategóriákon belül negatív és pozitív előjelű válaszok is előfordultak. A családtag halála, betegsége válasz-csoportban a kliensek jellemzően valamelyik vagy mindkét szülő elvesztését említették. Az egyéb kategória mindkét intézménytípus esetében igen változatos válaszokat foglal magába: a nappali ellátást igénybevevő kliensek esetében pl. áttelepülés, költözés, katonaság, vallás, nemi hovatartozás stb. A bentlakásos intézmények kliensei az egyéb kategória alatt többek között a külföldi munkavállalást, a külföldön való hosszabb tartózkodást, majd hazatérést, a legelső kórházba kerülést, az üldözöttséget, a társadalmat, a szexet stb. válaszolták. A szociális intézményi ellátás mint fontos befolyásoló tényező a kliensek számára egyértelműen pozitív válaszként volt értelmezhető. A személyiségben rejlő „problémák” kategóriába eső válaszokra néhány példa: hamar függetlenné válás, szabadság nem megfelelő értelmezése, a jó keresése, megszületés, gátlások, félelmek, szeretetre vágyás, beilleszkedési problémák, öngyilkossági gondolatok stb.

A nappali ellátást nyújtó intézményt igénybevevő válaszadók több mint egynegyede (28,4%) ismerősöktől, barátoktól szerzett tudomást az intézményről. Igen magas az egyéb helyről kategóriába sorolt válaszok aránya (16,7%), itt a következő válaszok hangzottak el pl. „gyermekjóléti szolgálattól”, „az egyetemen hallottam róla”, „a mentősöktől”, „családsegítő szolgálattól”, „az NA gyűléseken”. A bentlakásos intézmények lakói a legnagyobb arányban a drogambulanciától (26,2%) értesültek az intézményről, ezt követik az egyéb válaszok (15,5%), majd a közeli családtagtól (14,6%). Az egyéb válaszok alatt a következőket említették: pl. a szórólapot, a gyülekezetet, ahova a megkérdezett jár, a televíziót, a tűcsere alkalmakat stb.

Arra a kérdésre, hogy miért veszi igénybe a nappali ellátást nyújtó intézményt a legnagyobb arányban (22,8%) azt válaszolták a megkérdezettek, hogy a büntetés elkerülése (rendőrség, ügyészség küldte) miatt, ezt az egyéb válaszok (15,8%), majd az „életvitelhez segítséget, biztonságot nyújt”, valamint a „tisztá, józan maradjak” válaszok követték (14,9%). A bentlakásos intézményekben megkérdezettek körében a leggyakoribb válasz a leszokás iránti vágy megfogalmazása volt (31,7%), ezt az egyéb okok (18,3%) után az „új életet akarok kezdeni” válaszok követték (13,5%).

KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS ÉS GÉPJÁRMŰVEZETÉS²⁶

Az Országos Kriminológiai Intézet és az Egészséges Ifjúságért Alapítvány együttműködéseként született meg ez a hat évet felölelő, a kábítószer-fogyasztás és a gépjárművezetés összefüggéseit feltérképező hazai vizsgálat. A kutatás fő célkitűzései között szerepelt a hazai és az Európai Unió más országaiban tapasztalt vonatkozó jogszabályok és eljárások összehasonlítása; továbbá a kábítószer hatása alatt álló gépjárművezetők szociodemográfiai jellemzőinek és droghasználati szokásainak feltárása.

A kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása	
Az adatfelvétel időpontja	1999. március 1. – 2005. március 1.
Területi lefedettség	Országos
Mintakeret	Kábítószer hatása alatt közlekedési bűncselekményt elkövetők ügyiratai; Közlekedésrendészet munkatársai, ill. járőrök; Igazságügyi toxikológus szakértők, ill. partikon és szórakozóhelyeken tevékenykedő utcai szociális munkások
Mintaválasztás módja	Teljes körű adatfelvétel (dokumentumelemzés); Véletlen mintavételi módszer (kérdőívezés); A mélyinterjúk alanyainak kiválasztási módjára nézve n.a.
Mintavételi egység	Bűnügyi eset (dokumentumelemzés); Egyén (kérdőívezés és mélyinterjú)
Mintanagyság	53 bűnügyi eset; 129 rendőr A toxikológus szakemberek és a szociális munkások elemszáma ismeretlen
Adatgyűjtési eljárás	Kvantitatív és kvalitatív módszerek
Az adatgyűjtés eszköze	Önköltöltés kérdőívek, dokumentumelemzés és mélyinterjú

²⁶ Az összefoglaló metaelemzést Kun Bernadette és Demetrovics Zsolt, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és az ELTE PPK Személyiség és Egészségpszichológiai Tanszék munkatársai készítették

A vizsgálat legfontosabb eredményei a következők:

- Hazánkban a bűncselekményként dokumentált kábítószer hatása alatt történő gépjárművezetés gyakorisága az Európai Unióban tapasztalt átlagnál alacsonyabb mértékű.
- A statisztikai adatok a jelenség alacsonyabb elterjedtségéről adnak számot, mint ami a valóság: a megyei rendőr-kapitányságokról származó listák a vizsgált 6 évre vonatkozóan közel 400 ügyszámot tartalmaztak, ezek közül azonban csupán 53 ügy vonatkozott ténylegesen kábítószer-fogyasztással kapcsolatos közlekedési bűncselekményre. A különbség háttérében valószínűleg dokumentálási többértelműségek, illetve az a tényező áll, miszerint a tárgyalt bűncselekmények a jelenlegi eszközökkel és jogszabályi környezetben nehezen felderíthetők és nehezen bizonyíthatók.
- A bűncselekmény elkövetése az esetek több mint felében (56,5%) Budapesten történt. A szerhasználat az esetek kb. egyharmadában (36,8%) gépkocsiban, és hozzávetőlegesen ugyanilyen arányban (30,6%) lakásban történt. Minden ötödik (24,4%) bűnelkövetés háttérében szórakozóhelyen történő szerhasználat húzódott meg. A legtöbb eljárás (59,5%) az április és augusztus közötti időszakban indult meg, vagyis a tavasz vége és a nyár a leghangsúlyosabb időszak a kábítószer befolyásolta közlekedési bűncselekmények szempontjából.
- A vizsgált esetek több mint felében (59,5%) a tettenérés közötti ellenőrzés során történt, a második leggyakoribb (21,2%) felderítési körülménynek pedig a közúti baleset tekinthető.
- Az elkövetők többsége férfi (98,1%), 25 és 30 év közötti korcsoportba tartozik (81,2%), fővárosban vagy más városban él (88,7%), magasabb iskolázottsággal jellemezhető, mint a többi bűnelkövető (50% befejezett általános iskolai végzettségű; 21,7% szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezett; 26,1% érettségizett; és 2,2% felsőfokú végzettséggel rendelkezett). Az elkövetők 61,2%-a büntetlen előéletű volt.
- Az esetek több mint felében (50,9%) kannabisz-fogyasztásra derült fény. Az ecstasy (22,6%), az amfetamin (17%), illetve a kokain (11,3%) használata ritkább. Gyakorinak mondható a különböző szerek együttes használata. A személyek többsége (56,9%) alkalmi használó, aki a szórakozóhely felé tartva, legtöbbször a gépjárműben fogyasztotta el az illegális kábítószeret. Az esetek elkövetőinek 14,6%-a fél évnél nem régebb óta használt először kábítószeret, több mint fele (53,7%) azonban a bűncselekmény elkövetését két vagy annál több évvel megelőzően fogyasztott drogot először. A személyek 40,5%-a úgy nyilatkozott, használt már valaha intravénásan kábítószeret.

- A megkérdezett rendőrök közel 2/3-a (62%) még sosem kezdeményezett eljárást kábítószer hatása alatt történő gépjárművezetés miatt. Azok a rendőrök, akik ezt már megtették (38%), legtöbb esetben a gépjármű bizonytalan vezetése, furcsa viselkedés, az alkohol-teszter negatív eredménye és kábítószergyanús anyag együttes jelenléte miatt kezdte meg az intézkedést. Kábítószer gyorseszteret eddig csupán 7,8%-uk használt, többségük (84%) még nem is kapott ilyen teszter munkájához. Kétharmaduk (62%) a teszter használatát sem ismeri.

A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca a kábítószer-problémával kapcsolatos társadalomtudományi elemzések, vizsgálatok, kutatások támogatására 2005-ben összességében 37 600 000 Ft összegben írt ki pályázatot.

Pályázó neve	A program címe	Megítelt összeg
Anatéma Szolgáltató Bt.	Szerhasználati szokások és családi kapcsolati dinamika	2 000 000 Ft
Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszék	A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése	3 000 000 Ft
Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központ	Az iskolai drogprevenció humán erőforrás összetétele	1 200 000 Ft
Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet Kht.	Droghasználó party-fiatalok kapcsolatháló elemzése Székesfehérváron	2 000 000 Ft
Egészséges Ifjúságért Alapítvány	Kábítószer-fogyasztás és gépjárművezetés	3 000 000 Ft
ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék	Az illegálisszer-használat alakulásának idői mintázata	2 500 000 Ft
Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar	Fogyatékosok droghasználati jellemzőinek feltárása	3 000 000 Ft
Fővárosi Önkormányzat Szent László Kórház	Kiszállásos HIV/hepatitis szűrés megszervezése és lebonyolítása 5 vidéki nagyváros intravénás drogfüggői részére	1 000 000 Ft
Hajléktalanokért Alapítvány	Szociális szolgáltatások és kábítószer-fogyasztók	4 000 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Kompánia Alapítvány	Az individuális metadon-válasz pszichogenetikai vizsgálata	1 000 000 Ft
MTA Pszichológiai Kutatóintézet	Vulnerábilis csoportok droghasználata és a segítség	5 000 000 Ft
Pázmány Péter Katolikus Egyetem	Veszélyeztetett csoportok drogfogyasztási szokásai a Szigeten	1 200 000 Ft
Selyemréti Általános Iskola	A veszélyeztetett, problémás fiatalok droghasználata	1 500 000 Ft
Viselkedéskutató Társadalomtudományi Kft.	Egy speciális populáció droghasználata	2 500 000 Ft

1.4 Attitűdformálás

1.4.1 Társadalmi viták a kábítószer-problémáról

A Kendermag Egyesület 2006. március 26-án tartott demonstrációja alkalmával 386 – 2006 áprilisában megválasztott országgyűlési képviselőnek címzett – levelet nyújtott át. A 386 levél egy-egy petíciót tartalmaz, amelyben a Kendermag Egyesület arra kéri a képviselőket, hogy munkájuk során segítsék elő a Btk. kábítószerrel visszaélés bűncselekményét meghatározó törvények reformját és a Nemzeti Drogstratégia elveinek megvalósulását.

2006. május 14-én tartotta a Kendermag Egyesület a „Million Marijuana March” nemzetközi rendezvénysorozat magyarországi demonstrációját, amely célja a kannabisz-származékok legalizálása volt. A rendezvény békés körülmények között zajlott, mindössze egyetlen ellentüntető jelent meg.

1.4.2 Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök

A FELNŐTT LAKOSSÁG DROGFOGYASZTÓKKAL, DROGFOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATOS ATTITŰDJEINEK KVALITATÍV VIZSGÁLATA

A 2005 tavaszán készült kutatás (Elekes, Paksi 2005a) célja a budapesti, 18–54 éves felnőtt lakosság drogfogyasztókkal/drogfogyasztással kapcsolatos viszonyulásaiban a korábbi, kvantitatív vizsgálatok (Paksi, 2003a; Elekes, Paksi, 2004) mentén mutatkozó sajátosságok és ellentmondások hátterének megértése, értelmezése, illetve a társadalmi véleményalkotás

konstruálódási mechanizmusainak feltárása, modellezése volt.²⁷ A kutatás eredményei szerint a toleráns és intoleráns csoport tagjai az alábbiakkal jellemezhetőek.

Toleráns csoport:

- A különböző drogok kipróbálásának helytelenítésére vonatkozó kérdésre általában „helytelenítem” választ adtak,²⁸ a kannabisz-származékokat azonban a többi szerből elkülönítették, kipróbálását nem helytelenítették. A heroin, valamint az inhalánsok kipróbálását a többi szerhez képest nagyobb mértékben vélték helytelennek.
- Az ebbe a csoportba tartozók veszélyészlelése fogyasztási gyakoriságok szerint differenciált, rendre különbséget tettek a szerek kipróbálásának és rendszeres használatának veszélyessége között, a kipróbálást rendre „közepesen”, a rendszeres használatot pedig „nagyon veszélyes”-nek értékelve. Emellett a kannabisz-származékok elkülönülése a veszélyészlelésben is megjelent, a kipróbálását „kicsit”, alkalmi vagy rendszeres használatát pedig „közepesen veszélyes”-nek ítélték.
- A kannabisz-származékok fogyasztásának engedélyezése vonatkozásában leginkább ambivalens (egyet is ért meg nem is) álláspontra helyezkedtek, azt a drogpolitikai álláspontot képviselve, hogy használata felett „szemet kellene hunyni”.

Intoleráns csoport:

- Differenciálás nélkül minden szer fogyasztásával kapcsolatban „erősen helytelenítő” álláspontra helyezkedtek.
- Veszélyészlelésük is rendkívül homogén, sem a különböző szerek, sem a fogyasztási gyakoriságok mentén nem jelentkeztek különbségek, minden szer kipróbálását, illetve rendszeres használatát egyaránt „nagyon veszélyes”-nek tartották.

²⁷ A vizsgálatot a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja készítette. A kutatás tíz – kor és iskolai végzettség tekintetében homogén – fókuszcsoporton alapul, amelyek Budapesten zajlottak. A mintába tartozó személyek a szűrőkérdőívre adott válaszok alapján „toleráns” (162 fő), illetve „intoleráns” (359 fő) véleménycsoportba kerültek. Aszűrőkérdések megegyeznek a 2003-as Országos Lakossági Alkohol- és Drogepidemiológiai Vizsgálatban (ADE) szereplő attitűdkérdésekkel. Ezek alapján homogén toleráns, homogén intoleráns, valamint vegyes (mindkét véleménycsoportba tartozó résztvevőket tartalmazó) fókuszcsoportokat alakítottak ki. Az egyes fókuszcsoportok négy és hét fő közötti létszámból álltak. Összesen 521 fő vett részt a vizsgálatban. A kutatás során vizsgált főbb kérdéskörök a következők voltak: A lakosság drogképe – veszélyészlelése; A felnőtt népesség drogfogyasztókhöz való viszonyulása; A lakosság percepcióiban mekkora problémát jelent ma Magyarországon a drogfogyasztás; A drogprobléma kezelésével kapcsolatos vélekedések; A drogprobléma kezelésének finanszírozásával kapcsolatos lakossági percepciók.

²⁸ A kérdés megválaszolása háromfokozatú skálán történt: „nem helytelenítem”, „helytelenítem”, „erősen helytelenítem”.

- Minden drog esetében – így a kannabisz-származékok vonatkozásában is – egyértelműen prohibicionista álláspontra helyezkedtek.

A felnőtt lakosság a drogfogyasztás veszélyészlelésének háttérében vélemezett negatívumokat (függőség, egészségkárosodás, anyagi problémák, bűnözés, társas kapcsolatokra gyakorolt negatív hatások, önkontroll elvesztése, kiszámíthatatlan magatartás) nehezen konkretizálta, vagy többnyire tartalom nélkül társította a különböző fogyasztói magatartásokhoz (szerfajtákhoz és/vagy fogyasztási gyakoriságokhoz), a probléma különböző aspektusaihoz. Így volt ez sokszor még azok körében is, akik rendelkeztek közvetlen vagy közvetett személyes tapasztalatokkal a témában.

A drogprobléma különböző dimenzióiban megjelenő elnagyolt, sokszor sztereotip vélekedések, állítások mögött többször nyilvánvalóvá vált az ismeretek hiánya, felületessége. A kutatásban résztvevők meglehetősen csekély információval rendelkeztek arra vonatkozóan is, hogy a különböző társadalmi problémák kezelésére mennyi pénzt fordítanak ma Magyarországon. Mindazonáltal a legtöbben úgy gondolták, hogy a kábítószer-probléma kezelésére nem kellene nagyobb összeget fordítani, csak esetleg hatékonyabban kellene azokat felhasználni. Mindez a drogjelenséggel és annak kezelésével kapcsolatos tevékenység, illetve társadalmi kommunikáció hiányosságaira hívja fel a figyelmet.

A fókuszcsoporthoz dinamikáját elemezve többször előfordult a beszélgetések során a vélemények módosulása, ami a vélemények bizonytalan voltának jelzésén túlmenően szintén az alulinformáltságot támaszthatja alá. Különösen annak fényében, hogy a kvantitatív vizsgálatok szerint a lakossági viszonyulások – annak minden esetlegessége mellett – időben meglehetősen stabilitást mutatnak. (Paksi, 2003; Elekes, Paksi, 2004) Elképzelhető természetesen az is, hogy a beszélgetés során tapasztalt véleménymódosulások a konformitás jelenségével magyarázhatók. A vizsgált fókuszcsoporthoz a konformitás azonban elsősorban mint magánkonformitás volt inkább érzékelhető, a résztvevők különböző, egymástól szerzett információk, érvek alapján közelítették álláspontjukat. Az, hogy a témában laikus fókuszcsoporthoz résztvevők kommunikációja módosította a kiinduló véleményeket, szintén a társadalmi kommunikáció hiányosságaira hívja fel a figyelmet. A társadalmi kommunikáció a lakosságban jelenlévő sztereotípiákat a kábítószer-jelenséggel kapcsolatban vagy megerősíti, vagy nem tudja felülmúlni, mert esetleg kevésbé éri el a magánkommunikáció személyes szintjét, vagy mert nem számol a kiinduló állapotokkal. Különösen fontos ez a kevésbé differenciált véleménnyel rendelkező, intoleráns csoportok esetében, akik véleményalkotásukban elsősorban a médiában elérhető információkra támaszkodtak.

A KÁBÍTÓSZERÜGYI EGYEZTETŐ FÓRUMOK TAGJAI DROGATTITÚDJÉNEK VIZSGÁLATA

A 2005 tavaszán készült kutatás (Domokos és mtsai. 2005) célja a Kábítószergyi Egyeztető Fórumokba (KEF-ek) delegált szakértők, intézményi képviselők kábítószer-fogyasztással szembeni attitűdjének feltárása volt.²⁹ A kutatási koncepció szerint a Nemzeti Drogstratégia megvalósításában kulcsszerepet játszanak a KEF-ek, ezért a fórumokon résztvevő képviselők, tagok kábítószer-fogyasztással kapcsolatos attitűdjei döntőek a kábítószer-probléma kezelése tekintetében. Ugyanakkor ezen szakemberek attitűdjei nem, vagy csak korlátozottan ismertek. A kutatás eredményei szerint abban meglehetősen nagy egyetértés volt a tagok körében, hogy a kábítószer-jelenség komoly társadalmi problémának tekinthető. A KEF tagok többsége (48%) konzervatív, 27%-a megengedő álláspontot képviselt, a megkérdezettek 25%-a pedig elutasítóan viszonyult a kábítószer-problémához. A különbség alapvetően a probléma társadalmi beágyazottságának és a probléma kezelésének megítélésében volt. Míg a konzervatív és a megengedő attitűddel jellemezhető tagok elfogadták, hogy a kábítószer társadalmilag úgy funkcionál, mint bármely más legális szer (pl. alkohol, dohányzás), addig az elítélő álláspontot képviselők ezzel nem értettek egyet, szerintük a kábítószer nem része a társadalomnak, idegen „test”, mely visszaszorítható. A másik fontos dimenzió a probléma kezelésének kérdése. A megengedő csoportba tartozók támogatták, a konzervatív csoport tagjai pedig elleneztek a kannabisz-származékok liberalizálását. A megengedő csoport tagjai sokkal veszélyesebbnek tartották a kábítószereket, mint a legális drogokat, illetve meghatározó szerepet tulajdonítottak a külső szereplőknek (kortárscsoport, idegenek) a kábítószer-használatban. Az elítélő attitűddel jellemezhető KEF tagok szintén konzervatívabb állásponton voltak, de ők nemcsak a veszélyessége miatt utasították el a legalizálást, hanem mert meg voltak győződve arról, hogy a kábítószer nem része a társadalomnak.

A válaszadók véleménye szerint leginkább az alkohol, a heroin, a dohányzás és a kokain, legkevésbé az ecstasy, a szerves oldószerek, az amfetaminok, a metadon és a kannabisz-származékok alakítanak ki fizikai és lelki függőséget.

A megkérdezettek szerint a kábítószer-fogyasztók leginkább merész, ám befolyásolható, fiatal, városi és magányos emberek, többségében férfiak. A 254 megkérdezett KEF delegált, szakértő között három fő szerint a drogfogyasztó egyértelműen bűnöző. 28%-uk gondolta, hogy egyértelműen

²⁹ A kutatást az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet készítette. Az adatfelvétel postai kérdőíves módszerrel történt. A kiküldött kérdőívek visszaérkezési aránya 24% volt, így az önkiválasztós mintába 254 személy került be. Ezen kívül kvalitatív módszerekkel (15 szakértői interjúval, esettanulmányokkal) egészítették ki az eredményeket.

beteg emberekről van szó, míg 67%-uk szerint, amíg magában tesz kárt, addig betegnek tekinthető, de ha már másban is, akkor inkább bűnöző. Néhányan nem tudtak állást foglalni ezen kategóriarendszer alapján.

A megkérdezett KEF tagok elsősorban továbbképzéseken, ismeretterjesztő előadásokon hallott információkból tájékozódnak a kábítószerrel kapcsolatos témákban. Második helyen a szakkönyveket, harmadikon a szakfolyóiratokat említették. A KEF-et, mint információforrást, csak a negyedik helyen jelölték meg átlagban, és a rangsorban hátra kerültek a kábítószer-problémában jártas szakemberek (orvosok, rendőrök, drogambulancia munkatársai).

A KEF tagok a prevencióban érintett szakemberek tevékenységével a legkevésbé sem elégedettek, a szociális munkások, a védőnők és a családsegítők megítélése a legpozitívabb, a köztisztviselőké, újságíróké és művelődésszervezőké pedig a legnegatívabb. A KEF tagok elsősorban az államtól várják a segítséget, kisebb mértékben terhelnék a helyi szintű drogmegelőzés költségeit az önkormányzatokra és a civil szervezetekre (15–25%-ban). Szerintük elsősorban kortárssegítő csoportok létrehozására, különböző szaktanácsadó szolgálatok kialakítására lenne szükség.

A megkérdezettek szerint a fiatalok kábítószer-fogyasztását elsősorban a feszültségoldás és a realitások elől való menekülés motiválhatja, de ezen kívül fontos szerepet játszik még az élményszerzés, a kíváncsiság és a modern szórakozás is. A megkérdezettek véleménye alapján az elsődleges felelősség a baráti kört, a szórakozóhelyeket és a családot terheli, ugyanakkor ezek azok a szereplők is, akik a legtöbbet tudnának tenni a kábítószerfogyasztás visszaszorítása érdekében.

A MÉDIASZEREPLŐK KÁBÍTÓSZERREL KAPCSOLATOS ATTITÚDJEINEK VIZSGÁLATA

A 2005 tavaszán készült kutatás (Kó, Münnich 2005) keretében 118 ismert és kevésbé ismert, közvélemény-formáló szerepet betöltő médiaszereplővel készült mélyinterjú.³⁰ A vizsgálat célja a médiaszereplők kábítószer-jelenséggel kapcsolatos attitűdjeinek megismerése volt. A megkérdezettek többsége (58%) minden szertípus fogyasztását veszélyesnek tartotta, és csupán

³⁰ A vizsgálatba került személyek (36 újságíró, 38 rádiónál dolgozó riporter, szerkesztő, 44 TV-nél dolgozó riporter, szerkesztő, műsorvezető) a hazai média piacon jelentős súllyal szereplő társaságok munkatársai közül kerültek kiválasztásra. A vizsgálati alanyok között egyrészt azon személyek szerepelnek, akik személyesen is megjelennek az adott médiánál a műsorszolgáltatásban, másrészt azok, akik személyesen nem ismertek a nagyközönség előtt, de mint szerkesztők, vezetők, vágók mindenképpen aktív és meghatározó szerepet játszanak abban, hogy mi kerüljön adásba, miről szóljanak a cikkek. A kutatásban való részvétel önkéntes, és az interjúalany kívánsága szerint anonim volt.

6% nem gondolta, hogy veszélyeket rejt a kábítószeres fogyasztása. 36%-uk pedig különbséget tett az egyes tiltott szerek között veszélyességüket illetően: jellemzően a kannabisz- és amfetamin-származékokat, illetve a gyógyszerek visszaélészerű használatát tartották kevésbé veszélyesnek vagy veszélytelennek.

A médiaszereplők 32,2%-a jól tájékozott, azaz háromnál több szert ismert, és tisztában volt azok használatának módjával, hatásaival és lehetséges következményeivel. 56,8%-uk részben tájékozott, ők nem tettek különbséget az egyes szertípusok között, és a médiaszereplők 11%-a teljesen tájékozatlan a kábítószereket illetően. A kábítószeres veszélyességének megítélése szignifikánsan összefügg a tájékozottság mértékével: a kevésbé tájékozottak veszélyesebbnek tartották a tiltott szereket, mint a jobban tájékozottak.

A férfiak és nők véleménye több vonatkozásban is eltért a kábítószeresekkel, kábítószer-fogyasztással kapcsolatban. A nők szignifikánsan jobban tájékozottak, mint a férfiak. Több kábítószerfajtát ismertek és a használat módjával is inkább tisztában voltak, mint a férfiak. A nők 52%-a ítélte el minden kábítószer-típus fogyasztását, 46%-a tett különbséget az egyes szertípusok között és eszerint tartotta kevésbé, vagy inkább veszélyesnek. A nők 2%-a, a férfiak közel 10%-a nem tartotta egyáltalán veszélyesnek a drogfogyasztást. A férfiak többsége (62%) azonban minden esetben, differenciálatlanul veszélyesnek ítélte a jelenséget, és 28%-uk tett különbséget az egyes szertípusok között.

Az életkor és a drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek fordított arányosságot mutatnak: minél fiatalabb a megkérdezett, annál tájékozottabb a vizsgált kérdéskörben. A főiskolát végzettek tartották a legveszélyesebbnek a kábítószeres fogyasztását, míg az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők, illetve az egyetemet végzettek megengedőbb attitűddel jellemezhetőek. Az egyetemet végzettek gondolkodtak a leginkább differenciáltan a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos kérdésekben: 41%-uk tett különbséget veszélyesség szempontjából a drogok között. A főiskolát végzettek esetében ez az arány 32%, az alacsonyabb végzettségűek esetében pedig 21,5%.

Az interperszonális kapcsolatok szignifikánsan összefüggnek a drogfogyasztás veszélyességének értékelésével. Legkevésbé a házastársi kapcsolatban élők tartották veszélyesnek a kábítószer-fogyasztást. A kapcsolati háló nagysága egyértelműen befolyásolja a kábítószer-fogyasztásról kialakult véleményeket: minél nagyobb baráti, ismeretségi körrel rendelkező valaki, annál kevésbé tartotta veszélyesnek a kábítószer-fogyasztást. A sok ismerőssel rendelkezők esetében az általános elítélés aránya nem érte el az 50%-ot, míg a csak kisebb társasággal kapcsolatot tartók több mint 70%-a vélte veszélyesnek a drogfogyasztást.

A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK TÁRSADALMI MEGÍTÉLÉSÉNEK VIZSGÁLATA

A 2004–2005-ben készült kutatás (Demetrovics, Gyalog 2005) célja a kábítószer-használókról kialakított társadalmi reprezentációk vizsgálata, a kábítószer-használókkal szembeni attitűdöt meghatározó dimenziók azonosítása volt.³¹ A vizsgálat eredményei alapján hat fő dimenziót lehetett azonosítani: (1) destruktivitás-antiszocialitás, (2) antiszocialitás-amoralitás, (3) determinisztikus függőség vs. differenciálás, normalizálás, (4) lelketbetegség, társadalmi hatás, (5) attribúció, (6) szociális rekreáció (differenciálás). A faktorok az alábbiak szerint jellemezhetők:

Destruktivitás – antiszocialitás: A faktor 38 tételt tartalmaz, amelyben a kábítószer-fogyasztó társadalomra, mikro-, makrokörnyezetére, valamint önmagára vonatkozó destruktív volta, továbbá a drog, mint destruktív elem reprezentálódik. A faktor kifejezi a kábítószer-használó „lepusztultságára”, leépülésére vonatkozó társadalmi elképzeléseket, így megjelenik benne az elhanyagoltság, az impulzuskontroll hiánya, a szélsőséges hedonizmus, illetve a személyiségtorzulás.

Antiszocialitás – amoralitás: A faktor (17 tétel) a kábítószer-használók anti-szociális és erkölcsileg romlott voltát emeli ki, a fogyasztó társadalomellenes, destruktív, kriminális ágensként jelenik meg. Az ide tartozó tételek a szerhasználatot elsősorban jellembeli hibának tekintő elméletet fejezik ki.

Determinisztikus függőség vs. differenciálás, normalizálás: Bipoláris faktor, amely 9 tételből áll. Egyrészt a kábítószer-fogyasztás mint lejtő, ördögi kör jelenik meg ebben a faktorban, melynek végén szükségszerűen a függőség áll. A szerhasználatot determinisztikus módon írja le, egyenes útként, amelyen nincs visszafordulás. Másrészt megjelenik a droghasználat differenciált szemlélete. A kábítószer-fogyasztók társadalmilag hasznos jelenléte, illetve a kábítószer-használat mint normál társadalmi jelenség jelentik e faktor másik pólusát.

³¹ A kutatás során 284, összesen 12 különböző csoportot reprezentáló, 14–64 éves személy adott általános leírást egy elképzelt drogfogyasztó személyről. A 284 interjúból 207 olyan személyekkel készült, akik sem használóként, sem hozzátartozóként, sem munkájukból kifolyólag nem érintettek, 77 interjú pedig olyan személyekkel, akik érintettek (alkalmi kábítószer-használók, kábítószer-függők, már absztinens, korábbi kábítószer-használók, hozzátartozók, kezelésben dolgozók) a kábítószer-használattal kapcsolatosan. A leírásokból összesen 3074 állítás került azonosításra. Az állítások több lépcsős tartalmi, nyelvtani és előkategorizálási szűrése, illetve a korábbi eredmények (Demetrovics és mtsai. 2005) alapján előállított 99 tételes kérdőívet 205 fő töltötte ki. Az adatok feldolgozása faktoranalízissel történt.

Lelkibetegség, társadalmi hatás: A 13 tételt tartalmazó faktor a kábítószer-fogyasztás háttérében álló pszichés és szociális hatásokat világítja meg. A drogfogyasztót sajnálatot érdemlő embernek mutatja be.

Attribúció: A 13 tételt magába foglaló faktorban a kábítószer-fogyasztás háttérében álló okok keresése tükröződik, annak kifejeződése, hogy a szerhasználatnak oka van, nem egyszerűen egy véletlen jelenség.

Szociális rekreáció (differenciálás): A 9 tételt tartalmazó faktor a kábítószerhasználat szórakozással, baráti társasággal összekötött voltát emeli ki, illetve kis mértékben megjelenik benne a differenciálás attitűdje is.

1.4.3 Parlamenti viták a kábítószer-problémáról

A 2005. július 1. és 2006. június 30. között megtartott 57 parlamenti ülésen 6 alkalommal vetették föl a kábítószer-problémát a következő törvényjavaslatok, viták, interpellációk és kérdések formájában:

- „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című dokumentumban foglaltaknak az Európai Unió készülő Drogstratégiájával való összehangolását előkészítő eseti bizottság eddigi tevékenységéről szóló jelentés elfogadását kezdeményező országgyűlési határozati javaslat részletes vitája, illetve a módosító és a határozati javaslat elfogadása.
- Várható-e további módosítása a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvénynek a kábítószerrel visszaélés bűncselekményét meghatározó törvényi tényállásaival kapcsolatban?
- Nemzetközi fellépés a hazai ártalomcsökkentő programok érdekében.

A megelőző egy évhez (2004. július 1.–2005. június 30.) képest 6 alkalommal kevesebbszer vetették fel a kábítószer-problémát. A csökkenéshez valószínűleg hozzájárul, hogy a parlament az előző időszakban 80 ülést tartott, 2005. július 1. és 2006. június 30. között pedig csak 57-et.³² A vizsgált évben a kábítószer-probléma napirendre kerülésének gyakorisága és a parlamenti ülések aránya a megelőző évben tapasztalt 15%-ról 10,5%-ra csökkent.

³² A parlamenti ülések tekintetében a vizsgált év egy speciális időszaknak számít, ugyanis – a 2006. áprilisában megtartott országgyűlési képviselő választás miatt – a parlament 2006. március 9. és május 15. között nem ülésezett.

1.4.4 A médiamegjelenítés módja

KÁBÍTÓSZER-JELENSÉG A 2005-ÖS ÍROTT SAJTÓBAN

A kutatás (Arnold 2006) célja annak vizsgálata volt, hogy az írott sajtó 2005-ben hogyan ábrázolta a kábítószer-fogyasztót, milyen attitűdöt jelenített meg a kábítószer-jelenséggel kapcsolatban.³³ A vizsgálat eredményei szerint forrásonként átlagosan 157 cikk érintette hosszabb-rövidebb terjedelemben a kábítószer-problémát. A cikkek többsége (89,2%) elfogulatlanul íródott, nem használt túldramatizáló, szenzációkelő kifejezéseket a kábítószer-jelenséggel kapcsolatban.

Az összes kábítószer tárgykörébe tartozó cikk 68,2%-a a hazai helyzetet mutatta be, és fele annyiszor tettek említést más országok kábítószer-helyzetéről. 2005-ben – 2001–2004-hez képest – az újságok jelentősen nagyobb hangsúlyt fektettek a határon túli szervezetekkel, személyekkel összefüggésbe hozható kábítószer-probléma megjelenítésére. A vizsgált napilapok jellemzően a bűnözés kontextusában jelenítették meg a kábítószer-problémát, bűnöző képet sugalltak a fogyasztókról, amely a kábítószer-jelenség elidegenedését eredményezheti. Mintegy nyolcszor több írás jelenítette meg úgy a kábítószer-problémát, amely az olvasóban „a drogfogyasztó bűnöző” kép megerősödését eredményezheti „a drogfogyasztó beteg” kép ábrázoláshoz képest.³⁴ A közlések 48,6%-a kereskedői vagy fogyasztói bűnözésről tudósított, azaz a cikkek mintegy felében hírjellegű közlemény jelent meg a kábítószerekkel kapcsolatban. Az írások 12,2%-a a kábítószerek dekriminalizációjáról, 10,7%-a pedig a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos büntetőjogi szabályozásról szólt. A közlések 10,8%-a foglalkozott a fiatalok tiltott szer fogyasztásával. Valamivel kisebb arányban (7,5%) fordultak elő a prevenció szükségességét hangsúlyozó írások.

Az összes kábítószer-problémát érintő cikk 63,4%-a valamilyen burkolt formában, témaválasztása által negatív konnotációban tüntette fel a kábítószer-jelenséget, s csupán a cikkek 11,6%-a jelenítette meg a kábítószer-problémát olyan formában, amely toleráns attitűd kialakulását vagy fennmaradását eredményezheti. A kábítószer-jelenséggel szembeni elide-

³³ A kutatás a napi sajtóban (Magyar Hírlap, Magyar Nemzet, Népszava, Népszabadság) 2005. január 1. és 2005. december 31. között nyomtatott formában megjelent kábítószer-problémával kapcsolatos cikkeket vizsgálta kódutasításon alapuló kvantitatív tartalom-elemzéssel.

³⁴ A „Bűnöző” modellbe a következő kategóriák kerültek: Kábítószerek hozzáférhetősége; Kábítószerek előállítása; Kábítószer és fogyasztói bűnözés; Kábítószer és kereskedői bűnözés; Kábítószer és bűnözés, Kábítószeresek és a bűnözés kapcsolata. A „Beteg” modell az „Egészségügyi, egyházi, laikus gyógyítás; Rehabilitáció; Ártalomcsökkentés; HIV/AIDS, hepatitisz C és más vérrrel terjedő fertőzések, betegségek” kategóriákat tartalmazta.

genítő attitűdöt erősítő kategóriák nagyobb arányú előfordulása a cikkekben meghatározó szerepet játszhat abban, hogy a magyar felnőtt populáció elítélően viszonyul a kábítószer-jelenséghez.³⁵

A cikkek túlnyomórészt általánosságban írtak a kábítószerokról: az összes írás 61,5%-a (387 cikk) általában foglalkozott az illegális szerekekkel. Ez a magas arány arra enged következtetni, hogy a drogokkal kapcsolatos médiaképre viszonylag differenciálatlan ábrázolásmód jellemző. Az írott sajtó ezen ábrázolásmódjának nagy valószínűséggel meghatározó szerepe van abban, hogy a magyar felnőtt populáció körében egy differenciálatlan kép alakult ki a kábítószerekre vonatkozóan.³⁶ A cikkek konkrétan a tiltott szerek közül a leggyakrabban a kannabisz-származékokról (26,6%), illetve a kokainról (18,3%) írtak. A közlésekben majdnem ugyanolyan gyakran jelent meg az ecstasy (13,5%) és a heroin (13,4%), illetve az írások 9,7%-a foglalkozott az amfetaminokkal. A többi szer kisebb százalékban fordult elő.

Az összes cikk 73,6%-a nem szolgáltatott adattal a kábítószer-fogyasztás elterjedtségére, a lefoglalásokra, a kábítószeres halálesetekre, a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek elterjedtségére stb. vonatkozóan. Az írások 93,2%-a nem ismertetett kábítószer-problémával kapcsolatos társadalomtudományi vizsgálatot, elemzést, kutatást.

A társadalom a cikkek többségéből nem ismerheti meg szakmai oldalról a kábítószer-jelenséget, ugyanis a közlések csupán 15,9%-a szólaltatott meg a kábítószer-probléma kezelésével, feltárásával foglalkozó szakembert, túlnyomórészt orvost, pszichológust, pszichiátert, rendőrt. A cikkek viszonylag aktívan ábrázolták a kábítószer-fogyasztókat, a közlések 5,2%-ában volt lehetőségük saját véleményük kifejtésére. Az aktív ábrázolásmód a drogfogyasztókkal szemben egy toleránsabb attitűd kialakulását eredményezheti.

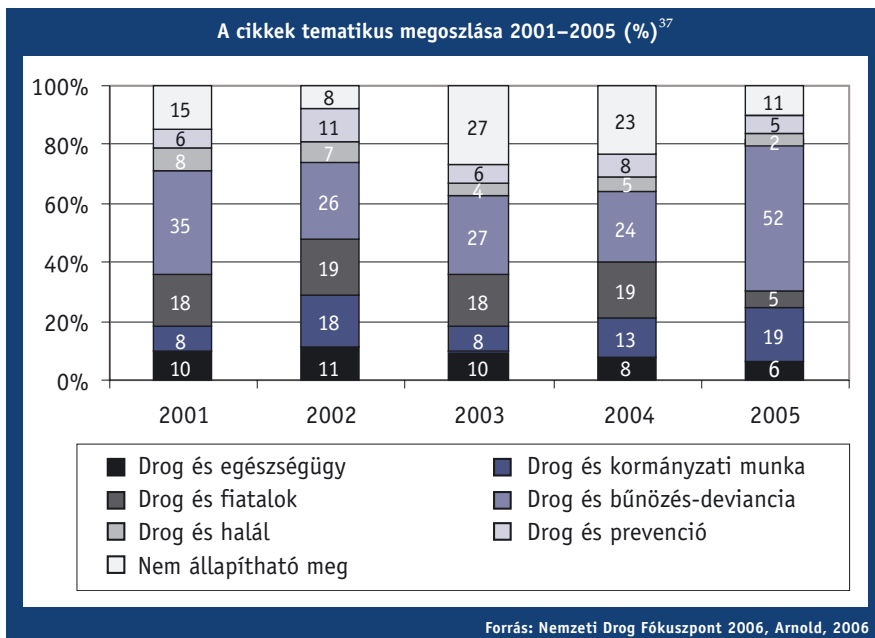
Az írások 96,6%-a nem foglalkozott a kábítószer-fogyasztás hátterében meghúzódó okokkal, illetve a közlések 92,4%-ában nem jelent meg javaslat a kábítószer-probléma megoldására. Az okok és a megoldási javaslatok ilyen kis arányú szerepeltetése a közlésekben a kábítószer-helyzet kilátásatlanságát sugallja.

A kilencvenes évek végéhez képest a kábítószer-jelenség szerepe némileg csökkent az írott napi sajtóban: 2001–2004-ben mintegy fele annyi kábí-

³⁵ A 2003-as kvantitatív kutatás adatai szerint a felnőtt lakosság 82%-a kifogásolná, ha kábítószer-fogyasztó lenne a szomszédja. (Gábor és mtsai. 2004) Illetve a 2005-ös fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatban a résztvevőkre a kábítószer-fogyasztókkal szembeni nagyfokú elutasítás, kirekesztés volt a jellemző. (Elekes, Paksi 2005)

³⁶ A 2003-as kvantitatív eredményekkel összhangban a felnőtt lakosság drogfogyasztással kapcsolatos kvalitatív vizsgálat (Elekes, Paksi 2005) adatai szerint a felnőtt lakosság kábítószer-képe differenciálatlannak tekinthető.

tószér-témájú cikk jelent meg. 2005-ben egy újabb emelkedés figyelhető meg: átlagosan 70%-kal több közlés fordult elő egy napilapban. Azonban a 2005-ben átlagosan egy napilapra jutó cikkek száma 13%-kal alacsonyabb a kilencvenes évek végére jellemző átlagosan egy napilapra jutó cikkszámhoz képest. A kábítószerrel kapcsolatos közlések tematikus megoszlását 2001–2005-ben az alábbi táblázat mutatja.



Egyes évek között nagyobb eltérés a bűnözés és kábítószer, illetve a fiatalok és kábítószer kapcsolatánál figyelhető meg. 2001-ben viszonylag sok olyan közlés fordult elő, amely a kábítószer-problémát a bűnözéssel hozta összefüggésbe. 2002–2004-re a bűnügyi esetek száma némileg csökkent, s 2005-re újra felerősödött a kábítószer bűnözés konnotációban való megjelenítése. 2005-ben a korábbi évekhez képest kevesebb írás foglalkozott a fiatalok és a kábítószer kapcsolatával, illetve a prevenció szükségességét hangsúlyozó közlések száma is csökkent. 2002-ben, illetve 2005-ben a sajtó nagyobb figyelmet fordított a kormányzati munkára, amely valószínűleg a Btk. kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi körére vonatkozó törvény 2003. márciusi módosításával, illetve az Alkotmánybíróság 2004-es

³⁷ Az összes kábítószer-témájú cikkek száma 2001-ben 376, 2002-ben 335, 2003-ban 421, 2004-ben 341, 2005-ben 629. Egy cikk egy kategóriába került.

határozatával magyarázható. A kábítószer egészségügyi dimenzióban való megjelenítése kis mértékben nőtt a vizsgált időszakban. Az egyes években a cikkek témák szerinti megoszlásának arányait vizsgálva megállapítható, hogy ezen arányok jelentősen nem változtak: 2001–2005-ben az írások jellemzően bűnözés konnotációban jelenítették meg a kábítószer-jelenséget, és a többi szakterületre ennél sokkal kisebb hangsúlyt fektettek.

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

1.4.5 Attitűdformálást célzó programok, események

DROGPREVENICÓ A SZIGET FESZTIVÁLON

A 2005. évi Sziget Fesztiválon drogpreevenicóval és ártalomcsökkentéssel foglalkozó szervezetek nyújtottak különféle szolgáltatásokat a fiatalok részére. Az eseménysorozat célja különböző beszélgetések és interaktív programok révén – a kábítószer-használattal szembeni alternatívák bemutatása, a fiatalok részére szóló információ-szolgáltatás, a segítő- és kezelőhelyek ismertetése, valamint ártalomcsökkentő szolgáltatások pl. AIDS szűrés, tőcsere biztosítása volt.

HÁLÓ-MOZI

2005-ben tovább folytatódott a budapesti középiskolás osztályok és tanáraik részére szóló, ingyenes Háló-mozi elnevezés alatt futó drogmegelőző szolgáltatás. A Háló-mozi program egy szakemberek által vezetett drogpreevenicós „osztályfőnöki óra”. A 2001 óta zajló programon 28 ezer diák és 900 pedagógus vett már részt.

KÁBÍTÓSZER-ELLENES HÉT

2005-ben ötödik éve kerültek megrendezésre – 2005. június 20. és 26. között – a *Kábítószer-ellenes Világnap* köré építetten, egy héten keresztül, a fővárosban és az ország különböző településein civil és állami összefogással kábítószer-ellenes rendezvények, szakmai konferenciák, a családokhoz, szülőkhöz és a fiatalokhoz szóló programok. A kampány, a korábbi évek célkitűzését folytatva, elemeiben a kábítószer-probléma visszaszorításának társadalmi tudatosságát kívánta elősegíteni, s mindemellet célja az volt, hogy a kábítószer-fogyasztás témaköréről minél több, hiteles információt juttasson el a szülőkhöz, nagyszülőkhöz, pedagógusokhoz, a fiatalok számára pedig pozitív alternatívákat mutasson fel a szerhasználattal szemben.

KÖZTES ÁTMENETEK – A DROGRÓL

A Köztes Átmenetek – a drogról címet viselő interaktív, utazó kiállítás 2005-ben Budapesten (az Esély galériában) és több hazai nagyvárosban is bemutatásra került. A kiállítás elsősorban a 14 évnél idősebb fiatalok részvételére számítva, a család drogmegelőzésben betölthető elsődleges szerepére hívja fel a figyelmet.

SZENVEDÉLYEK NAPJA RENDEZVÉNY

A „Szenvedélyek Napját” 1999-ben indította útjára a Sziget Kulturális Szervezőiroda és a Félúton Alapítvány. A rendezvény az érintettek, a szakértők és az érdeklődők segítségével igyekszik bemutatni a szenvedélyek és a szenvedélybetegségek világát, azok felismerésétől és megelőzésétől a gyógyulási lehetőségekig. A 2005-ben megrendezett eseményen a témák között szerepeltek a drogok, a játékszenvedély, a társ- és szexfüggőség, a munka- és infomania, a táplálkozási rendellenességek kérdései. A program kiemelten foglalkozott továbbá a szenvedélybetegségek családon belül való kezelésének lehetőségeivel.

2. Megelőzés

A Nemzeti Drogstratégia a prevenció szemléleti keretének meghatározása mellett annak legfontosabb színtereit is megjelöli. A prevenció tevékenység célcsoportjai és színterei a következők: család, iskola, munkahely, valamint a szabadidő eltöltésének különféle színterei, a szórakozóhelyek, egyházi közösségek, média, információs társadalom, honvédség, gyermekvédelmi intézményrendszer, rendőrség, kockázati csoportok.

Az alábbiakban a színtereken zajló munka bemutatására kerül sor, a 2005-ben zajlott programszerű tevékenységek, illetve jelentősebb fejlesztések mentén.

2.1 A prevenció egyes színterein megvalósuló tevékenységekről

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által az elmúlt évben elindított Szakmai Információs Portál (SZIP) látogatottsága és a regisztrált szervezetek száma jelentősen növekedett az elmúlt időszakban. 2005 júliusáig 228 szervezet regisztrált a portálon, számuk 2006 júliusára 487-re emelkedett. A regisztrált szervezetek között ma már nemcsak a programszolgáltatók találhatók meg, sok Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) és önkormányzat is jelen van a portálon. A regisztrált szervezetek összesen 314 programot működtetnek, ezek 80,6%-a (253 program) prevenció program. Az elmúlt évhez képest azonban növekedett az ellátási és egyéb programok aránya (14%-ról 20%-ra).

A regisztrált programok számának növekedését valószínűleg az is befolyásolta, hogy a 2006-os ICsSzEM-OM egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására kiírt pályázatban az adatbázisban már regisztrált programmal rendelkező szervezettel, vagy annak szakemberével kell a foglalkozásokat megtartani.

2.1.1 Család

SZÜLŐK ELÉRÉSE

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett kutatás (lásd 2.1.8) rávilágított arra a körülményre, hogy olyan szervezet, mely kizárólag a szülőkre irányuló tevékenységet is folytat nagyon kevés került azonosításra (4 szer-

vezet). A szülőkre irányuló programok hiányára hívja fel a figyelmet a Gyermekparadicsom Alapítvány által készített kutatás is (Marton 2005).¹ Bár a kutatás alapvető célja nem a programok feltárása volt, a szervezetektől azt is megkérdezték, hogy ha végeznek prevenciósi tevékenységet, akkor azokba milyen arányban vonják be a szülőket. A megkérdezett 141 szervezet és intézmény több mint felében, összesen 81 helyen – azaz a helyszínek 57,4%-ban – volt jelen valamilyen drogprevenciósi tevékenység. Bár a számok azt mutatták, hogy a prevenciósi programok 63%-ában van olyan programelem, amely valamilyen szinten bevonja a szülőket is, ezek nagy része csak nagyon felszínesen, illetve közvetetten érinti őket. Sok helyen leginkább csak néhány szóróanyagról van szó, illetve egy-két alkalmoszerű szülői értekezletről. Nagyon kevés olyan helyszín van, ahol kimondottan a szülőket megcélzó prevenciósi program működik.

A tárca támogatásával az Országos Gyermekvédő Liga 2004. július 1-től üzemelteti a Szülősegély vonalat. A 2005-ös évben a szolgáltatás 2005. január 1. és 2005. május 31. között, valamint az év végén két hónapon keresztül működött. A projekt célcsoportja a kábítószerrel felől érdeklődő, illetve valamilyen formában a kábítószer-problémával érintett szülők. A telefonszolgálat 17 és 21 óra között hívható, a szám kék szám, és az egész ország területéről helyi tarifáért hívható, így egyenlő elérhetőséget biztosít településtől függetlenül. A projekt céljai a következők: tisztázó beszélgetéssel segíteni a telefonálót abban, hogy problémáját definiálhassa, azonosítsa; korrekt, pontos, szülőknél szóló információk nyújtása a kábítószerrel kapcsolatban; pontos információk nyújtása a szenvedélybetegségekről, a kábítószer-fogyasztás veszélyeiről, a fogyasztás következményeiről, a megelőzés lehetőségeiről; pontos információk nyújtása a kábítószer-probléma kezelésére szakosodott intézményekről, szervezetekről, szakemberekről figyelembe véve a területileg legjobb megoldási lehetőséget.

A munkatársak tapasztalata azt mutatja, hogy nagyon kevés hívás érkezik úgy, hogy nincs semmilyen személyes apropója, spontán kíváncsiságról lenne szó. Ez a hívások kb. 10%-a, a többi mögött valamilyen érintettség van, tehát valamennyire előrehaladott probléma. A beérkezett hívások jellemző-

¹ A kutatás közvetlen célja annak felmérése volt, hogy a drogprevenció mennyire van jelen a gyerekekkel és fiatalokkal iskolán kívül foglalkozó szakemberek, önkéntesek, kortárssegítők/-vezetők ismereteiben és tevékenységében. A kutatás során 14 városban és 4 budapesti kerületben összesen 164, a fiataloknak szóló programokban résztvevő személlyel töltöttek ki egy kérdőívet. A kutatás célcsoportja a következő intézmények munkatársai voltak: közművelődési intézmények, szociális és gyermekvédelmi intézmények, egyházi és civil közösségi házak, ifjúsági irodák, a gyermekek és fiatalok számára tevékenységi lehetőséget nyújtó civil és egyházi szervezetek, gyermekkönyvtárak, a Máltai Szeretetszolgálat Játszva megelőzni játszóterei programja intézményei, oktatási intézmények, helyi KEF, rendőrség. Az eredmények értelmezése során azonban fontos szem előtt tartani, hogy a kutatás nem tekinthető reprezentatívnak.

en két csoportba sorolhatóak: prevencióss jellegű, csak információt kérő (a hívások 12%-a), illetve ártalomcsökkentéssel kapcsolatos, problémával rendelkező, megoldási alternatívákat kereső hívások (a hívások 80%-a).

2.1.2 Iskola

Az ICsSzEM–OM közös iskolai egészségfejlesztési és drogprevencióss programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2005-ben 180 000 000 Ft (725 660 €) volt. A pályázat célja 2005-ben is az iskolában korszerű szakmai megfontolásokat tükröző, interaktív oktatási technikákkal dolgozó programok megjelentetése volt. A pályázatok elbírálása során előnyt élveztek azon programok, melyek a bűnmegelőzéssel kapcsolatos témák feldolgozásán túl tartalmazták a szülők és a kortárssegítők, kortársképzők bevonását is az iskolai egészségnevelési feladatokba.

A 708 pályázó közül 309 iskola részesült 160 090 050 Ft (645 394 €) pályázati támogatásban.² Ez azt jelenti, hogy a pályázat keretében a 11–18 éves populációból közel 114 000 diák vett részt prevencióss célú foglalkozásokon.

2005-ben elkezdődött az ICSSZEM és az OM által kiírt pályázat keretében megvalósulásra kerülő programok áttekintése, illetve az elért populáció reprezentatív mintáján folyamat- és eredmény-evaluációs elemeket egyaránt tartalmazó kutatás lebonyolítása.

2005-ben jelent meg az Országos Drogprevencióss Adattár című CD, melynek köszönhetően nemzetközi standardokhoz igazodó, országos lefedettségű információkkal rendelkezünk az iskolai prevencióss programok kínálatára vonatkozóan.

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

2.1.3 Munkahely

A Foglalkoztatási Hivatalban kidolgozásra került a „Maradj a Zöld Zónában! A vállalatok és dolgozóik mozgósítása a káros alkohol- és a kábítószer-fogyasztás megelőzésére” elnevezésű program. A program célja, hogy mindenféle drogfogyasztás (kábitószer, alkohol, gyógyszerek) megelőzésébe és csökkentésébe olyan módon vonja be a vállalati vezetőket és dolgozókat, hogy ezeket a törekvéseket összekapcsolja a vállalatok hatékonyságának növelésével. A hangsúly az elsődleges megelőzésen, a felvilágosításon és a meggyőzésen van, a közösségi kezdeményezések bekapcsolásával ugyanakkor segítséget kíván nyújtani a rászorulókk kezeléséhez és rehabilitálásához is. Az előkészítés során elkészült két pilot vállalati program (Paksi

² A Sulinova Kht. adatai alapján

Atomerőmű Rt., Határőrség Országos Parancsnoksága) megvalósíthatósági tanulmánya. A program előre láthatólag 2006 második felében kerül bevezetésre.

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

2.1.4 Szabadidő

BEVÁSÁRLÓKÖZPONTOKAT LÁTOGATÓ FIATALOK

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet egy kutatás-fejlesztési projekt keretében (2002–2005) teremtette meg egy újfajta alacsonyküszöbű szolgáltatás elindításának és kísérleti működtetésének szakmai és adminisztratív feltételeit. A kutatás feltárta, hogy a bevásárlóközpontokat nagy gyakorisággal látogató fiatalok, fiatal felnőttek (legális és illegális) szerhasználati gyakorisága jelentősen nagyobb, mint az ilyen intézményeket nem vagy kis gyakorisággal látogató társaiké. A kvalitatív vizsgálatok egyértelműen rámutattak arra, hogy a bevásárlóközpontok az azokat nagy gyakorisággal felkereső fiatalok mindennapjaiban nem a bevásárlás szempontjából bírnak kiemelkedő jelentőséggel. Ezek a helyszínek a szabadidő eltöltésének új helyszíneivé váltak, sajátos pszichológiai jelentést, üzenetet hordoznak. Az is megállapítást nyert, hogy ezek a helyszínek optimális lehetőséget biztosítanak prevenció, illetve alacsonyküszöbű szolgáltatások kialakítása szempontjából. A kutatási tapasztalatokra építve 2005 októberében két helyszínen – Budapesten a Pólus Centerben, Pécsen pedig a Pécs Plázában – került sor az új szolgáltatások beindítására. Az üzemeltetés első 3 hónapja alatt az összes látogató száma 1820, az átlagos napi látogatók száma a két helyszínen együtt 28 fő.

2.1.5 Média, információ társadalom

2005-ben a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca által kiírt pályázatok átfogó támogatási rendszert biztosítottak a kábítószer-prevencióval foglalkozó szakemberek, kortárssegítők képzésének³ támogatására, a megelőzéssel kapcsolatos kiadványok eszközök megjelentetésére, konferenciák szervezésére, az információs társadalom nyújtotta eszközök kábítószerfogyasztás megelőzésében való felhasználására, valamint a kábítószerfogyasztás megelőzésével foglalkozó komplex programok támogatására.

A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos szakmai kiadványok, szakkönyvek kiadásának, valamint konferenciákon való részvétel és azok megszervezésének támogatására kiírt pályázat keretösszege 28 200 000 Ft volt. (A kategória kódja: KAB-KA-05)

³ A képzési pályázatról a 2.2-es fejezetben számolunk be.

Pályázó neve	A program címe	Megítelt összeg
Alkohol-Drogsegély Ambulancia	Naptár Más-Képp/antológia szerhasználók alkotásaiból	500 000 Ft
Alkotó Ifjúságért Közhasznú Alapítvány	Diákok a diákokért! – drogprevenciós témájú tematikus oldalak megjelentetése az EGO című diáklapban	550 000 Ft
Axel Springer-Magyarország Kft.	Megelőzés, felvilágosítás – a sajtó a drogprevenció hatékony eszköze	800 000 Ft
Budapest Főváros IV. Kerület Újpest Önkormányzat	Felmérés a szenvedélyszerek használatáról	2 000 000 Ft
Budapest Főváros Önkormányzatának Béke Gyermekeotthona és Általános Iskolája	Ifjú-Kör 4.Tanulmányok az ifjúságról, a drogfogyasztásról, a kezelési lehetőségekről	1 500 000 Ft
Budapesti Orvostanhallgatók Kortársoktató Alapítványa	Országos Kortársoktató-Kortárssegítő Találkozó szervezése	500 000 Ft
Debreceni Egyetem	„mapp – a – társ” – drogprevenciós mappa és információs füzet	500 000 Ft
Diák- és Ifjúsági Újságírók Országos Egyesülete	Élj tisztán	580 000 Ft
Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia	Amit az Ecstasy-ról tudni kell című ismeretterjesztő könyv kiadása	1 500 000 Ft
Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet Kht.	Nemzetközi symposium a prevenciós programok értékelési módszereiről	500 000 Ft
Eger Megyei Jogú Város Önkormányzata	Iskola és Drog	600 000 Ft
Északi Támpont Egyesület	Drogvilág Módszertan Képzés	1 500 000 Ft
Fiatalkorú Európai Gondolkodók Egyesülete	„MÉG EGY ESÉLY” KONFERENCIA	1 800 000 Ft
Főnix Otthon Kft.	Egészségfejlesztési projekt menedzsment	1 000 000 Ft
Hallgatói Önkormányzatok Országos Konferenciája	„Aula-drogfórum” – országos felsőoktatási drogprevenciós konferenciasorozat	500 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Hírlap Press Kiadói Kft.	Cikksorozat megjelenése a Fejér Megyei Hírlapban	600 000 Ft
Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Drogambulancia	Tájékoztató a Drogambulancia működéséről és szolgáltatásairól című kiadvány megjelentetése	250 000 Ft
Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Drogambulancia	15 év tapasztalata a debreceni Drogambulancián (konferencia)	390 000 Ft
Két Zsiráf Kft.	Drogprevenció cikksorozat a 2zsiráf diákújságban	1 500 000 Ft
Kispesti Munkásotthon Művelődési Ház	VI.Szenvedélybeteg-segítők Országos Találkozója	250 000 Ft
Közép-dunántúli Napló Kiadói Kft.	Cikksorozat megjelentetése a veszprémi Naplóban	900 000 Ft
Kultúrstart Egyesület	II. Keresztút Konferencia	900 000 Ft
Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány	MA SE VESZÍTSD EL A FEJED!	500 000 Ft
Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége	A depresszió, ezáltal a függőség megjelenése és kezelési lehetőségei a telefonos segítségben, különös tekintettel a kábítószer fogyasztó magatartás vonatkozásában.	1 600 000 Ft
Magyar Vöröskereszt Pest Megyei Szervezete	Szektorok közötti együttműködés	1 580 000 Ft
Magyarországi Éjféli Sportbajnokság Egyesület	Holdszugár módszertani konferencia	1 000 000 Ft
Szent Erzsébet Karitás Alapítvány RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	„Egy kiállítás képei” – egy KILÁTÁS képei a RÉV újszerű szóróanyaga	200 000 Ft
Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány	„Szertelenül” Drogmegelőzési Kiadvány	2 000 000 Ft
Tizennyolc Körül Alapítvány	Drogok 18 körül	1 000 000 Ft
Vas Népe Reklám-Propaganda és Kiadói Kft.	Cikksorozat megjelentetése a Vas Népében	600 000 Ft
Zalai Hírlap Kiadói Kft.	Cikksorozat megjelentetése a Zalai Hírlapban	600 000 Ft

Az információs társadalom nyújtotta eszközök kábítószer-fogyasztás megelőzésében való felhasználásának, valamint a kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevencióval foglalkozó intézmények komplex programjainak támogatására kiírt pályázat keretösszege 37 600 000 Ft volt. (A kategória kódja: KAB-PR-05)

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Abasár Község Önkormányzata	Második Kistérségi Drogprevenációs Nap	600 000 Ft
Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat Heves Megyei Intézete	Figyeljen ide, hogy oda figyeljen!	200 000 Ft
Anyaoltalmazó Alapítvány	Miért ne! – Interaktív drogprevenációs program a krízishelyzetben lévő fiatalokért	840 000 Ft
Balassagyarmati Fegyház és Börtön	Drog-pont létesítése a Balassagyarmati Fegyház és Börtönben	500 000 Ft
Biztos Tamasz Egyesület	Fűnyíró	1 000 000 Ft
Budapest Főváros IV. Kerület Újpest Önkormányzat	Újpesti drogprevenációs program	1 000 000 Ft
Családok Szövetsége a Világ Békéjéért és Egységéért	Éld az életet! Egészségmegőrző és drogprevenációs program	1 500 000 Ft
Debreceni Egyetem	Re – mail Internetes Lelki Tanácsadó Szolgálat – ifjúsági mentálhigiénés konzultáns képzés	800 000 Ft
Diákcentrum Universitas Alapítvány	Komplex internetes drogprevenációs program a Szegedi Tudományegyetemen	1 400 000 Ft
Diótörés Alapítvány	Diótörés Alapítvány komplex programjának működtetése	1 500 000 Ft
Drogambulancia Alapítvány	Boon Bon Drog helyett – internettel a kábítószer ellen	1 500 000 Ft
Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia	OPNI Drogambulancia szülőklub és betegcsoport	2 000 000 Ft
Drogprevenációs Alapítvány	Drogprevenációs Alapítvány komplex tanácsadási-felvilágosítási programja a függőségek, pszichoaktív szerek iránt érdeklődő fiatalok, gyermekekkel foglalkozó szakemberek és szülők számára.	1 000 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Drogtájékoztató Központ és Mentálhigiénés Alapítvány	Komplex Drogprevenációs program-csomag továbbvitele Narkológiai Tanácsadó Szolgálat keretében	300 000 Ft
Egyesített Közművelődési Intézmény Művelődési Ház	Flashback...	400 000 Ft
Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar	Hallgatói Drog-prevenációs és Tanácsadó Központ kiépítése, működtetése, és preventív komplex csoport-tréning lebonyolítása	1 500 000 Ft
Esztergomi Szent Jakab Alapítvány/ Drogprevenációs Iroda/Fény Központ	Zóna programok	900 000 Ft
Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete	Egészségfejlesztés, drogprevenáció a szirmabesenyői Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézetben	1 200 000 Ft
Fővárosi Önkormányzat Szent László Kórház	SZIGET 2005 fesztiválon anonim AIDS szűrés, szajonkológiai és szájhigiénés szűrés, felvilágosítás, tanácsadás HIV/ hepatitis, drog területen	1 500 000 Ft
József Attila Művelődési Központ	Self help – lelki egészségvédő program a salgótarjáni fiatalok számára	1 500 000 Ft
Kalamáris Szabolcs–Szatmár–B.M. Ifjúsági Kulturális és Diákújságíró Egyesület	Mustárházi Alternatíva – Fiatalok számára szervezett zenei és kreatív programsorozat	1 300 000 Ft
Kalocsa Város Önkormányzata	Drogprevenációs interaktív kiállítás és drogprevenációs fórum rendezése	1 100 000 Ft
Káva Kulturális Műhely Egyesület	Flashback – színházi nevelési program drogprevenációs céllal 14 éveseknek	700 000 Ft
Köztes Átmenetek Egészségmegőrző és Kommunikációs Közhasznú Társaság	Köztes Átmenetek a drog c. interaktív kiállítás megjelenése Szombathely, Mezőkövesd, Budapest XI. ker. városokban	1 300 000 Ft
Paraklisz Drogellenes Alapítvány	Paraklisz Drogrehabilitációs Program	1 500 000 Ft
Pázmány Péter Katolikus Egyetem	Dohányzás-, alkohol-, drogtanácsadás megszervezése a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen	1 000 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Pécsváradért Alapítvány	Kultúrmámor	500 000 Ft
Pusztaderics Község Önkormányzata	Kezedben a jövőd!	1 400 000 Ft
Sportolók a Drog Ellen Egyesület	Sportolók a drog ellen portál	800 000 Ft
Széchenyi István Általános Iskola és Óvoda	Drogprevenció a gátéri iskolában	700 000 Ft
Szegedi Fegyház és Börtön	Fenntartható drogprevenció a Szegedi Fegyház és Börtönben	1 600 000 Ft
Szentesi Családsegítő Központ	Drogprevenációs programsorozat 2005.	1 000 000 Ft
Szombathelyi Egyházmegyei Caritas Alapítvány	Szombathelyi Rév kábítószer-fogyasztókkal kapcsolatos programja	2 000 000 Ft
Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány	Zuglói Légy észnél! interaktív, komplex drog-prevenációs program 13–15 éves diákok számára	1 200 000 Ft
Városi Családsegítő Központ	Szabadidős programok serdülőknek Gyomaendrődön	360 000 Ft

2.1.6 Honvédség

A Magyar Honvédség az állományában végzett drogfogyasztással kapcsolatos kutatások alapján dolgozta ki drogprevenációs programjait. A kutatások célja nemcsak a drogkipróbálás- és fogyasztás mértékének feltérképezése volt, hanem annak megismerése is, hogy mely tényezők játszanak fontos szerepet a személyi állomány drogfogyasztó csoportba való bekerülésében és bennmaradásában. Az állomány körében folyó programok célja elsősorban a droghasználat előfordulási gyakoriságának csökkentése, tevékenységük során a szociális hatásokkal szembeni ellenállást erősítő módszereket alkalmazzák (problémamegoldás, konfliktuskezelés, önbizalom-építés, reális énkép, szereptanulás, magabiztosság, akadályoztatással szembeni tolerancia, kritikai „beállítódás”).

A Honvédség nagy hangsúlyt fektet a katonákkal foglalkozó szakemberek képzésére is, a katonai alakulatok orvosai, pszichológusai és egészségügyi szakdolgozói akkreditált alkohol és drogprevenációs képzéseken vesznek részt. A Magyar Honvédség állományában jelenleg az egészségügyből 100 fő kiképzett szakoktató, az egyéb segítő szakmákból pedig további 100 fő áll rendelkezésre a programok végrehajtására.

A prevenciós munkát a Magyar Honvédség Drogprevenciós Bizottsága koordinálja, helyi szinten pedig Regionális Drogprevenciós Bizottságok alakultak.⁴

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

2.1.7 A gyermekvédelem intézményrendszere

2005 tavaszán megkezdte működését a Tolna megyei Szedresen a Bezerédj Kastélyterápiás Alapítvány fenntartásában levő speciális gyermekotthon, amely a gyermekvédelmi szakellátásban élő, pszichoaktív szerekekkel küzdő fiúk ellátását vállalja 16 férőhelyen.

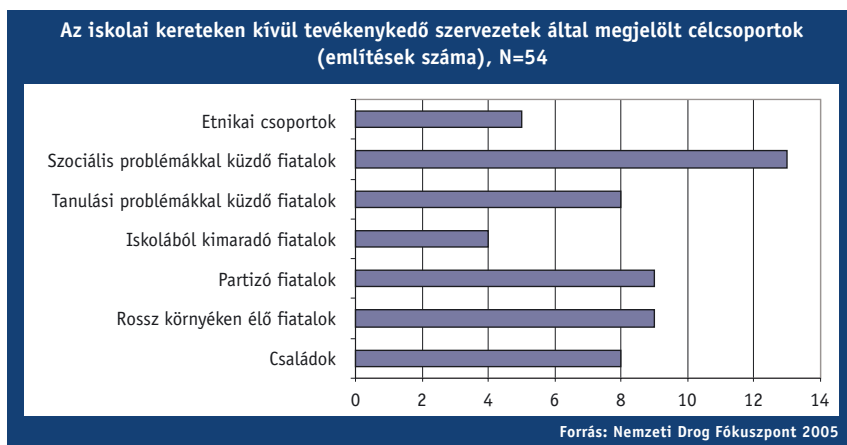
Ez az első olyan speciális gyermekotthon az országban, amely a gyermekvédelmi szakellátás rendszerén belül pszichoaktív szerekekkel küzdő gyermekeket lát el. A fiatalok elsősorban Baranya, Somogy és Tolna megyéből érkeznek.

2.1.8 Kockázati csoportok

VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK ÉS CSALÁDOK

A célzott prevenciós programok a teljes populáció olyan alcsoportjaira irányulnak, melyek tagjai bizonyos jellemzőik alapján különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők (pl. etnikai csoportok, iskolából kimaradó fiatalok, rossz környéken élő fiatalok stb.)

A Nemzeti Drog Fókuszpont által készített kutatásban feltárt, veszélyeztetett csoportok körében tevékenykedő szervezetek a következő célcsoportokat említették.



⁴ Honvédelmi Minisztérium beszámolója alapján.

A szociális és/vagy tanulási problémákkal küzdő és/vagy rossz környéken élő fiatalokkal foglalkozó szervezetek a három célcsoport közül jellemzően legalább kettőt említettek (10 szervezet). Ezen veszélyeztetett fiatalokkal foglalkozó szervezetek fele családsegítő, illetve gyermekjóléti szolgálat. A szolgálatok tábort és klub rendezvényeket szerveznek a fiatalok számára, a foglalkozásokat a szolgálat helyiségeiben tartják. A többi, ezen problémákkal küzdő fiatalokkal foglalkozó szervezet is jellemzően szabadidős programokat és tábort szervez a fiatalok számára.

A családokra irányuló programok jellemzően a szülők és gyermekeik közös szabadidő eltöltéséhez kínálnak alternatívát, illetve a szerhasználó és társadalmilag hátrányos helyzetben lévő szülők gyermekeivel való foglalkozásba próbálják a szülőket is bevonni.

A KEF-ek által megjelölt szervezetek közül 9 nyújt valamiféle „parti service” szolgáltatást, ezek egyike sem kizárólag ezzel foglalkozó szervezet, általában iskolai prevenció (5 szervezet), vagy kortárssegítő képző tevékenységet folytatnak (3 szervezet).

PREVENCIÓ A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI INTÉZETEKBE

A büntetés-végrehajtási (bv.) intézetekben 2003 óta folyik drogprevenció tevékenység. A Büntetés-végrehajtási Szervezet egy kilenc videokazettából álló ismeretterjesztő sorozatot jutató el minden bv. intézménynek, melyet 3-5 hetes időtartamokban vetítenek le a fogvatartottaknak. A vetítésekhez kapcsolódóan a nevelők csoportos foglalkozások keretében vitatják meg a látottakat a fogvatartottakkal. A foglalkozásokon a beindítás óta eltelt három év során körülbelül 6000 fogvatartott vett részt. A bv. intézetekben működő iskolák oktatási programjának is részét képezi a drogprevenció, rehabilitáció és egészségmegőrző ismeretek átadása. Az iskolák a prevenció munka során drogügyi koordinátorokat is alkalmaznak. A fiatalkorúak bv. intézeteiben lehetőség van a szülők számára „szülői értekezlet” szervezésére, melyek során a bv. kábítószer ellenes tevékenységéről is tájékoztatást kapnak a szülők.⁵

ROMÁKKAL KAPCSOLATOS MEGELŐZŐ PROGRAMOK

A Nemzeti Drog Fókuszpont által készített – már több ízben idézett – kutatás során megkérdezett szervezetek közül 5 említette, hogy roma fiatalok számára szervez programokat, ezek közül 3 tábort és szabadidős foglalkozásokat, 2 pedig kortárssegítő képzést nyújt a fiataloknak.

A Tiszta Jövőért KHA Roma programja a 2005-ös évben is folytatódott. A roma és nem roma fiatalok közös kortárssegítő képzése 2 alkalommal

⁵ Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága beszámolója alapján.

került megrendezésre, egyszer Budapesten, egyszer pedig Nógrád megyében, a képzésen 41 középiskolás tanuló vett részt. A képzés után a kiképzett kortárssegítőknél az év során kétszer tartottak eszmegbeszélő csoporttalálkozókat. Az alapítvány a roma és nem roma fiatalok tanárai, nevelői részére szervezett drogügyi koordinátorképzésen részt vett tanárok és nevelők részére is tartott továbbképzéseket és eszmegbeszéléseket, kéthavi rendszerességgel.

2.1.9 Egyéb prevenció programok, események

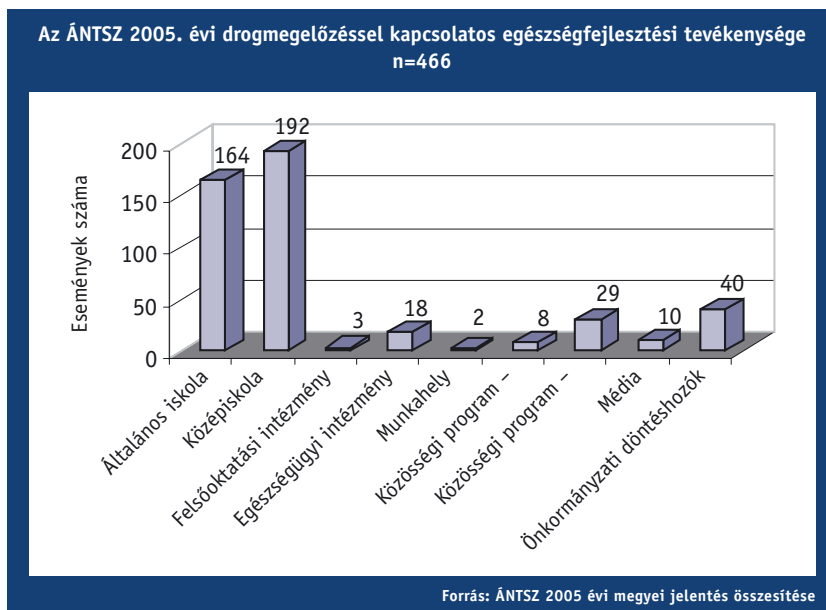
AZ ISKOLAI KERETEKEN KÍVÜL FOLYÓ ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ

A nem iskolai keretek között (is) tevékenykedő szervezetek közül 20 nem jelölt meg olyan veszélyeztetett csoportokat, akikre közvetlenül irányul a tevékenységük, jellemzően a helyi lakosságot, közösséget, illetve az érdeklődő fiatalokat említették célpopulációként. Ezen szervezetek többsége tanácsadó és felvilágosító tevékenységet végez (11 szervezet), illetve alternatív szabadidő eltöltési módokat kínál (9 szervezet) (például éjszakai ping-pong). Programjaikat a szabadidő eltöltésére alkalmas helyekre szervezik, melyek jellemzően a helyi művelődési, illetve kultúrházak.

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

2.1.10 Az ÁNTSZ kábítószerügy területén végzett egészségfejlesztési (egészségvédelmi, egészségnevelési és egészségmegőrzési) tevékenysége

A drog-elkerülő magatartás elterjesztése érdekében az ÁNTSZ egészségfejlesztési tevékenysége 2005-ben is az előző évekhez hasonlóan valósult meg. A függőségek megelőzését szolgáló munka során holisztikus megközelítéssel, döntően az általános és specifikus megelőzésre, a közösségi alapú komplex egészségfejlesztésre koncentráltunk. A programok finanszírozás nélkül, önrőből, vagy az együttműködő partnerek segítségével valósultak meg. Különböző helyszíneken megvalósult, esemény (országosan 466, illetve rendezvénysorozat) színterek szerinti megoszlását az alábbi ábra szemlélteti.



A korábbi évek gyakorlatához hasonlóan, a rendezvénysorozat kiemelt célcsoportja az ifjúsági korosztály volt. A droghasználat megelőzésére irányuló programok rendszeresen részét képezik az iskolai, családi és lakossági egészségnapoknak. Az iskolai szintereken rendhagyó órák, foglalkozások és szülői értekezletek megtartására, drogkoordinátor pedagógusok (tovább)képzésére, konzultációkra és tanácsadásokra, valamint kortárs segítők tanfolyamos képzésére és szupervíziójára került sor.

A regionális, megyei és városi Kábítószer Egyeztető Fórumok munkájában a megyei és a fővárosi kerületi intézetek többsége rendszeresen, aktívan részt vesz.

Drogmegelőzés témakörben több megyei intézet készített finanszírozás nélkül, önerőből kiadványt. A Bács-Kiskun Megyei Intézet például „Káros szenvedély vagy egészség – a döntés az Öné” címmel jelentette meg szóróanyagát.

A Kábítószer Ellenes Világnaphoz kapcsolódva országsszerte falusi, kistérségi, városi közösségi programok, drogellenes konferenciák és fesztiválok zajlottak, melyeket lakossági média-kommunikáció kísért.⁶

Forrás: ÁNTSZ 2005 évi megyei jelentés összesítése

⁶ Az Egészségügyi Minisztérium beszámolója alapján.

2.2 Képzések

A KÁBÍTÓSZERÜGYI KOORDINÁCIÓÉRT FELELŐS TÁRCA ÁLTAL TÁMOGATOTT KÉPZÉSI PROGRAMOK

Az ifjúsági tárca 2005-ben pályázatot írt ki a kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevencióval foglalkozó szakemberek képzésének, továbbképzésének, illetve kortárssegítők, veszélyeztetett társadalmi rétegek képzésének támogatására, valamint a drogmegelőzéssel kapcsolatos tematikus tantárgyak bevezetésének elősegítésére a felsőoktatásban. A pályázati keretösszeg: 37 600 000 Ft volt.

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Anima Mentálhigiénés Egyesület	Integratív prevenciók képzés pedagógusoknak	1 700 000 Ft
Bakonyi Gyermekvédelmi Igazgatóság	Kortársképzés és szupervízió a BGYI gyermekei részére	360 000 Ft
Baranya Megyei Önkormányzat Közegészségügyi, Narkomán Fiatalokat Gyógyító-, Foglalkoztató Közalapítvány	Diploma előtt – Addiktológiai konzultáns képzés	130 000 Ft
Békéscsaba Megyei Jogú Város Önkormányzata	Kortárs segítő mentorképzés	600 000 Ft
Biztonságos Szórakozóhelyek Egyesülete	Teérted!	900 000 Ft
Budapest Főváros Önkormányzatának Kornis Klára Gyermekotthona és Szakiskolája	Kortárssegítő drogprevenciók képzés	700 000 Ft
Budapesti Orvostanhallgatók Kortársoktató Alapítványa	Kortársoktató felkészítő speciális kollégium program a Semmelweis Egyetemen	470 000 Ft
Családbarát-Műhely Szociális Szolgáltató Betéti Társaság	„Családbarát drogprevenció” – a veszélyeztetett társadalmi rétegek érdekében	900 000 Ft
Családok Szövetsége a Világ Békéjéért és Egységéért	„Éld az életet!” drogprevenciók kortársképzés	1 000 000 Ft
Debreceni Egyetem	„Drogprevenció az iskolában” című képzési program a Debreceni Egyetem	1 000 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Diákcentrum Universitas Alapítvány	Drogmegelőzéssel kapcsolatban stúdium indítása a Szegedi Tudományegyetemen	650 000 Ft
Drogambulancia Alapítvány	„Drogmentes élet”	500 000 Ft
Drogambulancia Alapítvány	„Szer-telenül felsőfokon” Az egyetemi képzési tematikához illeszkedő komplex elméleti és gyakorlati kurzus egyetemi hallgatók részére.	570 000 Ft
Egészséges Ifjúságért Alapítvány	Kortárssegítők drogmegelőzési képzési programja	1 000 000 Ft
Egészségmegőrzési Központ	Kortárssegítő képzés	360 000 Ft
Együtt a Munkaerőpiac Fejlesztéséért Alapítvány	Roma kortárssegítő képzés az esélyegyenlőségért	1 200 000 Ft
ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék	Szakirányú képzés az ELTE pszichológia és tanár szakos hallgatóknak	2 500 000 Ft
Esztergomi Szent Jakab Alapítvány (Drogprevenációs Iroda) Fény Központ	Esztergomi Kortárssegítő Műhely	500 000 Ft
Eszterházy Károly Főiskola	Drogmegelőzési főiskolai tantárgy és továbbképzési program bevezetése	600 000 Ft
Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület	„Kortársak az első naptól” program	720 000 Ft
Humán Szolgáltató Központ	Kézenfogva	500 000 Ft
Humanistic Pszichológiai Oktató, Tanácsadó és Szolgáltató Bt.	Ifjúsági Kortárssegítő Háló	900 000 Ft
Integra Alapítvány	Drog-prevenációs munkára felkészítő tréning pedagógusoknak	1 300 000 Ft
Integra Alapítvány	Kortársképzés a Debreceni Egyetem hallgatóinak	700 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány	Drogprevenációs, önismereti, kommunikációs kortárs-segítő és asszertivitás, segítő kapcsolatok tréner-képző tréning – szociodramatikus módszerekkel	650 000 Ft
Kapocs Ifjúsági Önsegítő Szolgálat Alapítvány	Kockázati színtereken, fokozott veszélyek között élő társaik körében segítő feladatra vállalkozó önkéntes fiatalok felkészítése, fejlesztése	600 000 Ft
Károly Róbert Kereskedelmi, Vendéglátóipari és Idegenforgalmi Szakképző Iskola	Kortárssegítők továbbképzése	200 000 Ft
Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia	Szupervízió a Kék Pont Alapítvány kortárssegítői számára	450 000 Ft
Kiút Drogellenes Alapítvány	Kortárssegítők drogprevenációs képzése, közösségépítés művészetterápiás elemekkel	400 000 Ft
Kompánia Alapítvány	Kompánia kortárssegítő képzés 2005	1 500 000 Ft
Kortárs Segítő Műhely Alapítvány	Fiatalok a fiatalokért-egészségfejlesztő kortárssegítő képző program	700 000 Ft
Kortársak az Egészséges Fiatalokért Egyesület	Kortárssegítők képzése drogprevenációs munkára	270 000 Ft
Kortársoktatók Pécsi Egyesülete	KOPÉ képzések a Dél-dunántúlon	800 000 Ft
Mentsvár Alapítvány	„Drogprevenációs Mentsvár”	1 000 000 Ft
Mérföldkő Egyesület	A Mérföldkő Egyesület Rehabilitációs Otthon felsőfokú szakképesítéssel rendelkező munkatársának továbbképzése	300 000 Ft
MRE Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Drogterápiás Otthona	KIMM – Válaszút szupervízió program	700 000 Ft
Nagyfai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet	Szerhasználó elítéltek egészségmotivációs képzése	1 200 000 Ft
Pesterzsébeti Család- és Gyermekvédelmi Központ	Pesterzsébeti Ifjúságsegítő Program	200 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Philos Alapítvány	Roma egyetemisták kortársképzéséért	900 000 Ft
Széchenyi István Egyetem	Az addiktológia, mint főkéllégiumi tárgy	1 520 000 Ft
Szeged MJVÖ Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum	Szenvedélybetegekkel foglalkozó segítők szupervíziós és rekreációs hete	750 000 Ft
Szentesi Családsegítő Központ Családok Átmeneti Otthona	Nondirektív drogprevenációs személyiségfejlesztő, önismereti, énkép-korrektív csoportvezetői képzés pedagógusoknak, iskolai védőnőknek, gyermekvédelmi szakembereknek.	600 000 Ft
SZIGSZ Pécsi Gyermekotthon és Gyermek Átmeneti Otthona	Szárnyalj nélküle	400 000 Ft
Sziti Szociális Egyesület	Kollégiumi Kortárs-képzés	300 000 Ft
Than Károly Gimnázium, SZKI és SZI	Együtt sikerülhet	250 000 Ft
Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány	Roma és nem roma fiatalok kortárs segítő képzése és esetmegbeszélés; utókövetés	1 300 000 Ft
Tiszta Színház Egyesület	Gyógyult szenvedélybetegek kortárssegítő képzése színház- és mozgásterápiás eszközökkel	400 000 Ft
Utcai Szociális Segítők Egyesülete	Társainkért képződünk – kortárssegítő tréning	950 000 Ft
Váltó-Sáv Alapítvány	Kortárssegítők képzése a börtönben és szabadulás után	1 200 000 Ft
Z. Cs. Gy. Sz. Zuglói Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda	Drogprevenációs orientációjú kortárs segítő szakmai továbbképzés	300 000 Ft

3. Kezelés és ellátás

A kezelésben megjelent drogfogyasztókról az adatszolgáltatók az Egészségügyi Minisztérium által meghatározott módon és formában jelentenek. Teljes körű és TDI alapú adatgyűjtés az év folyamán csak kísérleti jelleggel valósult meg az azt elrendelő jogszabály hatályba lépésének késése miatt.

2005-ben az előző évhez képest változatlan egészségügyi statisztikai adatgyűjtésnek megfelelően, aggregát formában jelentett adatok állnak rendelkezésre a kezelésben részesültekről. Az adatszolgáltatásra kötelezett intézmények köre lényegében teljesen lefedi a pszichiátriai és addiktológiai járó- és fekvőbeteg szakellátást.¹

Az elmúlt öt évben többször módosult a Büntető Törvénykönyv is a drogfogyasztás megítélésével, illetve a büntetőeljárás alternatívájaként való kezeléssel (elterelés) kapcsolatban. A szakellátási kezelési igényt mindezek a változások befolyásolhatták, azonban ennek a mértéke pontosan nem határozható meg.

Ugyanakkor megtörtént a TDI hazai adaptációja, reliabilitás-vizsgálata (Gerevich és mtsai. 2005), és elkezdődött a TDI alapú adatgyűjtés tesztelése. Az ország nagy forgalmú kezelőhelyei telepített szoftver segítségével, a kisebb forgalmú kezelőhelyei internetes hozzáféréssel rögzíthetik az adatokat, az ún. generált kód alkalmazásával immáron klienshez kapcsolt formában, megvalósítva a többszörös számbavétel kiküszöbölését. A bevezetés és a szoftver használatának megkönnyítése érdekében az Országos Addiktológiai Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont regionális képzéseket szervezett az egészségügyi szakellátás, az alacsonyküszöbű szolgáltatók és a börtönben működő kezelési egységek szakemberei számára is. A rendszer az elterelésben résztvevő kezelteket is nyilvántartja, amely a későbbiekben statisztikai, illetve rendszerszintű elemzési feladatok elvégzésére is alkalmas lesz.

¹ Nem tartoznak az említett adatszolgáltatási kötelezettség alá az alapellátás intézményei. Emiatt pontosabb lenne szakellátási kezelési igényről beszélni.

3.1 A problémás drogfogyasztás prevalencia becslése

A hagyományos közvetett és közvetlen indikátorokkal nem mérhető problémás fogyasztás² mérésére dolgozták ki azokat a becslési eljárásokat,³ amelyek közvetett és közvetlen indikátorokon alapulnak, és a drogfogyasztók között jelentős arányokat képviselő rejtett, problémás, vagy ritkább és/vagy stigmatizált drogfogyasztási módok elterjedtségét mérik.

ORSZÁGOS ADATOK

A 2005. évi rendőrségi és egészségügyi nyilvántartások alapján fogás-visszafogás módszerrel készült kutatás (Elekes, Nyírády 2006) a problémás drogfogyasztás hazai elterjedtségének mérésére. A rendőrségi nyilvántartás teljes körű volt, azaz mindenkit tartalmazott, aki az elmúlt évben az ország egész területén gyanúsítottként a rendőrséggel kapcsolatba került. Az egészségügyi nyilvántartás a nagyobb ellátók adatait tartalmazza, szintén az ország egész területén. Így az egészségügyi nyilvántartásba az elmúlt évben kezelt esetek 82%-a került. Mindkét adatbázisból csak azok adatai kerültek kigyűjtésre, akik az EMCDDA által alkalmazott kritériumok szerint problémás drogfogyasztónak tekinthetők, azaz opiátot, kokaint, amfetamint vagy MDMA származékokat használnak, illetve akik intravénás fogyasztók. A többszöri regisztrálások kiszűrése után a rendőrségi adatbázisba 1384 egyén, az egészségügyi adatbázisba 1469 egyén került. Közülük 84 fő szerepelt mindkét helyen.⁴

² EMCDDA definíció szerint problémás drogfogyasztó: aki opiát-, kokain- és/vagy amfetamin-származékokat használ rendszeresen vagy hosszabb ideje, vagy intravénás fogyasztó.

³ E becslési eljárásoknak jelenleg három nagyobb csoportja ismert: a multiplikátor eljárás, a *fogás-visszafogás* (capture-recapture) módszer, valamint a többváltozós módszer. A multiplikátor módszer az ismertté vált (pl. kezelésbe került) problémás fogyasztók számán, és a problémás fogyasztók ismertté válásának valószínűségén (pl. problémás fogyasztók közül kezelésbe kerülők aránya) alapul. A fogás-visszafogás módszer a különféle, egymástól független nyilvántartásokban (pl. egészségügyi és igazságügyi) nyilvántartásokban szereplő drogfogyasztók beazonosításán alapul, abból a feltevésből kiindulva, hogy az egyik nyilvántartásba való bekerülés valószínűsége nem befolyásolja a másik nyilvántartásba való bekerülést. Ez pedig lehetővé teszi a rejtett népesség becslését a vizsgált regiszterekben való jelenlét, illetve nem jelenlét alapján. Végül a többváltozós elemzés a különböző, regionálisan rendelkezésre álló indikátorokon végzett regresszió elemzés segítségével készít becslést a problémás drogfogyasztás országos elterjedtségére vonatkozóan.

⁴ A rejtett népesség nagysága = csak a rendőrségi nyilvántartásban szereplők száma x csak az egészségügyi nyilvántartásban szereplők/mindkettőben szereplők száma.

A problémás drogfogyasztók teljes becsült száma = a rejtett népesség száma + csak a rendőrségi nyilvántartásban szereplők száma + csak az egészségügyi nyilvántartásban szereplők száma + mindkét nyilvántartásban szereplők száma.

Ezek alapján a problémás drogfogyasztók számát 24 204 főre becsüljük, 95%-os megbízhatósággal 19 333–29 075 közötti intervallumban.

A becslést elvégeztük a 15–64 éves népességre, valamint a főbb korcsoportokra.

A problémás drogfogyasztók rejtett és teljes száma főbb korcsoportok szerint			
Korcsoport	Rejtett népesség (fő)	Problémás fogyasztók teljes száma (fő)	Konfidencia intervallum
15–64	21 404	24 171	19 307–29 035
15–24	7890	9159	6618–11 700
25–34	8238	9462	6691–12 233
35–64	7410	7683	–2774–18 140

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Elekes, Nyírády 2006

A számítások azt valószínűsítik, hogy a 25–34 évesek körében valamelyest elterjedtebb a problémás drogfogyasztás, mint a fiatalabb korcsoportban, a különbség azonban nem jelentős.

Külön elvégeztük a számításokat az intravénás drogfogyasztókra. Az egészségügyi adatbázisban 627 főnél, azaz a kezelték 42,7%-nál, a rendőrség esetében 88 személynél, a nyilvántartottak 6,3%-nál regisztráltak intravénás használatot. A közös halmazba 14 fő került. Így Magyarországon az intravénás drogfogyasztók számát 3941 főre becsüljük, 2069–5813 közötti konfidencia intervallummal.

Az intravénás drogfogyasztók rejtett és teljes száma főbb korcsoportok szerint*			
Korcsoport	Rejtett népesség (fő)	Problémás fogyasztók teljes száma (fő)	Konfidencia intervallum
15–64	3230	3929	2063–5795
15–24	1142	1307	–75–2689
25–34	1458	1885	905–2865

* A mindkét adatbázisban szereplő személyek között 35 évnél idősebb nem volt, így erre a korcsoportra nem lehet számításokat végezni.

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Elekes, Nyírády 2006

A kapott adatok alapján valószínűsíthető, hogy a problémás drogfogyasztók túlnyomó része férfi, átlagéletkoruk 25 év körüli, a 35 év feletti aránya elenyésző. Többségük heroint, amfetamint vagy ecstasyt fogyaszt. Közöttük a heroin-fogyasztók aránya valószínűleg alacsonyabb, az amfetamin-fogyasztóké pedig magasabb, mint a kezelték körében tapasztalható. Lakóhely szerint viszonylag egyenletesen oszlanak meg a nagyvárosok és

a kisebb települések között. Az intravénás használat a populáció körülbelül 15–20%-át jellemzi.

BUDAPESTI ADATOK

2003-ban kezelési adatok felhasználásával multiplikátor módszerrel végzett kutatás mintegy 4000 főre becsülte a budapesti ismert és rejtett opiát-fogyasztók teljes számát. A kezelési adatbázisban nem szűrt duplikációk miatt ez a szám valószínűleg felülbecsült érték (bővebben a 2004-es Jelentésben található).

2005-ben készült becslés ugyanezen módszerrel. A regisztrált opiát-fogyasztók számán és kvalitatív kutatás során kapott kezelésbe kerülés arányán alapuló számítások 2669 főre teszik a rejtett és ismert opiát-fogyasztók teljes számát.

Meg kell említenünk, hogy a kezelési adatbázisban 2005-re kevesebb mint felére csökkent az opiát-fogyasztók száma, 1886 főről 849 főre. Ennek oka valószínűleg a szerfogyasztás struktúrájának általános átrendeződése, illetve az egyre pontosabb adatszolgáltatás. A kvalitatív kutatásban (Márványkövi és mtsai. 2006) résztvevő 62 problémás szerfogyasztó saját becslése szerint a teljes populáció 31,8%-a volt kezelésben a kérdezett évben.

2005-ben az országos adatokból leválogatva fogás-visszafogás módszerrel is készült becslés az ismert és rejtett budapesti opiát-fogyasztó populáció nagyságára vonatkozóan. Az egészségügyi adatbázisban 576 fő, a rendőrségiben 65 fő tartozott ebbe a fogyasztói csoportba. Közülük 20-an szerepeltek mindkettőben. A számítások szerint a budapesti problémás opiát-fogyasztók becsült száma 1872 fő, 1201–2543 közötti intervallumban.

15–64 éves populációra vonatkozóan a rejtett népesség száma 1249 fő, teljes száma pedig 1869 fő, 1199 és 2539 fő közötti konfidencia intervallummal.

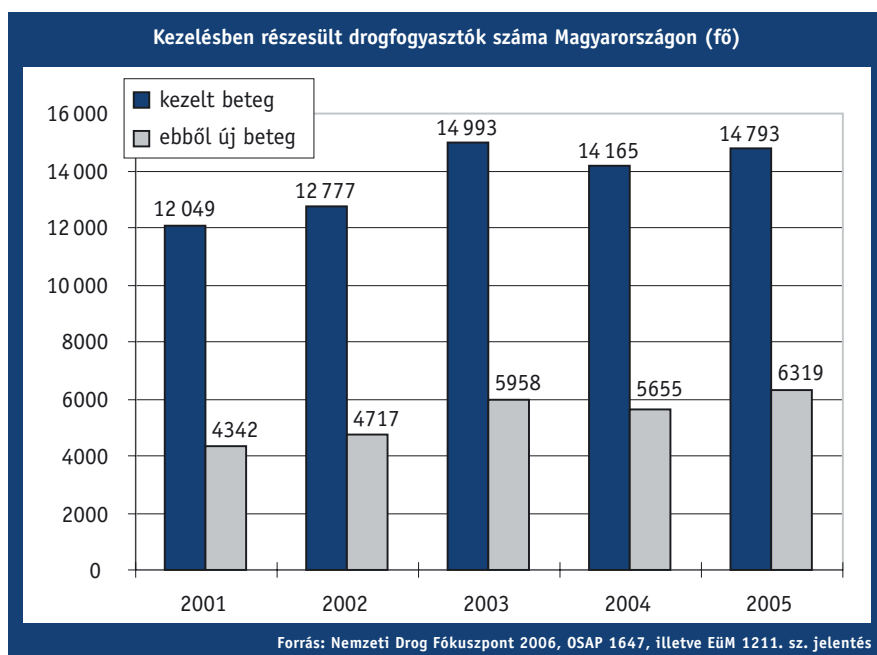
A két év eredményeiben mutatkozó jelentős különbség valószínűleg a második év pontosabb alapadatainak tudható be. Tehát feltételezzük, hogy Budapesten a problémás opiát-fogyasztó populáció nagysága 2000–2500 fő körül mozog.

3.2 A kezelt drogfogyasztás jellemzői

3.2.1 A kezelésbe vont kliensek profilja

Az egészségügyi szakellátás intézményeiben kezelt drogfogyasztók száma 4%-kal, 14 793 főre nőtt. Ha a változásokat időben átlagoljuk, akkor megállapítható, hogy 2001–2002-ben a kezelttek száma 12–13 ezer fő között ingadozott, majd mintegy kétezer fős ugrás következett: az elmúlt három évben az ingadozás a 14–15 ezer fős sávba tolódott.

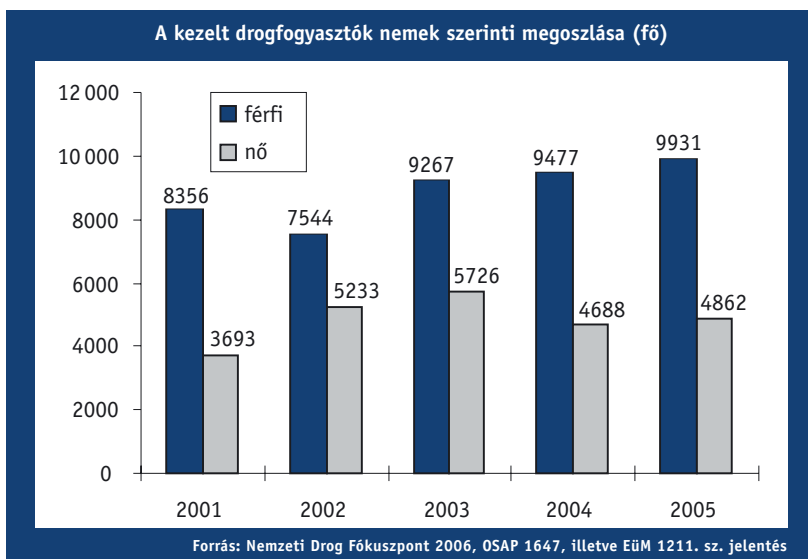
Az első alkalommal kezelttek száma az előző évhez képest jelentősebb, 12%-os növekedést mutatott, és átlépte a 6 ezres szintet (6319 fő). 2003-ban a megelőző két évhez képest az új betegek számának stagnálása megszűnt, a 26%-os növekedés jelentősnek mondható. Ehhez képest csökkent 2004-ben az új betegek száma 5%-kal, majd nőtt 2005-ben ismét 12%-kal. A lépcsőzetes növekedési tendencia tehát itt is kimutatható, azonban az ingadozások mértéke nagyobb, mint az összes kezelt esetében.



Mind az összes kezelt, mind az első kezelésben részesültek körében mutatózó évenkénti ingadozás, illetve a kezelési igény növekedésének lépcsőzetes alakulása összefügghet a törvényi szabályozás 2003-ban és 2004-ben is bekövetkezett változásaival.

SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELEMLZŐK

2002–2003-ban jelentős arányeltolódás jelentkezett az egészségügyi szakellátási intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztók nemek szerinti megoszlásában: a férfiak aránya az addigi átlagos 2:1-hez képest 3:2-re módosult, azaz a nők részesedése növekedett. Az elmúlt két évben azonban ismét 2:1-re állt vissza a férfi/nő arány.

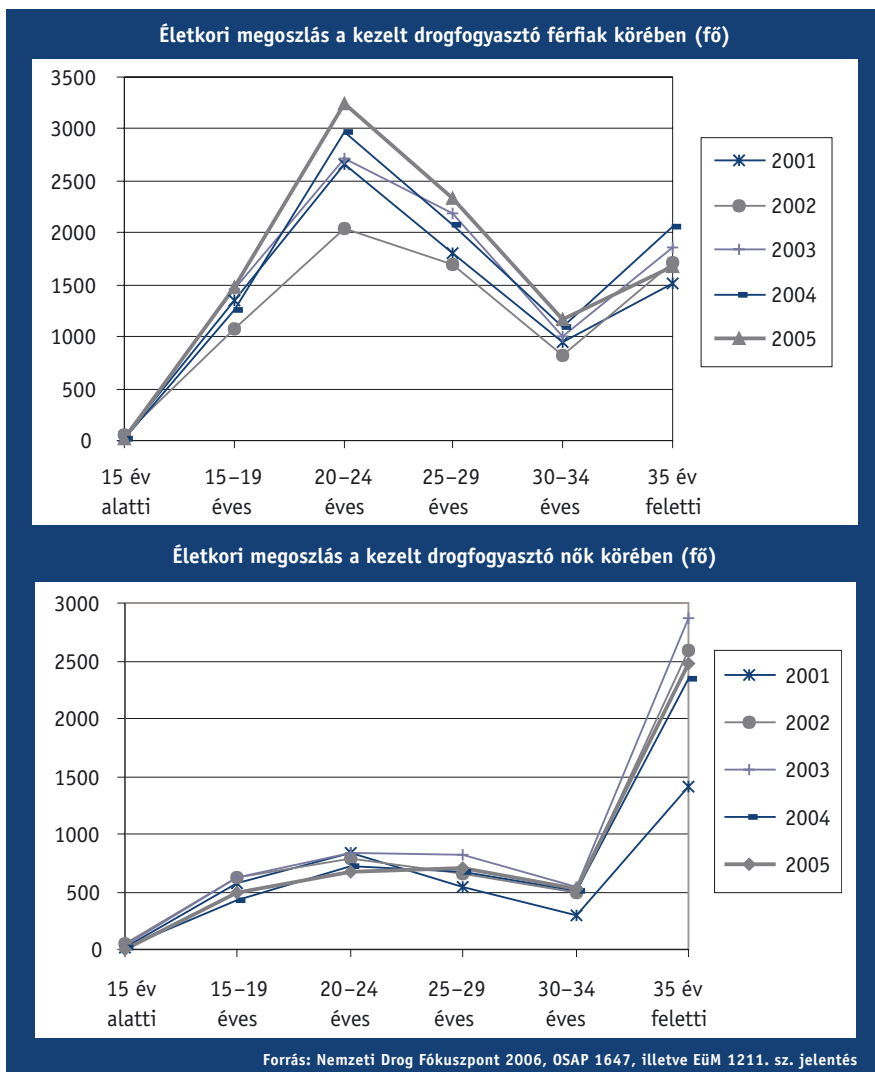


A nyugtatókat, altatókat visszaélészerűen használók között a nők aránya ebben az évben is lényegesen nagyobb, a nyugtató típusú szerek kivételével azonban az összes drog kategórián belül (a korábbi évekhez hasonlóan) a férfiak száma a magasabb.

Az első kezelésben részesültek körében hasonló tendencia jelentkezik. A nők arányának eltolódása, majd visszaállása itt is kimutatható. Külön kiemelendő, hogy az utóbbi évben a nők esetében alig volt változás, miközben az első kezelésben részesült férfiak száma 16%-kal nőtt. Ez azt is jelenti, hogy a 2005. évi forgalomnövekedés, úgy az összes kezelt, mint az első alkalommal kezelt kliensek körében, zömében a kezelt férfiak számának növekedésével magyarázható.

Az életkori megoszlás sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. Az összes kezelt és első kezelésben részesültek körében is, a férfiaknál 2001–2005 között minden évben a 20–24 év közöttiek voltak legtöbben (az elmúlt három évben egyre növekvő arányban). A nőknél is 2004-ig ez a korcsoport adta a legnagyobb gyakoriságot, azon-

ban 2005-ben az összes kezeltre vonatkozóan, ha kismértékben is, de már a 25–29 éves korcsoport a legnépesebb, és a korábbi évekhez hasonlóan, a magasabb korcsoportokban is viszonylag magas a gyakoriság.

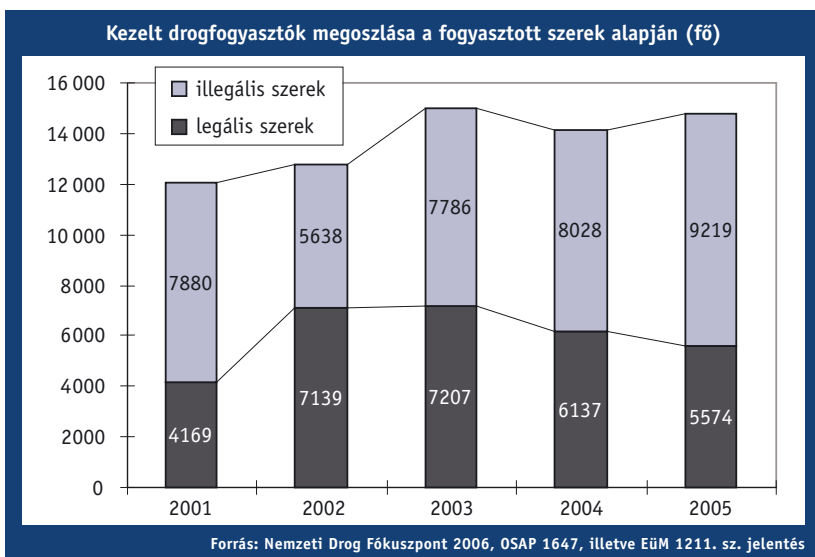


Az életkori megoszlásban mutatkozó nemek szerinti különbség azzal függhet össze, hogy a nők által jellemzően használt drogok a nyugtatók és az altatók, illetve ezeknek alkohollal történő együttes fogyasztása

(politoxikománia), amely hosszabb drogos karriert jelenthet. A 40 éven felüli, drogfogyasztás miatt kezelt nők gyakorisága jelentősen meghaladja a férfiakét.

SZERTÍPUS SZERINTI MEGOSZLÁS

2002-ben alapvetően a nyugtató-, altatószerek fogyasztásának megugrása miatt a legális szerek aránya túlsúlyba került (56%) az illegális szerekhez képest (44%). A 2003. évben a kezelt betegek számának jelentős emelkedése mellett az illegális szerek újra túlsúlyba kerültek (52%). Ez a tendencia 2004-ben és 2005-ben folytatódott: a legális szereket fogyasztó kezeltetek száma folyamatosan csökkent, míg az illegális szereket fogyasztóké jelentősen nőtt. 2005-ben az illegális szerek aránya 62% volt.



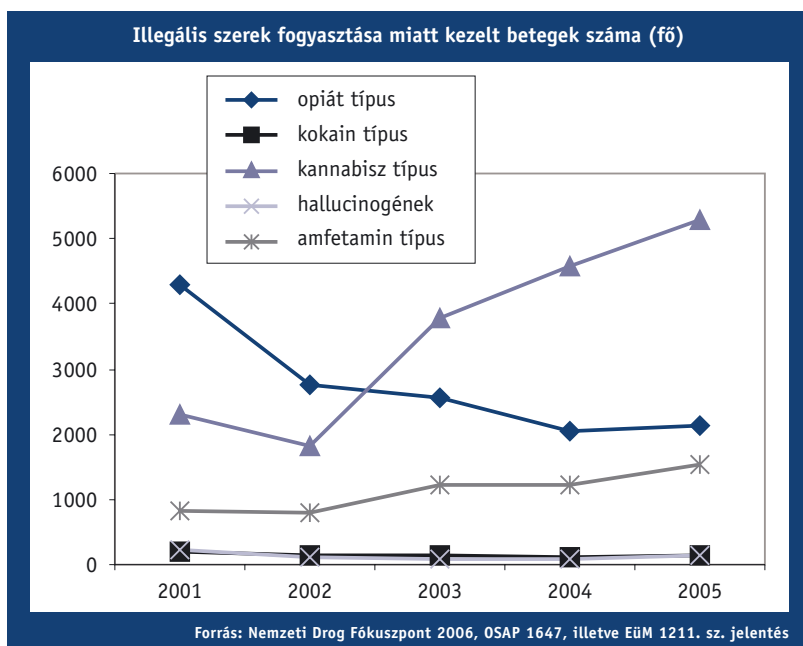
2000 óta, amikor a kezelt opiát-fogyasztók aránya elérte a 39%-os csúcspontját, ennek a szertípusnak a részesedése folyamatosan csökkenő tendenciát mutat 2004-ig. 2005-ben ugyan 5%-os növekedés jelentkezik, de a szertípuson belül a heroin és az intravénás használat monoton csökkenése folytatódott. A csökkenés következtében a fogyasztás gyakoriságában korábban elért első helyezését a kannabisz-származékok vették át, és az opiát-fogyasztás a nyugtatók mögé, a harmadik helyre szorult.

A kannabisz-fogyasztók száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2002 óta folyamatosan és meredeken emelkedett. 2004-ben 21%-kal, és 2005-ben is további 16%-kal emelkedett a kezelt kannabisz-fogyasztók száma. Ezzel, a nyugtató szereket fogyasztókat megelőzve, immár a legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között (36%).

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-ban jelentősen, 52%-kal nőtt, míg 2004-ben nem változott az előző évhez képest. 2005-ben azonban újabb jelentős, 24%-os növekedés volt tapasztalható, így az összes kezelt 10%-a amfetamin fogyasztó.

A kezelt kokain fogyasztók száma 4 év folyamatos csökkenés után 2005-ben ugyan 22%-kal (113-ról 138 főre) nőtt, azonban az összes kezeltben belüli arányuk még így is csak 0,9%.

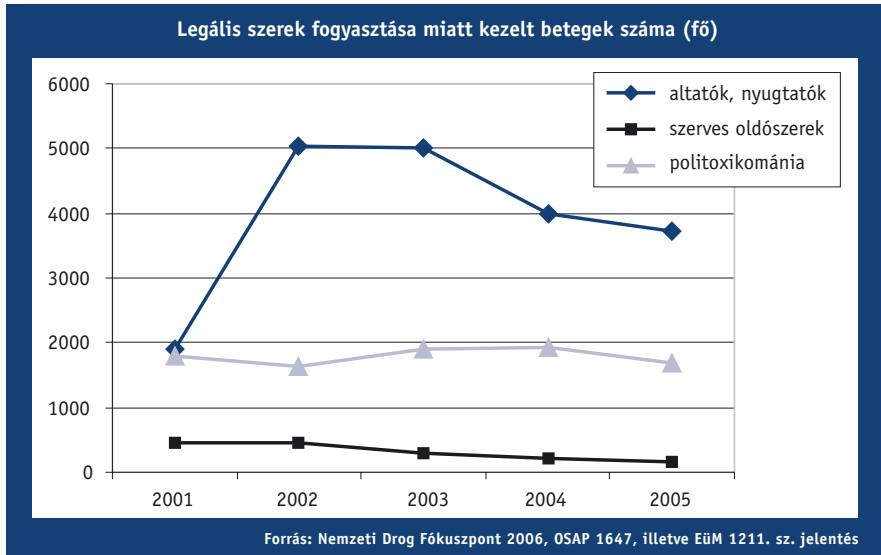
A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt aránya az 1999 óta tartó csökkenés után 2005-ben jelentősen, 72%-kal (76-ról 131 főre) nőtt, de aránya – a kokainhoz hasonlóan – nem jelentős (0,9%).



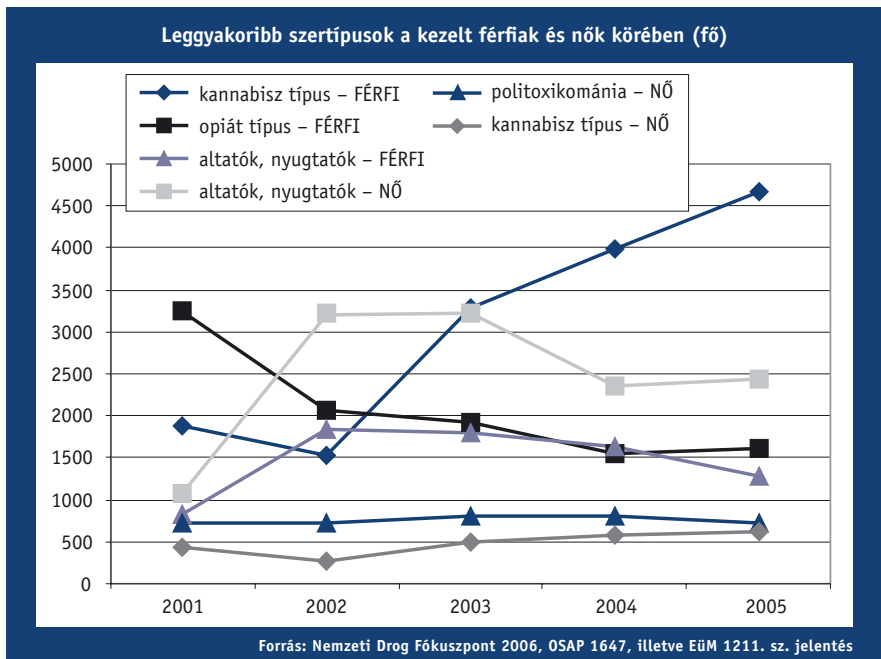
A visszaélésszerű nyugtató-, altató-fogyasztók aránya 2003 után folyamatosan csökkent, de 2005-ben az összes kezeltben még mindig 25%, ami azt jelenti, hogy nemcsak a legális szerek között ez a legnagyobb arányú, de – a kannabisz kivételével – megelőzi az illegálisokat is.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelt betegek száma ugyan mutat némi ingadozást, azonban az elmúlt 5 év átlagában lényegében változatlan. Ez a „szertípus” különösen a 30–35 év feletti nők körében jellemző, aránya az összes fogyasztók között 11%.

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma folyamatos csökkenést mutat, az összes kezelt közötti arány 2005-ben 1,2% volt.

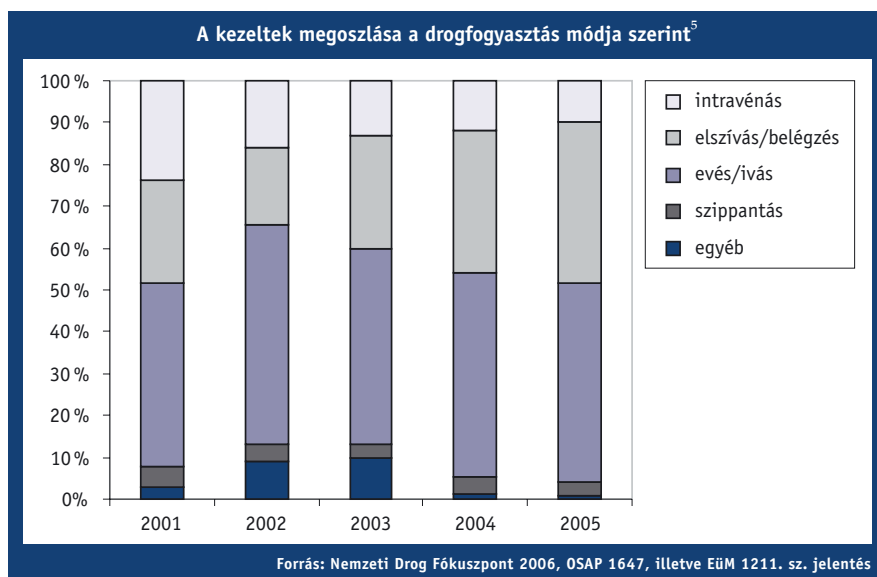


Az egyes szerek preferálásában mutatkozó, nemek közötti különbségeket az alábbi ábra jól illusztrálja.



FOGYASZTÁS MÓDJA SZERINTI MEGOSZLÁS

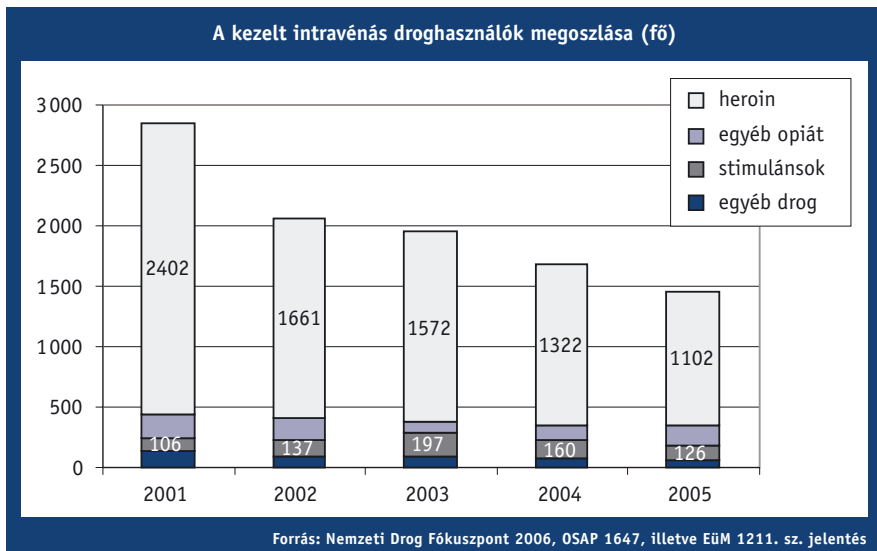
A kezelt kábítószer-fogyasztók körében a fogyasztás módja az elmúlt 5 évben jelentősen változott. Az intravénás használat folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, 5 év alatt a 2001-es szinthez képest közel felére csökkent. Ugyanezen időszakban az elszívás/belégzés – a 2002-es évet kivéve – lényegében megduplázódott. A két tendencia jól láthatóan követi a szerítípusokon belül az opiátok visszaszorulását, és a kannabisz-származékok gyors előretörését. A szájon át történő bevitel (evés/ivás) ugyancsak nőtt, de nem olyan meredeken, mint az elszívásé. A kezelt drogfogyasztók körében ez a leggyakoribb beviteli mód, amely összhangban van az altató/nyugtató fogyasztás, illetve a politoxikománia magas arányával. A szippantás csekély ingadozást mutat és aránya is alacsony. Az egyéb fogyasztási mód 2002–2003-ban jelentős részt képviselt, utána tizedére esett vissza. Ebben az esetben valószínűleg az történt, hogy az adatszolgáltatók ma már pontosabban tudják jelenteni a fogyasztási módokat, így kevésbé használják az egyéb kategóriát a besoroláskor.



Az intravénás droghasználat az összes kezelt kábítószer-fogyasztó körében az elmúlt 5 évben folyamatosan csökkent. A jelentős mértékű csökkenés (23,6%-ról 9,8%-ra) háttérben döntően az intravénás heroin-fogyasztás visszaszorulása áll, ennek aránya a kezelt intravénás kábítószer-fogyasztók

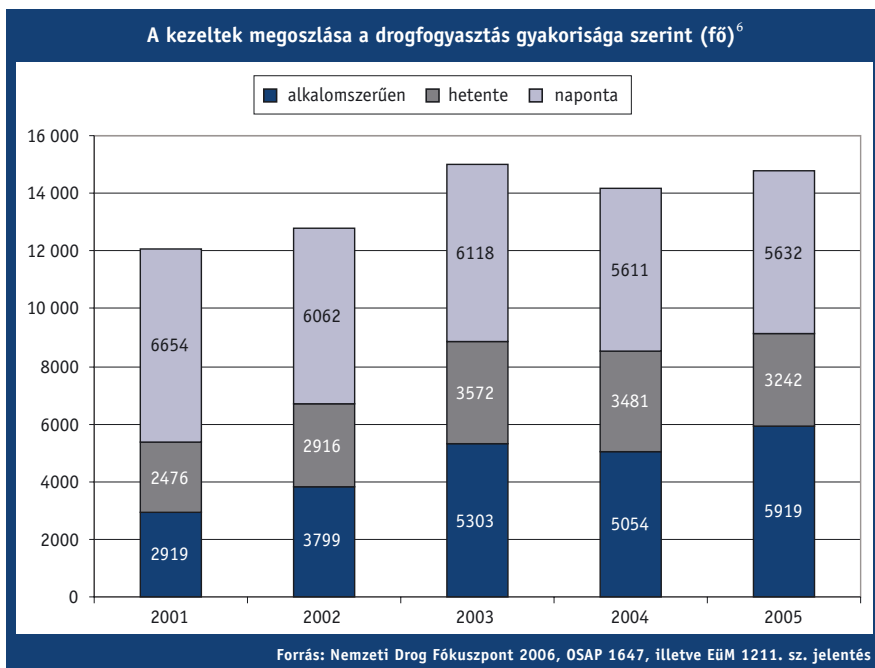
⁵ 2004-ben 19 esetben nem ismert

körében több mint a felére zuhant vissza 2001–2005 között. Az egyéb szerek intravénás használata is csökkenő tendenciát mutat, a stimuláns-fogyasztók 8,2%-a használta intravénásan a szert, míg ez az érték 2002-ben éppen a duplája volt.



FOGYASZTÁS GYAKORISÁGA SZERINTI MEGOSZLÁS

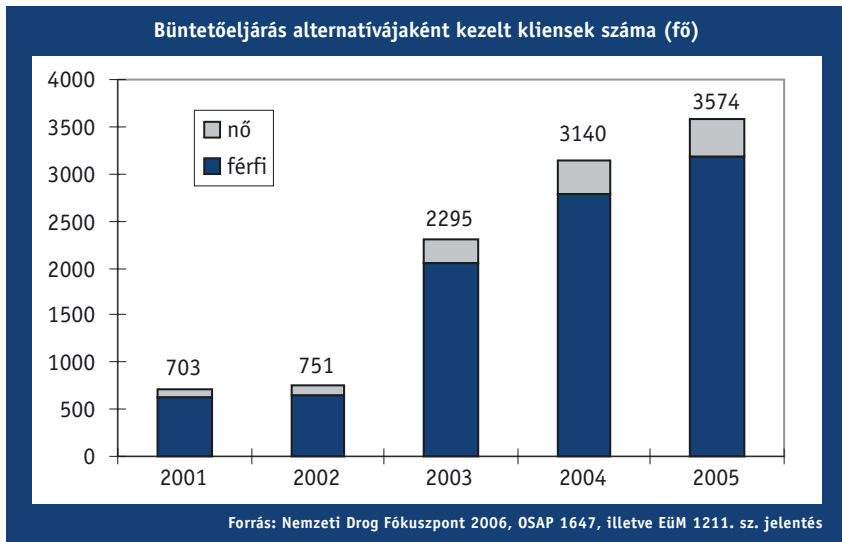
A kezelt drogfogyasztók körében a fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás vegyes képet mutat. Az alkalmoszerűen fogyasztó összes kezelt száma – a 2004-es kismértékű visszaesést kivéve – folyamatosan növekszik. A hetente fogyasztók száma ugyanakkor 2001–2003 között nőtt, azt követően az utóbbi 2 évben némi csökkenés tapasztalható. A naponta fogyasztók számáról elmondható, hogy kisebb éves ingadozástól eltekintve, az alapvető tendencia a csökkenés.



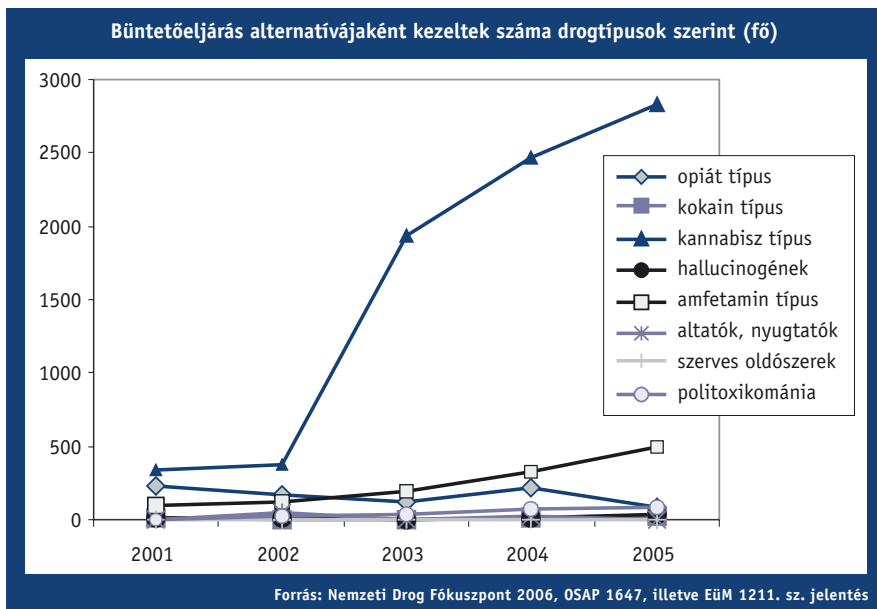
3.2.2 A büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek számának alakulása

Az elterelésben résztvevő kábítószer-fogyasztók száma 2001–2002 között alig változott. Igazán jelentős emelkedés 2003-ban következett be, amelynek oka feltételezhetően a Büntető Törvénykönyv módosítása volt. A növekedés 2004-ben (37%) és 2005-ben (14%) is folytatódott. 2005-ben 2285 fő lépett be a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba, valamint 3574 fő kezdte meg az elterelést valamely egészségügyi típusú szolgáltatásban. Korábbi vizsgálatok is azt valószínűsítették, hogy az elkövetőknek csak töredéke került olyan cselekmény miatt büntetőeljárás hatálya alá, amelyek 2004 decemberében kikerültek az elterelés lehetőségei közül.

⁶ 2004-ben 19 esetben nem ismert.



A 2003-tól tapasztalható nagymértékű növekedés alapvetően az elterelésben részesülő kannabisz-fogyasztók számának ugrásszerű emelkedésével függ össze (2003-ban 417%, 2004-ben 71%, viszont 2005-ben már csak 15%-os a növekedés).



2005-ben az előző évhez képest 64%-kal csökkent az opiát-fogyasztás miatt elterelésben részesültek száma, viszont 50%-kal nőtt az amfetamin típusú szereket fogyasztóké. Az összes többi szer aránya ugyan csekély mértékű, azonban megjegyzendő, hogy az elmúlt évben hatszorosára nőtt a hallucinogének részesedése.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek körében a nemek aránya még markánsabb különbséget mutat, mint az összes kezelt beteg körében. A nők aránya 2001–2005 között csak 11–13% volt az elterelő kezelésben, míg az összes kezelt betegnek körülbelül egyharmada volt nő.

Az Igazságügyi Minisztérium Pártfogó felügyelői és Jogi Segítségnyújtó Szolgálat Országos Hivatala Módszertani és Jogi Osztálya 2004 folyamán vizsgálatot végzett, amely a pártfogó felügyelők tapasztalatait összegzi az elterelésről, ill. az eltereltekről, elsősorban a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevőkről. A vizsgálat többek között megállapítja, hogy az eltereltek (megelőző-felvilágosító típusú szolgáltatásban elsősorban) többsége fiatal, felnőtt férfi, aki valamilyen szakképzettséggel vagy érettségivel rendelkezik (középiskolát befejezte). Általában van jövedelmük, vagy eltartójuk, dolgoznak vagy tanulnak. Általában nincsen más büntető ügyük az eljárás megkezdésekor, az ügyész egyéb magatartási szabályt nem ír elő a számukra. A terheltek kevés megbízható információval rendelkeznek az elterelés büntetőjogi vagy egészségügyi vonatkozásairól, habár túlnyomó többségük részt vesz szakszerű előzetes állapotfelmérésen.

Az Országos Addiktológiai Intézet 2005 folyamán, a létrejövő adatszolgáltatási rendszer teszteléseként kiválasztott nagy forgalmú megelőző-felvilágosító szolgáltatók adatai alapján azt találta, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba kerülők kb. 85%-a férfi, életviteli státusza alapján 65–80%-uk a szüleivel él, munkaügyi státuszukra nézve kb. 50%-uk alkalmazásban van, rendszeresen foglalkoztatott, 25–40%-uk tanul.

Az egyik szolgáltatónál – amely az ország gazdaságilag deprivált területén működik – a tanulók aránya alacsonyabb volt (20% alatt), ugyanitt volt a legmagasabb a csak alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya (60%). Az elkövetéskor használt szer leggyakrabban kannabisz-származék, az elterelésben lévők 85–95%-a nem állt korábban kezelés alatt kábítószer-probléma miatt.

3.3 Ellátórendszerek

3.3.1 Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátást tekintve az addiktológiai gondozók hagyományos szerepe mellett egyre nagyobb részt képviselnek a drogambulanciák.

Az alábbi táblázat azt mutatja, hogy az egészségügyi ellátáson belül az egyes intézménytípusok a kezelt kábítószer-fogyasztók (ill. gyógyszereket és inhalánsokat visszaélésszerűen használók) mekkora hányadát látták el 2005-ben.

Intézménytípus	Összes kezelt		Először kezelt	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	3954	26,7	1486	23,5
Drogambulanciák	5270	35,6	2958	46,8
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók	47	0,3	20	0,3
Pszichiátriai gondozók	269	1,8	165	2,6
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	2552	17,3	818	12,9
Egyéb (toxikológia)	2701	18,3	872	13,8
Összesen	14 793	100,0	6319	100,0

Forrás: Nemzeti Drog Főközpont 2006, EüM 1211. sz. jelentés

Magyarországon 1996 óta van adatgyűjtés a kábítószer-problémával kezeltekről. Az adatgyűjtésbe elsősorban az egészségügy intézményei és szolgáltatásai kapcsolódtak be, az évek során azonban az adatgyűjtés kiterjedt a megjelenő civil és egyházi szolgáltatókra is.

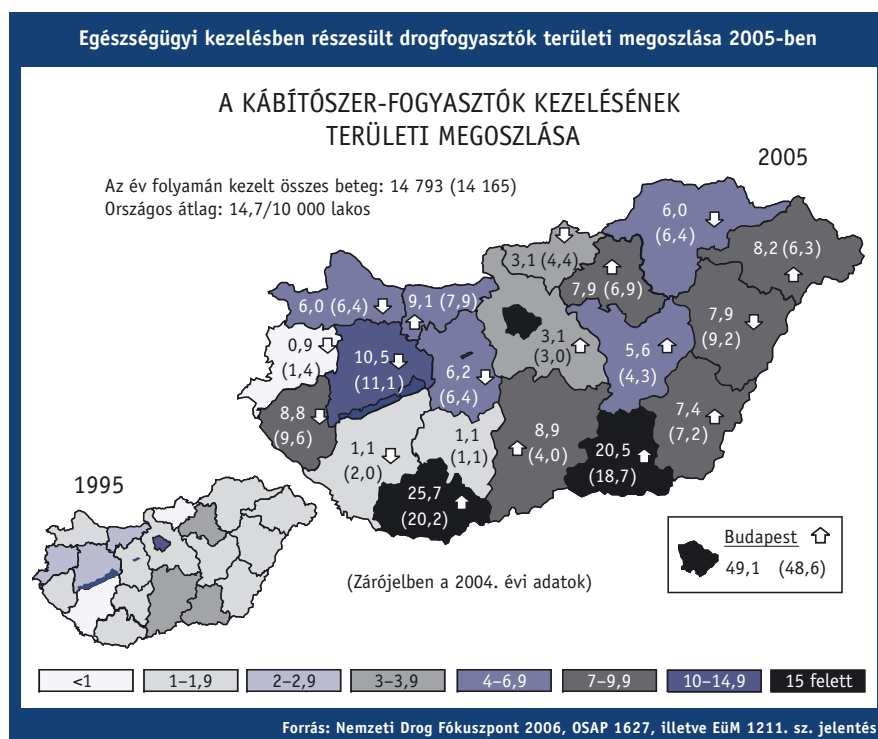
A drogfogyasztók egészségügyi kezelése térítésmentes, a társadalombiztosítás alanyi jogon finanszírozza az ellátást. Két központ létezik Magyarországon, a Soroksári Addiktológiai Centrum és a Szolnoki Addiktológiai Centrum, ahol a betegek számára az ellátás ingyenes, de a finanszírozást nem az OEP, hanem a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet biztosítja.

Több magánorvosi rendelés is működik Magyarországon, ahol szenvedélybetegeket kezelnek és az ellátást teljes mértékben a betegnek kell fizetnie. A magánrendelések pontos száma nem ismert, nagyságrendileg kb. 50.

3.3.2 Területi különbségek az ellátásban

A drogbetegek egészségügyi ellátása területi ellátást jelent. Egy adott megye forgalmát jelentősen befolyásolja az, hogy működik-e a területén drogambulancia.

A lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati fele között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete, illetve az ország többi része között mutatkozik.⁷ Ez a különbség 1996 óta a többszörösére nőtt.



A drogfogyasztókat érintő változás 2005-től, hogy a módosított Szociális törvény⁸ szerint, a közösségi addiktológiai ellátás keretében lehetőség van ún. közösségi ellátás nyújtására és utcai munkára normatív támogatás

⁷ A kiugró különbséghez az is hozzájárul, hogy Budapesten egy speciális Sürgősségi belgyógyászati és klinikai toxikológiai osztály is működik, amely a fekvőbeteg szakellátásra szorulóknak mintegy 50%-át látja el.

⁸ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

igénybe vételére. Noha ezeket az ellátási formákat Magyarországon a szociális ellátások közé sorolják, valójában – a közösségi ellátások, valamint az utcai ellátások egy részében – az EMCDDA TDI definíciója szerint itt is kezelés történik. A szociális ellátás ilyen jelentős előretörését azzal magyarázhatjuk, hogy az egészségügyi finanszírozás (OEP) nem finanszíroz új drogbeteg ellátásokat.

3.3.3 Szociális ellátás

Hasonló a helyzet a szociális ellátások más területén is. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet 2005-ös felmérése⁹ szerint (Gyuris és mtsai. 2005), melyet szenvedélybetegeket ellátó szociális intézményeknek kiküldött kérdőívvel végeztek el, négyféle szakosított szociális intézményben folyik szenvedélybetegek ellátása: nappali ellátást, átmeneti elhelyezést, ápolást és gondozást nyújtó intézményekben, valamint rehabilitációs intézményekben. Az ápolást és gondozást nyújtó intézményekben ellátott szenvedélybetegek 98%-a alkohol-függőségben szenved, a kábítószer-fogyasztók száma itt elenyésző. Az átmeneti elhelyezést nyújtó szolgáltatóknál (szenvedélybetegek átmeneti otthona) a kábítószer-fogyasztók aránya 9%, a nappali ellátó intézményekben 33%, a rehabilitációs intézményekben pedig 25%.

Ezekben az intézményekben szintén folyik az EMCDDA TDI szerinti kezelés. A fenti intézménytípusok közül csak a rehabilitációs intézmények vesznek részt az országos adatgyűjtési rendszerben.

2005-ben a pécsi Leo Amici Alapítvány, egy drogterápiás intézet elnyerte az Euro TC (European Treatment Centers for Drug Addiction) minőségügyi tanúsítványt. További változás, hogy 2005 májusában Nyugat-Magyarországon megnyílt az első magán pszichiátriai és addiktológiai egészségközpont, ahol drogbetegek rehabilitációja folyik. 2005-ben 24 fő részesült kezelésben, közülük kb. 40% volt kábítószer-fogyasztó (leginkább heroin- és kokain-használók).

3.3.4 Elterelés

A Büntető Törvénykönyv 2003. évi módosítása nyomán nőtt az elterelésben résztvevők köre, ami maga után vonta a droghasználókat kezelő intézményrendszer kiszélesedését is. 2004 decemberében az Alkotmánybíróság formálisan szűkítette azon elkövetések körét, amelyek esetében az elterelés lehetséges, ez azonban nem jelentett érzékelhető változást az intézményrendszer működésében.

⁹ Az önkitöltős, kérdőíves kutatás 21 intézmény és 305 ellátott adatait tartalmazza. Területi lefedettség szempontjából minden régióból került nappali ellátó intézmény a kutatásba; rehabilitációs intézmény pedig a nyugat-dunántúli régió kivételével szintén minden területről.

Az elterelésben három módon lehet részt venni:

- kábítószer-függőséget gyógyító kezelés révén
- kábítószer-használatot kezelő más ellátás révén (nem-függő, de pl. komorbid fogyasztók részére)
- felvilágosító-megelőző szolgáltatás révén.

Az első kettőt csak egészségügyi intézmény nyújthatja, az utóbbit azonban a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által akkreditált és finanszírozott ún. prevenciószolgáltató is.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatásba jellemzően alkalmi droghasználók, elsősorban marihuána-használók kerülnek. Ez a szolgáltatás Magyarországon nem minősül kezelésnek, azonban az EMCDDA TDI szerint kezelésnek minősíthető. Mind a három kezelési forma 6 hónapig tart – függetlenül az elterelt személy állapotától, droghasználatának súlyosságától.

2005-ben 40 megelőző-felvilágosító szolgáltató működik az országban, ezek többségében civil szervezetek (16) vagy önkormányzati fenntartású intézmények (12), de találhatunk köztük egyházi (9) és állami intézményt (2), vagy gazdasági társaságot (1) is.

3.4 Gyógyszermentes kezelés

3.4.1 Járóbeteg (ambuláns) ellátás

A járóbeteg szakellátás fekvőbeteg osztályokhoz tartozó szakambulanciákra, osztályhoz nem tartozó szakrendelőkre, pszichiátriai és addiktológiai gondozókra és speciális, csak drogbetegekkel foglalkozó drogambulanciákra osztható. Az ellátást a területileg illetékes központ biztosítja. A felnőtt pszichiátriai gondozók forgalma 2005-ben nőtt – ezzel párhuzamosan csökkent az egy gondozottra jutó éves megjelenések száma.

2005-ben egy új járóbeteg ellátó központ létesült, a Szolnoki Addiktológiai Centrum.

3.4.2 Fekvőbeteg ellátás

Az állandó lakcím szerint illetékes pszichiátriai és/vagy addiktológiai fekvőbeteg osztály biztosítja a kórházi kezelést az elvonási vagy egyéb társult vagy komorbid pszichiátriai tünetek esetében. A fekvőbeteg ellátás pszichiátriai osztályokon, pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegeiben és kisebb mértékben önálló addiktológiai részlegeken történik. Az addiktológiai (azon belül is a kábítószer-fogyasztó betegek rendelkezésére álló) kapacitásról, a kezelt drogbetegek számáról nehéz valós képet

alkotni: az addiktológiai ágyak egy része pszichiátriai ágyként van elszámolva, valamint a kábítószer-használókat – különösen akkor, ha nem kifejezetten kábítószer-probléma miatt kezelik őket – nem így jelentik. Ennek oka a kábítószer-használók kezeléséért kapott alacsony pontszám (Homogén Betegség Csoport), így az alacsony finanszírozás. A fekvőbeteg ellátásban az addiktológiai ágyak száma 13%-ról 10%-ra csökkent.

3.5 Gyógyszeres kezelés

Kórházi fekvőbeteg ellátás és ambuláns ellátás keretében is folytatnak Magyarországon gyógyszerrel támogatott kezeléseket. Ez elsősorban metadon-kezelést jelent, amelynek mindkét formája, az elvonó és a fenntartó kezelés is térítésmentes a betegek számára. Az elvonási tünetek kezelésében szorongáscsökkentő és fájdalomcsillapító szerek széles körben használatosak. Opiát-függők kezelésére helyenként, és elsősorban a drogambulanciák, Naltrexont használnak.

Magyarországon metadon központ nincs, drogambulanciák keretében működnek metadon programok. Novemberben elkezdődtek az előkészületek egy új nemzeti metadon-kezelési szakmai protokoll kidolgozására.

3.5.1 Elvonó kezelés

Budapesten egy, vidéken két kórházi osztályon van lehetőség korlátozott számban rövid távú detoxikációs metadon-kezelésre. A járóbeteg ellátáson belül elsősorban fenntartó kezelésre van mód, de ezen intézmények mindegyikénél lehetőség van hosszú távú elvonó kezelésre is. 2004 őszétől lehetőség van ambuláns módon elkezdett metadon-kezelést rehabilitációs körülmények között hosszú távú detoxikációs kezelési formában folytatni a Deszki Rehabilitációs Központban.

3.5.2 Szubsztitúciós kezelés

Szubsztitúciós fenntartó kezelést változatlanul nyolc járóbeteg ellátó intézmény biztosít. Ezek közül három a fővárosban működik. A metadon programok adatait a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája összesíti (2002 óta).

Összesen 766 fő kezdett meg metadon programot 2005-ben. A kliensek 75%-a Budapesten vette igénybe ezt a szolgáltatást. Sok kezelést igénylő van várólistán, nekik 2–3 hónapot kell várniuk.

2005-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek száma							
Jász utca	Budai	Soroksár	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged	Miskolc
429	67	79	12	37	32	72	38

2005-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek száma havonta											
Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
453	451	489	498	505	524	443	466	428	428	413	405

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Jász utcai Drogambulancia

3.6 Szenvedélybetegek közösségi ellátása

A szociális igazgatásról és szociális ellátásról az 1993. évi III. törvény (továbbiakban Szt.) a szenvedélybetegek ellátásával kapcsolatban a következő ellátási formákat különbözteti el.

A szociális alapszolgáltatások között a családsegítést, a közösségi ellátásokat, az utcai szociális munkát és a nappali ellátást nevesíti a törvény. Az alapszolgáltatások az igénybevevők saját otthonaiban és lakókörnyezetükben történik. A családsegítés keretében a kábítószer-problémával küzdők részére tanácsadás nyújtása biztosítandó. A szenvedélybetegek közösségi ellátása 2005-től állami normatív támogatásban részesül, és a következő feladatok megvalósítására hivatott:

- lakókörnyezetben történő segítségnyújtás az önálló életvitel fenntartásában,
- meglevő képességek megtartása, fejlesztése,
- állapot folyamatos figyelemmel kísérése,
- pszichoszociális rehabilitáció, szociális és mentális gondozás,
- orvosi vagy egyéb terápiás kezelésben, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- megkereső programok szervezése az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

A közösségi alapellátásokat a települési önkormányzat köteles biztosítani, ha területén 10 000 főnél több állandó lakos él.

2005. évi CLXX. törvény (XII. 19.) módosította az Szt.-t: a közösségi ellátások eddigi feladatai közösségi alapellátásokként fogalmazódnak meg, továbbá a törvénymódosítás nevesíti az alacsonyküszöbű ellátást mint speciális közösségi ellátást, és ennek keretében 2007. január 1-től a következők biztosítandók:

- kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- megkereső programok szervezése,
- a kábítószer-használat okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatások,
- kríziskezelés az életet veszélyeztető, a testi, szociális, kapcsolati és életvezetési rendszerben kialakult kezelhetetlen helyzetek esetére.

Az alacsonyküszöbű ellátást minden települési önkormányzatnak biztosítania kell 2007. december 31-ig, amelynek területén legalább 30 000 állandó lakos él. A normatív finanszírozási rendszer kidolgozása folyamatban van.

A nappali ellátás kábítószer-fogyasztók részére lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá megszervezi az ellátottak napközbeni étkeztetését (ha van rá igény), illetve egyéni terápia-tervet dolgoz ki a segítséget kérő rehabilitálódására, reszocializációjára. A települési önkormányzat köteles biztosítani a nappali ellátást, ha háromezer főnél több állandó lakos él a település területén.

A szakosított szociális ellátások a következő típusú ellátásokat foglalják magukba: szenvedélybetegek ápolást, gondoskodást nyújtó otthona; rehabilitációs intézmények; szenvedélybetegek átmeneti elhelyezést nyújtó otthona; és szenvedélybetegek lakóotthona („félutas” ház). Az ápolást nyújtó otthonok a teljes körű ápolás, gondozás mellett szükség szerint a foglalkoztatást és rehabilitációs jellegű ellátást biztosítják. A rehabilitációs intézmények a komplex segítséget igénylő kliensek elhelyezésére szolgálnak, ha ambuláns vagy más intézményi keretek között ez nem valósítható meg. Jellemző a munka jellegű vagy terápiás foglalkoztatás, terápiás közösségi forma működtetése, továbbá egyre nagyobb szerep jut ezen intézményekben az önsegítő elven alapuló 12 lépéses felépülési modell alkalmazásának.

Az átmeneti elhelyezésre legfeljebb egy évig kerülhet sor, addiktológus vagy pszichiáter szakvélemény alapján. Ennek az ellátásnak az elérhetőségét a 3000 főt meghaladó állandó lakosú településnek biztosítania kell.

A lakóotthonban („félutas” ház) az a személy helyezhető el, aki

- önellátásra legalább részben képes,
- elégséges jövedelemmel rendelkezik az új életforma költségeinek viseléséhez,
- folyamatos tartós ápolást, felügyeletet nem igényel.

A szociális intézmények részletes szakmai feladatairól és a működésük feltételeiről az 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet rendelkezik.

Az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICsSzEM) támogatásával és a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Inté-

zet (NCsSzI) koordinálásával 2005 májusában Addiktológiai Szakértői Munkacsoport (ASzM) jött létre. A munkacsoport célja, hogy folyamatosan közreműködjön a szakterület koncepciójából, irányelveiből, továbbá a Nemzeti Drogstratégiából és a kibontakozóban levő Nemzeti Alkoholpolitikai Koncepcióból adódó – az ASzM számára mindenkor az ICsSzEM által aktuálisan delegált és nevesített – feladatok végrehajtásában (szakkérdések megvitatatása, szakmai anyagok, irányelvek, írásbeli összefoglalók, javaslatok, állásfoglalás-tervezetek előkészítése, véleményezése, készítése). 2005-ben két munkacsoport jött létre az ASzM-en belül, amelyek még az évben a következő feladatokat végezték el:

- „Közösségi ellátás a szenvedélybetegek számára” c. szakmai iránymutatás kidolgozása,
- „Alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásban” c. szakmai iránymutatás kidolgozása,
- „Szenvedélybetegek nappali intézménye a szociális alapellátások körében” c. szakmai iránymutatás kidolgozása.

3.7 Ártalomcsökkentés

3.7.1 Alacsonyküszöbű szolgáltatások

2005 decemberében az alacsonyküszöbű ellátási forma nevesítésre került a Szociális törvényben¹⁰ a szociális alapszolgáltatások és azon belül a közösségi ellátások között. A törvénymódosítás 2007. január 1-től hatályos. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások normatív finanszírozásának kidolgozása folyamatban van. 2007. december 31-ig minden olyan település önkormányzatának biztosítania kell az alacsonyküszöbű ellátás elérhetőségét a településen, amelynek állandó lakosainak száma legalább 30 000 fő.

3.7.2 Tűcsereprogramok

Tűcsereprogramok működtetésével 2005-ben 13 szervezet foglalkozott, amelyek közül 4 budapesti. Egy új program indult el Békéscsabán, ahol utcai megkereső munka során biztosítanak tűcserét. További változás, hogy a Miskolci Drogambulancián 2005-ben megszűnt a fix telephelyű tűcsere program, viszont 2004 decemberétől működik tűautomata. A további vidéki szervezetek a következő városokban találhatóak: Debrecen, Gyula, Kecskemét, Miskolc, Pécs, Szeged, Veszprém.

Állandó telephelyű programokat két budapesti és négy vidéki szervezetnél vehetnek igénybe az intravénás kábítószer-fogyasztók. A hat program

¹⁰ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

keretében az összesen kiosztott injektorok¹¹ száma 58 804 volt, amely 92%-os növekedést mutat. E nagymérvű növekedés 97%-át a Drogprevenációs Alapítvány (Budapest) keretében működő program injektor-forgalma teszi ki. A vidéki városok injektor kiadása 210 és 370 db között változik. A kliensek által visszahozott (visszajuttatott) injektorok aránya országos viszonylatban a fix telephelyű programok esetében 56% volt, amely 5%-os csökkenést jelent.

Az automaták forgalma majdnem megháromszorozódott: az öt program (közülük egy budapesti) keretében 20 263 injektor került kiosztásra. Néhány automata közelében elhelyezett speciális hulladékgyűjtőkben 496 injektort találtak az év folyamán (túlnyomórészt Miskolcon).

Mobil tűcserét továbbra is két budapesti szolgáltató biztosított. A kiosztott injektorok száma megkétszereződött (5500 db), a becserélési arány viszont csökkent: 83%-ról 68%-ra. A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok (Budapesten 2, vidéken 3 program) keretében 20 823 db injektor került kiosztásra, amely nagymérvű csökkenést mutat (2004-ben 38 742), de a becserélési arány lényegesen javult: 55%-ról 74%-ra. Három program von be munkájába sorstársakat is.

Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003–2005					
	Fix telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
2003					
osztott	19 600	682	28 970	2415	51 667
hozott (+gyűjtött)	7984	695	15 081	5	23 764
becserélési arány	40,7%	101,9%	53,1%	0,2%	46,5%
kliensek száma	490	37	424	-	951
kontaktok száma	2321	912	426	-	3659
2004					
osztott	30 649	2870	38 742	7510	79 771
hozott (+gyűjtött)	18 739	2370	21 384	65	42 558
becserélési arány	61,1%	82,6%	55,2%	0,8%	53,4%
kliensek száma	561	82	471	-	1114
kontaktok száma	3665	1590	1007	-	6262
2005					
osztott	58 804	5500	20 823	20 263	105 390
hozott (+gyűjtött)	32 941	3722	15 343	496	52 502
becserélési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	-	959
kontaktok száma	5172	2148	1380	-	8700

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006

¹¹ Injektor: tű+fecskendő.

2005-ben az összes kiosztott injektorok száma az előző évhez képest 32%-al növekedett, azonban a becserélési arány 3%-ot csökkent. Tűcsere szolgáltatásban az adatok szerint 959 kliens részesült, amely 13%-os csökkenést jelent, de másodlagos tűcsere utal az a tény, hogy az egy főre jutó injektorok száma folyamatosan nő: 2003-ban 54 injektor/fő, 2004-ben 72 injektor/fő, 2005-ben 110 injektor/fő. A kliensekkel való találkozások (kontaktok) száma 8700 volt, amely szintén jelentős, 39%-os növekedést mutat.

A Budapesten működő tűcsere programok és a Budapesti Rendőr-főkapitányság megállapodása szerint a tűcsere programok dolgozói által kiállított, anonim és sorszámmal ellátott ún. klienskártya használatával a tűcsere programok használói mentesülnek attól, hogy az intézkedő rendőr (kártya felmutatása után) a náluk talált steril vagy használt injektor miatt rendőri intézkedést fogantatosítson. A kártya használata a tűcsere szolgáltatók tapasztalata szerint nem teljesen problémamentes, de folyamatosan javul.

Más a helyzet vidéken. A klienskártya országos szintre történő kiterjesztése előtt az Országos Rendőr-főkapitányság (ORFK) kikérte a Legfőbb Ügyészség állásfoglalását, s ez alapján a kártya országos bevezetése meghiúsult.¹²

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

FINANSZÍROZÁS

A kábítószer-fogyasztással foglalkozó intézmények, kiemelten alacsonyküszöbű intézmények infrastrukturális fejlesztésére, illetve működési támogatására a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca 2 fordulóban, összesen 169 200 000 Ft keretösszeggel írt ki pályázatot 2005-ben.

¹² „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.” (részlet a Legfőbb Ügyészség Nyomozás Felügyeleti és Védőlkészítési Főosztálya által az ORFK-nak írott hivatalos véleményből. Kelt: 2005. május 24-én.)

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Alba Caritas Hungarica Alapítvány Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	Székesfehérvár és vonzáskörzetben jelentkező kábítószer-probléma komplex kezelése 2005. II.félév – 2006. I.félév	3 000 000 Ft
Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány	A Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány Utcafront részlegének infrastrukturális fejlesztése	4 000 000 Ft
Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány	Mobil tűcsere program támogatása	3 500 000 Ft
Baranya Megyei Önkormányzat Közegészségügyi, Narkomán Fiatalokat Gyógyító-, Foglalkoztató Közalapítvány	Szenvedélybetegek közösségi ellátása Pécsett	1 500 000 Ft
Baranya Megyei Önkormányzat Közegészségügyi, Narkomán Fiatalokat Gyógyító-, Foglalkoztató Közalapítvány	Alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatások Pécsett	2 500 000 Ft
Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház Drogambulancia	A gyulai Drogambulancia működésének támogatása	3 000 000 Ft
Belvárosi Tanoda Alapítvány	Megálló – Szenvedélybetegek Közösségi Háza	1 900 000 Ft
Debreceni Egyetem	TÉR-ERŐ alacsonyküszöbű és árta- lomcsökkentő komplex szolgáltatás kialakítása	1 850 000 Ft
Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő, Drogfogyasztás Kutató és Továbbképző Társaság	Outreach felvilágosítás és tűcsere prog- ram kezelőrendszeren kívül álló intravén- nás drogfogyasztóknak	3 000 000 Ft
Drog Stop Budapest Egyesület	Drogstop telefonszolgálat működése	2 000 000 Ft
Drogambulancia Alapítvány	Ártalomcsökkentés a miskolci drog- ambulancián	3 000 000 Ft
Drogfree Gyógyult Szenvedélybetegek Alapítványa	Drogfree Gyógyult Szenvedélybetegek Alapítványa folyamatos és idény jellegű csapatmunkáinak bővítése.	1 500 000 Ft
DrogKiút Alapítvány	Mobil Party-Segély	2 000 000 Ft
Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia	OPNI Drogambulancia terápiás spektrum bővítése/A	5 000 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Drogprevenció Alapítvány	A Drogprevenció Alapítvány 1995. óta működő Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontaktprogramjának (C.A.T.) működése	3 500 000 Ft
Drogtájékoztató Központ és Mentálhigiénés Alapítvány	Narkológiai Tanácsadó Szolgálat további működtetése kistérségben, alapítványi keretek között	1 200 000 Ft
Emberbarát Alapítvány	„Emberbarát” szolgáltatásainak fejlesztése	1 200 000 Ft
Észak-Kelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület	Prevenációs Módszertani és Tanácsadó Szolgálat kialakítása	650 000 Ft
Esztergomi Szent Jakab Alapítvány (Drogprevenció Iroda) Fény Központ	Drogprevenció Iroda/Fényközpont	1 300 000 Ft
Esztergomi Szent Jakab Alapítvány (Drogprevenció Iroda) Fény Központ	Drogprevenció Iroda/Fényközpont	2 500 000 Ft
Főplébániai Karitás Alapítvány	Utcai megkeresés és tüssere, konzultáció, tanácsadás működtetésének támogatása a kecskeméti Révben	2 300 000 Ft
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet	9/3/1 Kábítószer-fogyasztás okozta egyéni, társadalmi károk csökkentése; elterelés fejezeti kezelésű előirányzat	1 300 000 Ft
Humán Szolgáltató Központ	Tisztán, újra kezdve.	2 000 000 Ft
Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány	Zsibriki Drogetherápiás Intézet 5 lakóépületének ivóvízzel ellátása	5 000 000 Ft
Katolikus Karitás – Caritas Hungarica	Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat infrastrukturális fejlesztése	4 000 000 Ft
Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia	A Contact Cafe fejlesztése, bővítése	4 000 000 Ft
Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia	Mobil tüssere program	3 000 000 Ft
Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Drogambulancia	Infrastrukturális fejlesztés	1 000 000 Ft
MaCeKo Szociális Szolgáltató, Képző és Foglalkoztató Közhasznú Társaság	Szenvedélybeteg fiatalok komplex közösségi programjának infrastrukturális beruházása	2 500 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány	Komplex program a kábítószer-fogyasztás ellen	2 400 000 Ft
Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége	Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok mint alacsonyküszöbű szolgáltatás a drogprevencióban	2 000 000 Ft
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület	Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálat működtetése	950 000 Ft
Magyarországi Református Egyház Válaszút Misszió	Válaszút működés 2005.	500 000 Ft
Megyei Művelődési és Ifjúsági Központ	Az MMIK- Vasi LOGO-Mobil és LOGO Ifjúsági Szolgálat komplex rendszerének továbbfejlesztése	2 700 000 Ft
MI-ÉRTÜNK Prevenció és Segítő Egyesület	Hinni csak tettel lehet, tenni csak hittel	1 500 000 Ft
MRE Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Drogterápiás Otthona	KIMM Misszió bővítés	6 000 000 Ft
Országos Gyermekvédő Liga	Szülő Segély 2006	500 000 Ft
Önkontroll Egyesület	Az Önkontroll Egyesület és Klubjának működése	1 000 000 Ft
RÉS Szociális és Kulturális Alapítvány	Veszélyeztetett fiatalokkal kapcsolatos utcai szociális munka program	600 000 Ft
Szeged MJVÖ Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum	Metadon fenntartó kezelés szakmai és tárgyi feltételeinek biztosítása	1 900 000 Ft
Szent Erzsébet Karitás Alapítvány RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	Alacsonyküszöbű szolgáltatások megvalósításához szükséges infrastruktúra fejlesztése	2 200 000 Ft
Szent Erzsébet Karitás Alapítvány RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	Alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése a RÉV Szolgálatnál	3 000 000 Ft
Zala Megyei Kórház	Drogbetegek egészségügyi ellátásának javítása, alacsonyküszöbű szolgáltatás és az elterelés fejlesztése – tetőtér bővítés a Mentálhigiénés Központban	6 000 000 Ft

Pályázó neve	Projekt/program címe	Megítélt támogatás
Zsivora György Népfőiskolai Alapítvány	Kilépő női rehabilitációs lakóotthon II. lépcső	3 000 000 Ft
Göcsej Alkoholmentes Klub	Szenvedélybeteg Tanácsadó Szolgálat létesítése	1 000 000 Ft
Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ	Ártalomcsökkentés maximálisan	1 000 000 Ft
Főplébániai Karitászi Alapítvány	A kecskeméti Rév bővítése, korszerűsítése, felújítása	3 000 000 Ft
Bezerédj-Kastélyterápia Alapítvány	A Bezerédj Kastélyterápia Alapítvány infrastrukturális fejlesztése	2 500 000 Ft
Paraklisz Drogellenes Alapítvány	Paraklisz gazdasági épület kialakítása	3 000 000 Ft
Drog Stop Budapest Egyesület	Terápiás jellegű segítő csoportok létrehozása	3 000 000 Ft
Egy-Másért Alapítvány	Szenvedélybetegek Rehabilitációs célú Lakóotthonának fejlesztése	1 800 000 Ft
Pax Vobis Kiemelten Közhasznú Alapítvány	A Bócsai drogrehabilitációs intézmény bővítése, a fűtés korszerűsítése	7 000 000 Ft
Debreceni Egyetem	Ariadné fonala alacsonyküszöbű mentálhigiénés és drogzonzultációs szolgálat infrastrukturális fejlesztése	4 000 000 Ft
Alkohol-Drogsegély Ambulancia	Alacsonyküszöbű programok a veszprémi Drogambulancián	3 000 000 Ft
Kapocs Ifjúsági Önszegítő Szolgálat Alapítvány	Elérési tevékenységek, összetett segítő, megelőző feladatok az intézményes ellátás rendszerén kívülre szorult, bajba keveredett fiatalokkal kapcsolatban	3 000 000 Ft
Gyermekjóléti Szolgálat	Elterelés utánkövetése, kábítószer-fogyasztók családtagjainak önszegítő csoportja	1 000 000 Ft
Katolikus Karitászi – Caritas Hungarica	Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat alacsonyküszöbű szolgáltatásainak működtetése	3 000 000 Ft
Szt. Cirill és Method Alapítvány	Segítünk hogy RÉV-be éri!	1 500 000 Ft

Pályázó neve	Projekt/program címe	Megítélt támogatás
Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat	Kábítószer-fogyasztás okozta egyéni, társadalmi károk csökkentése	1 600 000 Ft
Baracskai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet	Baracskai drogprevenciós csoport	3 000 000 Ft
Echo Oktatáskutató Műhely	Party service szolgáltatás Székesfehérváron	3 000 000 Ft
Egri Gyermekvédő Liga	Szülősegély	2 500 000 Ft
MaCeKo Szociális Szolgáltató, Képző és Foglalkoztató Közhasznú Társaság	Szenvedélybeteg fiatalok komplex közösségi programjának működtetése	1 200 000 Ft
Caritas Hungarica Eger Alapítvány	RÉV-ÚT	1 500 000 Ft
Magyar Ökumenikus Segélyszervezet	Az észlelés kapui	3 500 000 Ft
Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány	A Tiszta Jövőért Alapítvány alacsony-küszöbű szolgáltatásának fejlesztését elősegítő program	3 000 000 Ft
Sziget Droginformációs Alapítvány	Szembe S ülve – alacsonyküszöbű terápiás program	1 500 000 Ft
Váltó-Sáv Alapítvány	Alacsonyküszöbű szolgáltatás börtönben és utána	3 150 000 Ft

3.7.3 HIV, hepatitisz szűrőprogramok, szűrővizsgálatok

AZ INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT RÉVÉN TERJEDŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK HELYZETÉRŐL

A HIV, a HBV és a HCV intravénás (iv.) kábítószer-használók körében 2005-ben jellemző prevalenciára vonatkozóan az előző évihez hasonlóan viszonylag kevés információval rendelkezünk (Csohán és mtsai. 2006). Ebben az évben kizárólag az ÁNTSZ regionális mikrobiológiai laboratóriumában elvégzett, intravénás kábítószer-használó személyek HIV, HBV, HCV szerológiai vizsgálatának eredményéről számolhatunk be.

HIV/AIDS

2005-ben Magyarországon 106 újonnan felderített HIV-pozitív személyt regisztráltak, az incidencia (10,4 eset/millió lakos) 40%-kal magasabb volt az előző évinél (7,4 eset/millió lakos). Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek 17,9%-a külföldi állampolgár volt.

A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása

Év	Homo/ biszexuális	Hetero-szexuális	Hemofiliás	Transzfúziós recipiens	Intravénás kábitó- szer-használó	Nosocomialis	Maternalis	Ismeretlen	Összesen
2001	35	20	0	2	3*	0	0	22	82
2002	35	26	0	0	1*	0	0	16	78
2003	34	18	0	0	1*	0	0	10	63
2004	45	13	0	0	2*	0	0	15	75
2005	55	20	0	0	2**	3*	0	24	104
Összesen	204	97	0	2	9**	3	0	101	402

* importált esetek, ** importált esetekkel együtt

Forrás: Nemzeti Drog Főközpont 2006, Országos Epidemiológiai Központ, Csohán, Lendvai 2006

A 2005-ben felderített HIV-pozitív személyek 23,1%-ánál a fertőződés módja ismeretlen maradt. Azoknak a személyeknek, akinél a fertőződés módja ismert, döntő többsége (67%) ebben az évben is a homo/biszexuálisok rizikócsoportjába tartozott, és mindössze 2,5%-uk azaz két fő fertőződött intravénás kábítószer-használat révén. A két HIV-pozitív iv. kábítószer-használó közül csak egyik magyar állampolgár, akinek fertőzöttségére csak az AIDS stádiumban derült fény.

A magyarországi HIV/AIDS helyzet az előző évhez mért incidencia emelkedés ellenére sem minősíthető kedvezőtlennek, azonban felhívja a figyelmet a rizikócsoportokba tartozó személyek szűrővizsgálatát és felvilágosítását célzó programok biztosítására.

AKUT HEPATITIS B

2005-ben 119, az előző évinél 9,2%-kal kevesebb akut megbetegedést jelentettek be, az incidencia 119 eset/100 000 lakos/év volt.

A fertőzés terjedési módja az esetek kevesebb mint 50%-ánál volt ismert. A betegek között csökkent a kábítószer-használók aránya az előző évihez

viszonyítva, mindössze egy beteg, az ismert rizikócsoporthú betegek 2,1%-a került ki az intravénás kábítószer-használók közül. 25 évesnél fiatalabb budapesti férfi hepatitis B elleni védőoltásban nem részesült. A várakozásoknak megfelelően a 14–20 év közötti hepatitis B elleni aktív immunizálásban részesült intravénás kábítószer-használók körében nem kórisméztek akut hepatitis B megbetegedést.

Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között			
Bejelentett akut HB betegek			
közülük iv. droghasználók			
Évek	Száma	Száma	%
2001	159	6	3,8
2002	159	6	3,8
2003	143	7	4,9
2004	131	6	4,6
2005	119	1	0,8
Összesen	711	26	3,7

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Országos Epidemiológiai Központ, Csohán, Kaszás 2006

AKUT HEPATITIS C

A 2005. évben kevesebb heveny hepatitis C megbetegedést (22) jelentettek, mint az előző évben (40). Az ismert rizikócsoporthba tartozó betegek 13,6%-a, – az előző évinél (27,5%) alacsonyabb hányada – fertőződött iv. kábítószer-használat révén.

1998 és 2003 között az iv. kábítószer-használók körében diagnosztizált, akut hepatitis C esetek száma folyamatosan csökkent, azonban 2004-ben az előző évi két esettel szemben 11 beteget jelentettek, míg 2005-ben ismét kevesebbet, mindössze három esetet (2 férfi, 1 nő). A három beteg közül egy a 25 évesnél fiatalabbak közül került ki, kettő a 25–34 évesek korcsoportjába tartozott. A legfiatalabb beteg 24 éves, a legidősebb 30 éves volt. Az akut C hepatitiszes betegek többsége budapesti lakos volt.

Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut C hepatitiszes betegek között			
Bejelentett akut HC betegek			
Évek	Száma	közülük iv. droghasználók	
		Száma	%
2001	43	5	11,6
2002	42	3	7,1
2003	30	2	6,7
2004	40	11	27,5
2005	22	3	13,6
Összesen	177	24	13,5

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Országos Epidemiológiai Központ, Csohán, Kaszás 2006

HIV, HBV, HCV PREVALENCIA AZ INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓK KÖRÉBEN

2005-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat hét megyei intézete (Baranya, Bács-Kiskun, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Hajdú-Bihar és Veszprém megye) közölt adatokat a drogambulanciák kérésére intravénás kábítószer-használóknál végzett HIV, HBV, HCV, ÁNTSZ regionális laboratóriumaiban végzett szűrővizsgálatainak eredményéről.

HIV PREVALENCIA AZ INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓK KÖRÉBEN

79 főnél, 57 intravénás kábítószer-használó férfinél és 22 nőnél történt HIV szűrővizsgálat, valamennyi negatív eredménnyel zárult. A vizsgáltak kor szerinti megoszlása az alábbiak szerint alakult: 26,6% 25 évesnél fiatalabb, 58,2% 25–34 éves, 15,2% 34 évesnél idősebb volt.

HBV PREVALENCIA AZ INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓK KÖRÉBEN

82 főnél, 59 férfinél és 23 nőnél történt HBsAg vizsgálat, pozitív személyt nem derítettek fel. A vizsgáltak 29,3%-a 25 évesnél fiatalabb, 54,9%-a 25–34 éves, 15,8%-a 34 évesnél idősebb volt.

HCV PREVALENCIA AZ INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓK KÖRÉBEN

82 intravénás kábítószer-használó személynél, 59 férfinél és 23 nőnél történt anti-HCV ellenanyag meghatározás, közülük 9 hepatitis C vírus fertőzöttest találtak (10,9%), a fertőzöttségi arány alacsonyabb volt az előző évben hasonló populációban mérténél. A férfiak és a nők fertőzöttségi arányában minimális különbség volt megfigyelhető, a vizsgált férfiak 11,9%-a, a nők 8,7%-a volt pozitív.

Az iv. kábítószer-használók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége									
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	száma	közül pozitív
				szám	%	szám	%		
< 25 év	férfi	16	0	17	0	0,0	16	0	0,0
	nő	5	0	7	0	0,0	6	2	33,3
25–34 év	férfi	33	0	33	0	0,0	34	5	14,7
	nő	13	0	12	0	0,0	13	0	0,0
> 34 év	férfi	8	0	9	0	0,0	9	2	22,2
	nő	4	0	4	0	0,0	4	0	0,0
Összesen	férfi	57	0	59	0	0,0	59	7	11,9
	nő	22	0	23	0	0,0	23	2	8,7
	ffi+nő	79	0	82	0	0,0	82	9	10,9

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Országos Epidemiológiai Központ, Csohán, Kaszás 2006

TBC ÉS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT

Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetben működő surveillance központ 2005 áprilisától kezdte megfigyelni a rizikótényezők között a kábítószer-fogyasztást is (Jónás és mtsai. 2006)

TBC-s betegeknél talált rizikótényezők		
Rizikótényező	Betegek Száma	Betegek %-a
Alkoholfüggő	375	18,5
Hajléktalan	162	8,0
Kontakt személy	57	2,8
Immigráns	14	0,7
Egészségügyi dolgozó	19	0,9
Magányosan élő	129	6,4
Diabeteses	69	3,4
Szteroid kezelt	14	0,7
Zárt közösség ¹³	78	3,9
Kábítószer-használó	1	0,05
HIV fertőzött	7	0,3
Egyéb rizikó	385	19,0
Nincs rizikó-tényező	983	48,6
Incidencia:	2024	113%*
Összesen	2292*	

* a rizikófaktorok közül több tényező megjelölése is lehetséges, ezért magasabb az összeg a betegszámnál/100%-nál

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, A pulmonológiái intézmények 2005. évi epidemiológiai és működési adatai

2005-ben 1 fő kábítószer-használó TBC-s beteget találtak.

A leggyakoribb kockázatfokozó körülmény az alkoholbetegség és a hajléktalanság volt. A hajléktalanok körében a tuberkulózis előfordulása az átlagosnak 12-szerese. Különösen jelentős ez a probléma a fővárosban, ahol 522 tbc-s beteg közül 162 hajléktalan. (Jónás és mtsai. 2006)

FERTŐZŐ BETEGSÉGEK SZŪRÉSE A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI INTÉZETEKBEN¹⁴

A büntetés-végrehajtási intézetekben a 25/2003. (VII. 1.) IM rendelet¹⁵ hatályba lépésével változott a szűrési rend.

¹³ Börtön, szociális-, betegotthon, gyermekotthon.

¹⁴ Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága beszámolója alapján

¹⁵ 25/2003. (VII. 1.) IM rendelet, a fogva tartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III. 6.) IM rendelet módosításáról. A rendelet értelmében a fogvatartottak részére biztosítani kell az első befogadáskor az EKG szűrésen és a megbetegedések korai felismerését célzó, rutinszerűen alkalmazott laboratóriumi szűrővizsgálaton, valamint évente tüdőszűrésen, fogászati szűrésen, a nőknek nőgyógyászati szűrésen való részvétel lehetőségét.

2003-at megelőzően a HIV szűrővizsgálatot minden befogadott fogvatartotton elvégezték. Az új szűrési rend szerint a HIV szűrővizsgálat a befogadást végző bv. orvos tájékoztatását követően önkéntes alapon, a fogvatartott kérésére végezhető el. Az eljárási rend betartásával lehetőség van anonim szűrővizsgálatra is. A szűrővizsgálatot külön jogszabályban meghatározott laboratóriumok végzik. Korábban hivatkozott IM rendelet változása kapcsán a fogvatartottakat 17 nyelvű információs füzet segítségével tájékoztatják a szűrés szabályairól.

A hivatkozott IM rendelet előtt a HIV szűrések átlagos száma 17 ezer feletti volt, az intézkedés után ez a szám jelentősen visszaesett, 2005-ben 2294-en vettek részt szűrésen. A szűrések során korábban nem ismert pozitív eredmény nem volt, jelenleg 8 fő HIV pozitív fogvatartottról van tudomásunk. Közülük egy fogvatartottnál lehetett kimutatni a kapcsolatot kábítószerrel.

KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE

2005 augusztusától, az országos tisztifőorvos rendelete alapján a drogambulanciák és más kezelőhelyek kérésére az intravénás kábítószer-használók HIV és hepatitis C szűrővizsgálatát az ÁNTSZ regionális laboratóriumai (országos lefedettséget biztosítanak) az ÁNTSZ költségén, a beküldő számára térítésmentesen végzik el.

A hepatitis B elleni védőoltás a 14 éves korig kötelező és ingyenes védőoltási rendszer utolsó eleme. A 14. életévben iskolai kampányoltás keretében kerül rá sor 1999 óta.

Az év második felében Budapesten az Országos Epidemiológiai Központ által működtetett HIV/AIDS tanácsadót felújították, ahol a szakmai protokollnak megfelelően történik az önkéntes szűrővizsgálat és a tanácsadás. Ezen kívül az ország minden megyéjében – korlátozott rendelési időben –, de van lehetőség önkéntes, térítésmentes HIV-szűrésre és tanácsadásra. 2005-ben 110 szűrést és tanácsadást végző szakember számára tartottak WHO tananyagra épülő HIV counselling tanfolyamot a Nemzeti Népegészségügyi Program finanszírozásával.

Az AIDS Világnap alkalmából valamennyi megyében széleskörű kampány zajlott főleg a fiatalok és a rizikócsoporthoz tartozók számára az önkéntes HIV szűrővizsgálatok népszerűsítése érdekében.

3.8 Reszocializációs, reintegrációs programok

A felépülési lánc utolsó szakaszát jelentő reintegráció a szociális ellátás területén a közösségi alapellátáson (pszichoszociális utógondozás), a bentlakásos intézmények munka-rehabilitációs és fejlesztő-felkészítő programjain, védett munkahelyek biztosításán és a lakóotthonokban való elhelyezésen keresztül jelenik meg hangsúlyozottan.

A célzottan kábítószer-fogyasztók számára modellprogramokat működtető civil szervezetek mellett a szociális alapellátás is bekapcsolódik a reintegráció segítésébe: a közösségi ellátás 2005-ben fókuszba került. Állami normatív támogatás jelent meg a szenvedélybetegek közösségi ellátásában. A nappali intézmények kapacitása továbbra is igen alacsony, a közösségi ellátást végző szolgálatok iránti igény és számuk azonban növekszik. (A jelenlegi adatszolgáltatás alapján a pontos szám nem ismert, a pszichiátriai és szenvedélybetegek számára létrejött közösségi ellátások együttes száma kb. 110.)

2005-ben támogatási rendszer alakult ki a nappali illetve bentlakásos intézmények számára az intézményen belüli szociális foglalkoztatás megvalósítására, amelyeket az Szt. nevesít:

- Munka-rehabilitáció: cél a munkakészség és testi-szellemi képességek megőrzése, fejlesztése munkavégzés által, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés.
- Fejlesztő-felkészítő foglalkozás: cél az önálló munkavégző képesség kialakítása, fejlesztése, a munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatás révén, valamint felkészítés védett munkahelyen illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.

A rehabilitációs intézményekből kikerült kliensek félutas házakat, félutas lakásokat vehetnek igénybe. Az utógondozás további jellemző eleme az önszolgálati csoportokban való részvétel. 2005-ben az önszolgálati csoportok (12 lépéses csoportok, Narcotics Anonymous (NA) csoportok) megerősödése volt tapasztalható, mind létszámukat, területi elterjedtségüket és a gyűlések gyakoriságát illetően. (Budapesten, Pécsen és Szegeden több új csoport alakult.)

Az EQUAL projekt keretében (amelyet az Európai Szociális Alap és a Magyar Kormány finanszíroz) 2005 őszén a szenvedélybetegek gondozásának különböző szintjein tevékenykedő öt szervezet összefogásával egy olyan program indult el, mely a szenvedélybetegség teljes folyamatában komplex, hosszú távú, személyközpontú szociális támogatási formát, gondozást és társadalmi reintegrációt valósít meg.

LAKÁSKÉRDÉS

Budapesten 2004 decemberében kezdte meg működését egy főleg volt állami gondozott, politoxikomán szerhasználó fiatalokat célzó védett bentlakásos szállást biztosító program.

Pécsen új félutas lakás nyílt 2005 elején, a komlói rehabilitációs intézetből kikerült felépülésben lévő szenvedélybetegek részére. A délkelet-magyarországi régióban további két rehabilitációs intézményhez kapcsolódó félutas ház kezdhette meg működését. A lakóotthonok területi lefedettsége nagyon egyenlőtlen, az ország néhány területén nem találhatóak, és ez a rehabilitációs intézmények területi elhelyezkedésével magyarázható.

Rehabilitációs intézménytől függetlenül működő, kábítószer-fogyasztók részére igénybe vehető lakóotthon (félutas ház) jelenleg egy van az országban, a Baptista Szeretetszolgálat által létrehozott Boldogkerti Lakóotthon. A férfiak számára fenntartott félutas ház férőhelye kibővült: 14 fő befogadására képes. Foglalkoztatási programjának keretében elsősorban a külső munkahelyeken történő foglalkoztatást támogatja. Az alapvető szociális ügyintézés mellett az otthonban az önsegítő csoportok működtetése is kiemelt szempont.

Budapesten, a Megálló Alapítványhoz tartozó félutas lakás működtetése 2005. májusban abbamaradt. Itt 4 fő lakott egyidejűleg, akik rehabilitációs intézményekből kerültek Budapestre. A program folytatása előkészítés alatt van.

OKTATÁS, KÉPZÉS

A Megálló Csoport speciális középiskolai oktatási programot tart középiskolát elkezdett, de azt a kábítószer-használat miatt félbeszakító, abahagyó fiatalok számára. A képzés 2-8 évig tart, rugalmasabb időbeosztást tesz lehetővé, középiskolai végzettséget ad. Befogadó képessége 25-30 fő, amely évente 10-15 új, illetve kilépő fiatalt jelent a programban.

FOGLALKOZTATÁS

A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca (ICSSZEM) 2005-ben pályázati úton nyújtott támogatást védett munkahelyek létesítéséhez. A „Szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása” pályázat keretösszege 56 400 000 Ft volt.

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnázium és Szakközépiskola	Droghasználók oktatása a Belvárosi Tanodában	3 000 000 Ft
Diótörés Alapítvány	Dióhéj félutas ház fejlesztése a relapszus prevenció biztosítása érdekében	4 500 000 Ft
Drogambulancia Alapítvány	Új élet – álláskeresési technikák tréning	1 500 000 Ft
Echo Oktatókutató Műhely	Backspin 2.0 Képzési program a munkaerőpiacra való visszajutásért	1 000 000 Ft
Egy-Másért Alapítvány	A nagyszénási félutasház fejlesztése	6 500 000 Ft
Élettér Közösség- és Településfejlesztő Egyesület	„Újrakezdem, mert élni akarok!” Komárom	4 500 000 Ft
Emberbarát Alapítvány	„Emberbarát” védett munkahelyek szenvedélybetegek számára	3 000 000 Ft
Félúton Alapítvány	Kettős diagnózisú betegek átmeneti ellátásának fejlesztése	3 050 000 Ft
Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány	Infrastrukturális fejlesztés az utógondozás érdekében.	3 000 000 Ft
MaCeKo Szociális Szolgáltató, Képző és Foglalkoztató Közhasznú Társaság	Szenvedélybetegek Félutas Otthona	4 500 000 Ft
Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány	JÓZANUL A JÖVŐÉRT	700 000 Ft
Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány	Önsegítő közösségek és civil szervezetek fejlesztése	2 000 000 Ft
Menedék Alapítvány	Gyógyult drogosok visszavezetése a munkaviszonyba	2 000 000 Ft
Mérföldkő Egyesület	A Mérföldkő Egyesület átmeneti otthonának korszerűsítése	2 000 000 Ft
Mérföldkő Egyesület	Józan szenvedélybetegek foglalkoztatása Pécs-Somogyban	2 000 000 Ft
Pálos Károly Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat	Új dimenzió – pálya-futás	500 000 Ft

Pályázó neve	A program címe	Megítélt összeg
Sziget Gondozóház Alapítvány	Sziget Gondozóház Pszichiátriai és Szenvedélybetegek Nappali Inézményének infrastrukturális fejlesztése Göncön	550 000 Ft
Szombathelyi Egyházmegyei Caritas Alapítvány	„Érintettek vagyunk, majdnem behaltunk”	3 000 000 Ft
Szt. Cirill és Method Alapítvány	„Új élet – új szenvedély”	1 000 000 Ft
Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány	„Védett munkahely a Tiszta Jövőért”	1 500 000 Ft
Váltó-Sáv Alapítvány	Fogvatartás utáni munkába állás segítése	3 000 000 Ft
Változás Egyesület	A világ utat enged annak aki tudja merre tart	600 000 Ft
Zsivora György Népfőiskolai Alapítvány	„KILÉPŐ” nyitott rehabilitációs női lakóotthon létesítése	3 000 000 Ft

Védett munkahelyek az országban szintén egyenetlenül találhatók, többnyire rehabilitációs intézményhez kapcsolódóan. Dél-Dunántúlon (Kovácsszé-nája) 2005-ben új védett munkahely nyílt a terápiából kikerültek számára.

A Megálló Csoport Budapesten foglalkoztat közérdekű munkára kötelezett egyéneket. Kapcsolatban állnak a Pártfogói Felügyeleti Szolgálattal, és a kábítószer-fogyasztó elkövetők náluk tölthetik le büntetésüket.

Országos szinten a tavalyi év közepén indultak foglalkoztató programok, amelyek pszichiátriai betegek és megváltozott munkaképességű szenvedélybetegek által igénybe vehetőek.

Új reszocializációs központ kialakítása kezdődött el Budapesten (Emberbarát Alapítvány), amely átmeneti otthont, védett munkahelyet, oktatási stúdiót, valamint lakóotthont foglal majd magába. Az alapítvány által működtetett sütőüzem (védett munkahely) 2005-ben kezdte meg működését.

3.9 Drogfogyasztással összefüggő halálesetek és halandóság a drogfogyasztók körében

A magyarországi kábítószer használatlal összefüggő halálozás adatgyűjtése a 2005. évben is az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program keretében készült jelentések alapján történt. Az adatok korrigálását az Országos Igazságügyi Intézet végezte el. Az adatokat az Igazságügyi Orvosszakértői Intézetek, a Megyei Rendőr-főkapitányságok és az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szolgáltatták. Drogfogyasztással összefüggő halálozáson egyrészt a direkt mérgezés, vagyis közvetlen túladagolás eseteit; másrészt a közvetett droghasználattal összefüggésbe hozható erőszakos vagy természetes okú halálozást értjük.

KÖZVETLEN TÚLADAGOLÁS OKOZTA HALÁLESETEK

Országos adatok

Az előző évekhez képest 2005-ben csökkent a drogfogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek száma. Míg 2001-ben 40, 2003-ban 32, 2004-ben 34 személy halt meg kábítószer túladagolásban, addig számuk 2005-ben 28 volt.

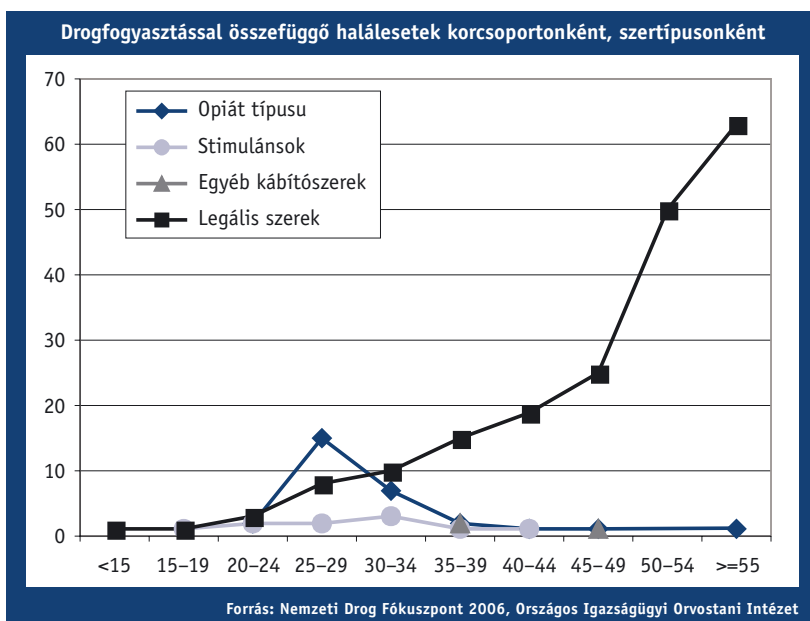
Drogfogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek száma 2005-ben			
	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	12	1	13
Metadon	1	1	2
Egyéb opiát	1	0	1
Hallucinogén	1	1	2
Amfetamin származékok	6	0	6
Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)	2	1	3
Kokain	0	1	1
Illegális szer összesen	23	5	28
Szerves oldószer	5	3	8
Nyugtató-altató	73	105	178
Politoxikománia	2	8	10
<i>Összesen</i>	<i>103</i>	<i>121</i>	<i>224</i>

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A túladagoltak között a legnagyobb arányt továbbra is az opiát használat miatt elhunytak teszik ki. A heroin túladagolás eseteinek száma emelkedést mutat, míg 2004-ben összesen 8-an, 2005-ben 13-an haltak meg heroin

túladagolás miatt. Az amfetamin típusú szerek okozta mérgezések száma szintén emelkedett a korábbi évekhez viszonyítva. Tisztán MDMA okozta mérgezés 3 esetben, vegyes amfetamin-származékok okozta túladagolás országosan 6 esetben történt. A Vám- és Pénzügyőrség, valamint a Rendőrség által lefoglalt és a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által bevizsgált kábítószeresek között az ecstasy tabletták száma növekedett ugyan, a heroin tekintetében azonban sem a lefoglalt mennyiségek, sem azok tisztasága nem mutat jelentős változást az elmúlt évekhez képest. Két esetben történt metadon túladagolás, előzőleg mindkét elhunyt részt vett metadon programban.

A legális szerek okozta túladagolások száma csökkent, a szerves oldószer fogyasztás miatt bekövetkezett halálos esetek száma azonban az elmúlt évben tapasztalt csökkenés után újra emelkedett.



Az illegális szerek miatt bekövetkezett halálos esetekben az átlagéletkor 31,1 év volt, a férfiaknál 32 év, míg a nőknél 27 év, heroin túladagolás esetében a korcsoportos megoszlás csúcspontja 25–29 év közé esik.

Legális szerek esetében az átlagéletkor férfiaknál 47 év, nőknél 49,5 év volt. A legális szerek okozta mérgezések az életkor előrehaladtával egyre emelkedő tendenciát mutatnak.

A 10 politoxikomán esetben valamilyen pszichoaktív szer és altató, nyugtató együttes alkalmazása okozta a halált. A leggyakrabban előfordu-

ló szerek a Tegretol (carbamazepin), Rivotril (clonazepam), és az Andaxin (meprobamat).

Budapest (86 eset) után a legtöbb drogfogyasztással összefüggő haláleset Pest megyében (29 eset) történt, azt követi Hajdú-Bihar (19 eset), majd Vas (13 eset) és Veszprém megye (14 eset). 2005-ben Baranya, Borsod, és Tolna megyéből nem jelentettek sem illegális, sem legális szer okozta túladagolást. A nemek megoszlását tekintve jelentős különbségek megyék szerint nem figyelhetők meg.

Mind a férfiak, mind a nők körében Budapesten volt a legmagasabb a halálozás, ez érthető, hiszen a fővárosban a legmagasabb a nyilvántartott drogfogyasztók száma.

KÖZVETETT HALÁLESETEK

Közvetett halálesetek közé azokat az eseteket soroljuk, amelyek nem direkt túladagolás miatt következtek be. Egyrészt ide tartoznak a valamilyen erőszakos cselekmény halálos esetei, melyekben pozitív toxikológiai eredményt kapunk, másrészt a droghasználattal összefüggésben kialakult betegségek miatt bekövetkezett halálesetek.

Erőszakos cselekmények közé a 34/1999 (IX.24) BM-IM-EüM rendelet szerint meghatározott eseteket soroljuk, mint pl. baleset (közlekedési, munkahelyi stb.), öngyilkosság, kihülés, idegenkezű cselekmények.

Közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekeken belül			
	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	2	1	3
Kokain	1	0	1
Kannabisz	1	0	1
Amfetamin típusú	6	1	7
Altató, nyugtató	11	6	17
Összesen	21	8	29

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A közvetett drogfogyasztással összefüggő erőszakos haláleseteknél az illegális szerek közül 7 esetben amfetamin-típusú szer volt kimutatható, a halál baleset miatt következett be. A 3 opiát-típusú közvetett haláleset Budapest területén történt, mindhárom esetben a halál közlekedési balesettel összefüggésben következett be. THC-t elhunyt véréből egy esetben mutattak ki, a halálok kihülés volt.

A közvetett halálozás körébe tartoznak a droghasználattal összefüggésbe hozható egyéb betegségek – így pl. szívbelhártya gyulladás stb. – miatt bekövetkezett halálesetek is. Ezen esetek azonban sokszor ismeretlenek maradnak, mert nem áll rendelkezésre megelőző, részletes kórelőzmény, és nem kerülnek hatósági boncolásra. A budapesti adatok szerint két esetben a heroin intravénás használatával összefüggésben alakult ki heveny szívbelhártya gyulladás majd szepszis, három esetben pedig amfetamin-típusú szer használatával összefüggésben alakult ki halálos szövődmény. Utóbbiak közül egy esetben amfetamin abúzus következtében kialakult szívmegegyesülés (Vályi P. 2005) okozta szívelégtelenség miatt következett be halál. Két esetben MDMA fogyasztás okozta hyperthermiás krízis (magas láz), heveny máj és veseelégtelenség, véralvadási zavar következtében állt be a halál. A drogfogyasztók kórházi, vagy háziorvosi kezelés során a megelőző droghasználatról általában nem számolnak be, ezért a diagnózis felállítása sokszor hosszadalmas, sok egyéb betegséget kell kizárni.

A Budapesten bekövetkezett kábítószer-használattal összefüggésbe hozható halálesetekből történt HIV, HCV, HBV szűrés során két esetben találtak HCV pozitivitást, egy esetben pedig HCV és HBV együttes pozitivitását. Mindhárom elhunyt személy heroin-fogyasztó volt, haláluk heroin túladagolás miatt következett be.

3.10 A drogfogyasztás egyéb egészségügyi következményei

VÁRANDÓSSÁG ALATTI DROGFOGYASZTÁS A CSALÁDBAN

Nagy szerepe van a védőnőknek a tiltott szerhasználat tényének felismerésében a várandósgondozás folyamán. A várandós nő több időt tölt el a védőnővel, mint orvosával és személyesebb lehet a kapcsolat is, hiszen a nyilvántartásba vett személyeket otthonukban és a védőnői tanácsadóban részesítik ellátásban a várandósság kezdetétől a gyermek megszületése után is. A védőnő tájékoztatja a várandós nőt a droghasználat veszélyeiről és ártalmairól, és ha a születendő gyermek helyzetét veszélyeztetettnak ítéli meg, tájékoztatja a várandós nő kezelőorvosát és az illetékes gyermekjóléti szolgálatot.

A védőnő által gondozott családban¹⁶ többnyire a családtagtól származó információ alapján kerül az anamnézisbe a kábítószer, visszaélő szerűen gyógyszer, alkoholt fogyasztó, illetve dohányzó családtag. Az alábbi táb-

¹⁶ A családban várandós és/vagy 0–16 éves családtag van.

lázat a gondozott családokban a tiltott szer, alkohol-fogyasztásra, illetve a dohányzásra vonatkozó adatokat mutatja 2004-ben.

2005-től a védőnői szolgálat tiltott szerhasználatra vonatkozó adatgyűjtése megszűnt.

Gondozott családokban előforduló drogfogyasztási adatok (fő)				
	Tiltott szer-fogyasztás	Alkohol-fogyasztás	Dohányzás	Gondozott családok száma összesen
Budapest	89	4445	47 390	158 293
Összes megye Budapest adatai nélkül	830	83 014	328 972	997 373
Összesen	919	87 459	378 962	1 155 666

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, 2004. évi Védőnői Jelentés

A VÁRANDÓSSÁG ALATTI DROGHASZNÁLAT HATÁSA, MAGZATI DROG SZINDRÓMA

Legális drogok visszaélésszerű használata és kábítószeres használata súlyos szülészeti komplikációt és magzati károsodást okozhatnak a várandósság időtartama alatt. (Görbe 2006) A kis molekulású anyagok: (pl: kokain, heroin, alkohol, nikotin, gyógyszerek) átjutnak a placentán és a magzat szöveteibe kerülnek. (Szabó 2006)

Drogok újszülöttre gyakorolt hatása	
Kannabisz származékok	<ul style="list-style-type: none"> - nincs teratogén hatás - finom tremor - fokozott felriadás és reflexek - alvászavar több éves korig - magatartási-, tanulási-, emocionális zavarok
Kokain	<ul style="list-style-type: none"> - koraszülés, lepényleválás, halvaszülés, asphyxia - teratogén hatás: cardiovascularis, renalis, urogenitalis, gastrointestinalis - retardáció, microcephalia (fejlődési zavar, jellemző rá a kis fejkörfogat), intracranialis (koponyaűri) vérzés, görcs - magasabb vérnyomás, húgyúti infekció, NEC (Necrotizing Enterocolitis) - megvonási tünet ritka - Apnoe, periodikus légzés - SIDS gyakorisága nő - szegényes anya-gyermek kapcsolat, gyermekbántalmazás - anyai-magzati anaemia (vérszegénység)

Drogok újszülöttre gyakorolt hatása	
Opiátok	<ul style="list-style-type: none"> – toxaemia, asphyxia, sorvadtság, korai lepényleválás – anomáliák nem gyakoribbak – megvonási tünetek 48 óra után 4–6 hetes korig – tremor, irritabilitás, rángások, görcs, – táplálási nehézség, hányás, hasmenés, – magas hangú sírás, láz, sápadtság
Amfetamin-szermazékok	<ul style="list-style-type: none"> – placentaris vérzések – IUGR, koraszülés – veleszületett rendellenességek (microcephalia) – viselkedési zavar: tremor, vérnyomás nő – ecstasy: sceletalis, cardialis rendellenességek (csontrendszert és szívet érintő rendellenességek)
Nyugtatók, altatók	<ul style="list-style-type: none"> – retardáció nincs – hétnapos kor körül (2–14) irritabilitás, állandó sírás, csuklás – subacut tünetek: fokozott étvágy, regurgitáció, hányás, nyugtalanság, izzadás

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Szabó 2006

Az újszülöttkori elvonási szindróma fellépése és időtartama a megszületés utáni pár órától, két hétig terjedhet, a tünetek legtöbbször 72 órán belül jelentkeznek. A szindróma a 3. életnapon tetőzik és tünetei átlagosan egy hét alatt szűnnek meg. Az újszülöttkori elvonási tünetek felismerésére és értékelésére az ún. Finnegan score használatos, amely a gyors értékelés érdekében táblázatban foglalja össze a tüneteket és a melléjük rendelt pontértékeket. Az újszülött gyógyszeres kezelése a pontoktól függ, amit naponta többször is ellenőrizni kell.

DROGFOGYASZTÓ ANYÁK ÚJSZÜLÖTTJEINEK ELLÁTÁSA

Schöpf-Merei Kórház, Budapest

A budapesti Schöpf-Merei Kórházban 1996 óta működik a „Babamentő Krízisprogram”, melynek célja a krízishelyzetben lévő nők segítése (szociális indok, hajléktalanság, anyagi nehézség, kiskorú gravida, gondozatlan gravida, párkapcsolati krízis, eltitkolt terhesség, bántalmazás, droghasználat). A válsághelyzet kezelését orvos, védőnő, szociális munkás és pszichológus együtt kezelik és a kórházban kihelyezett Területi Gyermekevédelmi Szolgálat működik. (Vajda 2005)

A programra jelentkezés önkéntes, ez az ellátást igénylő kérelmére történik. Ha az érintett várandós nő cselekvőképtelen, akkor kérelmét törvényes képviselője terjesztheti elő. Ha erre nincs mód, a törvény lehetőséget nyújt az ellátás kötelező igénybevételére.

A krízisprogram keretében gondozott 1260 terhes (1996–2004)		
Gondozottak családi állapota	Hajadon	915
	Elvált	45
	Férjezett	210
	Élettársi kapcsolat	60
	Nincs adat	30
A gondozottak lakhelye	Budapesti	611
	Vidéki	349
	Hajléktalan	223
	Nincs adat	77
Az újszülöttek elhelyezése	Örökbeadás	172
	Családba fogadás	1
	Csecsemőotthon	330
	Hazakerült	499
	Anyaothton	108
	Családos szálló	30
	Nevelőszülők	30
	Csecsemőotthon anyával	15
	Más kórházban szült	57
	Várandósan addiktológiai osztályra átirányítva	18

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, Vajda 2005

Tíz év alatt 1400 várandós nő érdeklődött a program iránt, 1260-an az intézményben is szültek. 18 személyt irányítottak tovább különböző addiktológiai osztályokra, 15 olyan újszülöttet láttak el, akinek édesanyja drogot fogyasztott (drogteszttel igazolt) a terhessége alatt. (Szabó 2006)

A Schöpf-Merei Kórházban szült drogfogyasztó anyák életkora 16–32 év: a szipuzás inkább fiatal 16–17 éves anyák, a heroin fogyasztása 20 és 30 éves kor között volt jellemző. Gyakorinak mondható az egyszerre többféle kábítószer fogyasztása. A terhességek többnyire gondozatlanok voltak, vagy a szülés előtt kezdődött a gondozás. Így a szükséges vizsgálatok (AFP, HBsAg, VDRL, ultrahang) sem mindig készültek el. A gyakori társfertőzések miatt (hepatitis C, condyloma, STD) anaemia (vérszegénység), alultápláltság miatt ez fokozott veszélyt jelentett.

A kábítószerek átjutva a placentán közvetlen hatással is a magzat retardációját, koraszülést okoztak. A kokain ismert ambrubciót (a lepény hirtelen leválása, a koraszülés, anya és magzata is vérszegényen, kivérzetten születhet) okozó hatását észlelték. Gyakran volt szükség az újszülött újraélesztésére, ez összefüggésben volt az utolsó kábítószer-fogyasztás idejével, illetve a kábítószer fajtájával. Főként heroint fogyasztó anyák gyermekeinél volt alacsony az Apgar-érték.¹⁷

¹⁷ 0–10 közti skálán méri az újszülöttet, öt különböző szempont – szívverés, légzés, aktivitás, reflexek és szín – szerint. A maximális érték 10.

A megvonási tünetek mértéke (a Finnegan-score) azon újszülötteknél volt magas, akinél az anya szülés előtt rövid idővel is drogot fogyasztott. Egy heroinista anya gyermekénél néhány órában görcs alakult ki. Magas Finnegan-score esetében kombinált kezelést kellett hosszabb ideig alkalmazni. Az akut időszakban észlelt tünetek (hasmenés, izzadás, hányás, exkoriációk) megszűntek, de eseteikben a kóros neurológiai tünetek még hetekig is jelen voltak. Ez is hangsúlyozza a csecsemők utánkötésének fontosságát. A rendezetlen szociális, családi viszonyok az anya még nem kezelt kábítószer-függősége miatt, gondos vizsgálatok után öt újszülött haza, a többiek csecsemőotthonba kerültek.

Semmelweis Egyetem (SE) I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest (Görbe 2006)

A Semmelweis Egyetem I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján a Neonatális Intenzív Centrumban (NIC) 3 újszülöttet kezeltek neonatális elvonási szindróma diagnózissal.

SE I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján észlelt neonatális elvonási szindrómák adatai 2004–2005-ben									
Év	Szülés-szám összesen	Neonatális elvonási szindrómával kezelték	Neme	Koraszülés	IUGR ¹⁸	Drog	Ultrahang	EEG ¹⁹	Malformáció ²⁰
2004	3557	1	Fiú	-	+	Heroin-metadon	-	-	+
2005	3641	2	Lány	+	+	Andaxin	+	-	-
			Lány	+	+	Polydrog	+	+	-

Forrás: Nemzeti Drog Főközpont 2006, Görbe 2006

A három újszülött közül 2 koraszülöttként jött a világra. Mindhárom újszülött mutatta a méhen belüli növekedési retardáció jeleit.²¹ Egy esetben volt szükség sürgős császármetszésre az anyai intoxikáció (Andaxin) miatt.

¹⁸ IUGR: Növekedési elmaradás, retardáció.

¹⁹ EEG: elektroencefalogram, az idegrendszer aktivitásának felmérésére szolgál.

²⁰ Malformáció, veleszületett fejlődési rendellenesség.

²¹ A retardáció meghatározása a Papp Zoltán: A szülészet és nőgyógyászat tankönyve (2002 Semmelweis Kiadó) alapján történt.

Fejlődési rendellenesség (kétoldali vesemedence tágulat) 1 esetben fordult elő. Az újszülött nephrológiai gondozásba vétele megkezdődött.

Két újszülöttnak volt koponya ultrahangvizsgálattal kimutatható elváltozása, egy esetben (a meprobamat intoxikációnál) keringészavar, egy esetben pedig echogenitás fokozódás²² és kezdődő leukomaláciás cysták megjelenése (ez utóbbiak kialakulásához 3–4 hét szükséges, tehát méhen belül kezdődött az agyi keringészavar és/vagy oxigénhiány). Egy esetben társult az elvonási tünetekhez EEG elváltozás, kifejezett görcs-jelekkel, csökkent alaptervekenységgel. Ezt kezdődő epilepszia jeleként értékelték és a kezelést carbamazepinre (görcsgátló gyógyszer) váltották. A hallásszűrés (TOAE) mind a 3 újszülöttnél mindkét oldalon normális eredményt adott.

Egy esetben a szülőszobán lélegeztetésre és az újszülött újraélesztésére, két esetben pedig átmeneti ideig mechanikus ventilációra volt szükség.

Az esetszámok nem nagyok, de érzékeltetik, hogy igen súlyos betegekről van szó, akik szülőszobai ellátása, lélegeztetése és monitorozása csaknem minden esetben szükséges. Egy újszülöttnél volt a Finnegan-score alapján igazolható elvonási tünetcsoport (Finnegan score: 18), a többieknél a klónusos rángás, a fixáló tekintet, az EEG eltérés vagy a fokozott ingerlékenység volt a görcsgátló kezelés megkezdésének indoka.

Valamennyi eset intenzív ellátást és a napnak mind a 24 órájában monitorizálást igényelt.

KÁBÍTÓSZER-MÉRGEZÉSI ESETEK

Az egészségügyi ellátás mérgezési eset bejelentéseinek gyűjtését a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ (OKK) Országos Kémiai Biztonsági Intézetének (OKBI) osztálya, az Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (ETTSZ) végzi.

A 2005-ös évben összesen 307 kábítószer, valamint 26 szipuzás miatt bekövetkezett mérgezési esetet jelentettek az egészségügyi szolgáltatók. A mérgezéses esetek nemenkénti megoszlását tekintve sokkal magasabb a férfiak aránya, a kábítószer mérgezéses esetek 72%-a férfi, arányuk a szipuzás esetében 88,5%. A szereket tekintve megállapítható, hogy a jelentett mérgezéses esetek harmadában (34,2%) heroin túladagolás történt, ezt követi a marihuána (22%), majd az amfetamin származékok (12,4%). Az esetek közel fele (45%) a fiatal, 15–24 éves korosztályban történt, itt a marihuána-fogyasztás miatt következett be a legtöbb mérgezés, ezt az ecstasy követi. Az idősebb, 25–34 éves korosztályban az esetek több mint fele heroin túladagolás volt, második helyen itt is az ecstasy áll.

²² Az echogen a ultrahangvizsgálatnál az echodenzebb, tömörebb, területet jelöli, esetenként keringészavart, máskor zizenyőt jelez, de eltérés a normál képtől

A szipuzás miatt történt mérgezéses esetek 73%-ában hígítót lélegeztek be. Az esetek több mint fele (58%) 25–34 évesek körében történt.

Illegális szerfogyasztása miatt bekövetkezett mérgezések korcsoportonként, 2005									
		<15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65	Össz.
Opiát típus	Ópium, morfin	0	1	1	2	0	0	1	5
	Ópiát – glutemicid	0	0	1	0	0	0	0	1
	Heroin	0	26	67	10	2	0	0	105
	Mákgubó tea	0	0	1	0	0	0	0	1
Kokain típus	Kokain	0	1	6	3	1	0	0	11
Kannabisz típus	Hasis	1	0	0	1	0	0	0	2
	Marihuána	5	47	10	3	2	0	1	68
Hallucinogének	LSD	0	0	0	0	0	0	0	0
Amfetamin típus	Amfetamin	2	14	7	7	5	1	2	38
	Speed	0	11	7	0	0	0	0	18
	Ecstasy	0	27	5	1	0	0	0	33
Egyéb kábítószer		0	11	11	1	2	0	0	25
Illegális szer összesen		8	138	116	28	12	1	3	307

Forrás: Mérgezési eset bejelentések 2005

Szipuzás miatt bekövetkezett mérgezések korcsoportonként, 2005									
		<15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65	Össz.
Szerves oldószerek	Nitrohígító	0	2	2	0	1	0	0	5
	Egyéb hígító	1	3	9	0	0	1	0	14
Ragasztók	Pálmatex, Technokol	1	0	1	0	0	0	0	2
Egyéb oldószer		0	2	3	0	0	0	0	5
Szipuzás összesen		2	7	15	0	1	1	0	26

Forrás: Mérgezési eset bejelentések 2005

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006

4. Kínálatcsökkentés

4.1 A kábítószer-bűnözés és bűnüldözés helyzete

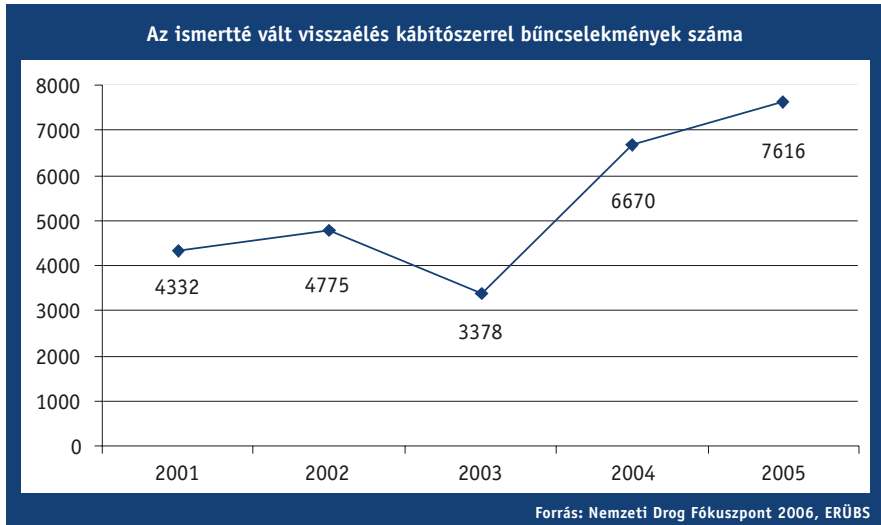
Hazánkban, 2005-ben, az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények mennyiségi mutatói ugyan változtak, azonban a minőségi jellemzők tekintetében jelentős elmozdulás nem történt. Az esetszám-növekedés jellemzően a jogszabályi háttér változásával – többek között az elterelésben résztvevők körének szélesítésével – és a diverziós jogintézmény végrehajtásával hozható összefüggésbe. Míg 2004-ben a vádemelés elhalasztása jogintézményben – azaz az ún. elterelésen – az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 50%-a vett részt, addig ez az arány 2005-ben 62,3% volt.

A rendszer output jellegéből adódóan az elkövetéskori adatok bizonyos fáziskéséssel, a rendőrségi, ügyészségi eljárás lezárulásakor kerülnek regisztrálásra. Így az ismerttetett adatok azokra a cselekményekre vonatkoznak, amelyekben az eljárás az adott évben, esetünkben 2005-ben, fejeződött be. A bűnügyi statisztika csak késéssel képes követni az eseményeket. Az elemzés során ezt nem szabad figyelmen kívül hagynunk.

A BŰNCSELEKMÉNYEK

A hazai kriminálstatisztika rendszere a kábítószeres bűncselekmény alatt a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (282/A., 282/B., illetve a 282/C. §-okat) érti. A 2005. évi statisztikai adatok szerint 7616 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

Az ERÜBS adatai az mutatják, hogy 2005-ben tovább emelkedett a felderített, azaz az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A növekedés mértéke 114,2% volt.



2005-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények összбүнözésen belüli aránya 1,7% volt, amely arány csekélynek mondható.

AZ ELKÖVETÉSI IDŐ

A bűncselekmények elkövetési idejét vizsgálva a következő kép rajzolódik ki:

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma

Elkövetés éve	Esetszám	%
2005	1568	20,6
2004	4319	56,7
2004 előtt	1729	22,7
Összesen	7616	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, ERÜBS

2004-hez képest javult a helyzet az eljárások elhúzódásának tekintetében. 2004-ben, a tárgyévben elkövetett cselekmények mindössze 14,4%-át tették ki az összes visszaélés kábítószerrel bűncselekménynek. Ez 2005-ben 20,6% volt. Azonban ez az érték is alatta marad a 2003. évi Btk. és Be. változás előtti időszakban detektált értékeknek.

Mint azt a tavalyi jelentésben is jeleztük, a jogszabályi környezet változásával az elterelések végrehajtása szabályozottabb, de hosszabb is lett.¹ Így a kriminálstatistikában a tárgyévben elkövetett esetszámok aránya azóta nem éri el a – korábban mért – 30% körüli értéket.

AZ ELKÖVETÉSI MAGATARTÁSOK

A legjellemzőbb elkövetési magatartás továbbra is a fogyasztás, habár a kriminálstatistika rendszere az egy törvényi tényálláshoz tartozó eseteket egyben tudja csak rögzíteni, ezért nem tudjuk pontosan, hogy hány eljárás indult kizárólag kábítószer-fogyasztás miatt (a vonatkozó tényállások ugyanis más típusú elkövetési magatartásokat is magukba foglalnak).

A „termel, előállít, megszerez, tart, behoz...” magatartások – amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak – részaránya az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között 90,9% volt, a „fogyasztás” pedig (amely azért szerepel még a statisztikában mert olyan esetek is befejeződtek 2005-ben, amelyek a 2003. évi módosítás előtt indultak) 0,8%. Tehát azt mondhatjuk, hogy a jellemzően keresleti oldali, saját használattal összefüggő cselekmények részaránya 91,7%.

A kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részesedése a felderített esetek 8,3%-át teszik ki.

AZ ELKÖVETŐK

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2005-ben a 2004. évihez képest 14,2%-kal növekedett, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőké pedig 9,6%-kal, azaz 6466-ról 7085-re.

¹ Ritter (2005) vizsgálatot végzett a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkkel szemben alkalmazott „elterelések” hatásosságáról 2004-ben budapesti mintán. A vizsgálat eredményei összehasonlíthatók voltak az 1999-ben, ugyanezzel a módszerrel és ugyanezen a mintán végzett vizsgálat eredményeivel. (Ritter, 2000). Eszerint: „Az eljárás megindulása és a valamilyen típusú kezelésen történő részvétel vállalása miatti vádemelés elhalasztásáról szóló határozat meghozatala között eltelt átlagos időtartam Budapesten 9,8 hónap, azaz gyakorlatilag 10 hónap. Egy visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőnek, amennyiben a feltételek fennállnak, és az elkövető vállalkozik a gyógykezelésre, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson történő részvételre, az eljárás megindulásától mintegy 10 hónapot kell várnia addig, míg a kezelést megkezdheti. Az 1999-es budapesti mintán végzett elterelés-vizsgálat szerint az eljárás megindulása és a kezelésen történő részvétel miatt a vádelhalasztás között eltelt átlagos időtartam 7,6 hónap volt.

Ha ehhez hozzászámoljuk, hogy 6 hónapig tartó folyamatos kezelést kell igazolniuk az elkövetőknek, akkor közel másfél évig tart a „büntetés”. Az eljárás megindulása és a vádelhalasztás sikeres leteltét követő megszüntető határozat közötti átlagos időtartam Budapesten 2004-ben 19,2 hónap volt.

A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben a korábbiakhoz képest nem változott. E bűncselekménytípust jellemzően fiatalabb korban követik el, mint más bűncselekményeket. Míg 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 éri el a 60%-ot.

A bűnügyi statisztika két csoportját különbözteti meg a bűncselekmények elkövetőinek. A *bűnelkövetők körébe* tartoznak azok, akik a jogszabályoknak megfelelően büntethetők az elkövetett cselekmény miatt, a bűncselekményt *elkövetők* másik csoportja valamilyen büntethetőséget kizáró ok miatt nem vonható felelősségre tettéért. A következőkben az *elkövetők* nem, életkor és iskolai végzettség szerinti megoszlását vizsgáljuk. Így azok körében vizsgáljuk a szocio-demográfiai jellemzőket, akik a 2005. évi bűnügyi statisztikai adatok szerint elkövettek visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (függetlenül attól, hogy büntethetők voltak-e vagy sem).

NEMEK SZERINTI MEGOSZLÁS

A korábbi évekhez hasonló arányszámokkal találkozunk a nem szerinti megoszlás tekintetében. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 89,7%-a férfi, 10,3%-a pedig nő volt. Ez az arányszám egyébként megközelíti az összes bűnelkövető körében jellemző nem szerinti megoszlást is.

ÉLETKOR SZERINTI MEGOSZLÁS

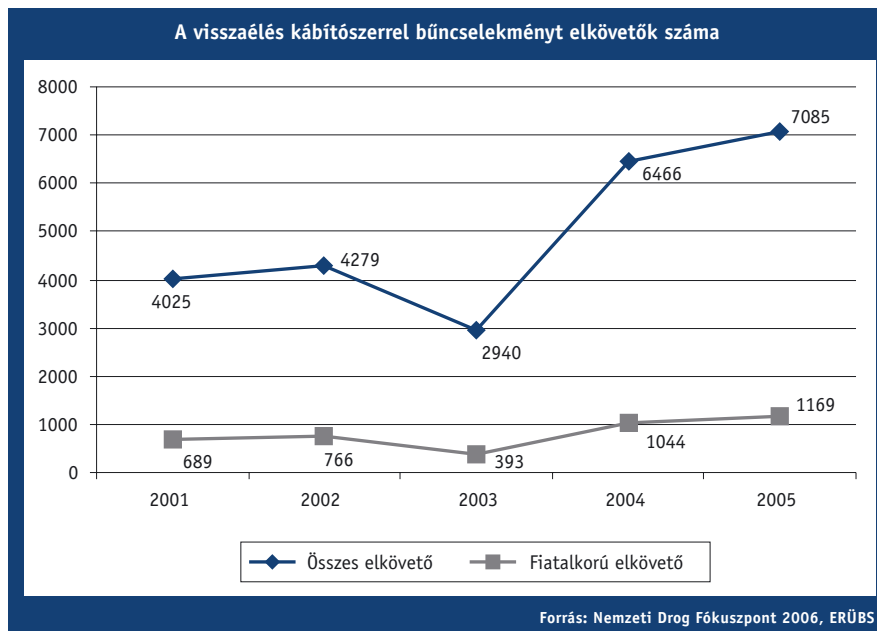
Az elkövetők korösszetételében 2005-ben sem történt lényeges változás. Továbbra is a fiatal felnőttek (18–24 év) ellen indult legnagyobb számban eljárás (56,5%).

Korcsoportok	eset	%
Gyermekkorú	9	0,1
Fiatalkorú	1169	16,4
18–24 éves	3993	56,5
25–30 éves	1401	19,8
31–40 éves	447	6,3
41–50 éves	54	0,8
51–60 éves	9	0,1
61 év feletti	3	0,0
Összesen	7085	100,00

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, ERÜBS

FIATALKORÚ ELKÖVETŐK

A fiatalkorúak aránya az összes elkövető körében 2005-ben 8,7% volt. Miközben a fiatalok részesedése az összes elkövető körében csökken, a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények esetében tartja a 17% körüli értéket. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett fiatalkorú bűnelkövetők száma 1169 fő volt. Ők alkották az összes kábítószer-bűncselekményt elkövetők 16,5%-át.



A grafikon jól szemlélteti, hogy a fiatalkorú elkövetők vonala az elmúlt 5 évben nem mozgott együtt az összes visszaélés bűncselekményt elkövetőket ábrázoló vonallal, tehát a már említett 17–18% körüli szint egyelőre állandósulni látszik.

AZ ELKÖVETŐK ISKOLAI VÉGZETTSÉG SZERINTI MEGOSZLÁSA

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetői továbbra is megőrizték iskolázottságbeli előnyüket az egyéb bűnelkövetőkkel szemben.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása 2005-ben

Iskolai végzettség	eset	%
Nincs	14	0,2
Ált. isk. 8. oszt.	3611	51,0
Szaktanácsképző iskola	1693	23,9
Középiskola	1589	22,4
Egyetem, főiskola	117	1,6
Nincs adat	61	0,9
Összesen	7085	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006, ERÜBS

ELŐÉLET SZERINTI MEGOSZLÁS

2005-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 32,4%-a volt büntetett előéletű. Közülük 20,2% volt visszaeső (azaz 3 éven belül újabb szándékos bűncselekményt követett el).

Ezeknek az elkövetőknek jelentős része kábítószerfüggő és korábbi bűncselekményeik is a szerhasználattal vagy a szerhez jutással voltak összefüggésben. Kisebb részük azonban a bűnöző szubkultúrából kerül ki, ami azt jelzi, hogy a kereskedelmi jellegű tevékenység mellett ebben a körben is terjed a szerhasználat.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetőinek többsége első büntényes, azaz korábban még nem volt büntetve. 2005-ben a büntetlen előéletűek aránya 67,6% volt. Ez magasabb, mint az egyéb bűncselekmények esetében.

KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS

2005-ben 2%-kal többen (4151 fő) követtek el bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt, mint 2004-ben és közel kétszer annyian, mint 2003-ban (2112 fő).

A legtöbben (76,2%) kábítószerrel visszaélés bűncselekményt valósítottak meg, azaz ennyi elkövető ellen indult eljárás azért, mert kábítószer hatása alatt állt. Ez az érték 2004-ben 75,6% volt, tehát jelentős elmozdulásról nem beszélhetünk.

Főbb bűncselekményi csoportokra lebontva: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 13,4%-a, közlekedési bűncselekményt 1,9%-uk, személy elleni bűncselekményt 2,0%-uk, garázdaságot 2,3%-uk.

A BÜNTETŐELJÁRÁS ALTERNATÍVÁI

A vádemelés elhalasztására, mint diverziós lehetőség (elterelési forma) alkalmazására jellemző, hogy a fiatalokú visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők – a módosítás óta – egyre nagyobb arányban vesznek részt benne. Míg 2004-ben a fiatalokú kábítószer-bűncselekményt elkövetők 58,9%-a, addig 2005-ben már 70,7%-a vállalta a megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt, vagy valamely kezelési formát.

Míg 2004-ben a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 49,9%-a, addig 2005-ben már 62,3% vállalta a valamely elterelési formában való részvételt. A fiatalokúak körében ez az arány 58,9% illetve 70,7% volt.

4.1.1 Kábítószer-használat a börtönben

A büntetés-végrehajtás intézményeiben a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) beszámolója szerint az antiepileptikumokkal való visszaélés jelentősen növekedett 2005-ben. A kábítószeres előfordulása is jelentősen nőtt: a fogvatartottak körében előtalálás során 20 esetben, 21 személy érintettségével találtak többnyire MDMA tartalmú tablettát és kannabisz-származékokat, legtöbbször csomagban vagy ruházatban elrejtve.

Néhány esetben használt fecskendő és tű is előkerült a büntetés-végrehajtási intézetekben. Mivel a belső szabályozás szerint az intézeteknek egyelőre nincsen jelentési kötelezettségük ezen eszközöket illetően, számukról nincsen pontos információ.

Amennyiben olyan elítélt érkezik (évente 9–10 eset) büntetés-végrehajtási intézetbe, aki súlyosabb kábítószer-elvonási tüneteket mutat, az orvosi kivizsgálás után az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe (IMEI) kerül. 2005-ben 12 alkalommal fedeztek fel kábítószer-fogyasztást a fogvatartottak körében. 6 esetben morfin-, 4 esetben ecstasy-, 2 esetben pedig marihuána-fogyasztást regisztráltak.

4.1.2 A kábítószer-bűnözés megelőzése

A FOGVATARTOTTAK SEGÍTÉSE

A büntetés-végrehajtásban végzendő alacsonyküszöbű szolgáltatások beindításához jogszabályi változásokra lenne szükség főképpen a fogvatartottnál tartható tárgyak körét, illetve egyes biztonsági jellegű szabályok újraértelmezését vagy módosítását illetően. A tűcsere programok beindítására tehát jelenleg nem adottak a jogszabályok.

A börtönökben metadon fenntartó kezelés kötelezően biztosítandó. 2005-ben ilyen módon egy fő részesült metadon kezelésben.

A büntetés-végrehajtás intézeteiben 2005 folyamán növekedett az alternatív pszichoszociális/peer counselling kábítószer-prevenációs csoportok száma.

A biztonsági kínálatcsökkentés keretében a BVOP kezdeményezte, hogy a fogvatartottak kevesebb csomagot kaphassanak, melyhez jogszabály változtatás szükséges. A kábítószer bekerülés egyik legkritikusabb pontját továbbra is a csomagküldemények jelentik.

4.2 A kábítószer-felderítő tevékenység

HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

Magyarországon továbbra is a marihuána a legelterjedtebb kábítószer. Nagy része hazai ültetvényekről kerül az eladókhöz, míg külföldről elsősorban Hollandiából, és a volt Jugoszlávia területéről érkezik az országba.

A szintetikus kábítószerek vonatkozásában megállapítható, hogy azok jellemzően Nyugat-Európából – különösen Hollandiából – kerültek becsmepészésre.

Az utóbbi időszak tapasztalata – mely jelenség összefügghet a határok átjárhatóságával – hogy a vidéki nagyvárosok szervezetséget mutató bűnözői körei is bekapcsolódtak a szintetikus kábítószerek saját szervezésű, Hollandiában történő beszerzésébe, és illegális importjába, fellazulni látszik a korábbi főváros centrikusság.

A heroin továbbra is az ún. „Balkán-útvonalon” érkezik az országba. A heroin-szállítmányok jelentős részénél azonban csak tranzit, illetőleg deponáló országgént szerepel az ország. Magyarországon elsősorban albán és török nemzetiségű csoportok tartják kezükben a heroin csempészetet, illetőleg nagybani terjesztést. Az alacsonyabb szintű terjesztésben az albán és magyar csoportokon kívül új jelenséggént kínai és vietnámi személyek is részt vesznek.

KÁBÍTÓSZER-TERMESZTÉS ÉS ELŐÁLLÍTÁS

A kannabisz ültetvények méretében növekvő tendencia mutatható ki.

A magyar fogyasztói piacon megjelenő marihuána egyre jelentősebb része hazai illegális ültetvények terméséből származik. A szabadban folytatott természetesen kívül üvegházi és zárt hangárrendszerű termesztés is felderítésre került az elmúlt évben, melyeknél a szükséges fényt és öntözést automatikus vezérléssel oldották meg.

2005-ben egy szintetikus kábítószerek előállításához használt anyagot (platina-oxid katalizátort) gyártó illegális laboratóriumot is lefoglalt a bűnüldöző hatóság.

4.3 A kábítószer-piac struktúrája

4.3.1 Lefoglalt kábítószer

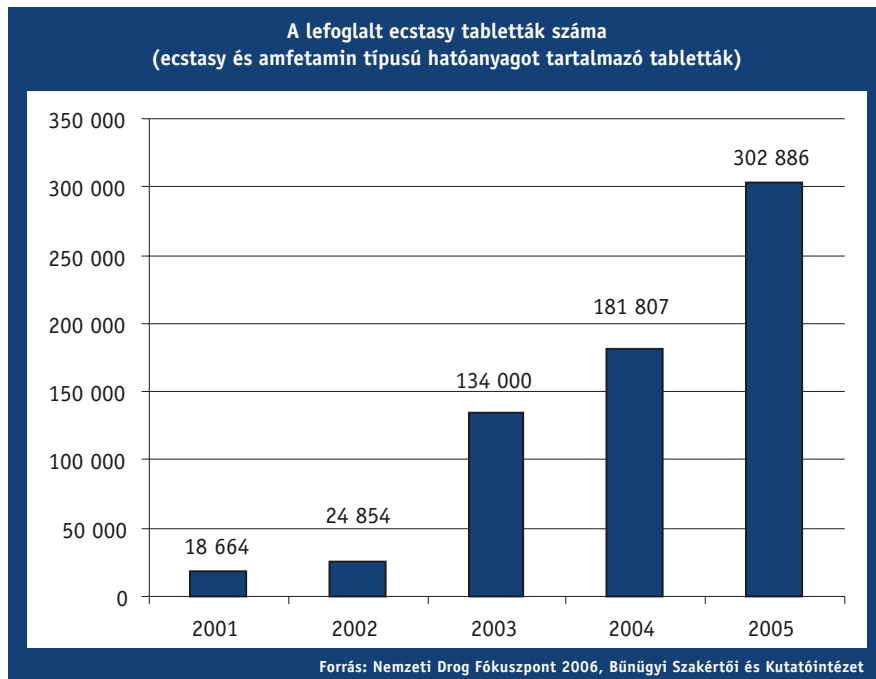
Az alábbi adatok mind a Rendőrség, mind a Vám- és Pénzügyőrség által talált kábítószerkeletet magába foglalja.

A 2005-ben, a lefoglalási adatok alapján, Magyarországon továbbra is a marihuána volt a legnépszerűbb kábítószer. Előfordulási gyakoriságban – a korábbi évekhez hasonlóan – a marihuánát az ecstasy az amfetamin majd a heroin követi. Az amfetamin előfordulási gyakorisága 2001-től kezdődően emelkedő tendenciát mutat, amely a 2005. évben is folytatódott.

Lefoglalások száma és mennyisége				
Szer típus	2004		2005	
	Lefoglalás	Mennyiség	Lefoglalás	Mennyiség
Marihuána (kg)	1722	91,733	1707	161,613
Kannabisz növény (tő)	62	2998	43	811
Hasis	59	2,524	86	12,859
Heroin (kg)	113	89,85	108	237,842
Kokain (kg)	96	94,43	89	7,581
Amfetamin (kg)	378	19,663	355	27,743
Metamfetamin (kg)	3	0,0015	5	0,107
Ecstasy (tabletta) [MDMA, MDA, MDE]	1226	181.807	366	234.582
LSD (adag)	18	3396	14	569

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006. Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A lefoglalt kábítószer mennyiségének növekedése (marihuána, hasis, heroin, amfetamin) elsősorban több nagytételű lefoglalás eredménye. Kokain esetében nagyobb tranzitszállítmány lefoglalására 2005-ben nem került sor, de a kis mennyiségű kokain-lefoglalások száma növekvő tendenciát mutat. Az ecstasy esetében az utóbbi években jelentősen növekedett a nagy lefoglalások száma és a lefoglalt tételek mérete is.



4.3.2 Kábítószeres utcai árai és tisztasága

ÁR

2005-ben az előző évben készített kutatás folytatásaként szintén kábítószerhasználók információi alapján történt az utcai árak felmérése.²

A kérdések 8 illegális drogra (marihuána, hasis, heroin, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD) és az illegális úton szerzett metadonra terjedtek ki. A válaszadókat arra kértük, hogy csak azon szerek esetében adjanak meg árat, amelyet ténylegesen vásároltak 2005-ben, így pontos információval rendelkeznek. A kérdések a legalacsonyabb, legmagasabb és leggyakoribb árakra vonatkoztak.

A kutatás során a válaszadói arányok nem változtak jelentősen az előző évhez képest. A legtöbben 2005-ben is a marihuána és az ecstasy esetében tudtak választ adni.

² A kutatás Budapestre és 4 másik nagyvárosra: Miskolcra, Szegedre, Zalaegerszegre és Pécsre terjedt ki. A helyi drogambulanciákon került felvételre a Nemzeti Drog Fókuszpont által kidolgozott kérdőív. Minden városban 20 kérdőív került kitöltésre, így a teljes mintanagyság 100 fő volt. A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel történt.

Kábítószeres utcai árai forintban					
FORINT	Leg- alacsonyabb	Leg- magasabb	Leg- gyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	1581	2575	2249	2078	96
Hasis (gr)	1836	2765	2344	2301	61
Heroin (gr)	9087	14 087	10 192	11 587	26
Heroin (pakett)	3488	5720	4194	4604	17
Kokain (gr)	12 746	16 955	14 933	14 850	45
Crack (gr)	9800	15 400	12 600	12 600	5
Amfetamin (gr)	2372	3750	2910	3061	61
Ecstasy (tabl.)	823	1690	1218	1256	74
LSD (adag)	1952	3013	2500	2482	30
Metadon (5mg)	900	1517	1339	1208	17
Metadon (20mg)	1343	1880	1633	1611	7

Kábítószeres utcai árai euroban³					
EURO	Leg- alacsonyabb	Leg- magasabb	Leg- gyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	6,4	10,4	9,1	8,4	96
Hasis (gr)	7,4	11,1	9,5	9,3	61
Heroin (gr)	36,6	56,8	41,1	46,7	26
Heroin (pakett)	14,1	23,1	16,9	18,6	17
Kokain (gr)	51,4	68,4	60,2	59,9	45
Crack (gr)	39,5	62,1	50,8	50,8	5
Amfetamin (gr)	9,6	15,1	11,7	12,3	61
Ecstasy (tabl.)	3,3	6,8	4,9	5,1	74
LSD (adag)	7,9	12,1	10,1	10,0	30
Metadon (5mg)	3,6	6,1	5,4	4,9	17
Metadon (20mg)	5,4	7,6	6,6	6,5	7

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006

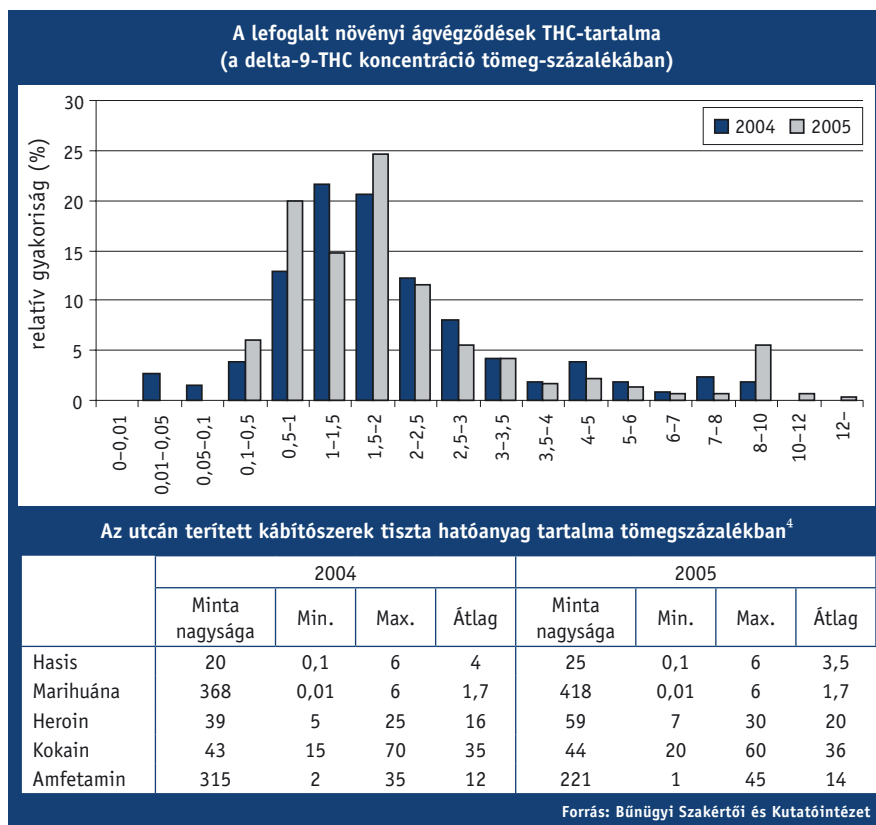
³ A táblázatban szereplő árak a 2005-es hivatalos euro középfolyam (1 € = 248,05 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

A városok tekintetében nem figyelhető meg jelentős eltérés a különböző kábítószer-fajták leggyakoribb árai között.

A 2005-ben jelentett árakhoz képest nem történt érdemi változás, amely alapján trendeket állapíthatnánk meg.

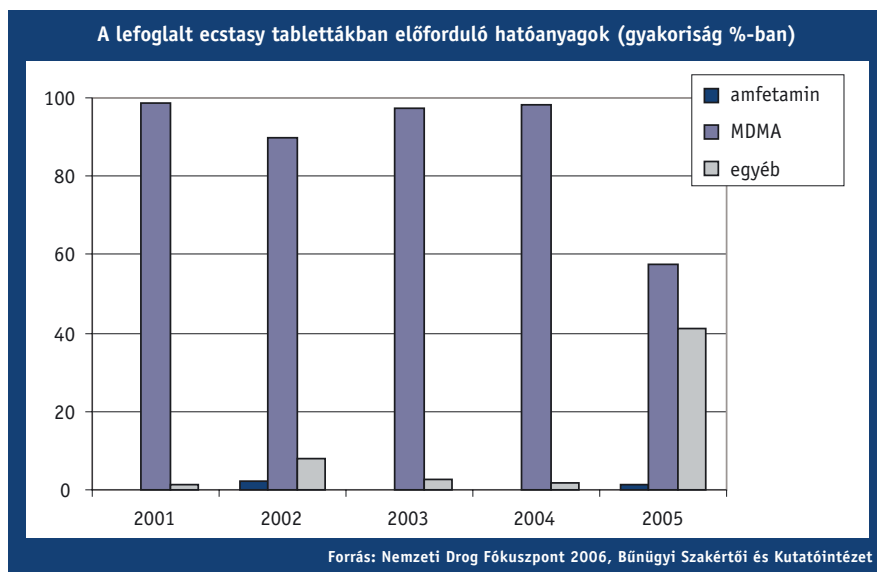
TISZTASÁG

A kábítószeres hatóanyag-tartalmának alakulását vizsgálva megállapítható, hogy a lefoglalt marihuána hatóanyag tartalma az elmúlt évek során folyamatosan emelkedett. Kiugró növekedés tapasztalható 2005-ben az 1,5-2% THC tartalmú marihuána-lefoglalások arányában, illetve a korábbi évekhez képest több esetben fordultak elő kiugróan magas THC tartalmú (>6%) minták.



⁴ A közölt határok nem tartalmazzák a kis számban előforduló, kiugróan alacsony és kiugróan magas hatóanyag-tartalmakat. A hatóanyag-tartalom az ügyek legalább 90%-ában a megadott határokon belül található.

A csak MDMA hatóanyagot tartalmazó (ecstasy) tabletták esetén a kisebb hatóanyag-tartalmú (20–50 mg/tabletta MDMA-bázis) tabletták aránya emelkedett észrevehetően. Ezek a tabletták (a korábbi években jellemző, 90% feletti előfordulási gyakorisággal szemben) 2005-ben mintegy 60%-át teszik ki az illegálisan előállított (elsősorban amfetamin-származékokat tartalmazó) kábítószer-tartalmú tabletták lefoglalási tételeinek. További mintegy 20%-ban a tabletták az MDMA és más hatóanyag kombinációját tartalmazták. 2005-ben számottevő mennyiségben jelentek meg újra az amfetamint tartalmazó tabletták, valamint többféle hatóanyag-kombináció is jelentős számban fordult elő a tablettákban (MDMA+MDE, MDMA+amfetamin, amfetamin+metamfetamin). Új hatóanyagként megjelent az mCPP, amely mind önmagában (6%), mind MDMA-val kombinálva (4%) előfordult a tablettákban.



4.4 A kábítószer prekurzorokkal végzett tevékenységek ellenőrzése

A Magyar Kereskedelmi és Engedélyezési Hivatal (MKEH) 2005. évben a társhatóságokkal közös ellenőrzéseket folytatott a kiemelten fontos kábítószer-prekurzor felhasználóknál, forgalmazóknál, gyártóknál, exportőröknél, importőröknél, elsősorban a szokásos éves ellenőrzési program keretében (a 2103/1999. (V.5.) Korm. határozatnak megfelelően), másodsorban a tevékenységi engedélyek kiadásához kapcsolódóan, harmadrészt az adatbekérés ellenőrzések során észlelt rendellenességek kivizsgálására, tisztázására.

Az MKEH által előkészített ellenőrzések száma és időtartama 2005-ben az alábbiak szerint alakult:

Ellenőrzés éve	Jegyzőkönyvvel zárt ellenőrzések száma	Helyszínen töltött napok száma
2005.	33 (ebből 1 gyógyszerész)	50

Az ellenőrzések előkészítésének, valamint a bekért további adatok értékelésének időigénye átlagban további 3–4 nap.

A 2005. évi helyszíni ellenőrzések során az előző évihez hasonló szabálytalanságok (bejelentési kötelezettségek elmulasztása, dokumentációs és/vagy nyilvántartási előírások esetenként figyelmen kívül hagyása) feltárására került sor, de ezek aránya az előző évekhez képest csökkent. A helyszíni ellenőrzések megállapításai alapján nem került sor szabálysértési eljárás, vagy büntetőeljárás kezdeményezésére.

2005. év során a 2004. december 31-én nyilvántartott operátorok közül 200 nem, vagy csak külön felszólításra tett eleget éves statisztikai jelentési kötelezettségének. Szabálysértési eljárást a statisztikai jelentési kötelezettség elmulasztása miatt nem kezdeményezett a Hivatal.

A statisztikai jelentési kötelezettségnek tehát továbbra is jelentős számú gazdasági szereplő nem tesz időben eleget. Bejelentési kötelezettség elmulasztása miatt 6 cég ellen indított szabálysértési eljárást a Hivatal.

Forrás: Gazdasági és Közlekedési Minisztérium

Az ORFK Igazgatásrendészeti Főosztály Rendészeti Osztályán működik a Központi Kábítószer Rendészet (a továbbiakban: ORFK KKR), mely szakhatósági feladatokat lát el a kábítószerekkel, a pszichotrop anyagokkal, illetve a kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos tevékenységek engedélyezési eljárásaiban. Az ORFK KKR és a területi szervek munkatársai végzik a legá-

lis tevékenységet végzők ellenőrzését. A 2005-ös évben 6663 ilyen irányú ellenőrzés történt, melynek következményeként jelentősen javult a legális szférában tevékenykedők jogkövető magatartása.

A közforgalmú és az intézeti gyógyszertárakban – a rendezetlen jogszabályi háttér miatt – 1998. évtől kezdődően jelentős mennyiségű gyógyászati felhasználásra már alkalmatlan, kábítószert tartalmazó gyógyszer halmozódott fel. Megtörtént ezeknek a tételeknek a selejtezése, begyűjtése és megsemmisítése 2005. év közepétől kezdődően. Az országos akcióban összesen 926 kg, az egészségügyi kockázat mellett jelentős közbiztonsági kockázatot is jelentő kábítószer megsemmisítésre került. A feladat megszervezése és lebonyolítása több hatóság (ÁNTSZ, Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal Kábítószer Igazgatósága, ORFK) eredményes együttműködésének jó példája. Sikerült egy több mint hat éve fennálló, és jelentős kockázatot képező állapotot felszámolni.

Az ORFK KKR szervezi a lefoglalt és elkobzott kábítószerek megsemmisítését is. 2005-ben 8 esetben, összesen 1172 tétel (403 kg) kábítószer megsemmisítése történt meg.”

Felhasznált irodalom

- ASZMANN A. (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- BOCZ J., GÉRING Zs., KMETTY Z., SZABÓ K., KREITL P. (2006): *Nonprofit szervezetek Magyarországon*, 2004. KSH, Budapest.
- CSOHÁN Á., KASZÁS K., LENDVAI Gy. (2006): Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről – Országos Epidemiológiai Központ. Nem publikált tanulmány.
- DEMETROVICS Zs., GYALOG B. (2005): Drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök mérése. Kézirat. Nem publikált.
- DEMETROVICS Zs., MARIÁN A., OBLÁTH M. (2005): A kábítószer-fogyasztók társadalmi megítélésének vizsgálata különböző célcsoportokban, attitűdskála szerkesztése és tesztelése. Nem publikált kutatási beszámoló.
- DOMOKOS T., MAHLER B., RUFF T. (2005): A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tagjai drogattitűdjének és társadalmi kapcsolatrendszerének vizsgálata Magyarországon. ICsSzEM. Nem publikált kutatási beszámoló.
- ELEKES Zs. (2005): A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia* 2005.4: 345–374.
- ELEKES Zs., NYÍRÁDY A. (2006): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése. Nem publikált kutatási beszámoló.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2000): Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. *ISMertető* 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2003a): The ESPAD 2003 Country Report – Hungary. Nem publikált tanulmány.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2003b): ESPAD 2003 vizsgálat nyolcadik évfolyamra való kiterjesztése. GYISM kutatási beszámoló. Nem publikált.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2004): A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Nem publikált kutatási beszámoló.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2005b): Alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokások budapesti 9–10. évfolyamos középiskolások körében. Nem publikált kutatási beszámoló.

- ELEKES, Zs., PAKSI, B. (2005a): A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal és drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. ICsSzEM. Nem publikált kutatási beszámoló.
- ERDÉLYI I. (szerk.) (2005): A Nemzeti stratégia félidős értékelésének részletes tapasztalatai Trimbos Intituut
- ERDÉLYI I. (szerk.) (2005): Hogyan erősíthető meg a magyar drogpolitikai koordináció az értékelés tükrében? Trimbos Intituut
- FARKAS L., GEREVICH J. (2005): Fogyatékosok drogfogyasztási jellemzőinek feltárása. Nem publikált kutatási beszámoló.
- Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Országos Kémiai Biztonsági Intézet, Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (2005): Mérgezési eset bejelentések
- GÁBOR K. (2000): *A középosztály szigete*. Belvedere Meridionale, Budapest.
- GÁBOR, E., FELVINCZI, K., NYÍRÁDY, A. (szerk.) (2004): *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről*. Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium kiadványsorozata. Budapest.
- GACHÁLYI A. (2006): 2005. évben végzett szűrővizsgálatok. MH EVI Toxikológiai Kutató Osztály, Kábítószer Vizsgáló Laboratóriuma. Nem publikált.
- GEREVICH J. és mtsai. (2005): A Kezelési Igény Indikátor Protokoll magyarországi adaptációja, *Psychiatria Hungarica*.
- GÖRBE É. (2006): A terhesség alatti drog- és gyógyszerfüggőség hatása az újszülöttre, a Semmelweis Egyetem I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 2004-ben és 2005-ben előfordult esetek vizsgálata. Nem publikált tanulmány.
- Igazságügyi Minisztérium Pártfogó felügyelői és Jogi Segítségnyújtó Szolgálat Országos Hivatala, Módszertani és Jogi Osztálya (2004): Tapasztalatok az elterelésről. Nem publikált.
- JÓNÁS J, BARSINÉ FODOR, K., KISS, P, PÉTERFINÉ TÜRGYEI, M. (2006): A pulmonológiai intézmények 2005. évi epidemiológiai és működési adatai. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, 2006.
- KISS, E., PIKÓ B., VETRÓ Á. (2005): Kockázati magatartás depressziós gyermekeknél. *Psychiatria Hungarica*, in press.
- KÓ, J, MÜNNICH I. (2005): A médiaszereplők kábítószerrel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata. ICsSzEM. Nem publikált kutatási beszámoló.

- MARTON, K. (2005): Drogprevenció a szabadidős foglalkozásokban – elméletben és gyakorlatban. Záró tanulmány, Gyerekparadicsom Alapítvány
- MÁRVÁNYKÖVI F., MELLES K., RÁCZ J. (2006): A kezelésbe és tűcserébe jutás akadályai problémás használók körében. Nem publikált
- NÁDAS E. (szerk.) (2004): *Kézikönyv a drog-prevenációs beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez*. Drog Fókuszpont, Budapest
- NEAMAN R., NILSON M., SOLBERG U. (eds.) (2000): Evaluation: A key tool for improving drug prevention. *EMCDDA Scientific Monograph Series. N.5*. Office for official publications of the european communities, Luxembourg
- NÉMETH ÁGNES (2003): Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (Global Youth Tobacco Survey). Országos Gyermekegészségügyi Intézet. Nem publikált kutatási beszámoló.
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2005): A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok látókörébe került iskolai kereteken kívül működő drogprenációs programok feltérképezése. Nem publikált kutatási beszámoló.
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására (2000). A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. ISM, Budapest
- PAKSI B. (2001): Kinek a szigete? A „Pepsi Sziget 2000” kutatásról. Szendélyek napja. Szabadegyetem. Corvin Budapest filmpalota. Budapest. június 5.
- PAKSI B. (2003a) *Drogok és felnőttek*. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. L'Harmattan, Budapest
- PAKSI B. (2003b): Prevenációs programok átfogó monitorozása értékelése. Nemzeti Kutatási és Fejlesztési Program. Nem publikált kutatási beszámoló.
- PAKSI B. (2006): Prevenációs tevékenységek átfogó monitorozása. Kutatási beszámoló.
- PAKSI B. (2006): Egy speciális populáció droghasználata. ICsSzEM Kutatási Beszámoló. Kézirat.
- PAKSI B. (2006b): Iskolai drogprenáció humán erőforrás-összetétele. ICSSZEM kutatási beszámoló. Kézirat.

- PAKSI B., ELEKES Zs. (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia* 2003. 3–4.
- PAKSI B., DEMETROVICS Zs., NYÍRÁDY A., NÁDAS E., BUDA B., FELVINCZI K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. *Addiktológia*, 2006/2. (megjelenés alatt)
- PAKSI B., DEMETROVICS Zs., NYÍRÁDY A., NÁDAS E., BUDA B., FELVINCZI K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. *Addictologia Hungarica*, 5(1–2):5–36.
- PAKSI B., ELEKES Zs. (2004): A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. MAT V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, október 21–23.
- PAKSI B., ELEKES Zs. (2005): A 9–10. évfolyamos középiskolások alkohol- és drogfogyasztása Budapesten Kutatási Beszámoló, NDI. Budapest
- PAKSI B., FELVINCZI K., SCHMIDT A. (2004): Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban, A közoktatási intézményekben alkalmazott prevenációs/egészségfejlesztő programok elterjedtsége, valamint az azokkal szemben támasztott iskolai igények. Kutatási beszámoló.
- PAKSI B., FELVINCZI K., SCHMIDT A. (2004): Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban. http://www.om.hu/doc/upload/200507/prevenacios_tevekenyseg_20050710.pdf
- RÁ CZ J. (2001): *Prevenációs programok értékelése. ISM, Budapest.*
- SZABÓ É. (2006): Kábítószer-fogyasztó anyák újszülöttjeinek ellátása a Schöpf-Merei Kórház NIC-Koraszülött osztályán. Nem publikált tanulmány.
- SZILÁGYI Zs. (2006): A kábítószer fogyasztási szokások felmérése a Magyar Honvédség személyi állománya körében: A kábítószer-fogyasztás epidemiológiai vizsgálata és a pszichológiai háttértényezők feltárása. MH Egészségvédelmi Intézet. Nem publikált.
- TRAUTMANN, F. és mtsai. (2005): How to Strengthen the Coordination of Drug Policy Formulation and Evaluation in Hungary
- VAJDA R. (2005): A krízisterhességek és gravidák aktuális nyomonkövetése és ellátása. *Hippocrates* 2005/4.
- VÁLYI P. (2005): A kábítószerek hatása a cardiovascularis rendszerre. *LAM*, 15, 353–363

