

# **Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről**

**2007.**

A SZOCIÁLIS ÉS MUNKAÜGYI MINISZTERIUM  
SZAKMAI KIADVÁNSOROZATA  
Budapest, 2007

A kötet szerkesztői: Dr. Felvinczi Katalin  
Nyírády Adrienn  
Felelős szerkesztő: Portörő Péter

Felelős kiadó: Halmos Ádám  
Grafikai munkák: Baksa Gáspár  
Olvasószerkesztő: Vargha Dániel  
Nyomdai előkészítés: Nyitott Könyvműhely  
[www.nyitottkonyv.hu](http://www.nyitottkonyv.hu)  
Nyomdai munkálatok: Kontaktprint Nyomda  
Felelős vezető: Aba Béla

ISSN: 1586-7978

# Tartalomjegyzék

MINISZTERI BEKÖSZÖNTŐ .....	7
ELŐSZÓ .....	9
ÖSSZEFOGLALÁS .....	11
1. KÖZÖSSÉG ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS .....	15
1.1 A nemzeti stratégia végrehajtása, monitorozása és intézményi háttere .....	15
1.1.1 Jogi keretek.....	15
1.1.2 Jogalkalmazás .....	19
1.2 A nemzeti stratégia megvalósításában résztvevő intézmények.....	20
1.2.1 Koordinációs intézkedések, változások .....	20
1.2.2 A KKB 2006. évi működése, ülések, határozatok .....	21
1.2.3 Nemzeti Drog Fókuszpont .....	21
1.2.4 Nemzeti Drogmegelőzési Intézet .....	22
1.2.5 A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2006. évi helyzete és éves tevékenysége .....	24
1.2.6 A kábítószer-probléma kezelésével foglalkozó további intézmények és profiljuk .....	30
1.2.7 Költségvetés és közkiadások .....	36
1.2.7.1 Kábítószerrel összefüggő címkézett költségvetési kiadások .....	36
1.2.7.2 Ráfordítási arányszámok és a nem címkézett költségvetési kiadások .....	38
1.2.8 A nemzetközi együttműködés szinterei.....	43
1.3 Drogkutatásokról általában .....	46
1.3.1 Kutatási stratégia .....	46
1.3.2 A legfontosabb kutatások és publikációk .....	47
1.3.3 A kutatási eredmények gyűjtése és közreadása .....	48
1.4 A kábítószer-problémával foglalkozó kutatások.....	49
1.4.1 Drogfogyasztás az iskolás- és fiatalkorú populációban.....	49
1.4.2 Rendőrök drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata .....	53
1.4.3 Drogfogyasztás a veszélyeztetett csoportokban .....	57
1.4.4 Regionális, helyi kutatások.....	58
1.4.5 Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban .....	64

1.5 Attitűdformálás.....	65
1.5.1 Parlamenti és társadalmi viták a kábítószer-problémáról.....	65
1.5.2 Megjelenés a médiában .....	66
1.5.3 Attitűdformálást célzó egyéb programok, események .....	69
<b>2. MEGELŐZÉS.....</b>	<b>71</b>
2.1 Iskolai prevenció.....	73
2.2 A szabadidő eltöltésének szinterei .....	85
2.3 Kockázati csoportok – Roma fiatalok .....	89
2.4 A Magyar Honvédség drogprevenációs tevékenysége .....	90
2.5 Munkahelyi prevenció .....	90
2.6 Képzések .....	91
<b>3. KEZELÉS – ELLÁTÁS .....</b>	<b>93</b>
3.1 A kezelésbe vont kliensek profilja .....	93
3.1.1 A rendelkezésre álló kezelési igény indikátor (TDI) adatok áttekintése .....	105
3.1.2 Kezelésben nem részesülő problémás fogyasztók .....	108
3.2 A drogfogyasztók kezelését – ellátását szolgáló intézményrendszer .....	112
3.2.1 Egészségügyi ellátás .....	112
3.2.2 Szociális ellátás .....	113
3.2.3 Területi különbségek az ellátásban.....	114
3.2.4 Az elterelés intézményrendszere .....	115
3.2.5 Fekvőbeteg-ellátás (aktív és krónikus).....	116
3.2.6 Járóbeteg (ambuláns) ellátás.....	116
3.2.7 Szubsztitúciós kezelés .....	116
3.2.8 Elvonó kezelés .....	117
3.3 Szenvedélybetegek közösségi ellátása.....	117
3.3.1 Tanácsadás, tesztelés.....	120
3.4 Reszocializációs, reintegrációs programok.....	120
3.5 A drogfogyasztás szövődményei – egészségügyi következmények.....	123
3.5.1 Drogfogyasztással összefüggő halálesetek .....	123
3.5.1.1 Közvetlen túladagolás okozta halálesetek.....	123
3.5.1.2 Közvetett halálesetek .....	125

3.5.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek .....	126
3.5.2.1 Bejelentett esetek .....	126
3.5.2.2 HIV, HBV, HCV prevalencia az intravénás kábitószer-használók körében.....	128
3.5.2.3 TBC és kábítószer-használat.....	135
3.5.2.4 Fertőző betegségek szűrése a büntetés-végrehajtási intézetekben.....	136
3.5.3 Kábítószer-mérgezési esetek.....	136
3.6 Válaszok a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásaira és következményeire .....	139
3.6.1 Tücsere programok .....	139
3.6.2 Beavatkozások más egészségügyi vonatkozások és következmények kapcsán .....	141
3.7 A drogfogyasztás szövődményei – szociális következmények .....	142
3.7.1 Szociális kirekesztettség .....	142
<b>4. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS.....</b>	<b>147</b>
4.1 Kábítószer-bűnözés .....	147
4.1.1 Következménybűnözés – a kábítószer hatása alatt történő bűnelkövetés .....	151
4.1.2 Kábítószer-használat a börtönben .....	151
4.1.3 Vádemelés elhalasztása .....	151
4.2 Kábítószerpiac.....	152
4.2.1 Hozzáférhetőség és kínálat.....	152
4.2.2 Lefoglalások .....	153
4.2.3 Ár/tisztaság.....	154
<b>FELHASZNÁLT IRODALOM.....</b>	<b>157</b>



## Miniszeri beköszöntő

2007-ben már nyolcadik alkalommal jelenik meg a *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* című kiadvány, mely a magyar Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ által összegyűjtött és gondosan ellenőrzött adatokat tárja az olvasóközönség elé, a nemzeti drogstratégia fejezeti struktúrájának megfelelő szerkezetben. Hosszú hónapok megfeszített munkája, az adatszolgáltatók, a minisztériumok és a kábítószer-probléma kezelésében érintett intézmények, a civil szolgáltatói szektor egyre javuló minőségű adatai ismét lehetővé teszik, hogy áttekintsük, mi is történt a kábítószerügy területén.

A laikusnak és a kormányzati felelősséget hordozó szakembernek gyakran az az érzése, hogy a kábítószer-probléma lényegesen súlyosabb, mint ahogy az a sajtóközleményekben megjelenik. Amikor rátekinünk az adatokra, értékeljük és értelmezzük a tendenciákat, nem mondhatjuk, hogy a hétköznapi ember veszélyérzete elaltatható: a kábítószer-probléma továbbra is jelentékenynek tekinthető, még mindig érvényes a nemzeti drogstratégiában megfogalmazott állítás: „A kábítószer-probléma valamennyiünket érint, és együttes cselekvésre késztet.”

Az egyre szaporodó és mindinkább megbízható adatok nemcsak az adatgyűjtő rendszerek fejlődéséről tájékoztatnak bennünket, hanem arról is, hogy kialakulóban van egy, a problémát egyre inkább megérteni képes intézményrendszer.

Tisztában vagyunk azzal is, hogy a kábítószer-probléma, mint általában a szenvedélyproblémák, dinamikusan változnak, ezért nem lankadhatunk az új és új megoldások keresése tekintetében. Támogatjuk az olyan szolgáltatások, programok megjelenését, melyek formájukban, tartalmukban valóban illeszkednek a problematikus élethelyzetű, veszélyeztetett fiatalok szükségleteihez, amelyek képesek alternatívákat kínálni a számukra.

A kábítószerügyi koordinációért felelős miniszterként fontosnak tartom kiemelni: a kábítószerügy, a probléma kezelése, mederben tartása összkormányzati feladat, az állam és intézményei arra törekszenek, hogy jogszabályalkotói, stratégiai, fejlesztési tevékenységük során a területen folyó szakmai munka feltételeit megteremtsék. Ebben a folyamatban különösen fontos a párbeszéd egyfelől a kormányzati szereplők, másfelől pedig az állami intézmények és a civil szektor képviselői között. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2007 elején történt korszakos jelentőségű átalakítása éppen ezt a célt szolgálja, immár kodifikált formában.

A párbeszéd iránti igény folyamatos a kábítószerügy iránt elkötelezett szakemberekben, szakpolitikuskban. Meggyőződésem szerint a *Jelentés*

közreadása kiváló alkalmat teremt arra, hogy új lendületet vegyen ez a párbeszéd. Köszönet illeti mindazokat, akik a kötet megjelentetésén dolgoztak, azokat a szakembereket, kutatókat, ellátó helyeket, a büntető-igazságszolgáltatás illetékes intézményeit, akik adatszolgáltatási tevékenységük révén hozzájárultak egy a jelenséget hűen leíró, tisztább kép megalkotásához, és köszönet azoknak, akik folyamatos munkájuk révén a mindennapokban tesznek a probléma visszaszorítása, kezelhetővé tétele érdekében.

Dr. Lamperth Mónika  
miniszter



## Előszó

A kábítószer-jelentés évről-évre bővülő tematikus tartalma azon túl, hogy szolgálni kívánja a differenciált megközelítésen alapuló megismerést, segítséget kíván nyújtani abban is, hogy az egyes jelenségekről alkotott vélemény kialakításához széleskörű és átlátható ismeretanyag álljon az olvasó rendelkezésére. Illeszthető ez a szándék a drogfogyasztás egyedi szinterein zajló folyamatok megértésétől kezdve, valamely érintett ágazatban bekövetkezett változás szintjén át, a nemzeti drogstratégia teljes hatókörében zajló fejlemények kontextusba helyezéséig. A folyamatos értékelésnek rendkívüli jelentősége van mind a jelen történéseinek feltárása és válaszintézkedéseink meghozatala, mind az új, 2009. év után esedékes, hosszú távú stratégiai célrendszer megtervezése szempontjából. 2004. óta immáron mindehhez a Nemzeti Drog Fókuszpont által színvonalasan biztosított – európai uniós információszolgáltatási rendszerhez igazodó – adatgyűjtési mechanizmus és számos, a területen dolgozó neves szakértő munkája segít hozzá bennünket.

A kötetben bemutatott adatok alapján látható, hogy Magyarországon is nagyjából az uniós országokban zajló tendenciákkal azonos folyamatoknak lehetünk tanúi. A drogérintettség adatait tekintve ugyan továbbra is a „kevésbé fertőzött” országok közé tartozunk, de a középiskolások között végzett 2006. évi országos HBSC adatfelvétel is arról tanúskodik, hogy a kábítószeres kipróbálása a fiatalok körében – ha ütemében jelenleg nem is növekszik drámai mértékben – sajnos arányaiban igen magas százalékot mutat. Mindez a prevenciók jellegű beavatkozások további szakmai fejlesztését teszi indokolttá, amelyhez szakszerű háttérrel jelentenek a közelmúltban a prevenciók programokkal kapcsolatban végzett, rendszerszerű vizsgálatok. Az iskolai szinten zajló programok terén ma már igen részletes információkkal rendelkezünk. A jövőben további adatgyűjtésekre kerül sor az egyéb megelőzési szintereken zajló tevékenységek irányában is.

Új és fontos fejlemény a kezelőhelyeken megjelenő kliensekre vonatkozó TDI adatszolgáltatási rendszer 2006. évi bevezetése. A jövőben ez számos olyan információhoz segít hozzá bennünket, amelyre vonatkozólag az adatok gyűjtése korábban csak korlátozott mértékben, vagy egyáltalán nem valósult meg. A kezeltekre, illetve az ellátási rendszereken kívül eső, vagy abba nehezen bekerülő, problémás szerhasználókra vonatkozó információk kulcsfontossággal bírnak az ellátások jövőbeni szervezése, az ellátási szükségletek pontos azonosítása, a hiányosságok csökkentése szempontjából.

Az ideai jelentésben részletes információkat találnak a nemzeti drogstraté-

gia megvalósításával kapcsolatos intézményi háttérrel, bemutatásra kerül a szokásos kutatási körkép, a nemzetközi vonatkozású programok, valamint a kínálatcsökkentés területén zajló valamennyi fontos fejlemény, különös tekintettel a kábítószer-kereskedelem elleni küzdelemre.

Az idén is több nézőpontból foglalkozik a jelentés a drogprobléma területén zajló diskurzussal, az attitűdformálás kérdéskörével. Ezzel kapcsolatban számos megállapításon túl egy dolgot biztosan tudunk: a drog-téma „speciális” jellege nem szabad, hogy elszigetelődést eredményezzen, sokkal inkább az együttműködés különleges igényére kell utaljon, egyre több közös kaput megnyitva a gondolkodásban.

Reméljük idei kiadványunk is hasznosnak bizonyul minden szakember, politikai döntéshozó és érdeklődő olvasó számára a tárgyban megjelent eddigi évkönyvek között.

Portörő Péter  
főosztályvezető-helyettes  
Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Osztály

## Összefoglalás

Az immáron nyolcadik alkalommal kiadásra kerülő *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* című kötet meghatározó mértékben támaszkodik a Nemzeti Drog Fókuszpont által összeállított, az Európai Unió Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) számára elkészített országjelentésben foglaltakra.

Jelen kötet azonban az adatokat és a helyzet kezelését hivatott intézkedéseket a nemzeti drogstratégia szerkezetének megfelelően tárja az olvasó elé, annak érdekében is, hogy a stratégia megvalósításában elért eddigi eredmények és az elkövetkező időszak feladatai láthatóvá váljanak. Közeledvén a stratégiában előirányzott megvalósítási periódus végéhez különösen is fontos, hogy a számvetés, az értékelés lehetőségét minden elérhető eszközzel előmozdítsuk. Reményeink szerint az éves jelentések azon törekvése, hogy valamennyi a kábítószer-probléma elterjedtségével, mintázódásával, és annak kezelésével összefüggő intézkedés tekintetében a legszélesebb nyilvánosság megteremtését érjük el, érdemben lesz képes hozzájárulni ennek az értékelési folyamatnak az érvényes kivitelezéséhez, valamint a tapasztalatok konstruktív hasznosításához.

2006. július 1-jétől a kábítószerügyi koordinációs feladatok ellátása a Szociális és Munkaügyi Minisztériumban, a szociálpolitikai szakállamtitkár irányítása alatt álló, szervezetileg a Családi és Szociális Szolgáltatások Főosztályán belül elhelyezkedő Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Osztályon történik. A nemzeti drogkoordinátori feladatokat a kábítószerügyi koordinációért felelős Szociális és Munkaügyi Miniszter felkérése alapján miniszteri megbízott látja el, aki szakmai irányítója a koordinációs folyamatoknak, valamint nemzetközi drogpolitikai vonatkozásokban ellátja Magyarország képviselőjét. 2006 végén megtörtént a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság újjászervezése. Az új struktúrában a Bizottság 10, szavazati joggal rendelkező állandó taggal évente legalább 4 alkalommal ülésezik. Az eddigiekhez képest fontos változást jelent, hogy az állandó tagok közül négyen nem kormányzati szervezet delegáltjai. Az országgyűlés létrehozta a Kábítószerügyi eseti bizottságot, melynek feladata a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című dokumentumban megfogalmazott stratégiai törekvések alapján a meghozott kormányzati intézkedések áttekintése, eddigi eredményeinek számbavétele és értékelése.

2006-ban jellemzően a fiatalok körében készült országos, illetve egy-egy város középiskolásainak drogfogyasztási szokásait vizsgáló kutatás. Az országos szintű adatfelvétel a HBSC kutatás keretében zajlott, a vizsgálat

eredményei a szerfogyasztás kipróbálásának enyhe növekedését mutatták. A HBSC vizsgálat is igazolta azt a magyar fiatalokra jellemző fogyasztási struktúrát, miszerint gyakori a két legkedveltebb szer, a kannabisz és az alkohol gyógyszerrel történő együttes használata – utóbbi főként a lányok körében –, ahogy ez a korábbi ESPAD vizsgálatokból is kiderült.

Az ICSSZEM–OM által működtetett pályázati rendszerben megvalósult iskolai prevenció programok leírását célzó kutatás eredményei arról tanúskodnak, hogy ezen programok kevésbé koncentrálnak az ismeretátadásra, a hangsúlyt inkább a visszautasítási technikákra és az önismeret-fejlesztésre helyezik. A programokra jellemző, hogy külső szakemberek bevonásával végzik, azonban az iskola pedagógusai is aktívan részt vesznek megvalósításukban. A korábbi vizsgálatok eredményeivel összehasonlítva ezek a programok a diákok körében mind az interaktivitás, mind a foglalkozásvezetők megítélésében kevésbé kedvező reakciókat váltottak ki.

2006-ban összesen 15 480 drogfogyasztót regisztráltak az adatszolgáltatásra kötelezett kezelőhelyek, az előző évhez képest a növekedés 5%-os. Ugyanakkor az új betegek száma 10%-kal csökkent (5673 fő). 2000 óta folyamatosan csökkent a kezelt heroinfogyasztók, és az intravénás-használók száma. Ez a tendencia 2006-ban megfordult és mind a kezelt heroinfogyasztók, mind az intravénásan használók körében növekedés volt tapasztalható. 2006-ban is a kannabisz-származékok miatt kezeltek aránya a legmagasabb, a kezelt amfetaminfogyasztók száma először csökkent az előző évhez képest. Tovább nőtt a kokain, viszont csökkent a hallucinogén szereket fogyasztók száma.

Az egészségügyi kezelési lánc, az előző évhez hasonlóan, 2006-ban is meglehetősen egyenetlen és hiányos volt. Komoly problémát jelentett a szakember-hiány és az addiktológiai/pszichiátriai problémával küzdő gyermekek és serdülők megfelelő egészségügyi ellátása. A problémás droghasználók véleménye szerint a két legnehezebben elérhető kezelési forma a drogrehabilitáció, és a metadon fenntartó kezelés.

A drogfogyasztás szociális következményeinek vizsgálata során megállapíthatjuk, hogy a korábbi évekhez hasonlóan a szociálpolitika és az ellátórendszer válasza a fennálló és az újonnan jelentkező kihívásokra a legtöbb esetben még mindig elszigeteltnek tekinthetők. Leginkább – legyen szó lakhatás, oktatás, képzés, vagy a foglalkoztatás kérdéséről – civil, egyházi szervezetek kezdeményezéseiről beszélhetünk, melyek mögött – állami és külföldi – pályázati források állnak.

A 2006-ban jelentett incidencia adatok, valamint a 300 intravénás kábítószer-használó célzott HIV-vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a populációban a korábbi évekhez hasonlóan igen alacsony lehet a HIV-fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezeltek, illetve az

alacsonyküszöbű szolgáltatásokat igénybevevők körében 28,9%-os HCV prevalencia volt mérhető. 2006-ban a tűcsere-programok által kiosztott injektorok száma 56%-kal, a kliensek száma 84%-kal növekedett az előző évhez képest. A másodlagos tűcsére utaló, eddig növekvő tendenciát mutató, egy főre jutó injektorok száma 2003 óta először 2006-ban csökkent. Ez jelentheti azt, hogy a programok egyre több kábítószer-fogyasztót érnek el közvetlenül.

Az elmúlt évekhez képest összességében csökkent az illegális szerhasználat miatt bekövetkezett halálesetek száma, a halálos heroin túladagolások száma azonban tovább növekedett. 2006-ban a heroin miatt bekövetkezett halálesetek tették ki az illegális szerhasználat okozta közvetlen halálozás 88%-át, amfetamin és ecstasy típusú szerek okozta haláleseteket nem jelentettek.

Magyarországon 2006-ban 13,4%-kal csökkent az ismertté vált kábítószerrel való visszaélés bűncselekményének száma a megelőző évhez képest. Azonban az összбűnözésen belüli aránya nem változott. Az ismertté vált elkövetők száma 15%-kal volt kevesebb 2006-ban, mint ahány kábítószerrel visszaélés esetet detektáltak a hatóságok. Ez azt jelenti, hogy minden hatodik kábítószerrel való visszaélés bűncselekménye miatt eljárás alá vont elkövetőt legalább kétféle kábítószer-bűncselekmény elkövetésével vádolták meg. 2005-ben ez az arány 7% volt, és a korábbi években sem emelkedett e fölé. Ennek oka elsősorban a büntetőjogi szabályozásban keresendő.

A kábítószerpiacon 2006-ban a legnagyobb mértékű változás az ecstasy tabletták vonatkozásában volt tapasztalható, mivel jelentősen csökkent mind a lefoglalások száma, mind a lefoglalt tabletták mennyisége, továbbá számottevő mennyiségben jelentek meg alacsony hatóanyag-tartalmú készítmények. Kis mértékben újra növekedett a heroin és a kokain aránya. Az utcai forgalomba került kábítószerek tisztasága szerenként különböző mértékben változott. A marihuána delta-9-THC tartalma évek óta lassú, de határozott növekedést mutat.



# 1. Közösség és együttműködés

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az országgyűlés határozata létrehozta a Kábítószerügyi eseti bizottságot, melynek feladata a „Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítására” című dokumentumban megfogalmazott stratégiai törekvések alapján a meghozott kormányzati intézkedések áttekintése, eddigi eredményeinek számbavétele és értékelése.

A kábítószerügyi koordináció szempontjából fontos esemény volt a KKB civil-szakmai delegáltakkal – mint teljes jogú tagokkal való kibővítése.

A kábítószer-problémával összefüggő kutatások részben országos, részben pedig helyi-regionális adatokkal bővítették a probléma elterjedtségére és rétegzettségére vonatkozó tudásunkat. Az országos adatok elsősorban az *Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása* című nemzetközi összehasonlító vizsgálatból származnak. Ezek az adatok jól mutatják, hogy a 9.,11. évfolyamon tanuló fiatalok 20,3%-a fogyasztott már életében valamilyen illegális szert. Az első szerhasználat életkorával kapcsolatban megállapítható, hogy a 14 éves koruk előtt kipróbálók aránya nem éri el a 10%-ot egyik drogfajta esetében sem. A kábítószer-probléma kezelése szempontjából igen nagy jelentőséggel bír az a kutatás, ami a rendőrök körében vizsgálta a kábítószer-probléma, a kábítószer-használat megítélését. E kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy a megkérdezett rendőrök 38,2%-a szerint prevencióval és felvilágosítással lehetne visszaszorítani a kábítószer-fogyasztást, míg 37%-uk szerint a szigorúbb büntetés lenne a megfelelő eszköz erre. A válaszok alapján a rendőrök 81,9%-a szerint szükséges különbséget tenni a kábítószer fogyasztók és a más kábítószeres bűncselekményt elkövetők között.

## 1.1 A nemzeti stratégia végrehajtása, monitorozása és intézményi háttere

### 1.1.1 Jogi keretek

KÁBÍTÓSZER-TÉMÁBAN HOZOTT TÖRVÉNYEK, RENDELETEK, IRÁNYELVEK

a.) 2006. évi LI. törvény (VII. 11.)

A 2006. évi LI. törvény a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényt módosította. (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006)

b.) 2006. évi CXXXII. törvény (XII. 19.)

Az egészségügyi ellátórendszer további átalakítása az egészségügyi reformok meghatározó eleme maradt. 2006. évi döntésként, hatásában azonban 2007-re áthúzódva az Országgyűlés 2006. december 19-én fogadta el „Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről” szóló törvényt, amelynek célja az egészségügyi ellátórendszer további átalakítása és fejlesztése, amelynek eredményeként, az elképzelések szerint, a helyi döntéseket is figyelembe véve egy hatékonyabb, korszerűbb, jobb minőségű és fenntarthatóan finanszírozható ellátórendszer jön létre. Ennek megfelelően a törvény meghatározza az ellátás legfontosabb szolgáltatásait (sürgősségi ellátás, nagyobb szakmai felkészültséget igénylő beavatkozások) adó súlyponti kórházakat és országos feladatú speciális intézeteket, valamint szakmacsoportonként a feladatuk ellátásához minimálisan szükséges – ezért törvényben garantált - ágyszámukat, továbbá szakmacsoportonkénti bontásban régióként meghatározza az elosztható aktív és krónikus kapacitásokat.

A törvény a helyi döntések szervezeteként a Regionális Egészségügyi Tanácsokat jelöli meg, így az ő feladatuk is a régió egészségügyi ellátórendszerének kialakítása. A törvény értelmében a RET-ek tehetnek javaslatot az elosztható kapacitások felosztására, az intézmények kötelező ellátási területére is. A 2007. január 1-jétől hatályba lépő, az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. tv. 1. és 2. számú melléklete meghatározta a 2007. április 1-je után működő aktív és krónikus, ezen belül a rehabilitációs ágyak számát.

A struktúraátalakítás eredményeként az addiktológiai/pszichiátriai területen a teljesítményfinanszírozott járóbeteg-ellátásban a teljesítményvolumen növekedése, ugyanakkor a gondozói tevékenységre kifizetett ún. fix díjak csökkenése várható. A változások összehatása attól függ, hogy a járóbeteg-ellátók a csökkenő gondozói finanszírozást képesek lesznek-e pótolni a járóbeteg-szakellátás teljesítményének növekedésével. Az addiktológiai járóbeteg-ellátók betegköre ugyanis kevésbé mobilizálható szakrendelési típusú szolgáltatások igénybevételére, mint más gondozók betegei.

A fekvőbeteg-ellátásokban az aktív ágyak csökkenése, és ezzel párhuzamosan a krónikus kapacitások (ezen belül is a rehabilitáció) volumenének növekedése prognosztizálható.

c.) 132/2006. (VI. 15.) Korm. rendelet

2006 folyamán az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában jelentős változások következtek be, továbbá számos olyan jogszabály előkészítése



és elfogadása történt meg, amelyek 2007-től gyakorolnak hatást az egészségügyi szolgáltatások volumenére, az egészségügyi szolgáltatók geográfiai megoszlására és a betegek ellátáshoz való hozzáférésre.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) kormányrendelet módosításáról szóló, 2006. július 1-jén hatályba lépő 132/2006. (VI. 15.) kormányrendelet komoly változást eredményezett a finanszírozásban. A módosítás kapcsán egységesítésre kerültek a krónikus fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó szorzók, és ezzel párhuzamosan a krónikus alapdíj korrekciójára került sor. A szakmai szorzók 2006. július 1-től történt módosítása alapján a szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs pszichiátria 2,1-es szorzója 1,2-re változott, amely a finanszírozás csökkenését eredményezte a fekvőbeteg-ellátó intézményekben.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) kormányrendelet alapján a járóbeteg-szakellátásra, illetve az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan az elszámolható teljesítmény mennyiségét (teljesítményvolumen) szolgáltatóként éves szinten – az ellátási igények változásának figyelembevételével havi bontásban - kell meghatározni.

A korábbi évek gyakorlatától eltérően 2006-ban a teljesítményvolumen szerinti finanszírozás alapját a 2005-ben – a járóbeteg-szakellátás esetében pontszámban, az aktív fekvőbeteg-szakellátás esetében súlyszámban – depresszió nélkül elszámolt teljesítmény 95%-a képezte.

A teljesítményvolumen-korlát (továbbiakban TVK) ilyen módon történt meghatározása tehát érzékelhető mértékben behatárolja a kezelőhelyek számára kifizethető finanszírozás mértékét, az előző évi kifizetések 95%-ában meghatározva azt. Ez a szabály korlátozta az egyes egészségügyi szolgáltatók betegforgalmának esetleges növekedését, valamint esetenként a korábbi szolgáltatás-mennyiség csökkenését eredményezte.

#### d.) 228/2006 (XI. 20.) Kormányrendelet

A kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről szóló 162/2003. (X. 16.) kormányrendeletet a 228/2006 (XI. 20.) kormányrendelet módosította. A kormányrendelet az ipari, étkezési és díszítő mák kábítószernek minősülő ópium alkaloidok (morfin, tebain, kodein) összes hatóanyag koncentrációjának határérték változásait, valamint ezen mákfajták és a cannabis sativa felhasználásának jogszabályi kereteit módosította.

e.) 262/2006. (XII. 20.) Kormányrendelet

A Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal által kiszabható bírság mértékére és alkalmazására vonatkozó részletes szabályok alapján a hivatal a kábítószer prekursorokkal kapcsolatos eljárásban hatáskörében ötszázezer forinttól tízmillió forintig terjedő bírságot szabhat ki.

f.) 1002/2007. (I. 18.) Kormányhatározat

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságról (KKB) szóló 1002/2007. (I. 18.) kormányhatározat meghatározza a KKB feladatait és összetételét (lásd Koordinációs intézkedések, változások című alfejezet).

g.) 14/2007. (III. 7.) OGY határozat

A 14/2007. (III. 7.) országgyűlési határozat létrehozta a Kábítószerügyi eseti bizottságot, melynek feladata a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című dokumentumban megfogalmazott stratégiai törekvések alapján a meghozott kormányzati intézkedések áttekintése, eddigi eredményeinek számbavétele és értékelése, beleértve a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1129/2004. (XI. 24.) kormányhatározat hatálybalépése óta elvégzett feladatok áttekintését is, építve a 2005 áprilisától 2006 májusáig működött Drogseti Bizottság (*Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című dokumentumban foglaltaknak az Európai Unió készülő Drogstratégiájával való összehangolását előkészítő eseti bizottság) által már elvégzett munkára.

h.) 49/2007. (IV. 26.) GKM–EÜM–IRM–MEHVM–PM együttes rendelet

A 49/2007. (IV. 26.) GKM–EÜM–IRM–MEHVM–PM együttes rendelet szabályozza a kábítószer-prekursorokkal kapcsolatos hatósági feladatok ellátásához szükséges tárolandó adatok körét, és az adatokhoz való hozzáférés rendjét.

i.) 38/2007. (V. 9.) OGY határozat

A 38/2007. (V. 9.) országgyűlési határozat a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról (2003–2005. évek vonatkozásában) szóló jelentés elfogadását tartalmazza, valamint módosítja a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII. 11.) OGY határozatot. A módosítás szerint a Kormány háromévente tájékoztatja az Országgyűlést, illetve évente az Ifjúsági, Szociális és Családügyi

Bizottságot, valamint az Egészségügyi Bizottságot a stratégiai program megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról.

## 1.1.2 Jogalkalmazás

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2006-ban 2484 személy elítélésére került sor kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény elkövetéséért, akiket összesen 2874 bűncselekmény miatt vontak felelősségre a következők szerint:

- a Btk. 282., illetve 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 1806 főt;
- a Btk. 282., illetve 282/A. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 182 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 148 főt;
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, illetve kereskedői típusú tevékenységek) miatt 348 főt;
- a Btk. 283/A §-ába ütköző bűncselekmény (kábítószer előállításához használt anyaggal való visszaélés) miatt nem volt jogerős elítélés.

2006-ban a jogerősen elítélt 2484 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- 923 szabadságvesztés (ebből 424 végrehajtandó, 499 végrehajtásban felfüggesztett);
- 151 közérdekű munka büntetés;
- 771 pénzbüntetés;
- 639 önállóan alkalmazott intézkedés.

## 1.2 A nemzeti stratégia megvalósításában résztvevő intézmények

### 1.2.1 Koordinációs intézkedések, változások

2006. július 1-jétől a kábítószerügyi koordinációs feladatok ellátása a Szociális és Munkaügyi Minisztériumban a szociálpolitikai szakállamtitkár irányítása alatt álló, szervezetileg a Családi és Szociális Szolgáltatások Főosztályán belül elhelyezkedő Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Osztályon történik. A nemzeti drogkoordinátori feladatokat a kábítószerügyi koordinációért felelős Szociális és Munkaügyi Miniszter felkérése alapján miniszteri megbízott látja el, aki szakmai irányítója a koordinációs folyamatoknak, valamint nemzetközi drogpolitikai vonatkozásokban ellátja Magyarország képviseletét.

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium felelősségi körébe tartozik a Kormány javaslattevő, véleményező testületének, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak (KKB) a működtetése, melynek elnöke a szociális és munkaügyi miniszter, társelnöke az egészségügyi miniszter.

2006 végén megtörtént a KKB újjászervezése. Az 1002/2007. (I. 18.) kormányhatározat értelmében az új struktúrában a Bizottság 10, szavazati joggal rendelkező állandó taggal évente legalább 4 alkalommal ülésezik. Az eddigiekhez képest fontos változást jelent, hogy az állandó tagok közül négyen nem kormányzati szervezet delegáltjai.

A KKB ülésein további 9, szavazati joggal rendelkező eseti tag és 10, szavazati joggal nem bíró szakértő tag vesz részt.

Az eseti és szakértő tagokat a Bizottság elnöke kéri fel a Bizottság ülésén való részvételre, amennyiben az ülés napirendjén szereplő valamely kérdés érinti a tag által képviselt szerv feladat- és hatáskörét.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A Bizottság állandó tagjai: a Bizottság elnöke és társelnöke; az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium képviselője; az Oktatási és Kulturális Minisztérium képviselője; az Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium képviselője; a Pénzügyminisztérium képviselője; a kábítószerügyi koordináció stratégiai területeit képviselő nem kormányzati szervezetek által delegált négy fő.

A Bizottság eseti tagjai: a Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium képviselője; a Gazdasági és Közlekedési Minisztérium képviselője; a Honvédelmi Minisztérium képviselője; a Külügyminisztérium képviselője; a Miniszterelnöki Hivatal képviselője; az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat képviselője; a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának képviselője; az Országos Rendőr-főkapitányság képviselője; a Vám- és Pénzügyőrség Országos Parancsnokságának képviselője.

A Bizottság szakértő tagjai: a Legfelsőbb Bíróság képviselője; a Legfőbb Ügyészség képviselője; az Országos Büntelmegelőzési Bizottság képviselője; a katonai nemzetbiztonsági szolgálatok képviselője; a Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal képviselője; az

## 1.2.2 A KKB 2006. évi működése, ülések, határozatok

A KKB működését, tevékenységi körét, feladatait a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság létrehozásáról szóló 1039/1998. (III.31.) Kormányhatározat szabályozta 2007-ig.

A KKB 2006. év folyamán 4 alkalommal ülésezett. A 2005-ös évtől eltérően, a kábítószer-probléma kezelésére fordítható költségvetési források 2006-ban lehetőséget biztosítottak a Bizottság részére, hogy mintegy 131,8 millió forint összegben a tárcák részére átcsoportosításra kerülhessenek azon pénzeszközök, melyek a legégetőbb fejlesztési feladatok elvégzését szolgálták (a KKB 1/2006. határozata rendelkezett ennek végrehajtásáról).

## 1.2.3 Nemzeti Drog Fókuszpont

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2004 óta látja el a hazai szakértőket és döntéshozókat megbízható adatokkal a hazai kábítószerhelyezetről. Munkája során törekszik a nemzetközi elvárásoknak és standardoknak megfelelő adatgyűjtési rendszerek kialakítására, fejlesztésére, és a hazai kábítószerhelyzet minél részletesebb bemutatására, mely törekvések megegyeznek a Nemzeti Stratégia célkitűzéseivel.

A hazai stratégia végrehajtásának segítése mellett a Drog Fókuszpont aktívan hozzájárul az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervének monitorozásához is. A cselekvési terv egyik célkitűzése, hogy a tagországokban 2008-ra bevezetésre kerüljön – az EMCDDA által kidolgozott módszertan szerint – az öt epidemiológiai kulcsindikátor szerinti teljes körű adatgyűjtés. A rendelkezésre álló útmutatók és európai tapasztalatok alapján a Drog Fókuszpont megalakulása óta dolgozik az indikátorok bevezetésén, mely fejleményekről az alábbiakban számolunk be:

*A kábítószer-használat elterjedtsége és mintázatai az átlagnépesség körében:* Magyarország 1995 óta vesz részt az európai középiskolások alkohol- és drogfogyasztását vizsgáló nemzetközi kutatásban (ESPAD), valamint 2001 óta kutatássorozat is készül felnőtt lakossági mintán. Ez az indikátor már évek óta megfelel az EU-s elvárásoknak.

Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal képviselője; az Országos Addiktológiai Intézet képviselője; a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ képviselője; a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet képviselője; a Bizottság elnöke által felkért további szakértők.

*A problémás kábítószer-használat<sup>2</sup> elterjedtsége és mintázatai:* először 2004-ben, majd 2006-ban történt kísérlet a budapesti rejtett és ismert opiát-fogyasztók számának becslésére, 2006-ban elkészült az első országos becslés is a problémás drogfogyasztás elterjedtségének mérésére. Mindhárom vizsgálat az EMCDDA által javasolt módszertant követte.

*A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek:* feltérképezésükre az EMCDDA több módszert is javasol. Mivel a veszélyeztetett csoportba tartozók szűrése igen költséges eljárás, az országban eddig nem alkalmazott módszerrel indult 2006-ban az intravénás kábítószer-fogyasztók vizsgálata. Az ujjbegyből történő mintavétellel (dried blood spot – DBS) megbízható adatokat kaptunk a populáció HIV és Hepatitis fertőzöttségéről. A DBS projekt 2007-ben is folytatódik, biztosítva ezen kulcsindikátor folyamatos működését.

*A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek:* ezekről az EMCDDA két forrásból kér információt. A KSH által kezelt általános halálozási statisztikából az eseteket évek óta az ajánlások szerint jelentik, az un. Speciális Nyilvántartás (mely az igazságügyi szakértői intézetek és igazságügyi orvostani intézetek adatait fogja tartalmazni) 2008-tól kezdi meg működését.

*A kezelési igény indikátor (TDI):* 2006 májusában elfogadásra került az a rendelet, mely hazánkban is bevezette az EMCDDA által kidolgozott, sok európai országban is alkalmazott TDI protokoll szerinti adatgyűjtést. Az új rendszer lehetővé teszi a kezelésben megjelenő kábítószer-fogyasztók anonim nyilvántartását és követését az ellátórendszer különböző pontjain.

## 1.2.4 Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézetet 2001-ben alakította meg az akkori Ifúsági- és Sportminisztérium. Jelenleg a Szociális és Munkaügyi Minisztérium háttérintézményének, a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézetnek a keretein belül működik részjogkörű szervezeti egységként. A 96/2000. (XII.5.) 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 szakmai-módszertani és kutató háttérintézménye. Az

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

Intézet tevékenysége az egészségfejlesztési drogmegelőzési programok elméleti megalapozására, minőségfejlesztésére, a kábítószerügyi koordinációs kérdések kormányzati munkájának tudományos háttérmunkájára, 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 terjed ki.

Jelenleg az országban 96 Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működik, melyek szakmai, tudományos és szervezeti támogatását látja el az Intézet, mely évente országos és regionális konferenciákat szervez számukra, valamint képzéseket valósít meg.

2006-ban az elterelés megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtó rendszerébe országosan 3040 fő lépett be. Jelenleg az Intézet 46 szolgáltató munkáját koordinálja, működését ellenőrzi és finanszíroztatja. 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.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézethez tartozó könyvtári adatbázis több, mint 6000 bibliográfiai tételt tartalmaz (könyv, tanulmány, cikk). Az Intézet szakkönyvtárához csatlakozóan jött létre a Filmarchívum is, melynek feladata a Magyarországon létrejött audiovizuális filmek, dokumentumfilmek, szakmai anyagok gyűjtése, rendszerezése és kutatási célokra való rendelkezésre bocsátása.

2006-ban is folytatódott az Intézet könyvkiadási programja, ennek keretében az alábbi kiadványok láttak napvilágot:

- Bíró J. (szerk.) *Biopolitika – Dropprevenció. Tanulmányok a kábítószerfogyasztás megelőzéséről*. L'Harmattan–ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest. 2006. [228 old. ISBN 963-7343-92-x]
- Rác Zoltán, Takács Ádám (szerk.) *Droppolitika, hatalomgyakorlás és társadalmi közeg. Elemzések foucault-i perspektívából*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 2006. [163 old. ISBN 963-7343-94-6]

Az Intézet 2006-ban és 2007 első felében projektvezetőként vett részt egy Macedóniában megvalósított komplex drogügyi projektben (CARDS Twinning Project). A projekt keretében véglegesítésre került a macedón nemzeti drogstratégia, ajánlások fogalmazódtak meg a koordinációs intézményrendszerhez kapcsolódóan, elfogadásra került a macedón drog fókuszpontot megalapító kormányhatározat, képzések és szakértői konzultációk



zajlottak az adatgyűjtés, a közösségi alapú keresletcsökkentési tevékenység, az információs anyagok és médiakampányok témakörében, valamint a gyógyszer-engedélyezés, a prekuzur kereskedelem, a szubsztancia vizsgálat, a biológiai mintákból történő anyagvizsgálat, a kábítószer-bűnözés megelőzése, illetve a felderítő tevékenység hatékonyabbá tétele érdekében. A projekt megvalósítására a holland junior partner intézmény (Trimbos Intézet) és a hazai kábítószer-probléma kezelésében részt vevő leglényegesebb intézmények intenzív együttműködésében került sor.

### **1.2.5 A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2006. évi helyzete és éves tevékenysége**

A Fórumok 2006. évi tevékenységéről, aktuális helyzetéről, valamint a helyi közösségben, így az egyes régiókban, a városokban, kerületekben zajló drogüggyel összefüggő eseményekről, a megyei, kistérségi, regionális munkáról az általuk elkészített éves beszámolók adnak képet. Miután az éves beszámoló beküldése a 2007. évi, SZMM által támogatott KEF pályázati csomag kötelező eleme volt, ezért azt csak a pályázó Fórumok készítették és küldték el. Ebben az évben 56 KEF-től érkezett beszámoló mennyiségi és minőségi információinak összegzése szerepel a csaknem száz megalakult Fórum tevékenységének és helyzetének elemzése helyett. Érthetően a beszámoló nem tükrözi teljeskörűen a történeteket és összteljesítményeket, bár az események és az adatok, összehasonlítva az előző években tapasztaltakkal, nem torzítanak jelentős mértékben. Ennek oka az, hogy a hosszú ideje folyamatosan és jól működő Fórumok mindegyike – megőrizve lendületét –, az elkészült helyi stratégiák végrehajtásának fontossága tudatában pályázott ismételten a támogatás elnyerésére, s csak néhány újonnan, vagy rövid ideje alakult KEF bővítette számukat, akik a beszámolót rövid működésük miatt eleve hiányosan tölthették ki.

Összesen 14 megyeszékhelyről, 26 városból, kilenc fővárosi kerületből és hét megyei, illetve regionális Fórumtól érkezett értékelés. A Fórumok fele a 2001-es évben alakult meg, míg a többiek – együttesen közel azonos számban – az elmúlt öt évben.

#### **A KEF-EK SZERVEZETI MŰKÖDÉSE**

Az egyes Fórumokban képviselt szervezetek száma 6 és 46 között változik, átlagosan (az előző éveknek megfelelően) 17 szervezet vesz részt a kábítószer probléma kezelésében, enyhítésében a különböző településeken. Az igen sok szervezet egyidejű bevonása az operatív munkába szinte elkép-



zelhetetlen, így nem meglepetés, hogy a KEF-ek kétharmadát több munkacsoport alkotja (átlagosan 3-4), de akad 5-6 témakörre specializálódott munkacsoport által alkotott KEF is. Négy helyszínen még nem történt meg a feladatok megosztása, a specializálódás, mert a megalakulásuk óta eltelt rövid idő miatt szervezeti fejlődésük korai szakaszában vannak.

A KEF-ek önkormányzattal való kapcsolatának minősége jól érzékeltethető azáltal, hogy milyen gyakorisággal számolnak be munkájukról a különböző szintű, helyi testületek előtt. A jelentést adó Fórumok mindegyike az elmúlt évben is beszámolt az önkormányzat képviselőtestülete előtt, sőt leggyakrabban valamelyik bizottság előtt is. Ez úgyszintén érvényes a rövid ideje alakult fővárosi kerületi Fórumok esetében. A megfelelő partneri viszonyból következik, hogy a Fórumok számára kiírt pályázaton elnyert támogatás mellett az önkormányzatok a pályázathoz szükséges önrész biztosításával, sőt, gyakran ezt meghaladó mértékben támogatják a munkájukat.

A Fórumokba delegált képviselők jellemzően évente 4-5 alkalommal találkoznak munkatervüknek megfelelően, vagyis a nyári hónapokat leszámolva, átlagosan kéthavonta. Ennél kevesebb alkalom csak az utóbbi két évben megalakult szervezetekre jellemző, ahol – tapasztalataink alapján – az operatív munka helyett a kezdetben szokatlan KEF-szerű működés, munkamódszer „elsajátítása”, az együttműködés formáinak kialakítása, megteremtése, a társintézmények bevonása, motiválása jellemzi a tevékenységet.

Megalakulásukat követően rövid időn belül elkészítik a KEF-ek a Szervezeti működési szabályzatukat. A helyi stratégia megalkotása sokkal összetettebb, nagyobb energiát igényel, és pontos, részletes helyzetfeltárást szükségessé tevő feladat. Ennek ellenére a szervezetek 73%-nál már elkészültek a legfontosabb dokumentumok, amelyekben a következő évek céljai és teendői megfogalmazódtak.

A KEF-ek működése változó nagyságú költségekkel jár. Ugyan az Önkormányzatok befogadták e kezdeményezéseket, de a képzések – továbbképzések, konferenciák, tapasztalatcseréken való részvétel, szervezettefejlesztési tréningek – mellett ma már a stratégiában kijelölt célok megvalósításához szükséges programok lebonyolítása esetenként jelentős hozzájárulási többletet igényel.

A Fórumok a KEF pályázati úton elnyerhető támogatása mellett az önkormányzatoktól, de más szervezetek által kiírt pályázatok útján is nyerhetnek anyagi erőforrásokat. Az Önkormányzatok támogatása eltérő, és tapasztalataink alapján független a Fórum eredményességétől. Kellő presztízzsel, és természetesen megfelelő célokkal és programmal rendelkező szervezetek akár több millió forinttal is gazdálkodhatnak, míg akadnak – általában a fejletlenebb régiókban – működő KEF-ek, amelyek nem jutnak semmiféle

többséghez. Az idén pályázók közül 15, a pályázatot benyújtóknak csaknem negyede nem kapott többlet anyagi segítséget az elmúlt évi tevékenységének finanszírozásához.

A Fórumok a beszámolójukban évről évre értékeli szervezetük működésének legfontosabb minőségi jellemzőit. A különböző szempontok szerinti önértékelés egy ötfokú skála alkalmazásával történik. A felvehető értékek egytől ötig a sikertelenségtől a teljes megvalósulásig terjednek. A KEF-ek értékelésének összegzése alapján némi fejlődés regisztrálható több tekintetben: a KEF-ben képviselt szervezetek közötti együttműködés minőségében, az információáramlásban. Az éves munkatervük végrehajtásával elégedettek, s a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel való kapcsolatukat eredményesnek, problémamentesnek minősítik.

A KEF presztízsének alakulásával kissé elégedetlenek, annak ellenére, hogy szinte mindegyik Fórum szerepel szakmai ajánlóként más helyi szervezet, intézmény pályázatához; s továbbra is nehezen javul a tagok közötti munkamegosztás. A KEF-be delegált képviselők közül kiválik néhány főből álló motivált, agilisebb és nagyobb munkabírási tag, akik szakterületük vagy szakképesítésük révén jóval többet teljesítenek a feladatokból az üléseken megjelenő, de többletmunkát nem vállaló társaikkal szemben.

**A KEF-ek működésének minőségének értékelésére vonatkozó átlagértékek az elmúlt három évben (ötfokú skála)**

	2004	2005	2006
A tagok közötti együttműködés	3,65	3,95	4,00
Munkamegosztás	3,65	3,39	3,52
Az információ áramlása a KEF tagok között	3,65	3,77	3,81
Helyi érdekvégyesítés	3,72	3,91	3,85
Éves munkaterv végrehajtása	4,00	4,08	4,04
A helyi stratégia végrehajtása		3,65	3,77
Kapcsolat minősége az NDI-vel	4,07	4,46	4,37

## A NEMZETI STRATÉGIA PILLÉREIHEZ KAPCSOLÓDÓ HELYI TEVÉKENYSÉGEK

Az éves beszámoló részletes szöveges felsorolást, és az éves események összegző értékelését is tartalmazza a különböző pillérek, illetve a pillérekhez sorolható színtereken történt események szerinti bontásban.

A KEF-ek a legtöbb figyelmet és energiát a területen folyó prevenciósi tevékenységre fordítják, beavatkozási lehetőségük ezen a területen a legeredményesebb és hatásosabb. Beszámolójuk kiterjedt a tevékenységük részletes leírása mellett egyfajta összegző értékelésre is egy ötfokú skálán.

Az 56 KEF-től érkezett osztályzatokat átlagoltuk, az előző évekhez hasonló módon, a tendenciák regisztrálása céljából. Ugyan az átlagosztályzatok nem érik el a KEF szervezeti működésével kapcsolatos elégedettséget, a prevenció munkában is mutatkozik összességében némi javulás az előző évhez képest.

<b>Az iskolai prevenció programokkal kapcsolatos elégedettség (öt fokú skála)</b>		
	<b>2005</b>	<b>2006</b>
A programokkal elért diákok aránya	3,64	3,83
A programok megválasztása	3,89	3,88
Elért hatás	3,22	3,50
A szülők viszonya a programokhoz	2,49	2,67
A tantestületek viszonya a programokhoz	3,69	3,62
Az iskolafenntartó támogatása	3,89	4,06

A Fórumok tagjai úgy érzik, hogy egyre több diákhoz (de még messze nem mindenkihez) jutnak el az iskolai prevenció programok. Alkalmazásuk célja és értelme az, hogy a veszélyeztetett életkorú diákokra – megfogalmazásuk szerint – „hatást gyakoroljanak”, vagyis a veszélyeztetettségük mértéke jelentősen csökkenjen, nőjön a védettek, a szerek nagy valószínűséggel soha ki nem próbálóknak aránya a prevencióval érintett korosztályon belül.

A programok eredményességét, vagyis azok pozitív hatását jelentősen vélik a Fórumok az illegális szerek kipróbálók számának gyarapodása ellenére is. Ezt inkább azzal magyarázzuk, hogy az iskolákban évről évre több minden történik prevenció címén. Több évfolyamon, egyre több diákot érnek el, sok iskolán kívüli esemény történik a KEF-ek által lefedett területen, s a Fórumok tagjai feltételezik, hogy együttes hatásként eredményesebb a tevékenységük. A legnagyobb problémát egységesen a szülők érdektelenségében látják a KEF-ek. A szöveges értékelésben részletesen kifejtik, hogy – egy-két pozitív kísérletet leszámítva – a családok bevonása, a szülők veszélyérzetének felkeltése és bevonása a prevenció munkába általában sikertelennek mondható. A családok meggyőzése a drogprobléma realitásáról, a támogatásuk elnyerése az iskolai prevenció tevékenységhez sikeresebb a kisebb településeken. Sem a fővárosi kerületekben, sem a megyei városokban nem sikerült áttörést elérni e tekintetben az elmúlt évekhez képest.

Azt, hogy az iskolák mennyire tartják fontosnak a drogproblémát és fogadják el e tekintetben jelentkező szerepüket, feladatukat, jól igazolja az egy településre eső, képzett kábítószerügyi koordinátorokkal való ellátottság mértéke. A Fórumok által lefedett területen az általános iskolák 60%-ában dolgozik szakértő, de jelentős különbségekkel. A mintánkban szereplő

ötvenhat közül hét településen már minden iskolában, míg ugyancsak hét településen egyáltalán nincs ilyen státus; illetve erre a feladatra kijelölt képzett, drogtémában jártas pedagógus, vagy más szakember. 11 településen minden középfokú iskolában, négy településen viszont egyáltalán nincs képzett drogügyi koordinátor.

A prevenció, illetve iskolai szintéren folyó munka elemzése mellett összesítettük a különböző szintereken megrendezett akciókról, konkrét tevékenységekről írott összefoglalókat is. Az események csoportosítása, kategorizálása azok sokfélesége miatt nehéz. A beszámolók elolvasása utáni kialakult összkép alapján azonban kijelenthető, hogy a KEF irányítása mellett az ott képviselt szervezetek néhány területen kifejezetten eredményes tevékenységet folytatnak, míg akadnak olyan szinterek is, ahol nem sikerült még jelentős változásokat elérniük. Az összegző értékelés legfőbb szempontja az volt, hogy a különböző helyszínen történtek mennyire illeszthetők a Stratégia által kijelölt célok közé, s mennyire bizonyultak eredményesnek.

A pozitív megítélés mellett akadtak bőven kritikai megjegyzések is a KEF-ek részéről. Elsősorban a tanácstalanság, az anyagi és szellemi eszköztelenség, a hiányzó humán erőforrás és a sikeres tapasztalatok KEF-ek közötti megosztásának hiánya szerepel a tevékenységük által el nem ért területek, a „fehér foltok” fennmaradásának indokai között.

A sikertelennek bizonyult, vagy az átlaghoz képest kevésbé sikeres szinterek közül kiemelkedik három terület:

- a munkahelyek,
- a roma populáció elérése és
- az egyházak bevonása.

*A munkahelyeken* a drogprobléma (és más egészségkárosító magatartások) felismerése, a teendők protokollja, a munka-egészségügyi és a szociális teendők szabályozásának hiánya jelenti a legnagyobb akadályát a munkahelyek, munkavállalók és munkáltatók elérésének, bevonásának. Nem állnak a Fórumok rendelkezésére átadható tapasztalatok, hiányoznak az elemző vizsgálatok, s a bonyolult, áttekinthetetlen tulajdonviszonyok, a hiányzó törvények, rendelkezések okán a KEF-ek továbbra is tanácstalanok.

*A deprivált roma populáció* szerhasználata, illetve annak megelőzése speciális megközelítést és módszereket igényel. Ugyan a KEF-ek többsége tisztában van sajátos teendőivel, összesen 13 település akadt, ahol ténylegesen sikerült részeredményeket felmutatni. Első lépésként, a cigány önkormányzattal való sikeres kapcsolatfelvételt követően, a drogprobléma tudatosítása történt meg körükben. Tényleges programokról, konkrét tevékenységről még nem számoltak be a Fórumok. Azt tudják, hogy feladataik vannak e

területen, de egyelőre többségében tanácsstalanok abban, milyen eszközökkel érhetnének el sikereket, pozitív változást.

Az *egyházak* képviselőit még sok településen nem sikerült bevonni a KEF munkájába. A budapesti kerületek közül egyikben sem történt meg a kapcsolatfelvétel, illetve ha netán képviselteti is magát valamelyik felekezet a kerületi Fórumban, az egyház lehetőségeit, esetleges szerepét eddig nem sikerült közösen tisztázni. Jellemzően a kisebb városok azok a települések, ahol már érdemleges tevékenységet tudnak folytatni, ahol az egyházak sajátos eszközeikkel hozzá tudnak járulni a drogprobléma enyhítéséhez. Tíz esetet tudtunk regisztrálni, ahol az egyházak bevonásával pozitív eredményekről tudtak beszámolni. Elsősorban azokon a településeken, vagy közvetlen közelükben, ahol a kezelő-ellátó rendszer részeként funkcionáló, felekezeti fenntartású intézményeket találhatunk.

A *kockázati csoportokat* felkutatni, tagjaikkal kapcsolatba kerülni, körükben segítő, tanácsadó, ártalomcsökkentő tevékenységet folytatni elsősorban azokon a településeken lehetséges, (összesen 17 ilyen helyszínt regisztráltunk), ahol az erre szakosodott és megfelelő szakértelemmel rendelkező intézmények végeznek ilyen típusú tevékenységet – elsősorban alacsony-küszöbű, vagy megkereső utcai munkát. A megyeszékhelyeken kívül más városokban, vagy a főváros kerületeiben egyelőre korlátozottak a lehetőségek, a feltételek még nem adottak annak ellenére, hogy a KEF-ek szeretnék felelősséggel megszervezni ezt a munkát is, a finanszírozáshoz pedig anyagi erőforrásokat keresnek.

A *rendőrség* tevékenységét a KEF beszámolók kínálatcsökkentési tevékenységről szóló fejezete is tartalmazza. Itt elsősorban a rendészeti munkáról, a felderítések, eljárások számának alakulásáról, a terjesztői hálózatok felderítésének prioritásáról számoltak be. Többen említették a razziaák növekvő számát a fiatalok által látogatott szórakozóhelyeken és a szerhasználat vélt helyszínein. A rendőrséggel kapcsolatban – a rendészeti feladatok ellátásán túl – a beszámolók kétharmadában a prevenció tevékenységüket is kiemelik. Az évek óta sikeresnek minősített DADA program a KEF-ek által lefedett településeken működő általános és középiskolák felében, ugyan időszakonként, változó gyakorisággal, egy vagy néhány évfolyamot érintve, de jelen van. A helyi rendőrség ezen kívül a helyi nagyobb népességet megcélzó rendezvények szervezésében és lebonyolításában is szerepet vállal. Ilyenek az iskolán kívül lebonyolított egészségnapok, a Kábítószerellenes Világnap szabadtéri rendezvényei, a sportesemények.

A Fórumok a helyi *médiával* való kapcsolatukat kiegyensúlyozottnak és hasznosnak minősítik. Ez elsősorban a megyeszékhelyeken és a fővárosi kerületekben jellemző, a kisebb városokban, ahol a helyi lapok, tévéadások hiányoznak, a nyilvánosság ily módon kevésbé szólítható meg.

Az *Internet* egyre nagyobb szerepet játszik a tájékoztatás és a személyes tanácsadás munkájában. A működő Fórumoknak hozzávetőlegesen a fele – településnagyságtól függetlenül – működtet saját honlapot, többségében ugyan nem interaktív formában, hanem elsősorban a tájékoztatás céljából, de az első lépést már megtették az ideális net-lehetőség kihasználása felé.

## EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ ÉS SZOLGÁLTATÓ RENDSZER KIÉPÍTETTSÉGE A KEF-EK ÁLTAL LEFEDETT TERÜLETEN

A szolgáltatásokra specializálódott intézmények, szervezetek teljes vertikuma csak a megyeszékhelyeken működő KEF-ek esetében reális követelmény. A kisebb településeken a célszerűnek és fontosnak minősülő feladat az alapszintű ellátásnak a lakosság számát, és a veszélyeztetett korú fiatalok arányát figyelembe vevő perspektivikus megteremtése lenne. A mintánkban szereplő megyeszékhelyeken (számszerint 14-ben) az ellátási piramis csaknem valamennyi eleme jelen van – bár a szükségesnél kisebb mértékben –, csak egy nagyváros van, ahol néhány szolgáltatás még teljesen hiányzik. A kisebb településeken már fejlődést jelent az is, hogy egyharmadukban van megelőző-felvilágosító szolgáltatásra alkalmas szervezet, s minden ötödik városban addikciós problémával küzdők gyógyítására szakosodott részleg, intézmény. A fővárosi kerületek intézményi ellátottságát elemezni célszerűtlen, hiszen egyidejűleg különböző kerületben élők ellátását végzik, függetlenül a kliensek bejelentett lakcímétől. Rehabilitációs otthon hat KEF működési területén található.

### **1.2.6 A kábítószer-probléma kezelésével foglalkozó további intézmények és profiljuk**

A drogprobléma befolyásolásának keresletcsökkentési oldalán mára egy differenciált, ha nem is kellő kapacitásokkal és minőségi jellemzőkkel bíró intézményrendszer áll rendelkezésre. Egyrészt az egészségügyi, másrészt a szociális ellátások biztosítják a kliensek szükségleteinek leginkább megfelelni hivatott intézményi válaszokat. Ezekben túlmenően még számos informális, vagy a napjainkban működő engedélyezési és finanszírozási rendszerekbe jelenleg még be nem férő ellátás azonosítható, elsősorban a helyi közösségek területén.

## EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK:

Az egészségügyi ellátás járó- és fekvőbeteg-ellátásra osztható fel. A *járóbeteg-ellátás* területén legfontosabbak az addiktológiai gondozók, a TÁMASZ-hálózat (Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozó Hálózat) intézményei, a pszichiátriai/addiktológiai osztályok ambulanciái, a pszichiátriai gondozók, a gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók, szakrendelések, a drogambulanciák, valamint a magánklinikák és -rendelők.

Az ellátó a járóbeteg-ellátás keretében elsősorban tanácsadást biztosít szenvedélybetegnek és hozzátartozóiknak, gyógyszeres és pszichiátriai kezelést, pszichoterápiás kezelést egyéni és csoportos formában, metadon vagy naltrexon szubsztitúciós programot valósít meg, elterelő kezelést, szociális támogatást és gondozást, családi konzultációt, különböző prevenciós szolgáltatásokat nyújt, valamint oktatási és tudományos tevékenységet folytat. Ezen túlmenően különböző ártalomcsökkentési szolgáltatásokat is biztosítanak (megkereső szolgáltatás, tűcsere, jogi és életvezetési tanácsadás, stb.).

A járóbeteg-ellátás az ország minden régiójában és megyéjében megtalálható, lefedettségük azonban még messze nem kielégítő. További fejlesztésük indokolt. Már csak egy megyében nem működik drogambulancia, azonban a meglévők is finanszírozási és szakmai-minőségi kihívásokkal küzdenek. A szakképzett személyzet több helyen még nem áll tökéletesen rendelkezésre, elsősorban az (addiktológiai végzettséggel is rendelkező) pszichiáterek, és a szakirányú képzettséggel is bíró szakpszichológusok hiányoznak nagy számmal. A kettős diagnózisú kliensek, a büntetés-végrehajtás és a gyermekvédelmi ellátás intézményeiben élők számára még kevés adekvát ellátás elérhető.

A *fekvőbeteg* (aktív és krónikus) ellátás pszichiátriai osztályokon, pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegein, és kisebb mértékben önálló addiktológiai osztályokon történik. Tekintettel arra, hogy az addiktológiai ágyak csak részben kerülnek nevesítésre, a legtöbb esetben a betegek pszichiátriai ellátásban kerülnek ellátásra, ezért meglehetősen nehéz valós képet kapni az addiktológiai kapacitásokról (azon belül is a kábítószer-fogyasztó betegek rendelkezésére álló kapacitásokról).

Az állandó laccím szerinti illetékes fekvőbeteg osztály biztosítja az elvonási tünetek enyhítését, vagy az egyéb társult, illetve a komorbid pszichiátriai tünetek és szövődmények kezelését, továbbá az egyéni és csoportos pszichoterápiát. Túladagolás esetén a betegek leggyakrabban detoxikálóra, vagy optimális esetben sürgősségi osztályra kerülnek.

Magyarországon a kórházi fekvőbeteg-ellátás és ambuláns ellátás keretében is folytatnak *gyógyszerrel támogatott kezeléseket*, ami elsősorban metadon-



kezelést jelent. A kezelés mindkét formája (elvonó és a fenntartó kezelés) elérhető a betegek számára. A járóbeteg-ellátáson belül elsősorban fenntartó kezelésre van mód.

A szociális ellátás keretében átmeneti elhelyezést nyújtó *drogrehabilitációs intézmények* az egészségügyi finanszírozás szempontjából krónikus fekvőbeteg-ellátást nyújtanak komplex (bio-pszicho-szociális) segítséget igénylő kliensek számára. A rehabilitációs otthonokra a munka jellegű, vagy terápiás foglalkoztatás, illetve a terápiás közösségi forma működtetése jellemző. A terápiás közösség életvezetési ismeretek és készségek fejlesztésével segíti a reintegrációt. A rehabilitációs otthonokban egyre nagyobb szerep jut az önszorgító elven alapuló 12 lépéses felépülési modell alkalmazásának.

Az addiktológiai egyik legsúlyosabb hiányterülete az addiktológiai problémával küzdő *gyermek*ek és *serdülő*k egészségügyi ellátása, mely mind az ambuláns, mind a fekvőbeteg-ellátásban sürgős fejlesztésre szorul. Az ellátás nem megfelelő voltára jellemző, hogy a meglévő intézmények mellett a gyermekkorú addiktológiai betegek ellátása elsősorban a gyermekosztályokon, míg a serdülőkorú addiktológiai betegek ellátása gyakran a felnőtt betegek ellátását biztosító pszichiátriai osztályokon történik.

## SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK:

A szenvedélybetegek, és azon belül a kábítószerfüggők számára biztosított szociális ellátások igen sokrétűek, de mint az egészségügyi szolgáltatásoknál jeleztük, itt is elmondható, hogy kapacitásaik nem kielégítőek; országos lefedettségről még nem beszélhetünk, és a szolgáltatásaik színvonala is igen eltérő.

A szociális ellátások közé – az állampolgári, illetve a külön jogszabályokban biztosított pénzbeni és természetbeni ellátásokon túl – a személyes gondoskodás keretébe tartozó szociális alapszolgáltatások körében a családsegítés, a közösségi ellátás, a támogató szolgáltatás, a nappali ellátás, a közösségi, illetve alacsonyküszöbű ellátások és az utcai szociális munka tartozik, valamint a gyermekvédelmi ellátások keretében nyújtott szolgáltatások is. A személyes gondoskodás keretébe tartozó szociális szakosított ellátások az ápolást, gondozást nyújtó intézmények (különös tekintettel: szenvedélybetegek otthona, hajléktalanok otthona), átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények (szenvedélybetegek átmeneti otthona, hajléktalan személyek átmeneti szállása, valamint átmeneti otthona, éjjeli menedékhely), rehabilitációs intézmények (szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye, hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye), valamint a lakóotthonok (szenvedélybetegek lakóotthona) szolgáltatását jelenti.

A helyi közösségek által végzett, az állami finanszírozásba be nem foga-



dott ellátásokról nincsen pontos képünk; azonban elmondható, hogy számos helyen működtetnek alapítványok, egyházak, közösségek olyan ellátásokat, programokat, melyek valamilyen módon és mértékben szenvedélybetegek számára nyitottak, vagy éppen őket célozzák meg. Ezek lehetnek klubfoglalkozások, közösségi alkalmak, öngyógyító csoportok (pl. a 12 lépéses Minnesota-modell keretében működő AA, NA, GA stb. csoportok), támogató foglalkozások, szülő- és hozzátartozói csoportok, prevenciós szolgáltatások, megkereső programok stb. A helyi kezdeményezéseket és közösségi erőforrásokat felhasználó, és a probléma megjelenéséhez térben és időben legközelebb jelentkező, érzékeny válaszokat megfogalmazó programokról kevés adattal rendelkezünk, azonban a társadalom szolidáris hálózatainak igen fontos, nem eléggé értékelt részét képezik.

A kábítószer-probléma kezelésében meghatározóan fontos szerepet töltenek be a civil – szakmai szervezetek, amelyek prevenciós, szociális és egészségügyi ellátásokat egyaránt biztosítanak. Az alacsonyküszöbű és a prevenciós szolgáltatások szinte kizárólag ezen szervezetek szolgáltatásainak révén biztosíthatók. A területen szakmai tevékenységet folytató civil szervezetek száma mintegy 200–230-ra tehető.

A kábítószer-probléma kezelésének *kínálatcsökkentési oldalán* számos szervezet tölt be fontos funkciót. A jelentés későbbi fejezeteiben ezen szervezetek munkájára, illetve az általuk szolgáltatott adatokra számos helyen történik utalás. E helyütt a teljesség igénye nélkül említünk néhány, a stratégia megvalósítása szempontjából különösen fontos intézményt:

## BŰNÜGYI SZAKÉRTŐI KUTATÓ INTÉZET SZERVES KÉMIAI ANALITIKAI SZAKÉRTŐI OSZTÁLY

A központi kábítószer-vizsgáló laboratórium alapvető feladata a nyomozó hatóság által lefoglalt kábítószer-gyanús anyagokban található kábítószeres minőségi azonosítása, illetve a tiszta hatóanyag-tartalom meghatározása. Az igazságügyi szakértőkről szóló 2/1988 IM rendelet a kábítószer-gyanús anyagok vizsgálatára illetékes állami szervként a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézetet jelöli meg, alaptevékenységük tehát jogszabályi kizárólagosság biztosítása révén országos hatáskörrel került meghatározásra.

A megnövekedett feladatokhoz szükséges létszámgigény központi kielégítésére azonban évek óta nem került sor. Emiatt az ügyek átlagos átfutási ideje jelentős. Az átlagos, minőségi meghatározást igénylő ügyek átfutása 60–90 napot igényel, a minőségi meghatározás több mint 120–180 nap alatt készül el, bonyolult ügyek több mint fél évig húzódnak.

Az évközben bevezetett változtatások, az új, saját kivitelezésű számí-

tástechnikai rendszer, az abból eredő átszervezések és a regionális laboratóriumok munkájának eredményeként 2006-ban az ügyhátralék jelentős ledolgozására került sor.

A nemzeti stratégiában előírt decentralizált kábítószer-vizsgáló laborhálózat kialakítása 2002-ben beindult. Az alapvetően szükséges műszerek beszerzése a PHARE Cop'99 projekt keretében megtörtént. A GC/MS műszerek a javaslatok szerint Veszprémben, Pécsen, Szegeden és Győrben kerültek telepítésre. 2005-ben a gyakorlatban is elkezdte működését a debreceni regionális laboratórium. Befejeződött a regionális laboratóriumok felkészítése a legtöbb esetet jelentő THC-meghatározásra, az ellenőrzött, megfelelő kísérleti eredmények birtokában a laboratóriumok 2006. január 1-jétől önállóan végzik a kvantitatív meghatározást, ami jelentős tehermentesítést jelent a központi laboratórium számára.

Kormányzati döntés szerint 2007-től az addig a megyei rendőr-főkapitányságok szervezetében működő 5 regionális kábítószervizsgáló laboratórium is az osztály szervezeti egységként tevékenykedik.

A BSZKI központi laboratóriumának feladata a regionális laborok szakmai irányítása mellett az is, hogy bekapcsolódjon az Europol, az Interpol, valamint más nemzetközi szervezet (ENFSI) által koordinált projektekbe is (pl. PHARE Szintetikus Drogok projektje, az EU új szintetikus kábítószerekre vonatkozó Korai Jelzőrendszere). Ezt a tevékenységet részben önállóan végzi belföldi szerveknek, részben az ORFK teszi ezt a NEBEK-en és a Nemzeti Drog fókuszponton keresztül.

2005-ben a UNODC körlevelében méltatta, és az összes ENSZ tagállam számára példaértékűnek minősítette a magyar – a lefoglalt anyagok laboratóriumi vizsgálatán alapuló – monitorozási rendszert, és az azon alapuló adatszolgáltatást.

## ORSZÁGOS IGAZSÁGÜGYI ÉS TOXIKOLÓGIAI INTÉZET

A toxikológiai vizsgálatok végzését kizárólag hatósági kirendelésre az intézet két osztálya: Kábítószer Analitikai Osztály és a Post-mortalis Osztály végzi biológiai minták analízisével. A vizsgálatok során kábítószerek, pszichotrop anyagok, gyógyszerek és különböző mérgek minőségi és mennyiségi meghatározása történik tájékozódó, ún. „screen”, és az annak eredményét megerősítő vagy elvető nagyérzékenységű specifikus vizsgálatokkal. Éves szinten kb. 9000 ügyben végez kábítószeres-, és zret meghaladó ügyben post-mortális vizsgálatot, és készít igazságügyi toxikológiai szakértői véleményt.

## EGÉSZSÉGÜGYI ENGEDÉLYEZÉSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI HIVATAL KÁBÍTÓSZER IGAZGATÓSÁGA

Kábítószerekkel és pszichotrop anyagokkal kapcsolatos engedélyezési feladatok:

- elbírálja külön jogszabály szerint a pszichotrop anyagokkal végzett tevékenységek iránti kérelmeket (gyártás, forgalmazás, export-import stb.) és határozattal dönt az ún. pszichotrop üzemi engedély megadásáról vagy a kérelem elutasításáról,
- elbírálja külön jogszabály szerint a kábítószerekkel és pszichotrop anyagokkal végzendő tudományos/kísérleti tevékenységek iránti kérelmeket, és kiadja az ún. eseti kutatási engedélyeket,
- elbírálja külön jogszabály szerint a kábítószeres és pszichotrop anyagok eseti exportja és importja iránti kérelmeket, és határozattal dönt az engedély megadásáról vagy a kérelem elutasításáról,
- az Országos Rendőr-főkapitányságnak előzetes véleményt ad a gyógyászati célú kábítószeres és pszichotrop anyagok átmenő forgalmát engedélyező határozat kiadása során,
- nyilvántartja a pszichotrop üzemi engedélyek jogosultjait.

Kábítószerekkel és pszichotrop anyagokkal kapcsolatos statisztikai adatszolgáltatási feladatai:

- a gyártók és forgalmazók adatszolgáltatása alapján elkészíti a gyógyászati felhasználással rendelkező kábítószeres és pszichotrop anyagok gyártására, forgalmazására, exportjára és importjára vonatkozó összesített negyedéves és éves jelentéseket,
- a gyártók és forgalmazók adatszolgáltatásai alapján megállapítja a tárgyévet követő évre a gyógyászati felhasználással rendelkező kábítószer-fogyasztás, pszichotrop anyag-fogyasztás becslését.

## GKM KERESKEDELMI ÉS ENGEDÉLYEZÉSI HIVATALA, KERESKEDELMI ÉS PIACFELÜGYELETI HATÓSÁG

A kereskedelmi és piac-felügyeleti hatóság a kereskedelmi, a piac-felügyeleti, és a közraktár-felügyeleti eljárásaiban első fokú hatóságként, országos illetékességgel jár el. Az Európai Unió szabályozásának megfelelően a kábítószer prekurzorokkal végezhető tevékenységek felügyelete vonatkozásában a mezőgazdasági termékek import kezelésében – beleértve a vámkontingensek kezelését –, továbbá az ipari termékek kivitelének és behozatalának, valamint a védintézkedések végrehajtásában nemzeti hatóságként jár el.

## 1.2.7 Költségvetés és közkiadások<sup>3</sup>

2006-ban nem történt friss becslés a kábítószer-problémával összefüggő közkiadások volumenének és belső viszonyainak meghatározása érdekében. Biztonsággal állíthatjuk, hogy a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca (ICSSZEM, SZMM) vonatkozó fejezeti kezelésű során 1,208,3 mFt állt rendelkezésre a jelentési periódusban. Ezen összegből nyílt pályázatokra 743,8 mFt, egyedi támogatásokra 99,1 mFt, valamint a társtárcaknak, illetve háttérintézményeiknek 334,2 mFt került forrásátcsoportosítás útján átadásra, az elvégzendő feladatokra.

Magyarországon ez idáig egyetlen, a kábítószerrel összefüggő közkiadások becslését célzó kutatás készült. 2005-ben került sor a hazai módszertani útmutató kidolgozására, amely számba vette a rendelkezésre álló adatforrásokat a nemzetközi módszertan alapján. Majd 2006-ban íródott egy tanulmány, melynek főbb eredményei, módszertana, hivatkozásai megtalálhatók a *Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006* című kiadvány 1. fejezetében. Az alábbiakban röviden ismertetjük a 2005-ös adatokra vonatkozó becslés eredményeit, valamint azok egy másik elemzési rendszer (EMCDDA Útmutató) felhasználásával történt további értelmezését.

### 1.2.7.1 Kábítószerrel összefüggő címkézett költségvetési kiadások

A címkézett kiadások becslésének kiindulópontja a „kormányzat kiadásait átfogó jelleggel összegző költségvetési dokumentum” („budget document/year-end report”). Ennek magyar megfelelője a költségvetés végrehajtásáról szóló (esetünkben a Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetésének végrehajtásáról szóló, 2006/XCIX számú) törvény, illetve annak 1. sz. melléklete.

Mielőtt bemutatásra kerülnek a fenti dokumentumban található kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások (KÖKK) tételei, kettő – az alkalmazott módszer súlyos korlátaival kapcsolatos – megjegyzés kívánkozik ide.

1. A költségvetés végrehajtásáról szóló törvény a költségvetési kiadásokat döntően adminisztratív egység – pl. költségvetési szerv – szerinti bontásban tartalmazza. Helyenként ugyan előfordul, hogy egyes, meghatározott célhoz rendelhető programok/tevékenységek önálló költségvetési tételként is megjelennek, általánosságban azonban hiányoznak a funkcionális, tevékenységi tartalom szerint költségvetési

<sup>3</sup> Hajnal Gy. (2007): A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2005-ben: Az EMCDDA 2006. évi Útmutatójának magyarországi alkalmazási lehetőségei. Nem publikált tanulmány.

információk. Ebből kifolyólag a címkézett KÖKK-tételek a tényleges KÖKK csupán elenyészően csekély töredékét képezik.

2. A költségvetés részletesen tartalmazza a központi költségvetésben és az elkülönített alapoknál felmerülő közkiadásokat, valamint az önkormányzatoknak különböző jogcímenek nyújtott, címzett- és cél- (tehát „pántlikázott”) támogatásokat. Nem tartalmazza azonban az egyes önkormányzatok, illetve az önkormányzati alrendszer költségvetési kiadásaira vonatkozó teljes adatkört. Ez azért probléma, mert az egyes önkormányzatok költségvetéseiben (értsd: költségvetési jelentéseiben) esetlegesen meglévő különféle címkézett KÖKK-tételek ilyen módon kiesnek az adatgyűjtés köréből.

Az alábbi számokat tehát a címkézett tételeken alapuló KÖKK-beclés érvényességével kapcsolatos fenti megszorítások figyelembe vételével kell értelmezni.

<b>A 2005. évi költségvetés végrehajtásáról szóló törvényben szereplő címkézett KÖKK-tételek</b>				
Tétel megnevezése	Millió forint	Kormányzati szint	COFOG csoport	Funkció (Reuter 2006)
Kábítószer-fogyasztás okozta egyéni, társadalmi károk csökkentése; elterelés (ICSSZEM fejezeti kezelésű előirányzat)	24,7	Központi	10.7 (Social exclusion n.e.c.)	4. Ártalomcsökkentés
Kábítószer-megelőzési program (ICSSZEM fejezeti kezelésű előirányzat)	202,8	Központi	7.4 (Public health services)	1. Megelőzés
HU-2002-180-05-02 Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok Intézményfejlesztése projekt (ICSSZEM „PHARE programok és az átmeneti támogatás programjai”) <sup>4</sup>	16,6	Központi	7.4 (Public health services)	1. Megelőzés
<b>Összesen</b>	<b>244,1</b>			

**Forrás: Hajnal 2007**

Érdekességként érdemes megjegyezni, hogy mindhárom tétel lényegesen kisebb, mint az – egyébként már módosított – előirányzat.

<sup>4</sup> Ezen tételek COFOG, valamint Reuter (2006) klasszifikáció szerinti besorolása nem egyértelmű; kvalitatív, szakértői megítélés alapján azonban úgy tűnik, hogy a programok domináns eleme a megelőzés, így besorolásukat ennek megfelelően végeztük el.

### 1.2.7.2 Ráfordítási arányszámok és a nem címkézett költségvetési kiadások

#### RENDVÉDELMI ÉS IGAZSÁGÜGYI, VALAMINT EGÉSZSÉGÜGYI ÖSSZKIADÁSOK

Az alábbi táblázat – kiinduló adatként – a COFOG 3. és 7. funkció-főcsoportjára vonatkozó, összesített adatokat mutatja be.

A 2005. évi költségvetés végrehajtásáról szóló törvényben szereplő címkézett KÖKK-tételek	
COFOG tétel	Millió forint
COFOG 3 – Rendvédelem és igazságszolgáltatás	453 969
COFOG 7 – Egészségügy	1 148 312

Forrás: Pénzügyminisztérium Költségvetési és Pénzügy-politikai Főosztálya

#### A KÖKK becslésének módszere

Az EMCDDA Útmutató által javasolt becslési módszer az alábbi gondolatmeneten alapul:

- A KÖKK hét részterület vonatkozásában, külön-külön kerül megbecsülésre (ezeket később részletezzük). A végső KÖKK érték e hét részérték összegeként adódik.
- A becslés kiindulópontja minden esetben az adott részterületet magába foglaló – annál azonban jóval tágabb – kormányzati funkciókörhöz tartozó költségvetési kiadási főösszeg. Ezen, ún. COFOG klasszifikáció szerinti kiadási adatokat az egyes EU-tagállamok – így Magyarország is – egységes módszertan szerint gyűjtik.
- Az egyes kormányzati funkciókörhöz tartozó összkiadásnak azonban tehát csak egy – viszonylag csekély – hányada kötődik a kábítószer-problémához. Ezért szükség van azoknak az ún. ráfordítási arányszámoknak a megbecsülésére, amelyek alapján meghatározható a COFOG funkciócsoport főösszegének azon hányada, amely kábítószer-problémával kapcsolatosnak tekinthető.

Matematikai formában a gondolatmenet a következőképpen fejezhető ki:

$$KÖKK = \sum_{i=1}^7 \text{Funkciócsoport Összkiadása}_i \times \text{Ráfordítási Arány}_i$$

ahol az egyes elemek jelentése a következő:

- KÖKK: a kábítószerrel kapcsolatos összes költségvetési kiadás
- i: a fentebb említett COFOG kormányzati funkciócsoportok indexe, 1-től 7-ig
- Funkciócsoport összkiadása: az adott („i-edik”) COFOG funkciócsoport-hoz tartozó – a Pénzügyminisztérium által közölt – kiadási összeg
- Ráfordítási arány: az a százalékos arány, amellyel az adott („i-edik”) funkciócsoporton belüli KÖKK-arány a lehető legjobban becsülhető.

E becslési módszer alkalmazhatóságának kulcsa tehát az egyes funkciócsoportokhoz tartozó ráfordítási arányszámok meghatározásának, megválasztásának módja.

E ráfordítási arányszámok megválasztásának, illetve megbecslésének elvileg korlátlan számú, különböző módszere képzelhető el. Az e feladatban rejlő nehézség lényege, hogy – amint erre a témában 2006 folyamán végzett kutatás során is rávilágítottunk (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006, 1. fejezet) – maguk a kérdéses arányszámok (i) a szükséges formában sehol sem léteznek, nem lelhetőek fel, illetve (ii) az elérhető adatok alapján egzakt módon nem is számíthatók ki.

Valójában tehát egy becslési feladatról van szó, amelynek során a cél az, hogy az elérhető adatok és információk alapján a lehető legjobb, legpontosabb becslést állítsuk elő. Ez a becslés természetesen sohasem lesz tökéletes; minősége/pontossága mindazonáltal széles határok között változhat, elsősorban a becsléshez felhasznált információk körétől és minőségétől függően. Ezen információk megszerzése azonban általában igen hosszadalmas – és ezért költséges – terepkutatásokat (interjúk, dokumentum-elemzések stb.) igénylő feladat.

A ráfordítási arányszámok jelen vizsgálat keretében történő becslése során egy fontos technikai megszorítás érvényesül: a munka során felhasznált adatok és információk alapvetően a 2006-os KÖKK-kutatás eredményeire korlátozódnak.

## A BŰNÜLDÖZÉSSEL ÉS IGAZSÁGSZOLGÁLTATÁSSAL KAPCSOLATOS KIADÁSOK

Esbe a körbe az alábbi COFOG funkciócsoportok tartoznak:

- COFOG 3.1 (Police services). Ez az „Államháztartás funkcionális mérlege” c. – az 1. sz. Mellékletben található – kimutatásban az „F03.b (Rend és közbiztonság)” tételnek feleltethető meg.<sup>5</sup>
- COFOG 3.3 (Law courts). Ennek megfelelője az „F03.a (Igazságszolgáltatás)” tétel.
- COFOG 3.4 (Prisons). Ennek megfelelője a „F03.d (Büntetés-végrehajtási igazgatás és működtetés)” tétel.

Az alábbi táblázat az egyes funkciócsoportokhoz tartozó KÖKK értékek lehetséges – a különböző módon számított ráfordítási arányszámokon alapuló – becsléseit mutatja be. A táblázat struktúrája a következő:

- A táblázat három, a fenti COFOG funkciócsoportoknak megfelelő, azonos felépítésű szekcióból áll.
- A kiindulópont mindhárom kiadási csoport becslésénél az adott kormányzati funkciócsoportra jutó összkiadás. Ezután az adott funkciócsoporthoz tartozó ráfordítási arányszám számítása szempontjából szóba jöhető mutatószámok következnek. A lehetséges – azaz mind elméleti szempontból védhető, mind pedig az elérhető adatok korlátosságának tükrében gyakorlatilag is megbecsülhető – mutatószámok körét a 2006. évi kutatás határozta meg.
- Az egyes ráfordítási arányszámokhoz tartozó konkrét százalékos értékek szintén a 2006. évi kutatás eredményeiként adódtak.
- A táblázat harmadik és negyedik oszlopa az adott ráfordítási arányszám felhasználásával számított KÖKK-értékeket mutatja (millió forintban, illetve ezer euróban).
- Az előállított KÖKK-becslések minőségének, megbízhatóságának megítélését nagyban megkönnyíti az a körülmény, hogy az eredmények közvetlenül összevethetők a 2006-os kutatásnak az Útmutató által meghatározottnál jóval pontosabb – a magyarországi intézményi és adatgyűjtési sajátosságokat az Útmutatónál jobban figyelembe vevő – módszerrel előállított eredményeivel. A táblázat tehát mint viszonyítási pontot tartalmazza az adott funkciócsoport vonatkozásában a 2006-os kutatás által előállított KÖKK-értékeket is. Ezek az – intervallumként megadott – becslések az „Alternatív becslés” fejlécű sorokban találhatóak.

<sup>5</sup> Az adatok, illetve a funkcionális megfeleltetésekkel kapcsolatos információk forrása a Pénzügyminisztérium Költségvetési és Pénzügy-politikai Főosztálya



**Bűnüldözési és igazságszolgáltatási kiadások becslése különböző ráfordítási arányszámok segítségével a 2005. évre vonatkozóan**

Megnevezés	%	Millió forint
<b>COFOG 3.1 – Rend- és közbiztonság</b>		<b>259 394</b>
Ráfordítási arányszám (3.1/a): Ismertté vált bűncselekmény	1,58	4098
Ráfordítási arányszám (3.1/b): Ismertté vált bűncselekmény, ismeretlen tettes nélkül	2,74	7107
Ráfordítási arányszám (3.1/c): Befejezett büntetőügy	1,93	5006
Alternatív becslés (Rendőrség + VPOP)		<b>3 729...4 458</b>
<b>COFOG 3.3 – Igazságszolgáltatás</b>		<b>107 971</b>
Ráfordítási arányszám (3.2/a): 1. Ismertté vált bűncselekmény	1,58	1706
Ráfordítási arányszám (3.2/b): Ismertté vált bcs., ismeretlen tetteses nélkül	2,74	2958
Ráfordítási arányszám (3.2/c): Befejezett büntetőügy	1,93	2084
Alternatív becslés		<b>487...520</b>
<b>COFOG 3.4 – Büntetés-végrehajtás</b>		<b>37 047</b>
Ráfordítási arányszám (3.4/a): Befogadottak	2,46	911
Ráfordítási arányszám (3.4/b): 2. Átlagos évközi létszám	5,08	1882
Alternatív becslés		1790...1912
<b>COFOG alapú becslés, összesen*</b>		<b>7686</b>
<b>2006-os kutatás eredménye, összesen</b>		<b>6006...6890</b>

\* A legkisebb eltérést adó ráfordítási arányszámok alapján

Forrás: Hajnal 2007

Néhány megjegyzés a táblázathoz:

- A legjobbnak tűnő – tehát a 2006-os kutatás eredményeihez legközelebb eső – ráfordítási aránymutatók, illetve az így született KÖKK-becslések sötét háttérrel vannak jelölve.
- Az igazságszolgáltatási kiadások körében (3.3) még a viszonylag legjobb mutató használata mellett is feltűnően nagy (több mint háromszoros) az eltérés a viszonyítási ponthoz képest. Ennek az az oka, hogy a bíróságokon a büntetőperes ügyek a teljes bírósági tevékenységrendszer – és így az összköltség – csak igen csekély, mintegy 15%-os hányadát teszik ki. Ennek köszönhető, hogy a „legjobb” becslés nem a tartalmilag sokkal adekvátabb „befejezett ügyek” mutató, hanem az „ismertté vált bűncselekmény” mutató alapján volt képezhető. Ez nyilván a felderített, illetve peres szakaszba jutott büntetőügyek 2005 körüli időszakra jellemző

időbeli alakulásának következménye; vagyis egy másik időszakban vizsgálva könnyen ezzel ellentétes eredmény adódhat. Ezért amennyiben a COFOG alapú módszer hosszabb távon alkalmazásra kerül, általánosságban – a 2005-ös évre vonatkozó konkrét eredmények ellenére is – a befejezett peres ügyek mutató használata az indokolt.

- Noha jóval kisebb mértékben, de némileg hasonló a helyzet a rendőrségi kiadások tekintetében (3.1), amennyiben itt is a tartalmilag kevésbé adekvát teljesítménymutató – az ismertté vált bűncselekmények száma – alapján képzett arányszám bizonyult a „sikeresebbnek”.
- Végül a büntetés-végrehajtási költségek tekintetében az átlagos évközi létszám egyértelműen jobb mutató. Hátránya viszont, hogy a jelenlegi büntetés-végrehajtási adatrendszer ilyen számot közvetlenül nem állít elő; azt egyéb adatok alapján kell, viszonylag bonyolult modellszámítások segítségével, megbecsülni.

## EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Ebbe a körbe az alábbi COFOG funkciócsoportok tartoznak:

- 7.1 (Medical products, appliances and equipment); ez a tétel az „F05.e (Egyéb egészségügy)” körébe tartozik, azonban annál szűkebb. E kiadási csoport nagysága 2005-ben a Pénzügyminisztérium közlése alapján 370 840 mFt volt.
- 7.2 (Outpatient services); ennek megfelelője az „F05.b (Háziorvosi és gyermekorvosi szolgálat)” + „F05.c (Rendelői, orvosi, fogorvosi ellátás)” megnevezésű tétel.
- 7.3 (Hospital services); ennek megfelelője az „F05.a (Kórházi tevékenységek és szolgáltatások)” megnevezésű tétel.
- 7.4 (Public Health services); ennek megfelelője az „F05.d (Közegészségügyi tevékenységek és szolgáltatások)” megnevezésű tétel.

Ezekre a kiadási csoportokra a jelen munka keretei között nem volt lehetséges ráfordítási arányszámokat meghatározni. Ebből következően az e négy csoporthoz tartozó KÖKK értéke sem becsülhető.

Ennek oka, hogy a 2006. évi kutatás során a fenti körbe tartozó kiadások becslése – szemben a bűnüldözési és igazságszolgáltatási költségek esetében alkalmazott megközelítéssel – nem az ún. „felülről-lefelé” módszerrel történt, hanem „alulról fölfelé”, közvetlenül az OEP egyedi, konkrét ellátási eseményeket magába foglaló, tételes pénzügyi adatainak összegzése útján. Ebből kifolyólag nem keletkeztek naturális, a ráfordítási arányok meghatározásához használható adatok.

Emellett fontos megjegyezni, hogy a 2005. évre vonatkozó becslések

készítése – még ha lehetséges is volna – az Útmutató jövőbeni alkalmazási lehetőségeinek megítélése szempontjából kimondottan félrevezető lenne. E Jelentés írásának időpontjában ugyanis elfogadás alatt áll a kormányzatnak az egészségügyi intézményrendszer rendkívül kiterjedt intézményi és működési átalakítására vonatkozó reformtervezete. Az átalakítás keretében – legalábbis eddigi szerepében – megszűnik az OEP; az ellátások finanszírozását pedig több üzleti biztosító veszi át. Ebből adódóan az OEP-nek a 2006-os kutatásban használt adatrendszere szükségszerűen meg fog szűnni, és annak helyét más, jelenleg még nem ismert adatrendszerek fogják átvenni.

Mindazonáltal – tájékoztatásul – az alábbi táblázatban közöljük az egyes funkciócsoportokra jutó összkidadások nagyságát.

**Az Útmutató által meghatározott egészségügyi és szociális funkciócsoportokhoz tartozó kiadási összegek 2005-ben**

COFOG funkciócsoport	Millió forint
COFOG 7.1 (Medical products, appliances and equipment / F05.e Egyéb egészségügy) <sup>6</sup>	370 840
COFOG 7.2 (Outpatient services / F05.b Háziorvosi és gyermekorvosi szolgálat + F05.c Rendelői, orvosi, fogorvosi ellátás)	212 919
COFOG 7.3 (Hospital services / F05.a Kórházi tevékenységek és szolgáltatások)	463 394
COFOG 7.4 (Public health services / F05.d Közegészségügyi tevékenységek és szolgáltatások)	48 480

Forrás: Pénzügyminisztérium Költségvetési és Pénzügy-politikai Főosztálya

## 1.2.8 A nemzetközi együttműködés színterei

A kábítószerügyi koordináció – nevéből adódóan – számos feladattal rendelkezik az együttműködés területén nem csak hazai, de nemzetközi vonatkozásban is. A két legjelentősebb együttműködési irányt az Európai Unió tagságunkból fakadó feladatok, továbbá az ENSZ szakosított szervezeteivel való kapcsolatok jelentik. A szakmai kapcsolatok fejlesztése szempontjából jelentőséggel bírnak még az u.n. bilaterális kapcsolatok is.

### EURÓPAI UNIÓS FELADATOK

Az Európai Unió kábítószerügyi politikáját meghatározó Drogstratégia 2005–2012, illetve az ehhez kapcsolódó Akcióterv 2005–2008 számos felada-

<sup>6</sup> Forrás: Pénzügyminisztérium Költségvetési és Pénzügy-politikai Főosztály adatközlése

tot ró a tagállamokra. Mindkét dokumentum nagy jelentőséget tulajdonít a kiegyensúlyozott megközelítést megjelenítő nemzeti szintű drogpolitikák kialakításának, a nemzeti szintű koordinációs mechanizmusok megerősítésének, a civil párbeszéd erősítésének. A kábítószerügyi koordináció szerepe az Akciótervben foglalt cselekvések magyarországi megvalósításának elősegítése, illetve az Európai Bizottsággal való szoros együttműködés. Az Unió kábítószerügyi politikájának alakítása szempontjából legnagyobb jelentőséggel a Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoport bír, melynek havonta esedékes ülésein tárgyalják a tagállamok képviselői a drogpolitikai szempontból jelentős kérdéseket. A Koordináció feladata, hogy az aktuálisan tárgyalandó témák szerinti szakértőkkel kiegészülve képviselje hazánkat az ülésen, illetve gondoskodjon az ülésen megfogalmazott feladatok végrehajtásának koordinálásáról.

Az EU szakosított kábítószerügyi intézményének, a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja Igazgatótanácsának tagja a magyar kábítószerügyi koordinátor. Az igazgatótanács feladata a központ működési alapelveinek, munkatervének meghatározása.

## ENSZ

Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnügyi Hivatalának (UNODC) feladata, hogy segítse a tagállamokat a kábítószer-ellenes tevékenységükben. Alapvetően három módon teszi ezt: egyrészt kutatási és elemző tevékenységgel annak érdekében, hogy növelje a tagállamok tudását, elősegítse a drogok és bűnözés visszaszorítása terén a közös megközelítéseket mind a szakpolitikák, mind pedig a tényleges megvalósítások területén. Másrészt a nemzetközi egyezmények ratifikálása és végrehajtása, valamint a tagállami jogszabályalkotás tekintetében nyújt támogatást. Harmadrészt a helyi technikai együttműködés területén bővíti a tagállamok lehetőségeit az illegális kábítószer, a bűnözés és a terrorizmus elleni elkötelezettségükben.

A kábítószerügyi koordinációért felelős minisztériumi szervezeti egység koordinálja az ENSZ Kábítószer Bizottsága (CND) számára küldendő Kétéves Jelentés (BRQ), valamint az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnügyi Hivatala (UNODC) számára küldendő Éves Jelentés (ARQ) elkészítését az illetékes minisztériumok, és az országos hatáskörű szervek között. A szakterület valamennyi, a kábítószerügyekben érintett nemzetközi adat-szolgáltatási és jelentési kötelezettséget folyamatosan teljesíti, biztosítja a koordinációt a KKB tagok között.

Évenként ismétlődő feladatként jelentkezik a CND ülészakán Magyarország képviselője. A Koordináció feladata az ülészakon résztvevő magyar

delegáció vezetése, a hozzászólás tervezetének elkészítése, egyeztetése, illetve megtétele. Azokban az években, amikor a CND-nek hazánk szavazati joggal rendelkező tagja, a legkülönbözőbb nemzetközi szabályozási ügyekben történő szavazás, állásfoglalás. A szakterület vezet az ülésszak margójára szervezett, az ENSZ szakosított szerveivel, illetve más tagállamokkal tartott megbeszéléseken tárgyaló magyar delegációt.

Jelen pillanatban az egyik legnagyobb kihívást jelentő feladat az ország állásfoglalásának kialakítása az 1998-as ENSZ különleges Közgyűlés (UNGASS) során született, a kábítószer-probléma kezelésének 10 éves stratégiai tervéről készült politikai deklarációval kapcsolatban, illetve az ebből fakadó akciótervek megvalósításának értékelése. Ezzel összefüggésben került sor arra is, hogy hazánk donorként lép fel ennek az értékelési folyamatnak a lebonyolításában, hiszen Magyarország 50 ezer euróval támogatja a UNODC vonatkozó törekvéseit.

#### BILATERÁLIS SZAKMAI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK:

*Románia:* 2005. október 28-án a magyar, illetve román kábítószerügyi koordinátor együttműködési megállapodást írt alá, melynek megfelelően rendszeres szakmai találkozókra kerül sor a két fél szakemberei között. Az elmúlt két évben Félxfürdőn és Temesváron Romániában, illetve Nyíregyházán került sor szakmai találkozókra. A találkozók során a két ország kábítószer-problémával kapcsolatos kutatásaival, az alkalmazásra került jó gyakorlatokkal, a kínálat- és keresletcsökkentési szakemberek eltérő és hasonló tapasztalataival ismerkedhettek meg a résztvevők. Közös projektek kidolgozására is sor került, elsősorban az Interreg támogatási konstrukció formájában.

Ez év során Zágrábban került sor a horvát fél meghívására a nemzeti drogkoordinátorok és delegációik találkozására, ahol a regionális együttműködések konkrét megoldásai kerültek napirendre. A horvát partnerek különösen a helyi, illetve regionális szinten működő koordinációs mechanizmusok iránt mutattak érdeklődést, így a Magyarországon működő Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési sajátosságai bizonyultak különösen érdekesnek, a további eszmecsere elsősorban ebben a témakörben fog folytatódni a jövőben.

## 1.3 Drogkutatásokról általában

A kutatások túlnyomó részét a különböző populációkban történő fogyasztás elterjedtségének mérése teszi ki, a leggyakrabban alkalmazott módszertan a kérdőíves technika. A nagymintás vizsgálatok ritkán használják ki azt a lehetőséget, hogy a különböző szerhasználatok vagy viselkedési addikciók összefüggéseit elemezzék, valamint az ezek háttérben lévő tényezőket is feltárják. Szinte teljesen hiányoznak a drogfogyasztás következményeit vagy a beavatkozások hatékonyságát vizsgáló kutatások, annak ellenére, hogy a kábítószerügyi koordináció (úgy is, mint fő finanszírozó) a pályázati kiírások által ösztönözni igyekszik ezen területek megismerését is. Ennek oka főként a szükséges ismeretek és a tervezhető, hosszabb időtávot is átölelő finanszírozási konstrukciók hiányában keresendő. Magyar kutatók írásai viszonylag ritkán jelennek meg nemzetközi folyóiratokban, inkább a hazai egyetlen kábítószer témájú tudományos folyóirat, vagy a szakmai kiadványsorozat hasábjain olvashatók.

### 1.3.1 Kutatási stratégia

#### DROGKUTATÁS A NEMZETI STRATÉGIÁBAN

A Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására egyrészt önálló fejezetet szentel a monitorozás jelentőségének, másrészt minden pillér (közösség és együttműködés, megelőzés, kezelés és ártalomcsökkentés, kínálatcsökkentés) esetén említésre kerülnek a helyzetfelméréshez, illetve a beavatkozások értékeléséhez szükséges kutatási témakörök.

Ugyanakkor az elmúlt 5 évben főként epidemiológiai kutatások készültek különböző populációkban; hiányterületnek számítanak a drogfogyasztás következményei vagy az utánkövetéses vizsgálatok, meglehetősen ritkán találkozunk a beavatkozások hatékonyságát elemző felmérésekkel. Ennek oka egyrészt a kezdeti helyzetfeltárára való törekvés, másrészt a nagyobb ráfordítás és – nem kevésbé – a szakértelem hiánya. Ebből adódóan Magyarországon a survey jellegű kvantitatív kutatásoknak vannak hagyományai, kvalitatív technikákat alkalmazó vizsgálat igen kevés készül.

#### A KUTATÁS ÉS A DROGPOLITIKA KAPCSOLATA

Az alkalmazott kutatások iránti igényt, a megválaszolásra váró kérdéseket sok esetben a drogpolitika határozza meg. Azonban viszonylag ritka, hogy az eredmények – a jelentéseken, konferencia előadásokon túl – fel-

használásra kerülnek a politikai döntések meghozatala során vagy konkrét beavatkozások formájában átkerülnek a gyakorlatba. Két ellenpéldát mégis meg kell említenünk, amelyek eredményei alkalmazásra is kerültek. Az egyik eredményeként jött létre az iskolai prevenciós programok adattára (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2004, 3. fejezet). A másik kutatás a plázalátogató fiatalok szerhasználati szokásaira, hiedelemrendszerére és prevenciós szükségleteire helyezte a hangsúlyt (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2004, 2. fejezet). A levont következtetések alapján alakították ki az intervenciós stratégiát, és indították el az ALTERNATÍVA programot.

## A DROGKUTATÁS SZERVEZETI KERETEI

A magyarországi drogkutatások fő koordinátora és egyben finanszírozója a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca, jelenleg a Szociális és Munkaügyi Minisztérium. A finanszírozás pályázati formában történik, a keret az elmúlt 5 évben évi 20 és 50 millió Ft között változott, a maximálisan igényelhető összeg 1–3 millió Ft volt pályázonként. A nagyobb szabású és nagy jelentőséggel bíró kutatási programok (pl. ESPAD, országos lakossági vizsgálat) finanszírozása egyedileg történik minisztériumi forrásból. A legtöbb kutatást egyetemekhez köthető kutatók, kutatócsoportok készítik.

### 1.3.2 A legfontosabb kutatások és publikációk

#### A LEGFONTOSABB KUTATÁSOK 2000 ÓTA

- országos lakossági drogepidemiológiai vizsgálat 2001, 2003 (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2004, 2. fejezet)
- ESPAD 2003 (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2005, 2. fejezet)
- 2002–2006 között folyó „Fények és árnyak” – rizikótényezők, prevenciós szükségletek és lehetőségek kutatássorozat (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2004, 2, 3. fejezet)
- közkiadások becslése (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006, 1. fejezet)

Hazai kutatók 2006-ban nemzetközi folyóiratokban megjelent drog témájú publikációi:

- Gyarmathy VA, Neaigus A, Ujhelyi E, Szabó T, Rácz J (2006): Strong HIV and hepatitis disclosure norms and frequent risk behaviors among young Hungarian drug injectors. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 82 (Supplement 1): S65–S69.

- Rác J (2006): Questions on the interpretation of drug users' autobiographies in a country in the „early” phase of drug use. *Contemporary Drug Problems* 33/Spring 99–122.
- Pikó B (2006): Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences, *Addictive Behaviors*, Volume 31, Issue 1 102–114

### 1.3.3 A kutatási eredmények gyűjtése és közreadása

A Nemzeti Drog Fókuszpont létrehozása (2004) óta gyűjti az országban fellelhető kutatásokat egyrészt a fent említett finanszírozó bevonásával, másrészt az ÁNTSZ rendszerén keresztül helyi szinten is felderíti a más forrásból készült drogtudományokat, bár az utóbbiak aránya elenyésző. A kutatási beszámolók megtalálhatók a Fókuszpontban, az azokból készült összefoglalók megjelennek az országjelentésekben. A jelentések kereteit meghaladó felmérések pedig a havi hírlevélben szerepelnek.

Emellett a Fókuszpont javaslatot tesz a pályázati kiírásokhoz a kábítószerügyi koordináció felé, a hiányterületek megjelölésével. Néhány esetben pedig önállóan végez (pl. iskolán kívüli prevenció, kábítószeres utcai ára) vagy kezdeményez kutatást (pl. rekreációs droghasználat, közkiadások becslése).

Jelenleg Magyarországon egyetlen, kifejezetten a kábítószer-problémára koncentráló folyóirat létezik: *Addiktológia* (*Addictologia Hungarica*) [www.addiktologia.hu](http://www.addiktologia.hu).

Fő témakörei: epidemiológia, prevenció, drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek, kezelés – ellátás, könyv és konferencia referátumok. A hazai mellett nemzetközi tanácsadó testülettel is rendelkezik. Lektorált folyóirat. Az absztraktok magyarul és angolul is megjelennek.

Más hazai társadalomtudományi folyóiratok, melyek időnként publikálnak a kábítószer-problémával összefüggő, annak bizonyos aspektusait tárgyaló kutatásokat: *Psychiatria Hungarica*, *Magyar Pszichológiai Szemle*, *Új Pedagógiai szemle*, *Demográfia*, *Esély*.

A kábítószerügyi koordináció által finanszírozott kutatások elektronikus adatbázisa feltöltés alatt áll, várhatóan ez év végétől lesz elérhető a Szakmai Információs Portálon ([www.ndi-szip.hu](http://www.ndi-szip.hu)). Az elmúlt években a minisztérium és általában a finanszírozók (pl. helyi önkormányzat) törekedtek arra, hogy a kutatásokat megjelentessék honlapjaikon. Néhány esetben a kutatók vagy kutatócsoportok honlapján is megtalálhatók a tanulmányok, vagy azok kivonatai. Emellett a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai



kiadványsorozata biztosít lehetőséget a legjelentősebb kutatások nyomtatott formában történő megjelentetésére. A kutatási eredmények ezen kívül a drogtémában megrendezésre kerülő konferenciákon rendszeresen elhangznak. Az országos kutatások eredményei a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság ülésein is bemutatásra kerülnek.

## 1.4 A kábítószer-problémával foglalkozó kutatások

### 1.4.1 Drogfogyasztás az iskolás- és fiatalkorú populációban

A *HBSC 2006.* évi felmérésében megkérdezett 2877 középiskolás (9. és 11. osztályos) tanuló 20,3%-a fogyasztott valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen használt már életében gyógyszert és/vagy inhalánsokat. A kannabiszfogyasztás értéke a legmagasabb az összes illegális szer közül, 17,3%-os prevalenciával. A gyógyszer, illetve az alkohol gyógyszerrel történő együttes fogyasztása a második leggyakrabban alkalmazott szer (14,7%), míg az egyéb<sup>7</sup> említett illegális drogfogyasztás prevalencia értéke 12,4%.

A kannabisz 1-2-szeres kipróbálása mutatja a legmagasabb értéket (11%) a középiskolások között, amiből arra következtethetünk, hogy bár a legnépszerűbb és leggyakrabban használt drogfajta a marihuána és a hasis, a tanulók többsége csak kísérletezés szintjén fogyasztotta ezt az anyagot. A gyógyszer, illetve az alkohol és gyógyszer együttes visszaélészerű alkalmi használata is népszerű a középiskolások körében. A többi drogfajta esetében is azt tapasztaljuk, hogy a kipróbálás szintjén a leggyakoribb a drogok fogyasztása; az ecstasy és az amfetamin (speed) esetében az 1-2-szeres használat értéke közel azonos, míg a hallucinogén növényi drogok alkalmazása némileg gyakoribb, mint az LSD kipróbálása.

<sup>7</sup> Ebbe a csoportba tartozik az ecstasy, a speed, az opiát származékok, a kokain, az LSD és egyéb növényi drogok, pl.: a mágikus gomba

**A használat gyakoriságára vonatkozó értékek az egyes szertípusok szerint**

Szerfajták	Összes tanuló (N)	Használat gyakorisága (%)						
		soha	1–2-szer	3–5-ször	6–9-szer	10–19-szer	20–39-szer	40-szer vagy többször
kannabisz	2849	77,5	11,0	3,5	2,1	2,2	1,2	2,5
alkohol és gyógyszer együtt	2852	86,9	9,2	1,9	0,8	0,8	0,3	0,2
gyógyszer, hogy feldobjon	2858	92,3	5,2	0,8	0,9	0,3	0,2	0,2
ecstasy	2860	93,9	3,9	0,6	0,3	0,4	0,6	0,4
speed	2860	94,3	3,8	0,5	0,4	0,5	0,3	0,3
mágikus gomba	2859	95,7	2,4	0,6	0,5	0,3	0,2	0,4
oldószer, ragasztó	2860	96,0	2,8	0,6	0,1	0,0	0,2	0,3
más drog	2320	97,5	1,1	0,3	0,2	0,2	0,1	0,6
LSD	2843	98,1	1,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
kokain	2851	98,9	0,7	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2
opiátok	2857	99,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2

Forrás: Kovácsics, Németh

A tanulók 1,1%-a megjelölt más típusú droghasználatot is a kérdőívekben. A leggyakrabban említett más drogfajták közé sorolták a benzines, hajtógáz termékeket, a habpatront, egyes energiitalokat, a kávé, illetve néhány esetben a fenti illegális szereket más néven (pl: angyalpor, rush, amfetamin).

Mindkét osztályban a fiúk körében magasabb a tiltott és legális szerek visszaélészerű használatának együttes életprevalencia értéke. A legmagasabb, 32,9%-os értéket a 11. osztályos fiúk körében tapasztalhatjuk. Ez az érték kétszerese a 9. osztályos fiú tanulók értékeihez képest, és a saját korosztályban is több mint 10%-kal haladja meg a lányok életprevalencia értékét.

Minden szer fogyasztását befolyásolja a nem és az életkor; az idősebbek életprevalencia értékei magasabbak, és – a gyógyszerfogyasztás kivételével – a fiúk szerhasználati arányai nagyobbak a lányokénál.

**A leggyakrabban használt illegális szerek megoszlása nemenként és osztályonként (életprevalencia)**

Szerfajták	9. osztály				11. osztály			
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
	N	%	N	%	N	%	N	%
kannabisz	99	13,1	65	8,4	208	30,5	127	19,0
alkohol és gyógyszer együtt	70	9,4	100	13,0	106	15,9	99	14,8
gyógyszer	36	4,8	60	7,8	64	9,5	59	8,8
ecstasy	42	5,6	37	4,8	52	7,7	43	6,4
speed	32	4,3	36	4,7	63	9,3	33	4,9

Forrás: Kovacsics, Németh

A közelmúltra vonatkozó prevalencia adatokból következtethetünk a droghasználat típusára. A kannabiszfogyasztás elmúlt évi prevalencia értéke 15% a 9–11. osztályos tanulóknál. A gyakorisági értékek a fiúk körében mindenütt magasabbak. A leggyakrabban 1-2-szer próbálták ki a kannabiszt mindkét nem tagjai – a fiúk 9%-a, a lányok 7,2%-a vallotta ezt magáról.

Az elmúlt hónap fogyasztására vonatkozó összesített prevalencia érték 6,4%. A használat tekintetében összevontuk az 1-től 5 alkalomig terjedő használatot, ez nagyjából lefedi azt a rekreációs kategóriát, amely alapján a fiatal megközelítőleg hetente fogyaszt szociális alkalmakkor marihuánát vagy hasist. A fiúk és a lányok is ebben a kategóriában érték el a legmagasabb értéket 5,4% illetve 4,2%-ot. A következő osztály megalkotására úgy került sor, hogy összevontuk a 6-tól 19 alkalomig terjedő válaszkategóriákat, és az utolsó, intenzív használói típusba kerültek azok, akik az elmúlt 30 nap során 20–40-szer vagy még annál is többször fogyasztottak kannabiszt. Az alkalmi és az intenzív droghasználat közel azonos értéket (1,2–1,3%) mutat a fiúk esetében, ami rendszeres kannabiszfogyasztást feltételez, és a rizikómagatartás szempontjából fokozott figyelmet érdemel.

A kipróbálás életkora többségben 15-16 évre tehető: a kannabisz esetében a kipróbálók 70%-a, más drog esetében a kipróbálók 75%-a 15-16 éves kora körül fogyasztja először az adott szert. A 14 éves koruk előtt kipróbálók aránya nem éri el a 10%-ot egyik drogfajta esetében sem.

Az életprevalencia adatok alapján a fővárosban a legmagasabb, 30,8%-os a drogerintettség, ettől mind a megyeszékhelyre és városra, mind a kisebb községekre és tanyákra vonatkozó kategória messze elmarad. Tehát a település nagyságával arányosnak mondható a szerfogyasztó magatartás előfordulása.

A szerves oldószer kivételével minden szerhasználat esetében a gim-

náziumba és szakközépiskolába járó tanulók kisebb hányada próbált már életében valamilyen szert, mint a szakmunkástanulóknak. Míg a gimnáziumba és szakközépiskolába járók 6,5%-a próbált gyógyszert használni azért, hogy jobban érezze magát, addig a szakiskolások és szakmunkásképzős diákok 11%-a fogyasztott gyógyszert ilyen célból. Hasonló százalékos eltéréseket tapasztalhatunk az alkohol és gyógyszer együttes alkalmazása esetében is. A serkentőszerek tekintetében a különbség majdnem kétszeres, a szakiskolások 12,2%-a használt már ilyen szert élete során.

A négy évvel ezelőtti vizsgálat (Sebestyén 2003) prevalencia értékei általában magasabbak, mint a legfrissebb értékek. Magyarozatként szolgálhat, hogy a mostani kutatásban szereplő összesített kannabisz és egyéb tiltott szerhasználatra vonatkozó kérdéseket az alapján is tisztították, hogy a másik, a fogyasztás életkorát megjelölő kérdésben az előző kérdésekhez képest azonosan válaszolt-e a tanuló. Amennyiben az egyik kérdésben megjelölte, hogy már fogyasztott életében kannabiszt illetve más drogot, azonban az életkori kérdésnél nemmel válaszolt, vagy fordítva, kiszűrtük az értékelésből. Ez azt eredményezte, hogy kisebb értéket kaptunk mind a kannabisz, mind más szerfogyasztás tekintetében. Ezt a fajta szűrést kihagyták a négy évvel ezelőtti elemzésből. Amennyiben az adatokat nem tisztítják, az együttes szerfogyasztás életprevalencia értéke 30,6%, a kannabisz-fogyasztásé pedig 22,5% lesz. Ha a négy évvel ezelőtti adatokat az utóbbi értékekkel hasonlítjuk össze, növekedés tapasztalható az összes drogfogyasztás életprevalenciájának tekintetében.

#### Összehasonlítás korábbi eredményekkel

Életprevalencia értékek	HBSC 2002	HBSC 2006
tiltott és legális szerek együtt	24,3%	20,3%
visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás	9,3%	14,7%
kannabisz/hasis	19,8%	17,3%
inhalánsok	2,1%	4,0%
ecstasy	4,3%	6,1%
amfetamin/speed	3,6%	5,7%

Forrás: Sebestyén 2003, Németh

## 1.4.2 Rendőrök drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata

2006-ban a rendőrök körében, reprezentatív mintán történt vizsgálat<sup>8</sup> (Ritter 2007) a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos attitűdök felmérésére. A vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy a kábítószer-fogyasztókkal szemben gyakorlatban is eljáró rendőrök miként értékelik a kábítószer-fogyasztás problémájának hazai társadalmi és büntetőjogi kezelését, illetve annak eszközeit; továbbá hogyan viszonyulnak a kábítószer-fogyasztó populációhoz.

A vizsgálat megkérdezettjei szerint a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények a felsorolt 8 bűncselekménytípus közül súlyosságuk szempontjából az 5. helyre kerültek (a vagyoni elleni bűncselekményeknél, az adócsalásnál, a korrupciónál és az időskorúak sérelmére elkövetett bűncselekményeknél ítélték kevésbé veszélyesnek). Azaz a válaszadók nem sorolták a legsúlyosabb cselekmények közé.

A vizsgálatban feltett kérdésre, miszerint melyek azok a bűncselekménytípusok, amelyeknek elkövetőit a leginkább elítélik, a következő válaszokat adták: a kábítószerrel visszaélést elkövetőket, ezen belül is a kábítószer-terjesztőket a megkérdezettek 3,9%-a tartotta elítélendőnek. A megkérdezettek 42,4%-a azt jelezte, hogy vannak olyan elkövetők, akiket nem tekint bűnözőnek. 57,6%-uk szerint azonban minden, bűncselekményt elkövetőt bűnözőnek kell tekinteni. A vizsgálat azon megkérdezettjei, akik szerint nem minden bűncselekményt elkövető bűnöző, a legnagyobb megértést a tartás elmulasztása bűncselekményt elkövetővel, a közlekedési balesetet okozókkal és a kábítószer-fogyasztás bűncselekményt elkövetővel szemben tanúsították, azaz legkevésbé őket tekintették bűnözőknek.

A megkérdezettek 75,5%-a szerint Magyarország a középmezőnybe tartozik a kábítószer-fogyasztás elterjedtségét tekintve az európai országok között. 15,6%-uk az első 10 ország közé sorolta hazánkat, míg 7,5%-uk az utolsó 10 közé. A vizsgálati mintába került rendőrök jelentős része azt gondolja, hogy hazánkban a kábítószer-fogyasztás elterjedtsége olyan mértékű, mint az európai átlag vagy annál valamivel nagyobb.

<sup>8</sup> A vizsgálat célcsoportját a jogi minősítést meghatározó rendőrök (nyomozók, vizsgálók) és azok közvetlen felettesei (osztályvezetők) alkották. A mintavételi keretet a megyei rendőrfőkapitányságon és minden megyéből a két legmagasabb felderítési mutatóval rendelkező városi rendőrfőkapitányságon, a budapesti kerületi kapitányságokon dolgozó rendőrök alkották. A vizsgálatot önkéntes kérdőív segítségével végezték. Az adatgyűjtés során összesen 368 értékelhető kérdőívet dolgoztak fel.

A megkérdezettek szerint a következő eszközökkel lehetne a leghatékonyabban visszaszorítani a kábítószer-fogyasztást:

**A kábítószer-fogyasztás visszaszorítására alkalmas eszközök**

<b>Eszközök</b>	<b>%</b>
Szigorúbb büntetés	37,0
Megelőzés, felvilágosítás	38,2
A határátkelők hatékonyabb ellenőrzése	4,1
Egyes kábítószeres legalizálása	8,5
Razziákkal, szórakozóhelyek ellenőrzése, a rendőrség szerepének növelése	9,4
Megelőzés, felvilágosítás+ határozottabb rendőri fellépés, szigorúbb jogszabályok + személyi tárgyi feltételek növelése	0,6
Racionálisabb büntetés és ítélkezési gyakorlat	4,2

Forrás: Ritter 2007

Arra a kérdésre, hogy egyetért-e a fogyasztók büntetésével, a megkérdezetteknek 98,2%-a válaszolt, tehát magas volt a válaszadási hajlandóság. A válaszadók 66,9%-a értett egyet a kábítószer-fogyasztók büntetésével. A következő táblázat mutatja azon érveket, amellyel a válaszadók a leggyakrabban indokolták álláspontjukat.

**Indokok a kábítószer-fogyasztás büntetése mellett és ellen**

<b>Büntetéssel egyetértők</b>	<b>Büntetés-ellenesek</b>
A büntetés visszatartó erejű	Betegség, amit gyógyítani, kezelni kell
Mert a fogyasztás is bűncselekmény	Olyanokat kriminalizálnak, akiket nem kellene
Számos járulékos bűncselekmény kötődik a kábítószer-fogyasztáshoz	Csak a szer hatása alatt bűncselekményt elkövetőket kellene büntetni
Fogyasztóból lesz a terjesztő	Az igazi problémát a fogyasztók büntetése nem oldja meg
Az elterelés lehetősége miatt nem érvényesül a büntetés visszatartó ereje	Segíthet az elterelés a leszokásban

Forrás: Ritter 2007

Arra a kérdésre, miszerint visszaszorítható-e büntetőjogi eszközökkel a kábítószer-fogyasztás, a válaszadók 56,5%-a azt válaszolta, hogy nem szorítható vissza.



A megkérdezettek 26,4%-a szerint bizonyos szerek esetén szabálysértésnek kellene tekinteni a cselekményt, míg a többi szerrel kapcsolatos elkövetési magatartásokat vétségi vagy bünteti eljárásban kellene vizsgálni. A teljes büntetlenséget a válaszadók mindössze 1,9%-a választaná. A megkérdezettek 1,4%-a minden szertípus tekintetében szabálysértési törvény keretei között kezelné a kábítószer-használatot.

A vizsgálatban megkérdezettek 50%-a szerint kell különbséget tenni az egyes szertípusok között, és a szankció mértékét ehhez kell igazítani. Ezzel szemben arra a kérdésre, hogy kell-e különbséget tenni a kábítószer fogyasztó és más kábítószeres bűncselekményt elkövető között, a megkérdezettek 81,9%-a válaszolta azt, hogy igen.

**A kábítószer-fogyasztókkal kapcsolatos rendőri attitűd<sup>9</sup>**

<b>Állítások</b>	<b>Átlag</b>
Mindenfajta drog fogyasztása egyformán káros	3,7
Aki elkezd kábítószer-t fogyasztani, előbb utóbb kereskedni is fog vele	2,8
A kábítószeresek sokkal károsabbak, mint az alkohol	3,8
Az alkohol és a kábítószeresek között az a különbség, hogy a törvény csak a kábítószer-fogyasztást bünteti	2,5
A kábítószer-fogyasztók gyenge jellemű emberek	3,2
Jobb lenne, ha a kábítószer-fogyasztás csak szabálysértés lenne	1,5
A kábítószer-t kipróbálók többsége soha nem válik függővé	2,2
Szükséges a fogyasztók büntetése	4,1
A kábítószeresek bűnözők	3,0
Nem zavarna, ha kábítószer-fogyasztókat kezelő intézmény létesülne a lakóhelyem közelében	2,6
El kellene távolítani az iskolákból a drogfogyasztó diákokat	3,0
Engedélyezni kellene a könnyűdrogok használatát	2,5
A jelenleginél sokkal szigorúbban kellene büntetni a kábítószer-fogyasztást	3,6
A kábítószerfüggők beteg emberek	3,8
Csak azok fogyasztanak kábítószer-t, akik nem tudnak megbirkózni a problémáikkal	2,5
A jelenleginél alacsonyabb jogszabályi szintre helyezéssel, sem pedig a szertípusok szerinti megkülönböztetéssel.	2,4
Különbséget kellene tenni az egyes szertípusok büntetőjogi megítélése között	2,6

Forrás: Ritter 2007

Az attitűdskálát végignézve egyértelmű, hogy a megkérdezett rendőrök összességében elítélik a kábítószer-fogyasztást, sőt a kábítószer-fogyasztókat is (bár a függőkre vonatkozó betegség-kép itt is érvényesül). Semmiképpen nem szeretnék büntetlenül hagyni ezt a magatartást, nem értenek egyet sem az alacsonyabb jogszabályi szintre helyezéssel, sem pedig a szertípusok szerinti megkülönböztetéssel. Az alkoholfogyasztásnál károsabbnak és veszélyesebbnek ítélik a kábítószeresek fogyasztását.

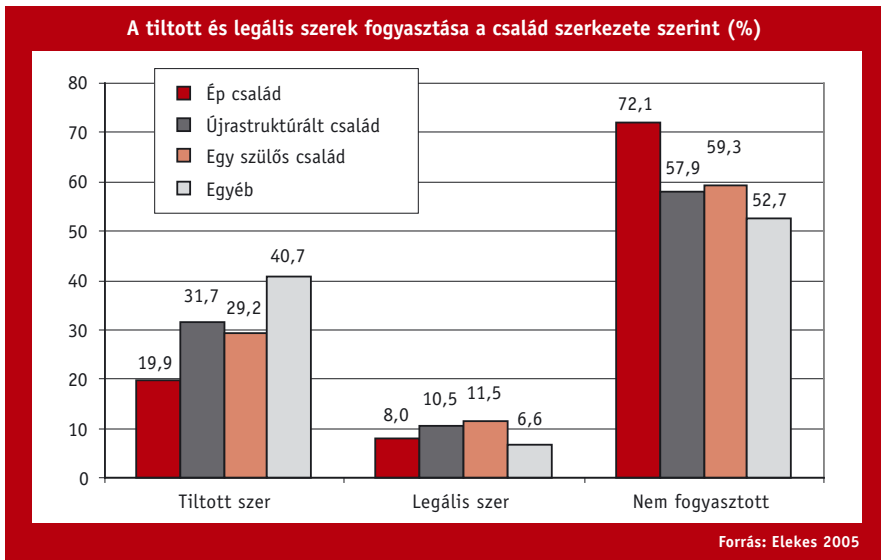
<sup>9</sup> A Likert-skála alapján öt állásfoglalási lehetőség volt adott a válaszadók számára: teljes mértékben egyetért (5), egyetért (4), határozatlan (3), nem ért egyet (2), egyáltalán nem ért egyet (1).



### 1.4.3 Drogfogyasztás a veszélyeztetett csoportokban

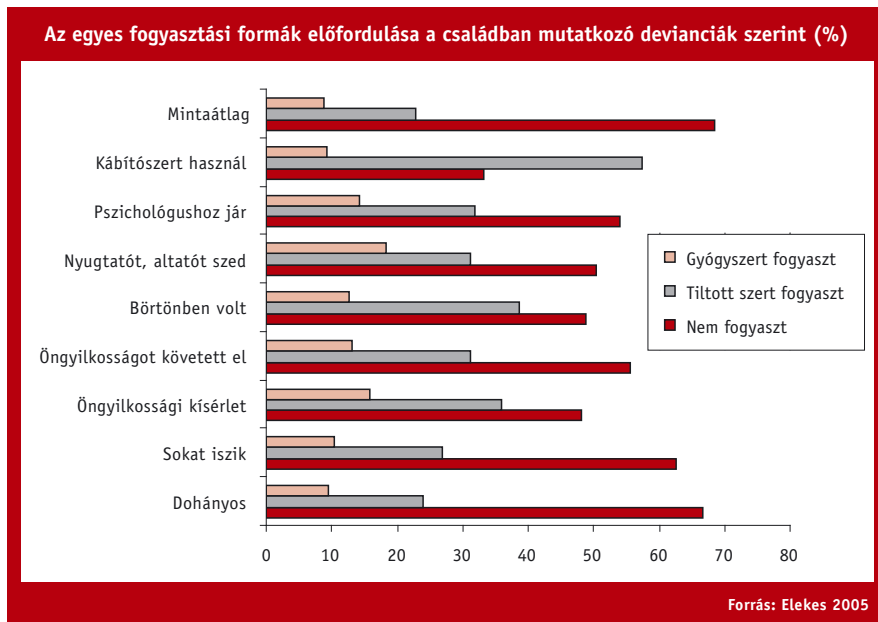
A szakirodalom által a drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetettnek tekintett speciális csoportok drogfogyasztását vizsgáló kutatásokról korábbi éves jelentéseinkben beszámoltunk. A kutatások a következő veszélyeztetett csoportokra irányultak: pszichés problémákkal küzdő gyermekek (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006, 11. fejezet), gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok, roma fiatalok (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2005, 2. fejezet), nevelőintézetben élő fiúk és elektronikus zenei partikat látogató fiatalok (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2004, 2. fejezet).

Az ESPAD kutatások a fiatalok szerfogyasztása és a családi háttérváltozók kapcsolatát is vizsgálják (Elekes, 2005). A 2003. évi magyarországi ESPAD kutatás<sup>10</sup> eredményei szerint a lógás miatti hiányzás mind a lányok, mind a fiúk tekintetében szignifikáns kapcsolatot mutatott a szerfogyasztás mutatóival. A családszerkezetet vizsgálva megállapítható volt, hogy a legális és illegális szerek fogyasztásával szemben óvó hatása van az ép családnak, a valamely biológiai szülő nélkül nevelkedő fiatalok veszélyeztetettebbek.



<sup>10</sup> A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató központja készítette az iskola típusa és székhelye szerint rétegzett országos reprezentatív mintán, az iskolák 8–10. évfolyamán. A 16 évesekre vonatkozó bruttó mintanagyság 3167 fő, nettó mintanagyság 2677 fő. Az adatfelvétel önkéntes módszerrel osztályos lekérdezéssel történt az ESPAD standardok szerint.

További olyan családi háttértényezőket is azonosítottak, melyek szignifikáns kapcsolatot mutattak a fiatalok szerfogyasztásával, mint például a szülői kontroll erőssége, az idősebb testvér szerfogyasztási szokásai, illetve a családban előforduló különböző devianciák jelenléte. A következő ábra a család többi tagjának devianciái mentén mutatja a fiatalok körében előforduló fogyasztási formákat.



A családban előforduló dohányzás befolyásolja legkevésbé a fiatalok szerfogyasztási szokásait, azonban kisebb-nagyobb mértékben minden deviancia növeli a tiltott vagy legális szerfogyasztás valószínűségét. Az illegális szerhasználat tekintetében a kábítószer-használó szülők gyermekei mutatkoznak a legveszélyeztetettebbeknek.

### 1.4.4 Regionális, helyi kutatások

A szombathelyi 14–26 évesek körében végzett kutatás két különböző adatfelvételtől épült fel, a 14–18 évesek körében 13 iskolából 1699 önkéntes kérdőív került felvételre, és telefonos megkérdezés útján 800 válasz érkezett a 18–26 évesek köréből, a két korcsoportból összesen 2499.

A papíralapú kérdőívek névtelenül kerültek begyűjtésre, a telefonos

megkérdezés során az interjúalany nevét nem rögzítették a kitöltött kérdőívben. Az iskolai helyszíneken minden kérdőív visszaérkezett, a telefonos lekérdezés során a visszautasítások számát a kutatók nem rögzítették.

Az illegális szerek kipróbálási aránya a 14–18 évesek körében összességében 12% (fiúk 15%, lányok 8%), 1% nem válaszolt, míg 87%-uk soha nem próbált illegális drogot. A kipróbálási arány a 18–26 évesek körében 10% (fiúk 15%, lányok 5%), 2% nem válaszolt; soha nem próbált kábítószer az összes válaszadó 88%-a. A fiatalabb korcsoportban a legális nyugtatók kipróbálása 16%, az idősebb csoportban 16,7%. A kábítószer-fogyasztás gyakoriságára csak a 14–18 évesek körében van adat, a valaha kipróbálók 78,1%-a nem fogyaszt, 15,5%-a alkalmanként, 1,6%-a havonta, 3,7%-a hetente, 1,1%-a naponta fogyaszt valamilyen kábítószer. A leggyakrabban fogyasztott illegális szerek a kutatók kategóriáit alkalmazva: kannabisz vagy származékai 91,7%, hallucinogének (LSD, mágikus gomba) 14,9%, élnkítőszer (kokain, amfetamin, MDMA) 13,1%, bódítószerek (opiátok) 4,2%.

*Nyíregyházán* iskolatípus szerinti reprezentatív mintán 9 középiskolában zajlott online adatfelvétel. A kérdőív a HBSC vizsgálatokban használt kérdőív rövidített változata volt.

Az eredeti tervek szerint a teljes mintanagyság 6207 fő volt, ebből 3575 kérdőív került az adatbázisba, vagyis a kitöltési arány 57,5% volt. Ennek oka lehetett iskolai hiányzás vagy a számítástechnika óra ütemezési gondja; illetve, hogy nagyon sok megválaszolatlan kérdés vagy más egyéb ok miatt a kutatók utólag a kérdőívet érvénytelennek minősítették. A megválaszolatlan kérdések aránya az alkohol vagy drogfogyasztással kapcsolatos kérdések esetén magasabb volt: 1,4%–2,2%, mint a szocio-demográfiai kérdések esetén: 0,3%–1,1%.

A válaszadás önkéntes jelleggel, anonim módon történt.

A megkérdezett középiskolások 18,8%-a fogyasztott már életében illegális szert vagy visszaélészerűen legális szert. A teljes mintában 12,2% fogyasztott kannabiszt, 4,5% gyógyszert visszaélészerűen, 4% amfetamint, 3,2% ecstaszt, és 2,3% valamilyen inhalánst. A kokain és az opiát kipróbálási aránya egyaránt 1,4%, LSD esetében ez a mutató 1,6% volt.

A tiltott és legális szerek együttes gyakorisága a teljes mintán a következőképpen alakul: soha 81,6%, 1–2-szer 8,2%, 3–5-ször 4,2%, 6–9-szer 2,1%, 40-szer vagy többször 1,7%.

A kutatás során klaszterelemzés eredményeként négy fogyasztási csoport került kialakításra. A „nem lerészegedő – nem droghasználó” csoportba az érvényes választ adók 79,9%-a (2613 fő), a „gyakran lerészegedő – nem droghasználó” csoportba 12,3% (402 fő), az „alkalmanként lerészegedő

– mérsékelten droghasználó” csoportba 4,6% (151 fő), a „gyakran lerészegedő – droghasználó” csoportba 3,4% (110 fő) tartozott.

A kutatás az étellel való elégedettség skáláját és a drogfogyasztói kategóriákat is összevetette, melynek eredményeként elmondható, hogy az elégedettség csökken a droghasználat gyakoriságának növekedésével. Azok, akik gyakrabban élnek valamilyen szerrel, nagyobb arányban utasítják el azt a kijelentést: „az osztálytársaim elfogadnak olyanok, amilyen vagyok”. Az elutasítás a „gyakran lerészegedők – droghasználók” csoportjában 9,3%, mely mintegy kétszerese a „nem lerészegedők – nem droghasználók” csoportjában mért értéknek (4,5%).

*Gyöngyösön* három különböző típusú középiskola 11. évfolyamos diákjai körében 260 tanuló bevonásával készült vizsgálat. Az adatfelvétel önkéntes, anonim formában történt, minden, a diákoknak kiosztott kérdőív kitöltésre került.

A leggyakrabban kipróbált szer a kannabisz, illetve származékai, ezt követi az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása, majd az inhaláns szerek. Ezt a három szert tartották a megkérdezettek a legkönnyebben beszerezhetőnek is. A valamilyen illegális szert kipróbálók az anyag származását illetően 37,5%-ban a baráti társaságot, 24,3%-ban egy barátot jelöltek meg.

A kipróbálás okaként a megkérdezettek 42,5%-a a kíváncsiságot említette, 27,5% jelölte meg a „jól akartam érezni magam” lehetőséget. A válaszadók 15%-a a „problémákról való megfélelmezést” említette, 7,5% azért próbálta ki a szert, mert nem akart „kilógni a társaságból”.

A diákok 53,4%-a nyilatkozott úgy, hogy van a környezetében kannabisz-fogyasztó, 36,3%-uk ismert nyugtatót, 26,9%-uk MDMA származékokat fogyasztót, a többi szer előfordulása a fiatalok ismeretségi körében jellemzően 10%.

Az illegális szerek közül kannabiszt néhányszor fogyasztott a megkérdezettek 20,2%-a, 10-nél többször 6,7%-a; ecstasyt néhányszor használt 10,7%, 10-nél többször 2,3%. Az alkohol és a gyógyszer együttes használatát 24,4%-uk említette néhány, és 3,4%-uk 10-nél több esetben. A diákok 34,5%-a gondolja úgy, hogy bárban, diszkóban lehet a legkönnyebben kannabiszhoz vagy hashoz jutni, 14,5% ugyanerre a kérdésre az iskolát jelölte meg.

*Tatabányai* 9–12. évfolyamos középiskolai tanulókat kérdeztek droggal kapcsolatos ismereteikről és drogfogyasztási szokásaikról. Összesen 1247 fő válaszolt, mely csupán három fővel kevesebb, mint a tervezett. A 4637 főből álló alapsokaság 26,9%-a megkérdezésre került.

A véletlenszerűen kiválasztott osztályok mindhárom iskolatípust kép-

viselték, a diákok tanóra keretei között, önkéntesen, az anonimitás biztosításával maguk töltötték ki a kérdőíveket.

A megkérdezettek 29%-a vallotta, hogy életében fogyasztott már illegális drogot. Az éves prevalencia érték 22%, a havi prevalencia érték 12% volt.

A leggyakrabban kipróbált illegális szer a kannabisz volt (27%-uk említette), majd az ecstasy (13%), az amfetamin (9%) és az LSD (3%) követte. Intravénás droghasználatról 3 tanuló számolt be. A kannabiszt valaha kipróbálók 42%-a csak egy-két alkalommal fogyasztotta a szert, 14%-a 40 vagy több alkalommal. A kannabiszt életükben 40-szer, vagy többször fogyasztók aránya általánosságban a tatabányai középiskolás diákok körében 4%.

A legális vagy illegális drogot valamelyikét valaha kipróbálók 71%-a először kannabiszt vagy hasist használt. A második leggyakoribb drogfajta az orvosi rendelvény nélkül használt altató vagy nyugtató (14%-uk), majd az ecstasy 9%-os említési aránnyal. A kannabisz kipróbálásának átlagéletkora 15,2 év volt.

Azok körében, akik valaha kipróbáltak valamilyen drogot, a kipróbálás legjellemzőbb oka a kíváncsiság volt (48%). A második leggyakoribb ok a „jól akartam érezni magam” (26%), majd a „meg akartam feledkezni a problémáimról” 11%-os gyakorisággal.

A tatabányai középiskolások 71%-ának van legalább egy, drogot kipróbáló közeli barátja. 59%-ának több ilyen barátja is van. 40% azoknak az aránya, akiknek van legalább egy, drogot rendszeresen használó közeli barátja, 29%-nak pedig több, drogot rendszeresen használó barátja van. A diákok 46%-a szerint kannabiszt könnyű beszerezni, a második, leginkább elérhető illegális drog az ecstasy, melyet 33%-uk említette.

*Zalaegerszegen* a két almintából álló kutatás egyrészt a 9–12. évfolyamos diákok körében (2245 fő), másrészt a 13–15. évfolyamos kiegészítő képzésben tanulók körében 824 fő részvételével történt, így a kutatásban összesen 3069 fő vett részt. A sikeres lekérdezések száma 2492, a mintaelérési arány 81,2% volt. A vizsgálat az ESPAD módszertani ajánlásait betartva önkéntes, anonim, önkitöltős módon történt, felkészített kérdezőbiztosok bevonásával.

A tiltott vagy legális szerhasználat életprevalencia értéke a 9–12. évfolyamban 33,3%, a csak illegális szerhasználatot tekintve 22,6%. A tiltott vagy legális szerhasználat életprevalencia értéke a 13–15. évfolyamban 45,8%, a csak illegális szerhasználat 33%-ban volt jelen.

A szerenkénti életprevalencia értékek alapján a kannabisz a vezető szer, ezt követik az inhalánsok, az ecstasy és az amfetamin; a 13–15. évfolyam életprevalencia értékei az opiátok kivételével minden kategóriában maga-

sabbak a 9–12. évfolyam értékeinél. Ez az arány a visszaélészerű gyógyszerhasználat életprevalencia adatainál is megfigyelhető, mely gyakoriságát tekintve megelőzi az inhalánsokat is. (Életprevalencia adatok elsőként a 9–12. évfolyamosok, majd a 13–15. évfolyamosok körében: marihuána 20,2%, 31,2%; alkohol gyógyszerrel 15,9%, 19,2%; inhalánsok 7%, 11,3%, ecstasy 5,9%, 9,4%; amfetamin 5,6%, 8,7%; heroin 1%, 0,4%.)

A zalaegerszegi középiskolások egyötöde 1-2 alkalommal használt valamilyen drogot, 35–40%-uk ugyan többször, de kevesebb mint 10 alkalommal. A valaha fogyasztók több mint 40%-a legalább tízszer, s minden negyedik-ötödik fogyasztó már legalább negyvenszer vagy több alkalommal fogyasztott valamilyen szert biztosan droghasználati céllal. A két korcsoportban a fogyasztás gyakorisága szerint nem mutatkozott eltérés. Az elsőként használt szer az esetek kétharmadában a kannabisz/hasis.

Az első droghasználat okaként a megkérdezettek kétharmada (9–12. évfolyamon 66,9%) a kíváncsiságot jelölte meg. További indokok csökkenő sorrendben: „jól akarta érezni magát” (9–12. évfolyamon 17%), „meg akart feledkezni a problémáiról (9–12. évfolyamon 9,7%), „nem akart kilógni a társaságból” (9–12. évfolyamon 6%).

A tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek együttes életprevalencia értéke az 1993-ban mért 20,1%-ról 2006-ra 33,3%-ra nőtt.

A *mátészalkai* középiskolai vizsgálatban egy középiskolából összesen 135, 9. vagy 12. osztályos diák töltött ki kérdőívet, melynek középpontjában a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos attitűdök álltak. Az összesen kiosztott 143 kérdőív 94,4 %-a került kitöltésre, önkéntes, anonim módon. A vizsgálat 18 nyílt kérdést tartalmazott, a megkérdezettek körében voltak kortárssegítő képzésben részesült diákok is.

A kutatás eredményei szerint a kábítószer-problémáról bővebb ismeretekkel rendelkezők inkább a segítségre szorulókat látják a szerhasználóban, a fiatalabbak inkább az elítélés felé hajlanak. A 9. és a 12. évfolyamosok között eltérés mutatkozik abban is, kihez fordulnának kábítószerrel kapcsolatos kérdéseikkel. A fiatalabb évfolyam kétszer nagyobb valószínűséggel fordulna szüleikhez, mint az idősebbek. A 15–16 éves korosztály a depresszió megoldási módjának tekinti a kábítószer-használatot, amit sokszor az önértékelési zavarból és a családi harmónia hiányából eredőnek tekint, míg a 17–18 éves korosztály szerint stressz-oldás miatt választják legtöbbször a droghasználatot. A diákok elsősorban a kábítószerrel viselkedésre gyakorolt hatásait tudták megnevezni, és szinte mindenki tudott legalább négy jellegzetes fizikai tünetet is felsorolni. A kortárssegítők mindegyike, a többi diák 77%-a gondolta úgy, hogy a kannabisz legalizálása növelné a szer elterjedtségét.

A *debreceni* Kábítószer Egyeztető Fórum három részből álló tanulmányt készítetett 2006 végén. Az első egységben a városban működő, a kábítószer-problémához valamilyen módon kapcsolódó intézmények dolgozóival készítették interjút, illetve töltettek ki kérdőívet. A helyzetértékelő és problémafeltáró vizsgálat célja a helyi erőforrások inkonzisztenciájának feltárása volt. Ebben az egységben 273 kérdőív került kiosztásra, ebből 233 érkezett vissza (85,3%). A megkérdezettek szerint a drogprobléma kezelésében, csökkentésében elsősorban az egészségügyi ellátórendszernek majd az iskolának van legnagyobb szerepe. A válaszadók erre a két területre költenének a legtöbbet, míg a rendőrségi felderítés és a kutatások, felmérések készítése lényegesen kisebb hangsúlyt kapott. A vizsgálatba vont intézmények dolgozóinak 64,5%-a egyetért azzal, hogy „a könnyűdrogok legalizálása csak növelné a fogyasztást”. A szakemberek 47%-a nem ért egyet a repressziós drogpolitika eredményeivel, 37%-uk viszont támogatja ezt a megközelítést.

A második rész iskolai adatgyűjtésen alapult. A 7–10. osztályokban vizsgálták a kábítószerrel, kábítószer-fogyasztókkal szembeni attitűdök alakulását 2512, különböző típusú iskolába járó diák megkérdezésével. Tíz, értékítéletekhez kapcsolódó kérdés alapján három klaszter került kialakításra, melyek alapján a debreceni diákok 45%-a „drogellenes”, 41%-a „liberális” és 14% „szigorú moralizáló” álláspontot vall. A marihuána kipróbálását az általános iskolások 13%-a, a gimnazisták 24%-a, a szakiskolások 21%-a nem tartotta elítélendőnek, míg a rendszeres használatot közel azonos mértékben tolerálták a különböző korú fiatalok (6%-6%-7%).

A tanulmány harmadik része interjúk alapján a kezelésben megjelenő 20–35 év közötti illegális szerhasználókkal készült, főként a szerek életvezetésre gyakorolt hatásaira és az intézmények hatékonyságára összpontosítva. A válaszok csak kvalitatív elemzésre adnak lehetőséget. A válaszadók leghitelesebb tanácsadó személynek a gyógyuló szerhasználót tartották, másodikként az orvost említették, a pedagógust azonban nem tartották hitelesnek válaszaikban. A megkérdezettek háromnegyede családjában sohasem beszélt a kábítószer-problémáról. A válaszadó kezeltek a szerhasználat előnyei között a kábítószerek euforizáló, lazító hatását említették, a használati mintázatok többségben a rekreációs használatot tükrözték, leginkább társasági drogként értelmezték a szereket.

## 1.4.5 Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban

### KATONÁK

A Magyar Honvédség komplex szűrővizsgálati rendszere nyújt információt a kábítószer-fogyasztás területi és minőségi megoszlásáról a személyi állományon belül, amely a preventív stratégia kialakításának alapjául szolgál. Az eredmények a honvédség akkreditált kábítószer-vizsgáló laboratóriumában készülnek. A vizeletminta vételére, a nyilvántartások vezetésére, valamint a kábítószer-gyorstesztetek alkalmazásának szabályaira az egészségügyi személyzetet folyamatosan képzik.

A vizeletmintákból a kábítószeres fogyasztásának bizonyítására 2006-ban végzett laboratóriumi vizsgálatok eredményeit az alábbi táblázat mutatja (Gachályi 2007).

Szűrővizsgálat	Pozitív esetek száma		
	Kannabisz	Opiát <sup>11</sup>	Amfetamin
Alkalmassági (N=6297)	31	35	10
Hatósági (N=140)	20	7	6
Preventív (N=1705)	4	10	3
Összesen (N=8142)	55	52	19

Forrás: Gachályi 2007

Míg az előző évben opiát-származékok fogyasztását egy esetben sem mutatták ki, 2006-ban 52 személynél volt feltételezhető ennek a szertípusnak a használata, így a vizsgált kábítószer-fajták megoszlása a pozitív esetek között jelentősen megváltozott. Felére esett vissza a kannabisz-fogyasztást bizonyító minták aránya, és valamivel csökkent az amfetamin kimutatása is. Az illegális szerfogyasztásra legtöbbször már az alkalmassági vizsgálaton fény derült.

<sup>11</sup> Az opiát pozitivitást nagyműszeresen nem tudták minden esetben bizonyítani, így csak a fogyasztás gyanúja volt megerősíthető.



## 1.5 Attitűdformálás

### 1.5.1 Parlamenti és társadalmi viták a kábítószer-problémáról

A 2006. július 1. és 2007. május 31. között megtartott 67 parlamenti ülésen 9 alkalommal vetették föl a kábítószer-problémát a következő törvényjavaslatok, viták, interpellációk és kérdések formájában:

Általános vita folyt a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról (2003–2005. évek vonatkozásában) szóló jelentés elfogadásáról, valamint a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII.11.) OGY határozat módosításáról.

Vita, interpelláció, vagy kérdés formájában a Parlament elé került:

- Az Éves Jelentés 2006: Kábítószer-probléma Európában című EMCDDA által készített dokumentum
- Kábítószer-politikai változások és az új Büntető Törvénykönyv kodifikációja
- Kábítószerügyi eseti bizottság felállítása és tagjainak megválasztása
- Drogprevenció a Honvédségben és az iskolákban
- Kábítószer-fogyasztás visszaszorítása civil szervezetekkel és az egyházzal

A megelőző egy évhez képest (2005. július 1.–2006. június 30.) nagyobb számban merült fel a kábítószer-probléma a parlamenti napirendi pontok között. A kis arányú növekedés annak a ténynek is betudható, hogy a Kormány két évente, így 2006-ban számolt be az Országgyűlésnek a Nemzeti Kábítószer Stratégia megvalósulásáról. A vizsgált évben a kábítószer-probléma napirendre kerülésének gyakorisága és a parlamenti ülések aránya a megelőző évben tapasztalt 10,5%-ról 13,4%-ra nőtt.

2005. december 1-jén az egyik budapesti túcsere-program munkatársa a Fővárosi Főügyészségen büntetőeljárás megindítását kérte maga ellen. Ennek előzménye a Legfőbb Ügyészség 2005 májusában kiadott állásfoglalása volt, mely szerint „az illegális drogfogyasztás, annak bármilyen módon illetve céllal történő segítése – álláspontom szerint minden esetben – bűncselekmény gyanújára utal. Ennek észlelése esetén a bűnüldöző hatóságok hivatalból kötelesek eljárni”. A Társaság a Szabadságjogokért kampányához tartozó önfeljelentés célja az ártalomcsökkentő programok munkája körül kialakult bizonytalan jogi helyzet tisztázása volt, azzal a hosszú távú célki-

tűzéssel, hogy a programok kliensei a rendőri eljárástól való félelem nélkül tarthassanak maguknál steril és használt eszközöket, és erről a programok és a rendőrség között országos megállapodás születhessen. Az ügyészség 2006 júniusában megszüntette a túcsere-program munkatársával szemben folytatott nyomozást a társadalomra való veszélyesség tudatában való tévedés miatt, azonban a bűnsegédi magatartást megállapította.

A 2005. évi CLXX. törvénnyel módosított Szociális törvény (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006) alapján a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé bekerült az alacsonyküszöbű ellátás. Ennek megfelelően a 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelettel módosított, 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet kiegészült az alacsonyküszöbű ellátásról szóló bekezdésekkel (39/L §), amely a túcsere-programokat, mint kiemelt ártalomcsökkentő szolgáltatást határozza meg. Ezen változások feloldják a fent említett jogi problémát.

## 1.5.2 Megjelenés a médiában

### ORSZÁGOS SZINTEN

2006-ban a Kábítószer-ellenes hét keretében (június 26. – július 2.) a Magyar Televízió tematikus hetet szervezett, melynek során a kábítószer-problémával kapcsolatos filmeket, beszélgetéseket és riportműsorokat sugároztak. A hét folyamán egy kábítószer-ellenes „spot” is vetítésre került televíziós csatornákon, melynek elkészítését a Szociális és Munkaügyi Minisztérium 619 000 Ft-tal támogatta. A spot a következő üzeneteket tartalmazta:

*2006-ban a Kábítószer-ellenes hét keretében sugárzott televíziós spot tartalma*

Magyarországon a felnőtt lakosság 11,4%-a kipróbált már illegális szert.  
A budapesti 17–18 éves fiatalok 47,5%-a fogyasztott már kábítószer.

**A DROG KÖZTÜNK VAN.  
A DÖNTÉS A TIED,  
DE A FELELŐSSÉG KÖZÖS**

2006. június 26. – Kábítószer-ellenes Világnap  
**A felelősség közös!**

Forrás: Szociális és Munkaügyi Minisztérium

Számos alkalommal került sor a 2006-os év folyamán egyéb, nem kampány jellegű média megjelenésre, amikor is a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca tisztségviselői hosszabb-rövidebb riportok, interjúk során tájékoztatták az érdeklődőket a kábítószer-helyzetben beállt változásokról, a szükséges intézkedésekről.

## HELYI SZINTEN

A helyi szinten szervezett médiakampányok felkutatásához a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok segítségét kértük.<sup>12</sup> A beérkezett kérdőívek alapján mindössze hat médiakampányt sikerült azonosítani, ezek egyikének sem vizsgálták a hatékonyságát. A kampányok közül három a helyi televízióban, kettő a helyi rádióban, egy a helyi újságban folyt. Egy kampány során vettek igénybe két kommunikációs eszközt (televízió, újság), ez azonban inkább egy tájékoztató kampány volt a helyi szervezetek tevékenységéről.

A kampányokról rendelkezésre álló részletes információt a következő táblázat tartalmazza.

<sup>12</sup> A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet közreműködésével egy kérdőívet küldtünk a helyi KEF-eknek. A 90 KEF közül 11-től érkezett válasz.

Helyi szinten szervezett médiakampányok az elmúlt 3 év során							
A kampány címe/ fő üzenete	Felhasznált tömegkomm. eszközök	Földrajzi hatókör	Célcsoport	Kampány időtartama	Kampány fő üzenete	Költség (Ft)	
Le(sz)állópálya – televíziós magazinhírműsor	helyi televízió	Pécs város	középiskolai tanu- lók, szülők, taná- rok, szakemberek	10 hónapon át havonta 30 perc élőadás	Preventív szemlélet, objektiv információk hiteles szakemberek- től, ártalomcsökkentő filozófia	1 millió Ft	
Drogvesélyben – rádiós magazinhírműsor	helyi rádió	Dél-Dunántúl	középiskolai tanu- lók, szülők, taná- rok, szakemberek	havonta egy alkalommal 30 perc élő, interak- tív adás	Preventív szemlélet, objektiv információk hiteles szakemberek- től, ártalomcsökkentő filozófia	-	
Sorozat a kábítószer-prob- lémáról	havonta meg- jelenő kulturá- lis és hírűjság	Győr-Moson- Sopron megye (ki- véve Győr és Sopron)	a megye polgárai (kivéve Győr és Sopron)	2005 december- 2006 május	Nézünk szembe a problémával, minél hamarabb, minél szaksze- rűben lépünk a tettek mezejére, annál biztosabb a siker	349 000 Ft + 30 000 Ft szak- értőknek	
MEGÁLLÓ Betekintés a drogok vilá- gába és a megelőzés, keze- lés lehetőségeibe. Szol- nokon népszerű, ismert emberek alternatívákat kínáló üzenetei.	Aktív Rádió, Szolnok	Szolnok 50 km-es kör- zete	lakosság	2007 május 3.- május 24. között, csütörtökönként 30 percben	A drogozás helyett választhat sz más, értelmes időtöltést is.	200 000 Ft.	
Bűnmegelőzési krónika	Terézvárosi TV, Terézvárosi újság, TÉMA c. újság	Budapest Terézváros	lakosság	Folyamatos, heti egy alkalom	Tájékoztatás a helyi bűnmegelő- zési elképzelésekről, a KEF műkö- déséről	kb. 1 millió Ft évente	
Együtt a drog ellen spot- ok bemutatása a nézőknek	televízió	TV Eger sugárzó kör- zete és kábe- len elérhető nézői	elsősorban a fia- talok	társadalmi célú blokkokban, vál- tozó hosszban, folyamatos	„Élj drogok nélkül!”	-	

Forrás: KEF-ek beszámolóí alapján

### 1.5.3 Attitűdformálást célzó egyéb programok, események

*Drogprevenció a Sziget Fesztiválon:* A 2006. évi Sziget Fesztiválon – a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca támogatásával – drogprevencióval 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 információszolgáltatás, a segítő- és kezelőhelyek ismertetése, valamint ártalomcsökkentő szolgáltatások pl. AIDS szűrés, tücsere biztosítása volt.

2006-ban ismét, immár 9. alkalommal került megrendezésre a Szenvedélyek Napja című esemény, mely az előző évben már exponált gondolatsort fűzte és erősítette tovább: a pozitív önkép, saját személyiségünk becsben tartása, a mindennapok szépségeinek tudatos felfedezése és átélése az egyik leghatékonyabb eszköze a szenvedélybetegségek megelőzésének. A programsorozat célul tűzte ki, hogy a pozitív, élményekben gazdag, örömteli élet lehetőségének bemutatásával olyan mintát mutasson a fiataloknak, amely mellett a drogok használata és az egyéb, személyiségromboló életmód elemek nem jelenthetnek alternatívát.

2006-ban is megrendezésre került a Million Marijuana March elnevezésű rendezvény a Kendermag egyesület szervezésében. A rendezvényre a Margitszigeti nagyréten került sor, mintegy 6000 fő részvételével. Hasonlóan a korábbi évek tapasztalataihoz a rendezvény erősen polarizálta a kábítószerproblémával kapcsolatos véleményalkotásokat, alkalmat teremtett arra, hogy politikai hovatartozásuktól függően fejtsék ki a résztvevők, illetve kommentátorok a véleményüket a kérdéssel kapcsolatban. Ennek a rendezvénynek a margóján minden évben újból és újból fellángol a vita a kenderszármazékok legalizálása, általában a fogyasztói típusú magatartás teljes körű dekriminalizálása, illetve a büntetőpolitika átértelmezése kapcsán. Érdeemi párbeszédre, eszmeccserére ez alkalommal sem került sor a markánsan különböző nézeteket valló felek között.



## 2. Megelőzés

A kábítószer-probléma kezelése során körvonalazódó prevenciók tevékenység, és elsősorban az annak háttérében meghúzódó szemléletek ártelmezését tapasztalhatjuk az utóbbi időben. Az egészségfejlesztési és a drogprevenciók gondolkodás közeledését élhetjük át az utóbbi években, mely szemléleti ártrendeződés mindkét – egyébként egymáshoz szorosan kapcsolódó – terület számára nyereséggel jár. Manapság a mérvadónak tekinthető szakirodalom a prevenció területén három nagy kategóriát különböztet meg:

### *Univerzális – általános*

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

### *Céltartott prevenció*

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

### *Javallott prevenció*

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

A Magyarországi prevenciós palettán mind a három fenti kategóriába sorolható tevékenység megjelenik. Ezek ismertetését azonban a továbbiakban elsősorban a nemzeti stratégiában definiált színterek vonatkozásában tesszük meg.

### ÖSSZEFOGLALÓ ÁTTEKINTÉS

Az iskolai szinten működő drogprevenciós programokról részletes információ áll rendelkezésünkre, a programokat tartalmazó, több szempont szerint kereshető adatbázis ([www.ndi-szip.hu](http://www.ndi-szip.hu)) látogatottsága évről-évre növekszik.

Az iskolán kívül végzett általános és célzott prevenciós programokról lényegesen kevesebbet tudunk, egy kísérlet történt eddig ezen programok feltérképezésére (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2006).

A munkahelyi drogprevenció terén kidolgozásra került egy alkohol- és kábítószer-fogyasztás megelőzésére irányuló program, forráshiány miatt azonban késik a bevezetése.

Az ICSSZEM-OM által működtetett pályázati rendszer keretében megvalósult iskolai prevenciós programok leírását célzó kutatás részletes képet ad arról, hogy ezen programok miben különböznek a prevenciós programok országos kínálatától. Kevésbé koncentrálnak az ismeretátadásra, a hangsúlyt inkább a visszautasítási technikákra és az önismeret-fejlesztésre helyezik, több interaktív módszert alkalmaznak. A pályázat keretében lebonyolított programokra jellemző, hogy azt külső szakemberek bevonásával végzik, azonban az iskola pedagógusai is aktívan részt vesznek benne. A korábbi vizsgálatok eredményeivel összehasonlítva ezek a programok a diákok körében mind az interaktivitás, mind a foglalkozásvezetők megítélésében kevésbé kedvező reagálásokat váltottak ki.



A 2006-os évben hat városban működött olyan szervezet, mely a rekreációs szintéren nyújt ártalomcsökkentő szolgáltatást. A programok munkatársai összesen több mint 250 rendezvényen vettek részt, ahol közel 28000 fiatallal kerültek kapcsolatba. A rekreációs szintéren nyújtott szolgáltatások országos lefedettsége igen alacsony, az ország 10 legnagyobb városa közül mindössze 4-ben található a szintéren tevékenykedő szervezet.

Az iskolán kívül folyó, célzott és javallott prevenció munkája megismerése további kutatásokat igényel.

## 2.1 Iskolai prevenció

Az ICSSZEM–OM (azóta SZMM–OM) közös iskolai egészségnevelési és drogprevenció programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2006-ban 170 000 000 Ft volt.

A 451 pályázó közül 289 iskola részesült összesen 154 399 400 Ft pályázati támogatásban,<sup>13</sup> így a pályázat keretében a 11–18 éves populációból közel 105 225 diák vett részt prevenció foglalkozásokon.<sup>14</sup>

2006-ban kutatás készült, az ICSSZEM–OM által működtetett pályázati rendszer keretében a 2005/2006-os tanévben megvalósult iskolai prevenció programok leírása – és a prevenció programok országos kataszterében (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2004) való elhelyezése (Paksi és Demetrovics, 2005; Paksi et al., 2006a) – valamint értékelése céljából.<sup>15</sup>

### AZ ICSSZEM–OM PÁLYÁZAT KERETÉBEN MEGVALÓSULÓ PROGRAMOK JELLEMZŐI

A prevenció beavatkozások 70%-a – a pályázati kritériumok minimum elvárásaihoz illeszkedően – 5 órás időtartamú volt, 17%-uk 6–10 órás, másik 10%-uk ennél is több órában foglalkozott a diákokkal. A vizsgált 229

<sup>13</sup> A Sulinova Kht. adatai alapján.

<sup>14</sup> Az Oktatási és Kulturális Minisztérium beszámolója alapján.

<sup>15</sup> A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja végezte. A pályázaton nyertes 313 iskola közül 277 iskolában (88,5%) sikerült a prevenció beavatkozásokat megvalósító szolgáltatók, szakemberek, vagy szakmai teamek körében adatgyűjtést végezni. A 227 iskolában 187 prevenció szakmai team került azonosításra, ebből 64 a prevenció szintéren egyébként is jelenlévő önálló szolgáltató, 123 pedig a nyertes pályázó (az iskola) szervezésével a pályázat végrehajtására létrejött, „alkalmi” szakmai team volt. A 187 prevenció szakmai team 229 különböző prevenció programot valósított meg. Az adatgyűjtés során a következő módszereket alkalmazták: telefonos megkérdezés, face to face kérdőív, önkéntöltés kérdőív, dokumentumelemzés, face to face interjú.

program közül 8 esetben viszont a pályázati előírásokhoz képest rövidebb időtartamban végezték az intervenciót.

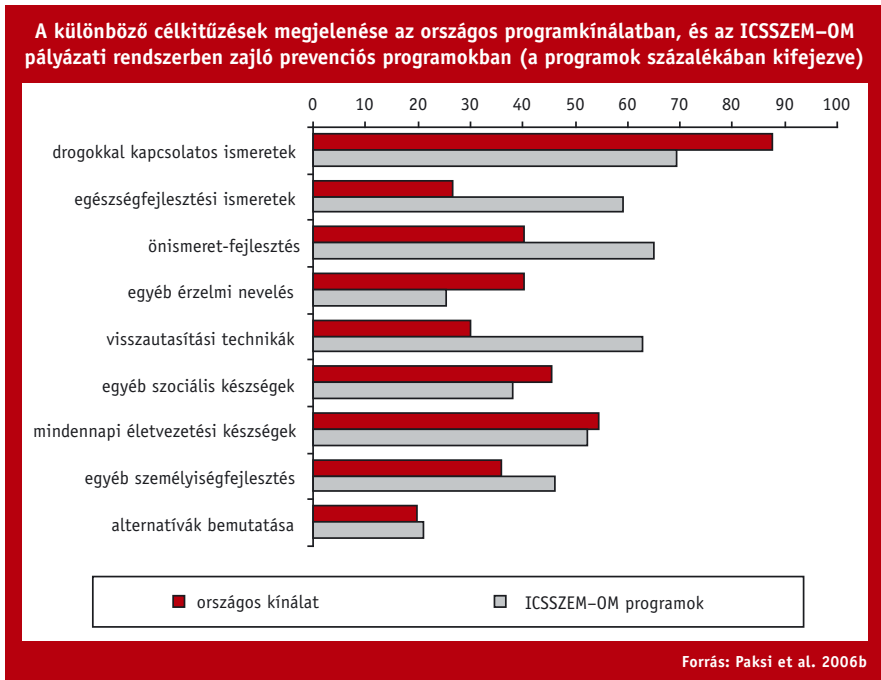
A nyertes iskolákban megvalósuló programok esetében egy-egy tanuló-csoportban a prevenció foglalkozások legnagyobb arányban (a programok 60%-a esetében) egy és öt hónap közötti időintervallumban zajlottak le. A programok 20%-a ennél rövidebb időt, másik 20%-uk pedig fél évet, illetve annál hosszabb időt vett igénybe. Az országban 2003–2005 között azonosított, közvetlenül a végső célpopulációra irányuló iskolai prevenció programok időtartama természetesen az ICSSZEM–OM pályázat keretében megvalósított beavatkozásokhoz képest szélesebb skálán mozog, hiszen a programok 25%-a mindössze 1-2 órában végzi az intervenciót, melyek a jelen pályázati rendszerben nem lettek megszólítva. Azonban annak ellenére, hogy a pályázati kiírás csak minimumkövetelményt fogalmazott meg a program időtartama vonatkozásában, a kínálatnak nemcsak a rövid futamidejű elemei szorultak ki az iskolákból a pályázat keretében. A nyertes iskolákban zajló programok között ugyanis jóval kisebb arányban képviseltették magukat az 5 óránál hosszabb futamidejű programok, mint a kínálatban összességében.

Tematikáját tekintve – a pályázat céljainak megfelelően – mindegyik program megfogalmazott drogprevenció célkitűzéseket, azonban ezek eltérő hangsúlyt kaptak az egyes esetekben. A programok kisebbik része (37,6%-a) definiálta tevékenységét direkt drogprevenció beavatkozásnak, többségük (62,3%-uk) elsődlegesen egészségfejlesztéssel foglalkozott, közvetetten kívánt megvalósítani drogprevenció célokat. Az országos prevenció kínálatban fordított arányokkal találkozhatunk: az iskolai drogprevenció szintjén drogprevenció célzattal (is) tevékenykedő, közvetlenül az interveniált populációra irányuló programok többsége (75%) direkt drogprevenció program. A pályázati keretben zajló programoknak az országos kínálathoz képest történt eltolódása vélhetően jelentős részben a pályázati követelmények következménye: „a korszerű szemlélet a drogprevenciót az egészségfejlesztés (health promotion) kérdéskörében helyezi el”.<sup>16</sup> Ugyanakkor a pályázat keretében zajló programok közül tízből kilenc program közvetlenül megcélozta a tiltott és/vagy legális szereket, és mindössze a programok 9,3% foglalkozott csak közvetetten a különböző drogokkal.

A programkiírásban prioritásként jelent meg a legális és illegális drogok együttes kezelése. A pályázat keretében zajló programok 94%-a eleget tett ennek a követelménynek, közvetlenül és/vagy közvetve foglalkoztak a legális és tiltott szerekekkel egyaránt.

<sup>16</sup> Idézet a pályázati kiírásból.

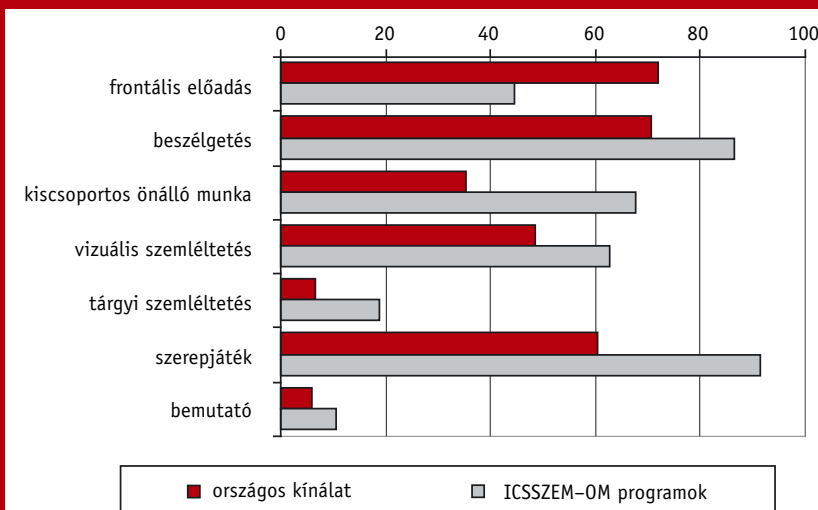
A pályázat keretében megvalósult programok célkitűzései között leggyakrabban a drogokkal, valamint egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása, az önismeret-fejlesztés, valamint a visszautasítási technikák fejlesztése jelent meg (a programok mintegy 60–70%-ában). A programok 40–50%-a foglalmazott meg mindennapi készségek és/vagy szociális készségek fejlesztésével, illetve személyiségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzéseket, összességében azonban kétharmaduknál megjelent valamilyen készségfejlesztéssel kapcsolatos cél megfogalmazása. Az egyéb érzelmi nevelés, és az alternatívák bemutatása voltak a legritkábban előforduló elemek, ezeket a programok 20–25%-a említette.



Az országos kínálattal összehasonlítva az ismeretátadás során az ICSSZEM-OM pályázati rendszerben megvalósuló programok inkább fókuszáltak az egészségfejlesztésre, mint a drogfogyasztással kapcsolatos információkra. Másrészt nagyobb szerepet kapott a visszautasítási technikák hangsúlyozása, valamint az önismeret-fejlesztés. Ugyanakkor az országos kínálatban jelenlévő programokhoz képest – a pályázati kiírás hangsúlyai ellenére – valamivel kisebb arányban jelent meg a célok között a szociális készségek, illetve a mindennapi készségek fejlesztése.

Az alkalmazott módszerek tekintetében a pályázati rendszerben megvalósuló programokat a sokszínűség jellemezte. Egy-egy programban az azonosított hét módszer közül átlagosan 3,8 került alkalmazásra. A programok döntő többségében (91%) az alkalmazott módszerek között szerepelt a szerepjáték/szituációs játék/dramatikus játék módszerének alkalmazása. Hasonló arányban fordult elő a beszélgetés. Nagy népszerűségnek örvendett a kiscsoportos önálló munka, illetve a vizuális szemléltetés; a programok 60–70%-a használt ilyen elemeket. Ezek az elemek az országos kínálatban szereplő programokhoz képest is jelentősen gyakrabban fordultak elő a pályázati programokban, ugyanakkor – a pályázati kiírás interaktivitásra vonatkozó kívánalmaival összhangban – háttérbe szorultak a frontális elemek.

A különböző módszerek megjelenése az országos programkínálatban, és az ICSSZEM-OM pályázati rendszerben zajló prevenció programokban (a programok százalékában kifejezve)



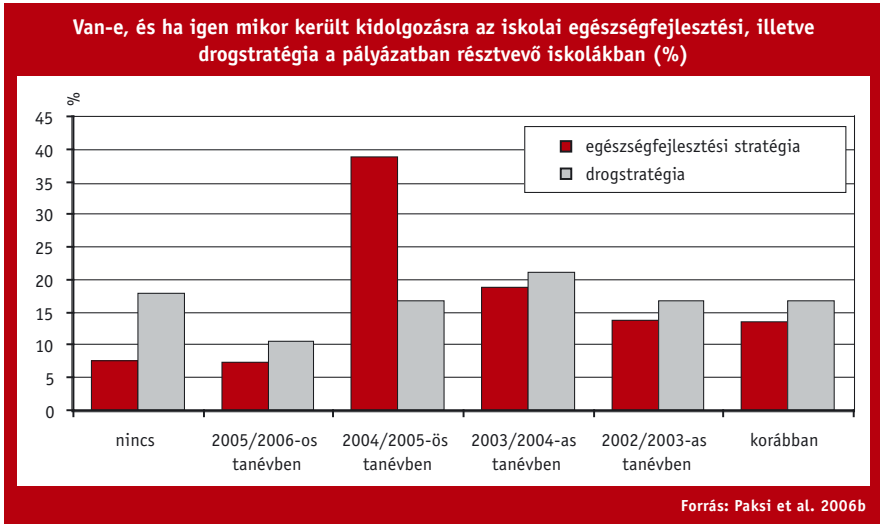
Forrás: Paksi et al. 2006b

A pályázat keretében zajló programok 97%-a eleget tett annak a kívánalomnak, mely szerint a prevenció foglalkozásokon „egy-egy csoport létszáma az átlagos osztálylétszámot nem haladhatja meg”.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Idézet a pályázati kiírásból.

## A PREVENCIÓS/EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉGGEL KAPCSOLATOS STRATÉGIÁK LÉTE

Az ICSSZEM–OM pályázaton nyertes iskolák több mint 90%-ában volt kidolgozott egészségfejlesztési stratégia, több mint 80%-ukban pedig drogstratégia, melyek az iskolák többségében már a vizsgált pályázati évet megelőzően kidolgozásra kerültek.

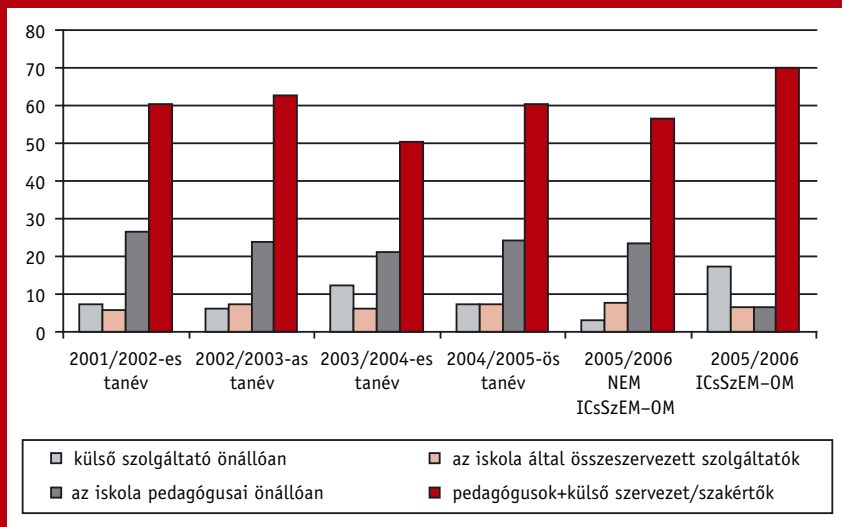


## A PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG VÉGREHAJTÁSA

Az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben végzett prevenció/egészségfejlesztő tevékenység az iskolák döntő többségében (93,5%-ában) külső szolgáltatók (prevenció szervezetek, illetve szakértők) bevonásával történt. Mindössze az iskolák 6,5%-ában végezték a diákok interveniálását önállóan a pedagógusok. A külső szolgáltatók munkáját igénybevevő iskolák nagyobb részében – összességében az iskolák 70%-ában – azonban a külső szolgáltatók közreműködése mellett a pedagógusok maguk is részt vállaltak a diákok körében végzett prevenció/egészségfejlesztő munkában.

Általában a korábbi, illetve az aktuális tanévben nem ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében zajló prevenció tevékenységhez képest, a pályázat keretében zajló prevenció/egészségfejlesztő munka során az iskolák pedagógusai önállóan kevésbé vállalkoztak a prevenció megvalósítására.

**Az utóbbi négy évben kik végezték a prevenciós tevékenységet a pályázaton nyertes iskolában (az iskolák %-ában)**



Forrás: Paksí et al. 2006b

## AZ OKTATÁSI INTÉZMÉNYEK KAPCSOLATAI AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI INTÉZMÉNYRENDSZER KÉPVISELŐIVEL<sup>18</sup>

A kutatás adatai szerint az ICSSZEM–OM pályázaton nyertes iskolák szinte valamennyi vizsgált szervezettel általuk intenzívnek minősített kapcsolatot tartottak az iskolai prevenció/egészségfejlesztés kapcsán. A kapcsolat intenzitása alapján első helyen a diákok körében prevenciót végző szolgáltatók és a családsegítő intézetek álltak. Az ezt követő szervezetek – kicsi különbségekkel – sorrendben a következők voltak: az iskola-egészségügyi szolgálat, a prevenciós továbbképzéseket végző szolgáltatók, nevelési tanácsadó, az egészségügyi ellátórendszer intézményei, a rendőrség, a szociális ellátó intézmények, és a többi vizsgált szervezet mögött jelentősen elmaradva, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum.

<sup>18</sup> A megkérdezetteknek a következő intézményekhez való viszonyukat kellett 5 fokozatú skálán (ahol az 1-es azt jelentette, hogy egyáltalán nincs kapcsolatuk, az 5-ös pedig hogy intenzív kapcsolatuk van) jellemezni: iskola-egészségügyi szolgálat, KEF, családsegítő, nevelési tanácsadó, szociális ellátás, rendőrség, az egészségügyi ellátórendszer intézményei, illetve a pedagógusok képzésében, valamint a diákok interveniálásában részt vállaló szakmai szervezetek.

## A DIÁKOK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS/ EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ TEVÉKENYSÉG FOLYAMAT-EVALUÁCIÓJA<sup>19</sup>

A programok megvalósulását követően felvett kérdőívvel elért tanulók háromnegyede saját bevallása szerint részt vett a teljes programon, másik 14%-uk a program egy részén volt jelen. Összességében a pályázat keretében megvalósuló programoknak a tanulók 9,6%-át azonban nem sikerült elérniük. Ez az elértési hatékonyság megfelel a preventációs beavatkozások értékelésére irányuló korábbi vizsgálatokban (Paksi et al., 2002; Paksi és Demetrovics, 2002) a megfigyelések során regisztrált objektív részvételi aránynak.

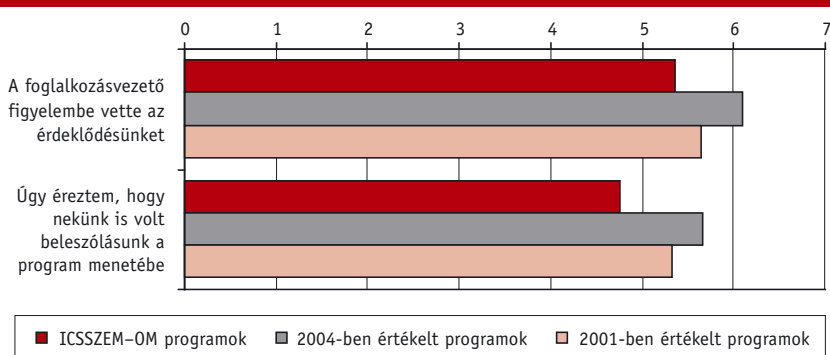
A résztvevők tartalmi bevonódásának, azaz a programok interaktivitásának mérése – a korábbi vizsgálatokban (Paksi et al., 2002; Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi et al., 2006a) alkalmazott indikátorokkal megegyező módon – szubjektív indikátorok mentén történt. A pályázat keretében megvalósult programok a preventációs beavatkozás alanyaitól<sup>20</sup> összességében az „inkább kedvező” tartományba eső minősítést kaptak: a résztvevők közel háromnegyede (átlag: 5,36, szórás: 1,76), érezte azt, hogy „a foglalkozásvezető figyelembe vette az érdeklődésüket”, és a válaszolók fele (átlag: 4,76, szórás: 1,88), hogy „neki is beleszólása volt a program menetébe”.

Azokban ha az eredményeket összehasonlítjuk a 2001-ben (Paksi és Demetrovics, 2002), illetve 2004-ben (Paksi et al., 2006a) néhány magyarországi droppreventációs programra kiterjedő evaluációs kutatások eredményeivel, akkor azt tapasztaljuk, hogy 2006-ban az ICSSZEM-OM programokban résztvevő diákok kevésbé érzékelték a preventációs foglalkozások interaktivitását.

<sup>19</sup> A diákok körében lefolytatott tevékenység folyamatértékelése a beavatkozásokat követően 96, a pályázatban résztvevő iskolákat reprezentáló intézmény 189 osztályának 3495 diákja körében felvett kérdőívek segítségével, a következő szubjektív indikátorok mentén történt: elértési hatékonyság, interaktivitás, a tényleges beavatkozás viszonya a tervezetthez, elégedettség.

<sup>20</sup> Itt és a programok evaluációjával foglalkozó elemzések során a programokon való részvételre vonatkozó kérdésre „igen, az egész programon részt vettem” illetve az „igen, a program egy részén ott voltam” választ adó, 3012 diák válaszai kerültek felhasználásra.

Az ICSSZEM-OM programokban résztvevő diákok, illetve a korábbi evaluációs kutatásokban megkérdezettek véleménye a preventív programok interaktivitásáról (skálapontértékek átlagai)<sup>21</sup>



Forrás: Paksi et al. 2006b

Annak ellenére mutatkozott a korábbi evaluációs kutatásokhoz képest relatíve alacsonyabb interaktivitás, hogy 2006-ban az ICSSZEM-OM programok vizsgálata keretében a megkérdezett diákok 98,8%-a olyan programon vett részt, amely a programleírások szerint alkalmazott valamilyen interaktív technikát. Nem ismert azonban, hogy a programok megvalósulása során mennyire sikerült ténylegesen realizálni az interaktivitással kapcsolatosan kitűzött célokat. Az ICSSZEM-OM programok során mért relatíve alacsony „megélt interaktivitás” egyik lehetséges magyarázata a programok tervezettől eltérő megvalósításában is kereshető. A korábbi – a megvalósított interaktivitást a szubjektív indikátorok mellett objektív módszerekkel is mérő, és azokban eltérő tendenciákat jelző – kutatások (Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi et al., 2006a) alapján azonban egy másik lehetséges magyarázat is megfogalmazható. Az objektív és szubjektív interaktivitási indikátorok mentén tapasztalt eltérő tendenciák arra engednek következtetni, hogy a résztvevők nem minden, részükről illetve irányukba megnyilvánuló aktivitást értelmeznek partneri viszonyként; illetve, hogy a partneri viszonyt, a megélt interaktivitást az interakciókon kívül más tényezők is alakíthatják (Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi et al., 2006a).

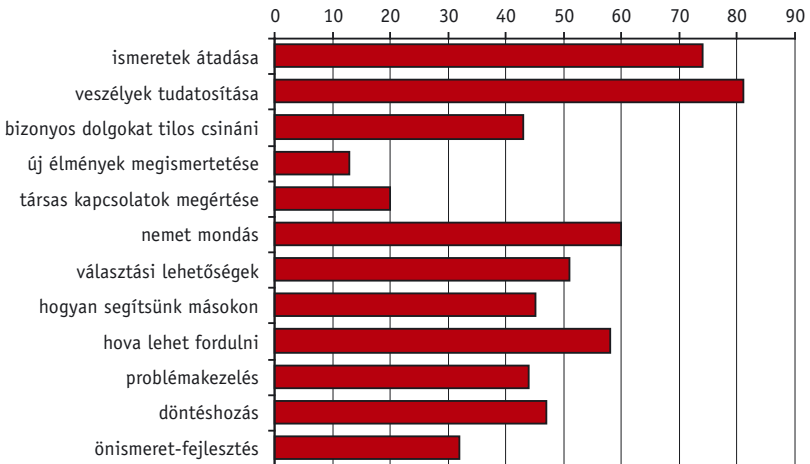
<sup>21</sup> Az egyetértés mértékét a megkérdezettek minden esetben 7 fokozatú skálán fejezték ki, ahol az 1-es azt jelentette, hogy a megfogalmazott állítással „egyáltalán nem ért egyet”, a 7-es pedig, hogy „teljes mértékben egyetért”.



A folyamatértékelés tartalmi alapkérdése, hogy mennyire sikerült megvalósítani a program lefolytatása során az előzetesen kitűzött célokat, a beavatkozás tényleges menete mennyiben egyezett meg a tervezettel. E kérdéskör vizsgálata – a prevenció foglalkozások megfigyelésének hiányában – a kutatás során a résztvevők által érzékelt célok, és a prevenció teamek vezetőitől/referencia személyeitől származó programleírásokban szereplő célkitűzések összevetésével valósult meg.

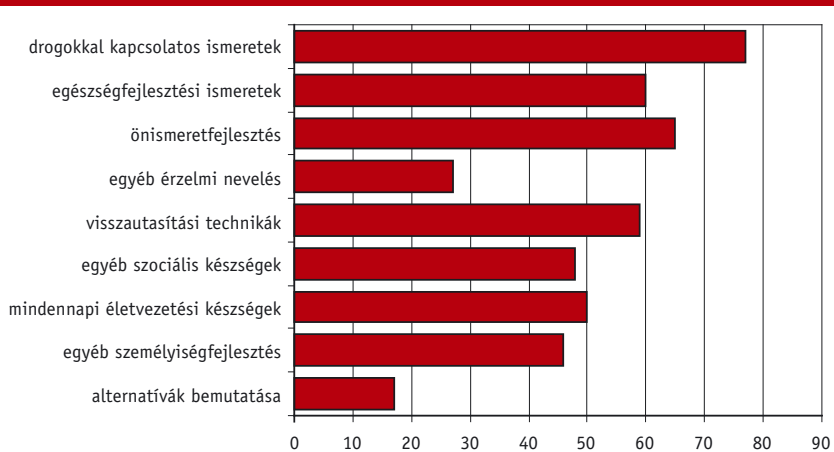
A diákok által érzékelt célok között leggyakrabban a veszélyek tudatosítása, és az ismeretek átadása jelent meg. Ezeket a résztvevők több mint 70%-a említette. A diákok 60%-a érzékelte a „nemet mondással” kapcsolatos célokat, és 40–50%-os volt a különböző készségfejlesztéssel kapcsolatos célok percipiálása. Ezek az arányok a különböző céltételezéssel dolgozó programok által elért diákok arányai összhangban állónak tekinthetők a tervezett céltételezések előfordulásával. A pályázati kiírás azon prioritásának megjelenését, hogy a programok foglalkozzanak a segítő helyek megismertetésével, a diákok közel 60%-a érzékelte. A programleírásokban megfogalmazott törekvésekhez képest viszont alacsony arányban észlelték a diákok az önismeret-fejlesztéssel kapcsolatos célkitűzéseket.

**A különböző célkitűzések észlelése az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben megvalósuló programok résztvevői körében (a résztvevő diákok százalékában kifejezve)**



Forrás: Paksi et al. 2006b

**A különböző célkitűzések megjelenése az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben megvalósuló programok leírásaiban (a résztvevő diákok százalékában kifejezve)**

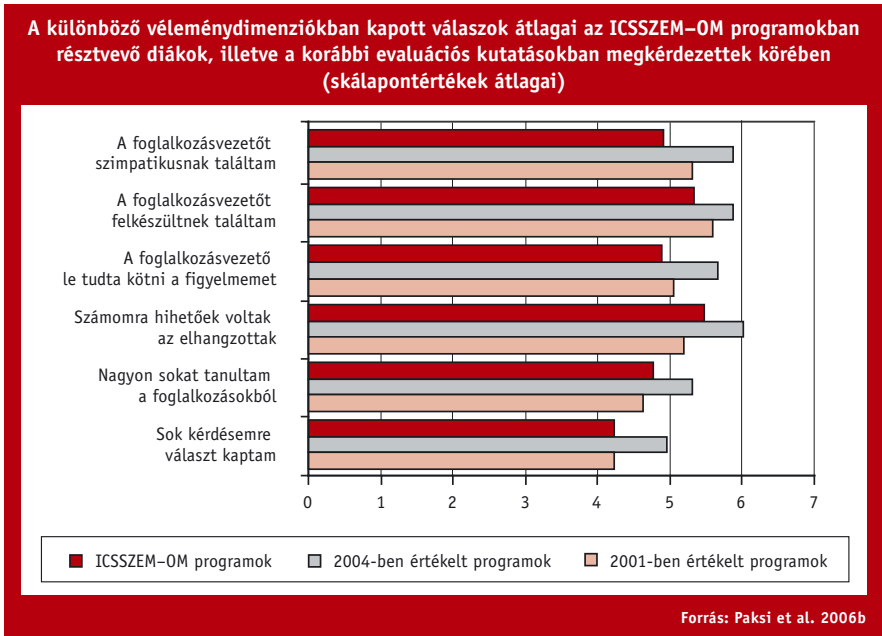


Forrás: Paksi et al. 2006b

A résztvevők reakcióinak, a programokkal kapcsolatos elégedettségének vizsgálata tetszési mutatók segítségével történt. A diákok – a korábbi vizsgálatokban (Paksi et al., 2002; Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi et al., 2006a) alkalmazott indikátorokkal megegyező módon – különböző szempontok mentén 7 fokozatú skálán fejezték ki elégedettségüket a programmal, illetve annak egyes dimenzióival összefüggésben. A foglalkozásvezetők összességében a résztvevőktől mindhárom vizsgált dimenzióban „inkább kedvező” minősítést kaptak. Leginkább a foglalkozások hitelessége tekintetében érkeztek kedvező reakciók. A diákok háromnegyede adott az „inkább pozitív” viszonyulásokat kifejező válaszolási tartományba eső választ. A válaszadók mintegy 70%-a felkészültnek találta a foglalkozások vezetőit, s a diákok mintegy háromötöde nyilatkozott kedvezően arról, hogy a foglalkozásvezető szimpatikus volt, és le tudta kötni a figyelmét. A diákok legkevésbé a programok információ tartalmával voltak megelégedve, annak ellenére, hogy a megkérdezettek közel 90%-a olyan programban vett részt, melynek céljai között szerepelt a drogokkal és/vagy egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása.

A prevenció programok körében végzett korábbi értékelő vizsgálatokkal (Paksi et al. 2002, Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi et al., 2006a) való összehasonlítás alapján megállapítható, hogy az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben megvalósuló programokon résztvevő diákok körében a foglalkozásvezetők – bár összességében megítélésük pozitív – kevésbé kedvező

reagálásokat váltottak ki. A többi értékelési dimenzióban kapott elégedettségi mutatók alapján is azt mondhatjuk, hogy a pályázat keretében megvalósuló prevenciós programok összességében nem tartoznak a résztvevő diákok körében a legkedvezőbb reakciókat kiváltó programok közé.



A diákok reagálásai alapján a fentiekben megfogalmazott megállapítások természetesen a pályázat keretében zajló programok együttesére, az azokban résztvevő diákok összességére vonatkoznak. Az egyes dimenziókban kapott átlagértékek viszonylag nagy (2 közeli) szórása azt jelzi, hogy a diákok véleménye nem egységes, mindazonáltal a véleménykülönbségek magyarázatára – a programok, az iskolák, illetve a résztvevő diákok jellemzőit megjelenítő több mint 100 változó segítségével – nem sikerült megfelelő erősségű magyarázó modellt létrehozni.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> A reagálásokat kifejező változók mentén kapott válaszokon főkomponens-elemzés segítségével létrehozott, a tetszési index varianciájának magyarázatára lépésenkénti (ún. stepwise) módszerrel végzett lineáris regressziós elemzés nem eredményezett megfelelő erősségű modellt.

## A DIÁKOK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS/ EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ TEVÉKENYSÉG EREDMÉNY-EVALUÁCIÓJA

A kutatás kísérletet tett a pályázati prioritásokat kifejező, valamint a drog-prevenációs programok általános végső céljait megjelenítő – korábbi vizsgálatokban is alkalmazott – mutatók mentén a beavatkozások rövid távú hatásának becslésére is. Tekintettel arra, hogy a kutatás időzítése miatt csak a prevenációs beavatkozások után történt adatfelvétel, a célváltozóknban a prevenációs programok hatására bekövetkezett elmozdulások mérésére nem volt lehetőség. Ennek következtében az eredményértékelés során csak azt lehetett vizsgálni, hogy a program lezajlását követően a célváltozóknban jelentkező különbségek mennyiben magyarázhatók a résztvevők individuális jellemezőivel, vagy az iskola világának sajátosságaival, illetve mennyiben a prevenációs programok különböző jellemzőivel.<sup>23</sup>

A kutatás azokra a programjellemzőkre próbált rámutatni, melyek különösen jótékony hatással vannak a prevenációs célkitűzések (pl. a diákok ismereteinek, vagy én-hatékonyságuk növelésének) megvalósulására.

A programok eredményességére vonatkozó elemzések alapján azonban – az ismeretátadással kapcsolatos célok kivételével – nem sikerült olyan programjellemzőket azonosítani, melyek segítenének meghatározni az átlagosnál hatékonyabb, ún. jó gyakorlatokat. A programok ismeretátadási célelésére – a diákok percepcióiban megjelenő különbségek alapján – általában jótékony hatással volt a tárgyi szemléltetés alkalmazása, illetve az, ha több alkalommal, esetleg több interpretátor bevonásával zajlott a program.

Az interaktivitás kérdéskörének kitüntetett szerepe miatt a kutatók mindegyik célváltozó esetében külön modellben vizsgálták a megélt interaktivitás magyarázó erejét. Az interaktív módszerek kedvező hatása azonban szintén elsősorban az ismeretátadással kapcsolatos célok elérése esetében mutatkozott meg.

## DROGÜGYI KOORDINÁTOR KÉPZÉS

Az iskolai drogügyi koordinátor képzés 2006-ban mindössze egy alkalommal került megrendezésre (35 pedagógussal), mert a programot az elmúlt évben újra kellett akkreditáltatni.

<sup>23</sup> A függő változók variabilitásának magyarázatára a modellalkotás stepwise módszerrel végzett lineáris regressziós elemzésével került sor.

## AZ ISKOLAI KERETEKEN KÍVÜL FOLYÓ ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ

A nem iskolai szintéren zajló prevenciók programokról nem rendelkezünk olyan átfogó és szisztematizált információval, mint a közoktatási intézmények keretében zajló hasonló tevékenységről. A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca pályázati támogatás útján kívánta a 2006-os évben is előmozdítani, hogy ilyen típusú tevékenységek széles körben megvalósításra kerüljenek. A pályázatok révén megvalósított programok jelentékeny hányada az ifjúsági korosztályt célozta meg táborok, kiállítások, éjszakai sportrendezvények, önismeret-építő csoportok formájában. A pályázat kiírója elő kívánta mozdítani a munkahelyi egészségfejlesztési, azon belül is a munkahelyi addikciós politikák kialakítását, illetve tényleges programok megvalósítását. Ezen pályázati kategória prioritásai között markáns hangsúllyal szerepelt a családok bevonása a prevenciók tevékenységekbe, minthogy a kábítószer-probléma kialakulása, és főként a problémák kezelése szempontjából a családi rendszer hatékony fellépése perdöntőnek tekinthető.

## 2.2 A szabadidő eltöltésének színterei

### A PARTI KULTÚRA PROGRAMJAI

A 2006-os évben 6 szervezet végzett a rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenciók tevékenységet. A 2005-ös Jelentésben bemutatott szervezetek közül egy (Bulisegély, Veszprém) nem végzett ilyen jellegű tevékenységet 2006-ban. 2005-ben két szolgáltatás kezdte meg működését. A szolgáltatást nyújtó szervezetek jellemzően egy városban, vagy kistérségben tevékenykedtek, két szervezet jutott csak el távolabbi városokban szervezett rendezvényekre, főleg fesztiválokra. A 2006. év során a 6 szervezet összesen több mint 250 eseményen vett részt, ahol közel 28 000 fiatallal kerültek kapcsolatba.

**A rekreációs szcénában ártalomcsökkentést végző szervezetek tevékenysége 2006-ban**

Program neve	Szolgáltatás földrajzi hatóköre	Program indulásának éve	Munkatársak száma	Rendezvények típusai	Események száma	Kontaktus szám
Kék Pont Party Service projekt (Budapest)	országos	1999	1 főállású koordinátor, 15–30 önkéntes	Partik, fesztiválok	21	19 650 fő
INDIT Közalapítvány Pécsi Bulisegély Szolgálata (Pécs)	Pécs, Baranya, Dél-Dunántúli régió	2000	8 professzionális segítő	Rock, disco, alternatív, egyetemi klub, fesztiválok	160	1720 fő
„Mozgó-társ” party service szolgáltatás (Debrecen)	Észak-alföldi régió, országos	2000	3 főállású és 7 részállású szakember, 46 egyetemi kortárs hallgató	Fesztiválok, egyetemi partik	27	911 fő
Agria party service (Eger)	Eger és kistérsége	2004	1 projekt koordinátor, 3 kortársoktató, 12–15 önkéntes kortárssegítő	Főleg elektronikus zenei partik, fesztiválok	29	1451 fő
MI-ÉRTÜNK – Prevenációs és Segítő Egyesület (Békéscsaba)	Békéscsaba és kistérsége	2005	3 főállású alkalmazott, 2 önkéntes, 2–5 kortárssegítő,	Fesztiválok	12	3300 fő
Fiatalk a fiatalokért – Party Service a partikra (Székesfehérvár)	Székesfehérvár	2005	1 főállású, 10 önkéntes kortárssegítő	Rock, alternatív, elektronikus, fesztivál	6	600 fő

Forrás: A szolgáltatók tájékoztatása alapján

A kapcsolatteremtés és beszélgetések mellett a szervezetek munkatársai tájékoztató anyagokat, szórólapokat, valamint egyéb, a drogfogyasztás ártalmait csökkentő italokat, ételeket osztottak a szórakozó fiataloknak. A szolgáltatók a következőkkel segítették a fiatalok biztonságosabb szórakozását: ásványvíz (kb. 4500 liter), óvszer (3844 db), szórólapok (46 000 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok, gyümölcs.

## BEVÁSÁRLÓKÖZPONTOKAT LÁTOGATÓ FIATALOK – ALTERNATÍVA PROGRAM

Két, néhány évvel ezelőtt végzett lakossági vizsgálat (Elekes és Paksi, 2003, 2004a, 2004b) feltárta, hogy a bevásárlóközpontokat nagy gyakorisággal látogató fiatalok (legális és illegális) szerhasználati gyakorisága jelentősen nagyobb, mint az ilyen intézményeket nem, vagy kis gyakorisággal látogató társaiké. (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 2004, 2. fejezet)

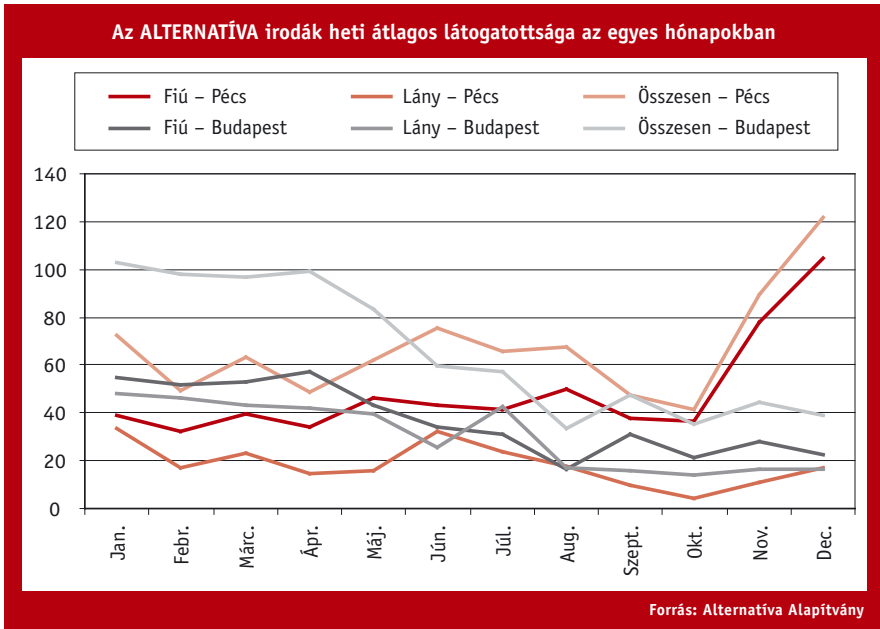
A kutatás tapasztalataira építve 2005-ben két helyszínen indult el új szolgáltatás a fiatalok részére: a budapesti Pólus Centerben és a pécsi Pécs Plázában. Az ALTERNATÍVA iroda alacsony küszöbű szolgáltatásként működik, ahova ingyenesen, a hét minden napján betérhetnek a plázában csellengő fiatalok. Számukra különböző programokat kínálnak a hely dolgozói strukturált, előre meghirdetett, illetve spontán szerveződő csoportos, továbbá egyéni beszélgetések formájában. A bejáró fiatalok számára mindezek mellett olyan, aktív bevonódást kevésbé igénylő szolgáltatások is rendelkezésre állnak, mint az újságolvasás, társasjátékok, faliújságra írás, graffitizés, zenehallgatás, teázás vagy csupán az egymással való csevegés. A csoportos foglalkozások főként önismereti kérdések, illetve a serdülő korosztályt leginkább foglalkoztató kérdések – mint pl. párkapcsolat, szerelem, szexualitás, szerhasználat – köré szerveződnek. A hely látogatóit emellett filmklub, relaxációs- és jóga csoportok, kézműves foglalkozások, illetve plázán kívüli szabadidős programok is várják. A tanácsadó irodák egyik legfontosabb feladata, hogy alacsony küszöbűsége mellett, az optimális szociális és lelki fejlődés irányvonalát szem előtt tartva, az odajáró fiatalokat továbbirányítsa a számukra legmegfelelőbb egészségügyi és/vagy szociális szolgáltatásba. Az Alternatívának ugyanis nem feladata, hogy a bejáró fiatalok testi-lelki egészségét és szociális helyzetét közvetlenül kezelje, illetve megoldja. Ezekkel a problémákkal közvetetten, szűrő funkciót ellátva a továbbirányítás révén foglalkozik.

A 2006-os évben a pécsi ALTERNATÍVA-nak havonta átlagosan 265 látogatója volt. Közülük igen sokan visszatérő vendégek, vagyis ez az érték nem azt jelenti, hogy 265 különböző fiatal tért be az irodába. Az segítők tapasztalatai szerint az induláskor az első „törzsvendégek” inkább a 16–18 éves korosztályból kerültek ki, de a 2006-os év eleje folyamán egyre több 12–14 éves fiatal vált gyakori látogatóvá. A pécsi iroda látogatottsága két hónapban nőtt meg jelentősen, egyrészt júniusban, az iskolai nyári szünet kezdetén, majd november vége felé, december elején. Ez utóbbi növekedés elsősorban egy folyamatosan bővülő, 15 év felettiekből álló csoportnak volt köszönhető.

A budapesti irodában a 2006-os évben havonta átlagosan 285 betérőt regisztráltak, hasonló módon, mint a pécsiek esetében. A kezdeti, első félévi magas látogatottságot (havonta átlagosan 382 betérő) egy jelentős csökkenés követte az év második felében (havi átlagosan 187 látogató). A nagymértékű csökkenés a nyár kezdetekor volt észlelhető. A nyári szünidő a szabadba terelte a fiatalokat, emellett fontos tényezője volt a hely alacsonyabb népszerűségének, hogy a tanácsadó iroda a pláza utasítására egy kisebb helyiségbe költözött. A rendelkezésre álló kisebb tér, továbbá a több hetes bezárás, amely az új iroda felújítása, a költözés és anyagi nehézségek miatt elkerülhetetlen volt, egyaránt okai a hely redukálódott látogatottságának. A budapesti ALTERNATÍVA törzsközönsége is főként 12 és 18 év közötti fiúkból és lányokból áll.

Mind a pécsi, mind pedig a budapesti irodát látogatók elsősorban egy-szülős családokban élnek, néhány családnál anyagi, megélhetési gondok is megjelentek. A pécsi törzsvendégek lakókörnyezetében, baráti, ismeretségi körében fellelhető az illegális szerek – elsősorban a marihuána – alkalmi használata; a budapesti iroda látogatói esetében ez a probléma közvetlenül is érinti a fiatalokat. Közülük legtöbben rendszeresen dohányoznak, alkalmanként, a hétvégi szórakozáshoz kötődően alkoholt, néhányan kannabisz-származékokat és/vagy ecstasy-t is használnak. A visszajáró vendégek körében felmerülő problémák a fiatalok életkori sajátosságaikból adódnak, elsősorban önismereti, érzelmi kérdések kerültek fókuszba: a kapcsolatok – baráti, szerelmi – kialakításának, megélésének tapasztalatai, önmaguk értékeinek alá-, illetve lebecsülése. További problémaként jelentek még meg az iskolai feszültségek, a fizikai külső, vagy az egyéb hátrányok miatt kialakult agresszív viselkedés.





### 2.3 Kockázati csoportok – Roma fiatalok

A Szakmai Információs Portál ([www.ndi-szip.hu](http://www.ndi-szip.hu)) 12 darab veszélyeztetett csoportra irányuló program leírását tartalmazza. Az adatbázisban szereplő programok leginkább hátrányos helyzetben lévő, magatartási problémákkal küzdő fiataloknak kínálnak szabadidő eltöltési lehetőségeket, azonban 2 olyan program is található közöttük, melyet egy adott intézmény szervez a bentlakói részére (Anyaoaltalmazó Alapítvány, Fővárosi Önkormányzat Béke Gyermekotthona).

A Tiszta Jövőért Alapítvány roma és nem roma fiatalok közös kortárssegítő képzési programja a 2006-os évben 2 alkalommal (Budapest, Salgótarján) került megrendezésre, mindkét alkalommal 18 fiatal részvételével. A képzések után 2 alkalommal szerveztek esetmegbeszélő találkozót.

## 2.4 A Magyar Honvédség drogprevenációs tevékenysége<sup>24</sup>

A Magyar Honvédség (MH) a 2006-os év során drogprevenációs képzéseket, valamint programokat szervezett állománya részére. Az MH öt Regionális Albizottsága az elmúlt év során 40 alkalommal tartott drogprevenációs képzést. Az egyes albizottságok által szervezett képzések köre igen változatos (pl. drogprevenációt támogató mentálhigiénés képzések, „Kommunikáció problémás családokkal”, mentálhigiénés szemléletű drogprevenációs vezető képzés). A képzéseken közel 3500-an vettek részt.

Az MH Egészségvédelmi Intézetének „Az egészség a legerősebb fegyvered” című komplex életmód programja a 2006-os évben 5 helyőrségben futott, mintegy 1600 fő bevonásával. A program célcsoportja a teljes személyi állomány, és azok családtagjai voltak.

Az MH drogprevenációs szakemberei ezen felül civil-katonai együttműködés keretében különböző fesztiválokon és rendezvényeken is részt vettek.

## 2.5 Munkahelyi prevenció

„MARADJ A ZÖLD ZÓNÁBAN!” – A MUNKÁLTATÓK ÉS A MUNKAVÁLLALÓK MOZGÓSÍTÁSA A KÁROS ALKOHOL- ÉS A DROGFOGYASZTÁS ELLEN

Különös jelentőséggel bírnak azok a programok, amelyek hidat alkotnak a munkahely, a család és a társadalom között, és felhívják a figyelmet a dolgozók egészségét, biztonságát, munkateljesítményét közvetlenül vagy közvetve befolyásoló, munkahelyi vagy családi problémákra. Ez az oka annak, hogy a munkaügyi tárca a munkavállalók és a munkahelyi közösség védelme érdekében egy kábítószer megelőző-kezelő programot indított a 1129/2004 (XI. 24.) Kormányhatározat 10. pontja alapján, amely hozzájárul a biztonságosabb munkavégzéshez és egészségmegőrzéshez.

A program azt tűzi ki célul, hogy mindenféle kábítószer (drog, alkohol, gyógyszerek stb.) fogyasztásának megelőzésébe és csökkentésébe úgy vonja be a vállalati vezetőket és dolgozókat, hogy e törekvést összekapcsolja a foglalkoztatottság és a vállalatok hatékonyságának növelésével.

Ezt a programot az ILO kezdeményezte és országossá bővítése – a Nemzeti Stratégia keretein belül (amely kiemelt helyen említi a munkahelyet, mint a drogprevenáció egyik fontos helyszínét) – jelenleg is folyik.

<sup>24</sup> A Magyar Honvédség beszámolója alapján.

A hangsúly az elsődleges megelőzésen, azaz a felvilágosításon és a meggyőzésen van, amelyet a vállalatok vezetői a vállalati politika szerves részeként, folyamatos feladatként végeznek, ugyanakkor a közösségi kezdeményezések bekapcsolásával segítséget nyújtanak a rászorulóknak kezeléséhez és rehabilitálásához is. A program kapcsolódik a vállalatok közvetlen érdekeihez, társadalmi felelősségeit is felvállaló olyan kezdeményezésekhez, mint pl. „Családbarát Munkahely”, illetve „Egészségbarát Munkahely” c. programok, ezenkívül épít a munkáltatói és munkavállalói érdekképviseletek együttműködésére, és mozgósítja ezeket. A kormány ezen szándékának megvalósulását a már megalakult Tripartit Felügyelő Bizottság is segíti.

A munkahelyi drog-, és alkoholprevenációs program szakmai irányítását és szervezését a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet kutatói végzik, és munkájukat Szakmai Tanácsadó Testület támogatja.

A projekt megvalósítását kísérleti programok, ingyenesen letölthető kézikönyv, vezetői és munkavállalói oktatási csomag, szóróanyagok, kérdőívek, öndiagnosztizáló eszközök és toborzó reklámkampányok szolgálják.

## 2.6 Képzések

Az iskolai prevenció kapcsán már szót ejtettünk a drogügyi koordinátor képzésről. Egyéb képzési tevékenység az alábbi területeken zajlott:

- Kortárs segítő és kortársoktató képzés, valamint kortárssegítők és oktatók szakmai hálózatának kialakítása,
- Addiktológiai konzultáns képzés,
- Egyetemi kurzusok kimunkálása és folytatása a kábítószer-problémával összefüggésben,
- Szupervízió biztosítása különböző specializált ellátásokat nyújtó szervezetek számára.



## 3. Kezelés – ellátás

### ÖSSZEFOGLALÁS

Hazánkban az Egészségügyi Minisztérium határozza meg, hogy az egyes adatszolgáltatóknak milyen módon és formában kell a kezelésben résztvevő drogfogyasztókról jelenteniük. Teljes körű TDI alapú adatgyűjtés 2006 folyamán csak az év második felében valósult meg.

2006-ban – az előző évhez hasonlóan – 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.<sup>25</sup>

Az utóbbi években a Büntető Törvénykönyv is többször módosult a drogfogyasztás megítélésével, illetve a büntetőeljárás alternatívájaként történő kezeléssel (elterelés) kapcsolatban. A szakellátási kezelési igényt mindezek a változások valószínűleg befolyásolták, azonban ennek a mértéke pontosan nem határozható meg.

2006-ban összesen 15 480 drogfogyasztót regisztráltak az adatszolgáltatásra kötelezett kezelőhelyek, az előző évhez képest a növekedés 5%. Ugyanakkor az új betegek száma jelentősen, 10%-kal csökkent (5673 fő). 2000 óta folyamatosan csökkent a kezelt heroinfogyasztók, és az intravénás-használók száma. Ez a tendencia 2006-ban megfordult és mind a kezelt heroinfogyasztók, mind az intravénás-használók körében növekedés volt tapasztalható. 2006-ban is a kannabisz származékok miatt kezelték aránya a legmagasabb, 2002 óta ez a „vezető” szertípus. 2006-ban a kezelt amfetaminfogyasztók száma először csökkent az előző évhez képest. Tovább nőtt a kokain, viszont csökkent a hallucinogén szereket fogyasztók száma; az előbbi aránya már meghaladja az összes kezelt körében az 1%-ot, az utóbbié már csak 0,5%. A büntetőeljárás alternatívájaként 2003 óta kezelték között a kannabisz származékokat fogyasztók vannak a legtöbben.

### 3.1 A kezelésbe vont kliensek profilja

Az alábbi adatok az Országos Addiktológiai Intézet (OAI) által az ellátóhelyektől gyűjtött, és az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretében feldolgozott adatok eredményeként jöttek létre, hasonlóan az elmúlt évekhez. Erre azért volt szükség, mert a TDI rendszerű adatok rögzítése 2006-ban csak májustól volt kötelező a kezelőhelyek számára, ami

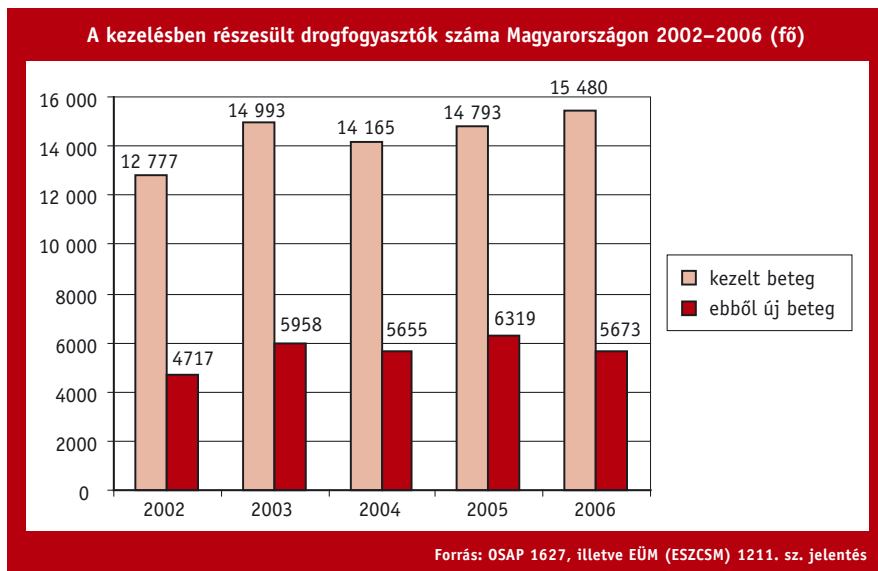
<sup>25</sup> Nem tartoznak az említett adatszolgáltatási kötelezettség alá az alapellátás intézményei.

részleges adatszolgáltatást eredményezett az évről (erről bővebben a fejezet végén lesz szó).

## KEZELT BETEGEK ÉS ÚJ BETEGEK SZÁMA

2005-ben a kezelésben részesültek száma 4%-kal nőtt, majd 2006-ban 5%-kal tovább növekedve, 15 480 főre emelkedett. Míg 2000–2002 között a kezelttek száma 12–13 ezer fő között ingadozott, a következő 3 évben az ingadozás a 14–15 ezer fős sávba tolódott, és 2006-ban már át is lépte a 15 ezer fős értéket.

A 2005-ben tapasztalt 12%-os jelentős növekedés után, 2006-ban 10%-kal csökkent az új betegek száma (5673), és lényegében a 2004-es szintre esett vissza. A hosszútávon érvényesülő lépcsőzetes növekedési tendencia itt is kimutatható, azonban az ingadozások mértéke sokkal nagyobb, mint az összes kezelt esetében. Ebben bizonyosan szerepet játszik az „első kezelt” fogalmának önbevalláson alapuló definíciója, amely szubjektivitásánál fogva jelentős bizonytalansági tényező.

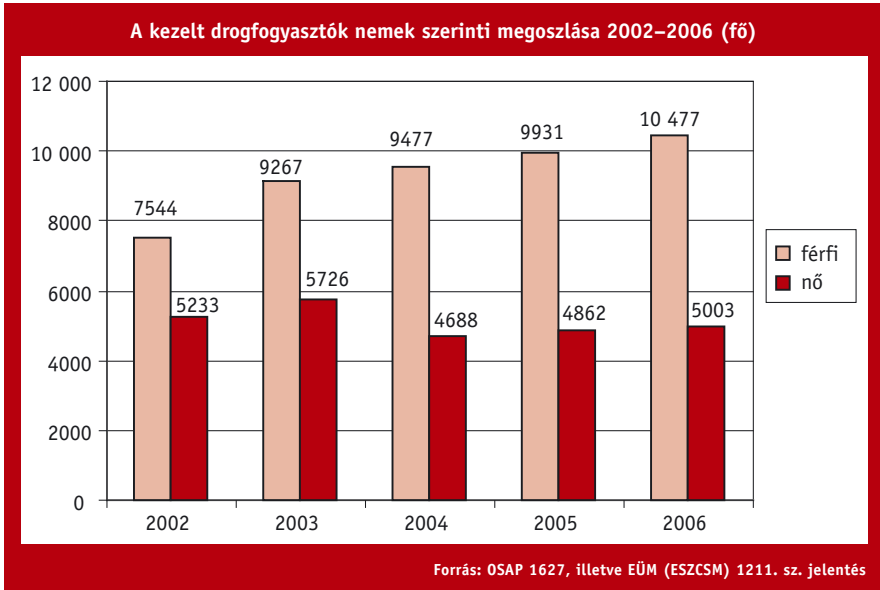


Mind az összes kezelt, mind az első kezelésben részesültek körében mutató évenkénti ingadozás, illetve a kezelési igény növekedésének lépcsőzetes alakulása összefügghet a törvényi szabályozás, illetve az elterelés intézményének és kiterjedési körének elmúlt években bekövetkezett változásaival.

## SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK

Az alábbi ábrából leolvasható, hogy az összes kezelt nő száma nőtt a 2005-ös évhez képest.

A nyugtató típusú szerek kivételével 2002–2006 között (a korábbi évekhez hasonlóan) az egyes kábítószer kategóriákban külön-külön is magasabb volt a kezelésben részesült férfiak száma. A nyugtatókat, altatókat kábítószerként fogyasztók között a nők aránya minden évben lényegesen nagyobb (2006-ban is 3:2 a nők „javára”).

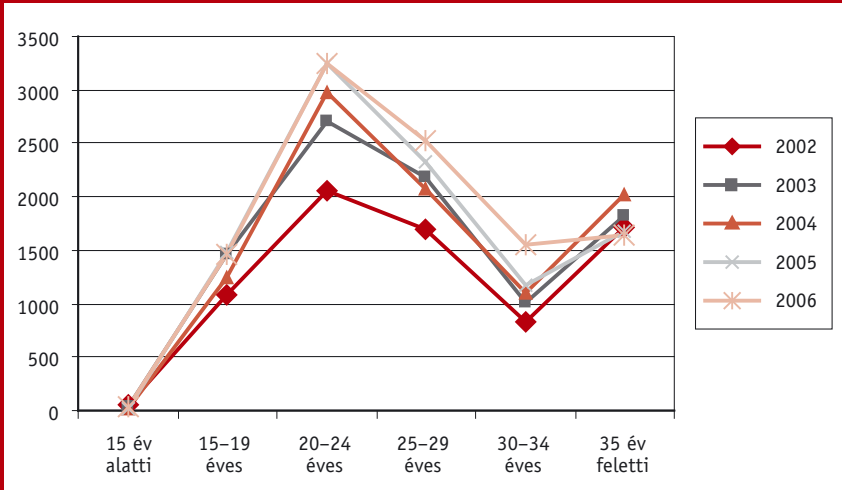


Az összes kezeltnél bemutatott tendenciához hasonló jelentkezett az első kezelésben részesültek körében is. A nők arányának eltolódásában itt is kimutatható a 2002–2003-as csúc, majd a visszaállás 2004–2006-ban. 2006-ban az első kezelésben részesültek körében mind a férfiaknál (–12%), mind a nőknél (–6%) csökkenés mutatkozott, tehát az összes kezelt számának növekedése nem az új betegek számának növekedéséből adódott.

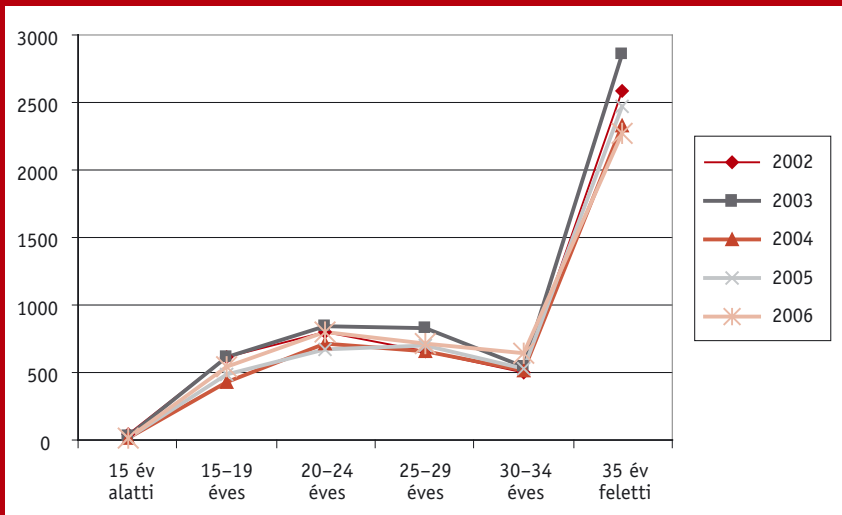
A férfiak és nők életkori megoszlása sajátos, a korosztályok rangsora hasonló, de a köztük lévő értékkülönbségek már nemként eltérő tendenciát jeleznek. Az összes kezelt körében, a férfiaknál 2002–2006 között minden évben a 20–24 év közöttiek voltak legtöbben, ugyanakkor 2006-ban ebben a korcsoportban nem volt növekedés. 2005-ig a nőknél a 20–24 év közöttiek korcsoportja adta a legnagyobb gyakoriságot, azonban az említ

tett évben, ha kismértékben is, de már a 25–29 éves korcsoport volt a legnépesebb. 2006-ban ismét a 20–24 évesek gyakorisága a legmagasabb, és – a korábbi évekhez hasonlóan –, a további korcsoportokban is viszonylag magasak az értékek.

Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében 2002–2006 (fő)



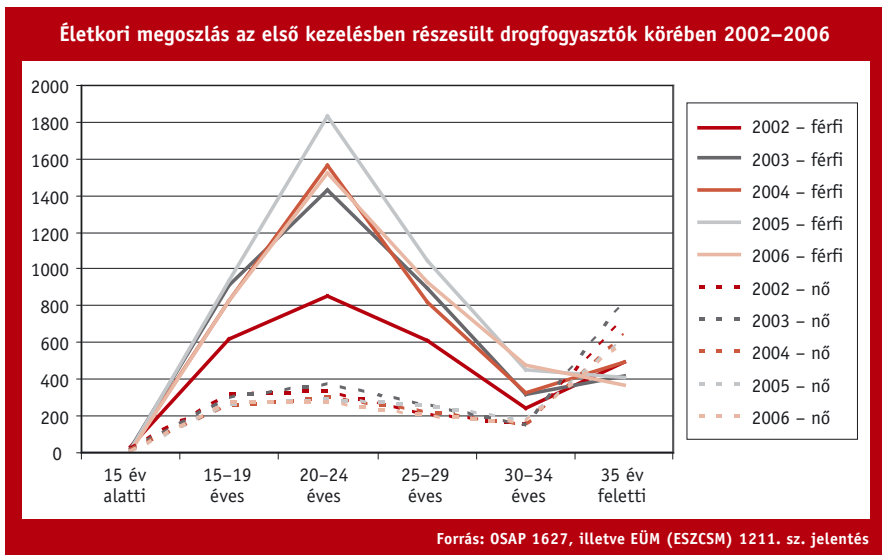
Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében 2002–2006 (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EÜM (ESZCSM) 1211. sz. jelentés

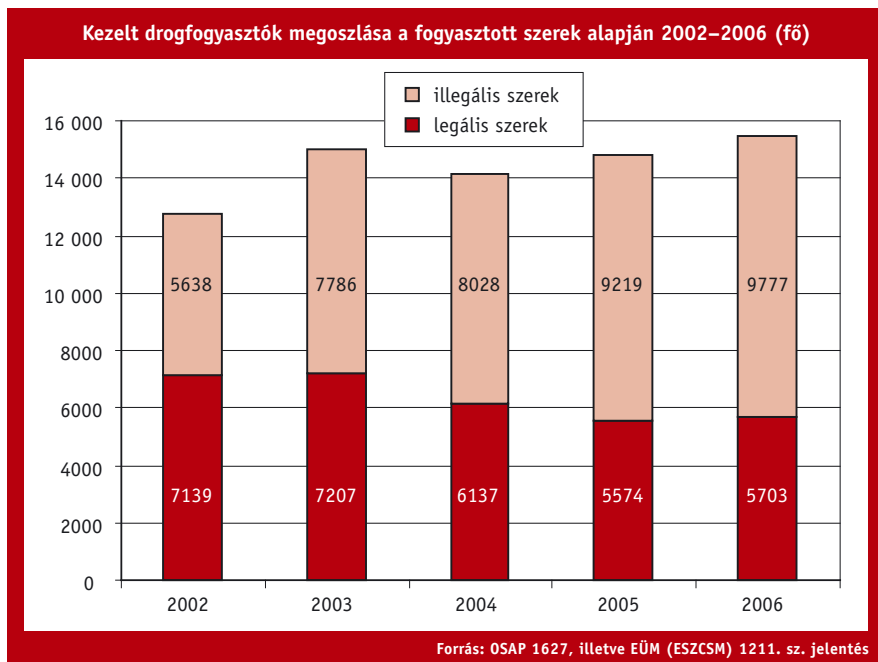


Érdekes jelenség figyelhető meg az első kezelésben részesültek körében: a nőknél a gyakorisági görbe folyamatosan „laposodik”, és a 20–24 évesek aránya csökken. 2006-ban a nőknél a 15–19 évesek gyakorisága már lényegében megegyezett a 20–24 éves korcsoportéval. Az utóbbi két évben a 35 év feletti férfiak száma csökken, míg a nőké bár csökkenő mértékben, de tovább növekszik. A nemek közti különbség az életkori megoszlásban azzal függhet össze, hogy a nők által leggyakrabban használt kábítószeresek, a nyugtatók és altatók, valamint ezek alkohollal együtt történő fogyasztása (politoxikománia) idősebb korban jelenthet komolyabb, kezelést igénylő problémát.



## SZERTÍPUS SZERINTI MEGOSZLÁS

2004-ben és 2005-ben a legális szereket fogyasztó kezeltek száma folyamatosan csökkent, míg az illegális szereket fogyasztóké jelentősen nőtt. 2006-ban mind a legális, mind az illegális szereket fogyasztó kezeltek száma nőtt, azonban fennmaradt az illegális és a legális szerek közötti 67–33%-os arány.



2005-ben az opiátfogyasztók számában kis mértékű növekedés jelentkezett, de a szertípuson belül a heroin, és azon belül is az intravénás használat monoton csökkenése folytatódott. A heroin első helyezését a fogyasztási gyakorlatban a kannabisz származékok vették át.

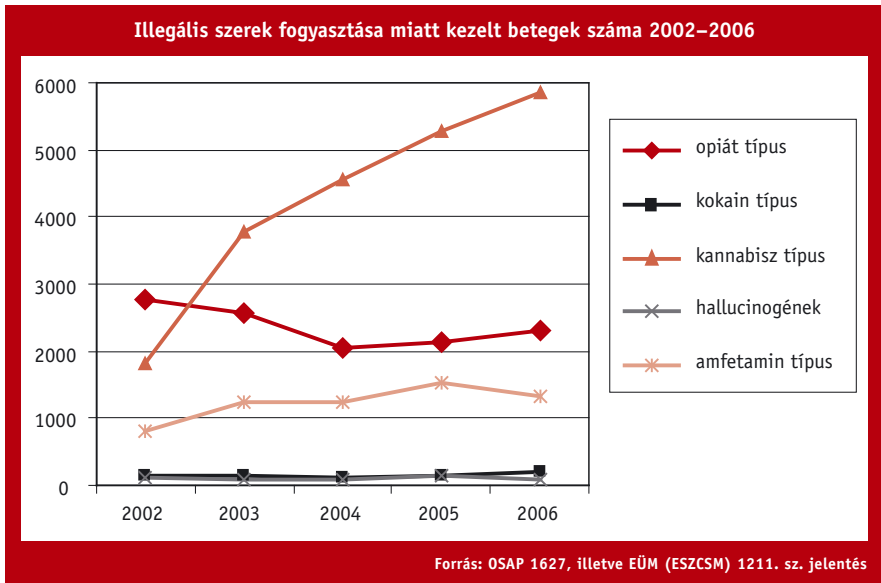
2006-ban mind a kezelt heroinfogyasztók, mind a heroint intravénásan használók körében jelentős növekedés volt tapasztalható (mindkét esetben 15%). Az opiát típusok növekedése összesen 8%-os volt, de ez nem változtatta meg korábbi helyzetét. Az opiát típus részesedése az összes szeren belül jelenleg 15%.

A kannabiszfogyasztók száma, és az összes beteghez viszonyított aránya 2002 óta folyamatosan és meredeken emelkedik. 2004-ben 21%-kal, 2005-ben további 16%-kal, majd 2006-ban még 11%-kal nőtt a kezelt kannabiszfogyasztók száma. Ezzel a kezelt betegek összesen 38%-át teszik ki.

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2005-ben jelentős, 24%-os növekedést produkált, ezt 2006-ban 13%-os csökkenés követte, így az összes kezelt mintegy 9%-a volt amfetaminfogyasztó.

A kezelt kokainfogyasztók száma 4 év folyamatos csökkenés után 2005-ben 22%-kal, 2006-ban pedig 48%-kal (138-ról 204 főre) nőtt, azonban az összes kezelt belüli arányuk még így is csak 1,3%.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt aránya 2005-ben jelentősen, 72%-kal (76-ról 131 főre) nőtt. Ezt 2006-ban 37%-os csökkenés követte, így jelenleg az aránya az összes kezelt belül 0,5%.

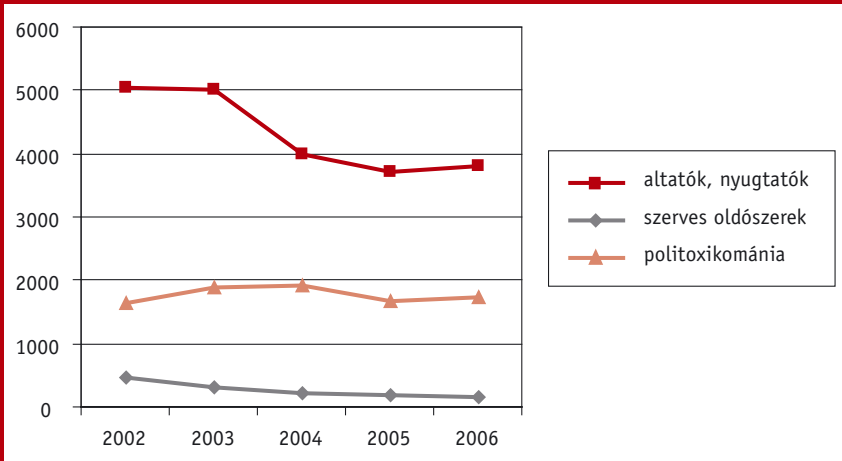


A visszaélésszerűen nyugtatókat, altatókat fogyasztók aránya folyamatosan csökkent 2005-ig. 2006-ban arányuk az összes kezelt belül az előző évhez hasonlóan 25%. Ezzel a legális szerek miatt kezelték közül a legmagasabb arányt teszik ki.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelték száma ugyan mutat némi ingadozást, azonban az elmúlt 5 év átlagában lényegében „stabilizálódott”. Az összes fogyasztó közötti aránya 11%.

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma folyamatos csökkenést mutat, arányuk az összes kezelthez viszonyítva 2006-ban 1% volt.

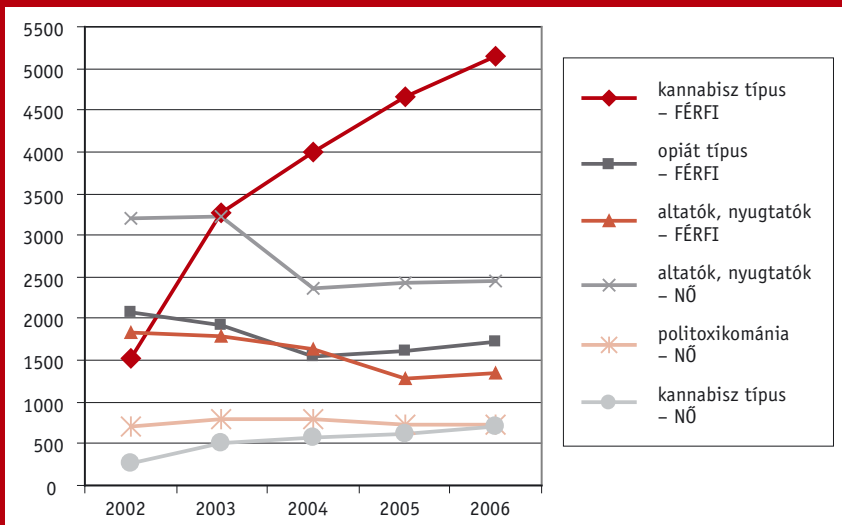
Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2002–2006



Forrás: OSAP 1627, illetve EÜM (ESZCSM) 1211. sz. jelentés

Az alábbi ábrán jól láthatók a szerpreferenciában mutatkozó, férfiak és nők közti különbségek.

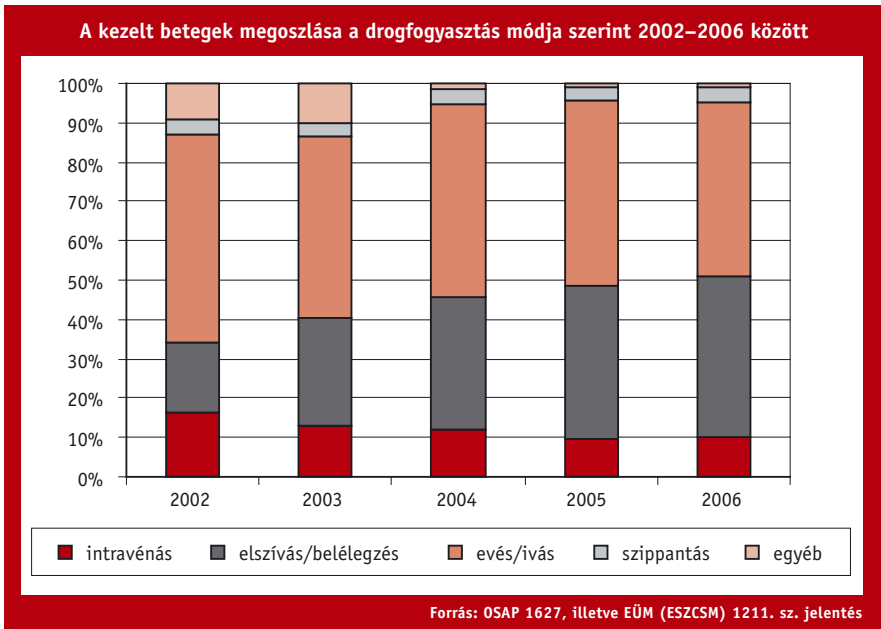
A leggyakoribb szer típusok a kezelt férfiak és nők körében (fő)



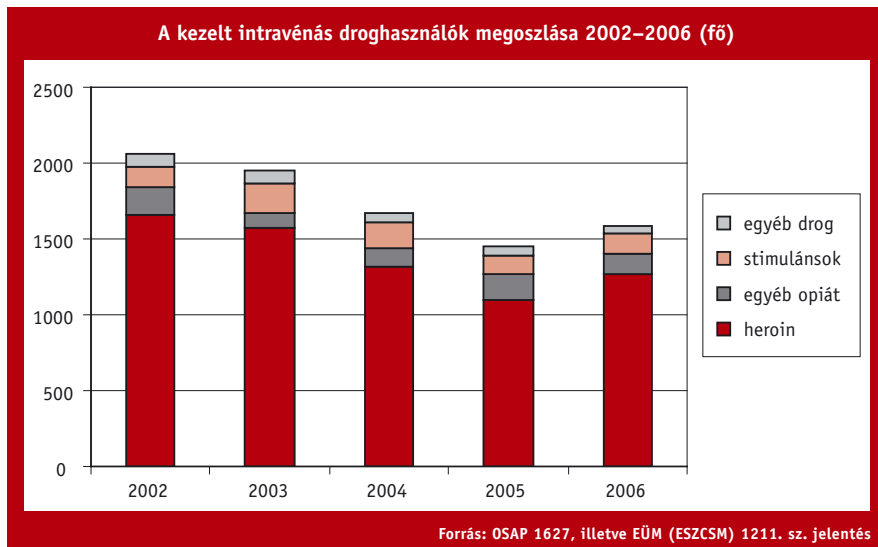
Forrás: OSAP 1627, illetve EÜM (ESZCSM) 1211. sz. jelentés

## FOGYASZTÁS MÓDJA SZERINTI MEGOSZLÁS

A kezelt kábítószer-fogyasztók körében a fogyasztás módja az elmúlt években jelentősen változott. Az injektlálás 2005-ig folyamatosan csökkenő tendenciát mutatott, és a 2001-es szinthez képest közel felére csökkent. 2006-ban viszont 10%-os növekedés jelentkezett, elsősorban az ismét meg-növekedett intravénás heroinfogyasztás miatt. 2002-től 2006-ig az elszívás/belélegzés jelentősen, 2,7-szeresére növekedett. Ez jól illusztrálja a kannabisz származékok gyors előretörését. A szájon át történő bevitel (evés/ivás) gyakorisága az elmúlt 5 évben lényegében stagnált. A szippantás gyakorisága az előző évhez képest nőtt.



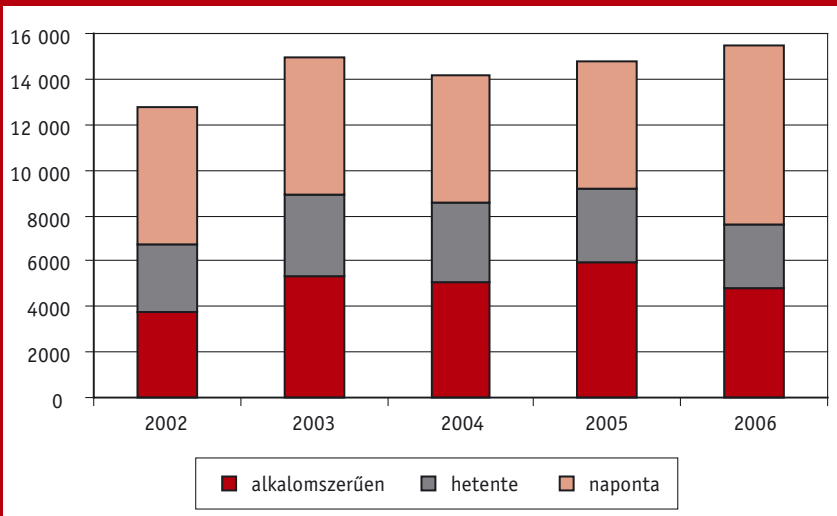
Az intravénás droghasználat 2002–2005 között folyamatosan csökkent, 2006-ban viszont 10%-os növekedés mutatkozott. A 2006. évi növekedés háttérében elsősorban a kezelésben megjelent intravénás heroinfogyasztók számának 15%-os emelkedése áll. Az egyéb szerek intravénás használata lényegében stagnál.



## FOGYASZTÁS GYAKORISÁGA SZERINTI MEGOSZLÁS

A kezelt drogfogyasztók körében a fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás vegyes képet mutat. Az alkalmászerűen fogyasztó összes kezelt száma 2005-ig növekvő tendenciát mutatott, 2006-ban viszont 19 %-kal csökkent. A hetente fogyasztók számában az utóbbi 3 évben folyamatos csökkenés tapasztalható. A naponta fogyasztók számáról elmondható, hogy kisebb éves ingadozástól eltekintve, 2005-ig az alapvető tendencia a csökkenés volt; 2006-ban viszont ugrásszerű emelkedés jelentkezett, amelynek háttérében a benzodiazepinek napi fogyasztásának megháromszorozódása áll.

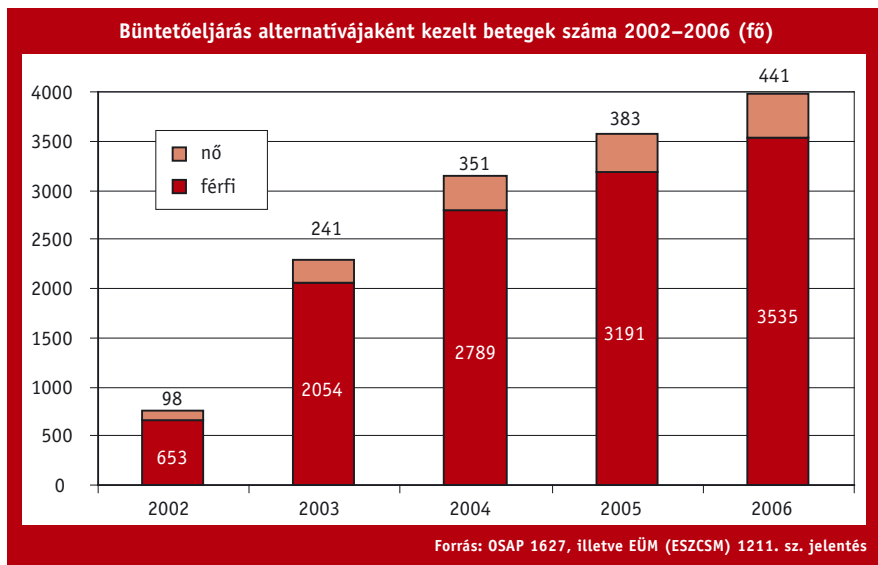
A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint (fő)  
(2004-ben 19 esetben nem ismert)



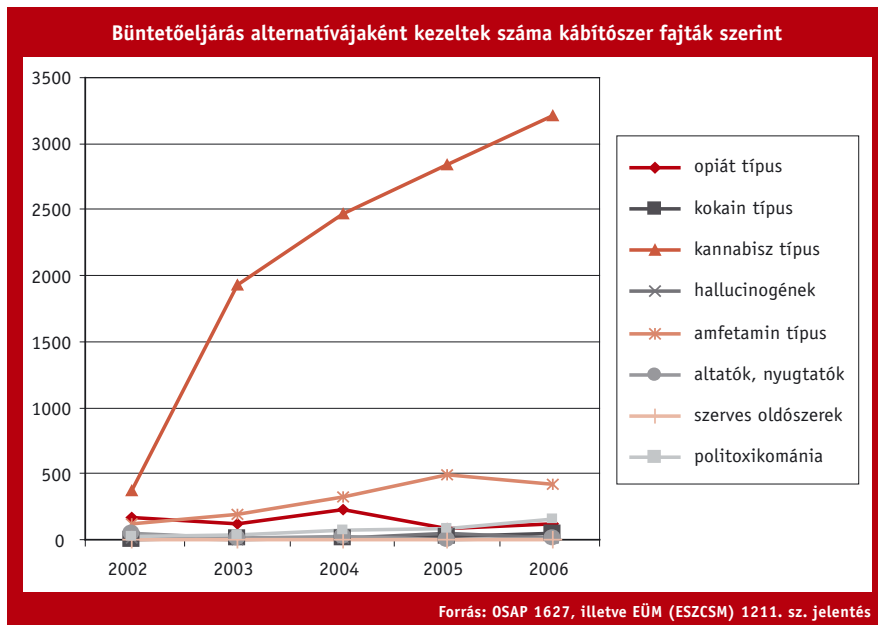
Forrás: OSAP 1627, illetve EÜM (ESZCSM) 1211. sz. jelentés

## A BÜNTETŐELJÁRÁS ALTERNATÍVÁJAKÉNT KEZELTEK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA

Az elterelés kezelési formájában részesülő kábítószer-fogyasztók számában igazán jelentős, példa nélküli emelkedés 2003-ban következett be, amikor számuk 206%-kal nőtt. A növekedés a következő években is folytatódott, bár csökkenő mértékben. A jelenség hátterében valószínűleg a Büntető Törvénykönyv módosítása állhat. Az elterelésben résztvevők száma 2005-ben 15%-kal nőtt, 2006-ban pedig további 13%-kal. 2006-ban 3976 fő kezdte meg az elterelést valamely egészségügyi típusú szolgáltatásban.



A 2003-ban tapasztalt és azóta is tartó folyamatos növekedés visszavezethető az elterelésben részesülő kannabiszfogyasztók számának ugrásszerű emelkedéséhez.





Megemlítendő még, hogy 2006-ban az előző évhez képest – a hallucinogének és az amfetamin típusú szerek kivételével –, valamennyi szercsoportban nőtt a kábítószer-fogyasztás miatt elterelő kezelésben részesültek száma.

### 3.1.1 A rendelkezésre álló kezelési igény indikátor (TDI) adatok áttekintése

#### AZ ELEMZETT ADATOK EREDETE

Az alábbi elemzés az Országos Addiktológiai Intézet TDI-adatbázisa alapján készült. Nem tartalmazza azokat az adatokat, amelyek az ellátóhelyek éves összesített jelentései (ún. régi OSAP-jelentés) alapján készülnek.

A TDI-adatgyűjtést 2006 májusa óta írja elő jogszabály az érintett szolgáltatók részére. Ebből következik, hogy a jelenleg rendelkezésre álló adatok nem tekinthetők teljes értékűnek az éves statisztika szempontjából, mivel a 2006. év első félévéről csak korlátozottan állnak rendelkezésre.

Az adatbázisban lévő adatok az OAI-ban kerültek rendezésre. Magyarországon a TDI adatbázis kiegészült egy „elterelés” modullal, amely azokat a személyeket foglalja magába, akik büntetőeljárás alternatívájaként vesznek részt kezelésben. Ilyen módon három statisztika, táblázatsor készült. Az első a nem elterelt kliensek adatai alapján, a második az elterelésben résztvevők adatai alapján, valamint egy nemzeti összesített statisztika. A külön is történő vizsgálatot a két kliens-populáció eltérő összetétele indokolja. Jelen fejezet kísérletinek tekintendő, ezért csak a legfontosabb mozzanatok kerülnek bemutatásra.

#### ELTERELÉSBE NEM RÉSZESÜLT KLIENSEK JELLEMZŐI

A rendelkezésre álló TDI adatok alapján a kliensek *egyharmada* nem az elterelés keretében került kezelésbe. Az adatok szerint 50%-uk először került kezelésbe, 45%-uk már korábban kezelés alatt állt, de az legalább 6 hónapra megszakadt. A fennmaradó 5%-ban nem állt rendelkezésre megbízható információ a korábbi kezelésről. A kezelték között a férfi/nő megoszlást tekintve általában 4:1 az arány.

A kezelési programot megkezdők által leggyakrabban használt elsődleges szer a kannabisz (42%), az életükben először kezelték esetében ez eléri az összes eset 2/3-át. A második helyen lévő csoportnál a stimulánsok állnak (elsősorban amfetamin miatti kezelési igénnyel), a harmadik leggyakoribb kezelési ok az opiáthasználat, döntően a heroin. A férfiak esetében jelentősen magasabb arányban szerepel kezelési okként a kannabiszhasz-

nalat, mint a nőknél. Ez a jelenség megfelel az egyéb epidemiológiai adatoknak.

Az elterelésben nem részesült kliensek körében a kezelésbe jutást eredményező második leggyakoribb szer az opiátok csoportja, az összes kezelési igény 25%-t adva; harmadik és negyedik leggyakoribb okként pedig a stimulánsok és a szedatívumok találhatók 10-10%-os aránnyal. A fennmaradó részt a kokain (3%), valamint az egyéb szerek (összesen 8%), a szerves oldószerek és a hallucinogének teszik ki.

A férfiak között a kannabiszfogyasztás a kezelésbe lépés leggyakoribb oka, döntően a fiatalkorú (15–19 éves) és fiatal felnőtt (20–24 éves) korcsoportban. A nők körében is a kannabiszfogyasztás miatti kezelési igény megjelenése a leggyakoribb, ám korántsem olyan kiemelkedően, mint a férfiak esetében. A nők körében lényegesen nagyobb arányban vannak jelen az altató és nyugtató fogyasztása (különösen benzodiazepinek) miatt kezelésbe lépők. A harmadik leggyakoribb ok az opiátfogyasztás, elsősorban itt is a heroin.

Lényeges adat még a szerhasználat megkezdésének időpontja. A korai szerhasználat prediktora a későbbi súlyosabb, problémás kábítószerhasználatnak.

A heroinhasználat miatt kezelésbe lépő összes férfi 50%-a 19 éves kora előtt kezdte a szerhasználatot, az amfetaminhasználat miatt kezelésbe lépők esetében ez az arány 2/3, a kannabisz-használóknál 77%. Ez utóbbi két adat az első alkalommal kezelésbe kerülőknél is hasonló arányt mutat (34%, illetve 79%). Az első alkalommal kezelésbe kerülők között a heroinfogyasztó férfiak döntően idősebb korcsoportba tartoznak. A nők körében is nagyon hasonlóan alakulnak a fent említett arányok.

A szerhasználat gyakoriságára vonatkozóan a férfiak körében az összes kezelt, és az újonnan kezelésbe kerülők szerhasználati intenzitása között alig észlelhető eltérés. A heroinhasználatot tekintve a rendszeres/intenzív fogyasztás aránya mindkét csoport esetében 78–80%, az intenzív amfetamin használók aránya is 50% körüli, a heti/napi szintű kannabiszfogyasztók aránya pedig 35–40%. A nők esetében az első alkalommal kezelésbe kerülők adatait alacsony esetszám miatt nem lehet pontosan értelmezni.

Érdemes még megemlíteni a másodlagos szerhasználatot, melyből kiderül, hogy az összes kezelt körében a heroinfogyasztók esetében a leggyakoribb másodlagos szer a kannabisz, de gyakori a stimulánsok és az alkohol használata is. Azon klienseknél, akik elsődleges szerként a stimulánsokat jelölték meg, másodlagos szerként kiugróan magas a kannabiszhasználat előfordulása. Ez utóbbi jelenség az adatok alapján fordítva is igaznak bizonyul.

### *Szocio-demográfiai adatok*

Az először kezelésbe kerülők között a 15–24 éves korcsoport teszi ki a kezeltek 60%-át.

Az összes kezelésbe lépő 45%-a a szüleivel él, az újonnan kezelésbe kerülők esetében ez 56%. A kezelésbe lépők (mind az először, mind a már kezelték) túlnyomó többségének (85–90%) az adatok szerint rendezettek a lakáskörülményei.

Az összes kezelt körülbelül egyharmada dolgozik, egyharmada munkanélküli és kb. 20%-a tanul (az először kezelésbe kerülők közel 40%-a tanul). Az elterelésben nem részesülő kezelték további szocio-demográfiai adatait a későbbiekben részletezzük.

### ELTERELÉSBEN RÉSZT VEVŐK JELLEMZŐI

Az OAI adatbázisában szereplő TDI adatok szerint az elterelésben résztvevő kezelték 90%-a férfi mind az összes kezelt, mind az először kezelték csoportjában. Az elterelési programba kerülők 74%-a első alkalommal vesz részt kezelési programban. Az összes kezelt közel felét (44%) a 20–24 éves korcsoport adja.

Az elterelési programba kerülők körében 10% alatti az intravénás kábítószerhasználati arány. Az elterelési programban résztvevők 82%-ának leggyakrabban használt elsődleges szere a kannabisz. Ez nagyjából kétszer magasabb arány, mint a nem-elterelték között, ahol ez 42% volt. Hasonló a helyzet az életükben először kezelt elterelték körében, akiknél 84%-ban kannabisz a fő szer, míg a nem-elterelt, életében először kezelték körében ez az arány 63%. Az elterelésbe kerülő nők körében a kannabisz, mint elsődleges szer használata a férfiakénál jóval alacsonyabb, kb. 2/3-uk használ kannabiszt. A stimulánsok használata náluk eléri az összes eset 25%-át, a férfiaknál ez 10% körüli. Az opiát- és kokainhasználók számaránya igen csekély (2–3%).

Az elterelésben résztvevő férfiak közel 70%-ánál az első illegális szerhasználat időpontja 15–19 éves kor közé esik, a nőknél ez az arány 80%. A másodlagos szerfogyasztás hasonlóan alakul a nem-elterelték csoportjához.

### *Szocio-demográfiai adatok*

Az elterelésben résztvevők kétharmada szüleivel lakik, körülbelül 90%-uknak rendezettek a lakáskörülményei. Közel 50%-uk rendszeresen dolgozik, egynegyedük tanul.

### 3.1.2 Kezelésben nem részesülő problémás fogyasztók

2006 tavaszán készült egy kutatás (Márványkövi et al., 2006), mely olyan budapesti problémás droghasználókat<sup>26</sup> kérdezett meg, akik vagy a kezelőrendszeren kívül helyezkedtek el, vagy pedig több mint egy év szerhasználat után, éppen a kérdezést megelőzően jutottak egészségügyi intézményekbe. A kutatás célja az volt, hogy feltárja mindazon akadályokat, nehézségeket, amelyek gátolják a kezelésen kívüli problémás drogfogyasztók egészségügyi, pszichoszociális ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz, valamint a tüssereprogramokhoz való hozzáférését.

A mintába<sup>27</sup> 49 férfi, és 18 nő került. A minta átlagéletkora 27,4 év volt. Közel azonos a 18–24 év, a 25–29 év közöttiek, illetve a 30 év feletti aránya. A megkérdezettek háromnegyede magyar származásúnak vallotta magát, negyede pedig romának. A minta iskolázottságát tekintve homogénnek mondható: több mint felének nem volt középkolai végzettsége, az elvégzett iskolai osztályok átlaga 10. Szintén jellemző a mintába kerültekre, hogy háromnegyedük vagy nem dolgozott, vagy alkalmi munkából tartotta fenn magát. Mindössze négyen éltek házasságban, 35 droghasználónak nem volt partnere a kérdés idején. Körülbelül egyenlőnek bizonyult azok aránya, akik szülői lakásban, vagy albérletben, vagy más lakásban éltek.

A kutatás adatai ezenkívül rámutatnak arra, hogy a problémás droghasználat bűncselekmények – nem csak kábítószeres bűncselekmények – elkövetésével járhat együtt. A mintából 43 válaszadó ellen indítottak már büntetőjogi eljárást, 20-an pedig ültek börtönben, átlagosan 2,2 évet. A kérdezettek több mint egyharmadánál kábítószer fogyasztása, átadása, kínálása miatt indult eljárás, és csaknem ugyanennyi esetben vagyon elleni bűncselekmény elkövetése miatt (is).

Elmondható, hogy a mintába került problémás droghasználók szinte mindegyike kipróbálta már a három problémás szer (heroin, kokain, amfetamin) valamelyikét. Egy megkérdezett kivételével mind fogyasztottak már marihuánát, 45-en kokaint, 63-an amfetamint és 61-en heroint. Az amfetamin, kokain és heroin kipróbálásnak életkora szinte teljesen megegyezett (19–20 év), az első használat és a rendszeres fogyasztás kezdetének időpontja gyakorlatilag egybeesett. A kérdezést megelőző 30 napban, illetve 48 órában heroint vagy marihuánát fogyasztottak a legtöbben. Közel kétharmaduk többfajta szert is használt ebben az időszakban, és szinte mindenki

<sup>26</sup> Heti 3–4 alkalommal fogyaszt opiát-származékot vagy amfetamint legalább 3 éve.

<sup>27</sup> A megkérdezettekhez kétféle módszerrel jutottak el a kutatók: hólabda (négy, független ponton indítva), illetve kezelőhelyi/szolgáltatói alapú mintavételi technikával, amelyek eredményeképpen 67 problémás drogfogyasztóval készült interjú.

injektálta valamelyik problémás szert. A drogkarrier hossza átlagosan 7,6 év volt. Gyakori a megosztott eszközhasználat (46-an vallották), azaz az intravénás használattal kapcsolatos kockázati magatartásformák, de ugyanígy a szexuális kockázati magatartásformák előfordulása is. A mintát közepe-sen erős drogfüggőség jellemezte.

A kutatás eredményei rávilágítanak a kezelési szükséglet, és a kezelésbe jutás arányának összefüggéseire. A megkérdezettek fele már járt valamilyen kezelésben, vagy részesült pszichológiai vagy munkavállalást elősegítő tanácsadásban. A túcsere programok szolgáltatásai (alacsonyküszöbű szolgáltatások) iránti igény a problémás droghasználók körében magas – ez a megállapítás a jobb egészségi állapotú megkérdezettekre inkább igaz. Túlnyomó részük jutott már steril tűhöz vagy eszközhöz alacsonyküszöbű szervezeten – főként túcsere szervezeten – keresztül.

A kezelési igény azoknál a problémás droghasználóknál nagyobb valószínűséggel jelentkezik, akik korábban már eljutottak valamilyen kezelésbe, vagy rendelkeznek intravénás droghasználó barátokkal.<sup>28</sup>

A kérdézet megelőző 30 napban egészségügyi kezelésben<sup>29</sup> 11-en részesültek, legtöbben kórházi kezelésben. Az elmúlt egy év folyamán a problémás használók több mint fele igénybe vett háziorvosi kezelést is, azonban mindössze heten jelezték, hogy háziorvosi beutalóval kerültek további szakellátásba. Viszonylag magas azok aránya, akik fogászati kezelést kaptak (28 fő). Jóval kevésbé jellemző a nemibeteg gondozóban és a bőrgyógyászati kezelésen való megjelenés (8, illetve 9 fő). A megkérdezettek közül 53-an vettek már részt különböző szűréseken (HIV, hepatitis, tüdőszűrés), amelyek leginkább a magasabb küszöbű ellátó helyeken történtek.

A leginkább elszigeteltnek tűnő kezelési forma a megkérdezettek véleménye alapján a drogrehabilitáció és a metadon fenntartó kezelés. A metadon fenntartó kezelés iránt a kérdezettek körében a jelenlegi bejutási aránynál nagyobb lenne az igény.

<sup>28</sup> A szerzők ezt az alábbiak szerint magyarázzák: „A korábbi kezelési múlt, mint szükségletet pozitív irányban (fokozó) befolyásoló tényező magyarázható az előző kezelés(ek) szocializációs hatásával: ha baj van, kezelést kell vállalni, és az adott személy tudja is, hol és hogyan kell. Az intravénás szerhasználó barátok ilyen szerepe utalhat kortárshatásokra a kezelés inicializálásában, de közvetve utalhat a megromlott pszichoszociális helyzetre, a társadalmi kirekesztődésre, amikor már csak injekciós barátok maradnak.” Márványkővi et al 2006.

<sup>29</sup> Igénybe vett egészségügyi kezeléseket: kórházi, ambuláns, rehabilitáció, metadon fenntartó, nappali ellátás.

**Az egyes kezelőhelyekre való bejutás nehézségének megítélése**



Forrás: Márványkövi et al. 2006

A drogrehabilitáció megítélése részben érthető, hiszen a problémás droghasználók leállás, szermentes élet iránti motivációja nem mindig elegendő ahhoz, hogy a rehabilitációba való bejutás lépcsőfokait valóban végigjárják. A túcsere szolgáltatás iránti magas igény is ezt támaszthatja alá. A metadon fenntartó kezelés megítélésénél más a helyzet, ennek az ártalomcsökkentő ellátásnak könnyebben elérhetőnek kellene lennie; azonban a kutatás több adata is azt támasztja alá, hogy nehezen elérhető. Súlyosabb függőség esetén a kezelésbe jutás feltételeit nehezebbnek ítélték meg a kérdezettek.

**Kezelésbe jutás akadályai a két leginkább „elszigetelt” kezelőhely esetében: megnevezett okok**

Drogrehabilitáció (N=30)	Említések száma
Kevés intézmény van, kevés a hely	13
Sokat kell várni	8
Megfelelő drogos előélet kell	3
Nagyon összeszedettnek kell lenni a felvételnél	3
Metadon fenntartó (N=43)	Említések száma
Nagyon sokat kell várni, kevés a hely	26
Nehéz a feltételeknek megfelelni	6
Túl szigorúak a kezelési elvárások	6
Pénz kérdése, drága	2
Szimpátián is múlik, arcra megy	2

Forrás: Márványkövi et al. 2006

A kérdezettek közül, a vizsgálatot megelőző 12 hónap során szükség esetén legnagyobb arányban az ambuláns kezeléshez értek hozzá. Az ambuláns kezelés kivételével valamennyi kezelési formáról a megkérdezettek úgy vélték, hogy a kezelésbe jutás okát intézményi okokra lehet visszavezetni.

Azon megkérdezettek, akik tücsere szolgáltatásra tartottak igényt, beszámolójuk alapján az esetek nagyobb részében hozzá is jutottak a szükséges steril tűhöz.

<b>Kezeléshez való hozzájutás</b>												
(N=67)	Ambuláns (N=14)		Fekvőbeteg (N=12)		Rehabilitáció (N=10)		Nappali (N=6)		Metadon (N=22)		Összesen (N=41)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Igen	6	42,9	2	16,7	0	0	2	33,3	2	9,1	10	24,3
Nem, nem mindig	8	57,1	10	83,3	10	100	4	66,6	20	90,9	31	75,7
<b>Összesen</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Forrás: Márványkövi et al. 2006

A megkérdezett szakemberek az ellátórendszer problémájaként érzékelik a kezelési lánc folyamatosságának hiányát, és nem ritkán az ellátáshoz való hozzáférés szervezetlenségét. Ugyanakkor az ellátáshoz jutás legfőbb nehézségeit a kliensek motivációjában, és kapcsolatrendszerük (droghasz-náló barátok) visszahúzó hatásában látják.

## 3.2 A drogfogyasztók kezelését – ellátását szolgáló intézményrendszer

Az egészségügyi ellátásban, kezelésben részesülő drogbetegek száma 2006-ban tovább növekedett. Az intézményrendszerben lényegi változások nem történtek. A járóbeteg-ellátást továbbra is a heterogenitás jellemzi, míg a fekvőbeteg-ellátás többségében a pszichiátriai ellátás bázisán valósul meg.

Az egészségügyi szakellátás finanszírozását, valamint az intézmények működését a teljesítményvolumen-korlátozás (TVK) mellett az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) korm. rendelet módosításáról szóló, 2006. július 1-jén hatályba lépő 132/2006. (VI. 15.) korm. rendelet befolyásolta jelentősen.

### 3.2.1 Egészségügyi ellátás

A drogfogyasztók egészségügyi kezelése az előző évekhez hasonlóan továbbra is térítésmentes, a társadalombiztosítás alanyi jogon finanszírozza az ellátást. Léteznek ugyanakkor olyan intézmények is, ahol a beteg bár térítésmentesen megkapja az ellátást, az intézmény működését nem az Egészségbiztosítási Alap, hanem az egyház, vagy az önkormányzat finanszírozza.

Az alábbi táblázat a 2006. évi adatok alapján azt mutatja, hogy az egészségügyi ellátáson belül az egyes intézménytípusok milyen mértékben vettek részt a kezelt kábítószer-fogyasztók, illetve gyógyszereket és inhalánsokat visszaélészerűen használók ellátásában.

**Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2006-ban**

Intézménytípus	Összes kezelt		Először kezelt	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	3557	22,98	1247	21,98
Drogambulanciák	6505	42,02	2856	50,34
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók	32	0,21	20	0,35
Pszichiátriai gondozók	415	2,68	246	4,34
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	4971	32,11	1304	22,99
<b>Összesen</b>	<b>15 480</b>	<b>100,0</b>	<b>5673</b>	<b>100,0</b>

Forrás: EÜM 1211. sz. jelentés



A fenti adatok is azt mutatják, hogy a drogbetegek legnagyobb hányadát 2006-ban is a drogambulanciák látják el. Amíg a járóbeteg ellátás megszlik a különböző gondozók és drogambulanciák között, addig a fekvőbeteg-ellátásnak a fenti csoportosításban – egy intézmény kivételével – nincs alternatívája a pszichiátriai és addiktológiai osztályokon kívül.

### TOVÁBBKÉPZÉS

2006-ban – a kábítószerügyi koordinációtól kapott 10 millió forintos keret terhére – az Egészségügyi Minisztérium a drogprobléma korai felismerését, az egészségügyi alap- és szakellátásban dolgozó szakemberek érzékenyebbé tételét, valamint házi gyermekorvosok részére szervezett, speciális gyermek- és serdülőgyógyászati blokkot is tartalmazó továbbképzési programot indított. A programot az Országos Addiktológiai Intézet bonyolította le.

### SZAKMAI PROTOKOLLOK

Az Országos Addiktológiai Intézet 2006-ban az eltereléshez kapcsolódó előzetes állapotfelmérés, a metadonkezelés, a kannabiszfüggőség, az amfetaminfüggőség, az opiátfüggőség, valamint a kábítószeret használó várandós nők és gyermekeik ellátásával kapcsolatos szakmai protokoll előkészítését kezdte meg.

## 3.2.2 Szociális ellátás

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások működésének részletes szabályai a szociális intézményen belüli foglalkoztatás szakmai követelményeiről, személyi és tárgyi feltételeiről és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet módosításáról szóló 3/2006. (V. 17.) ICSSZEM rendelettel kerültek meghatározásra.

A rehabilitációs otthonok az egész országból fogadják a betegeket. Elhelyezkedésük meglehetősen egyenetlen. A drogrehabilitációval foglalkozó intézmények száma 2006-ban 13 volt. A rendelkezésünkre álló adatok szerint az átlagos ágykihasználtság intézményenként meglehetősen különböző képet mutat: egyes intézményeknél 70–80% körüli, míg mások 100%-os kihasználtsággal és várólistákkal működnek.

A drogrehabilitációs otthonok finanszírozása két forrásból történik: az egészségügyi szolgáltatást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)

finanszírozza, míg a szociális gondoskodás finanszírozására szociális normatíva kerül megállapításra.

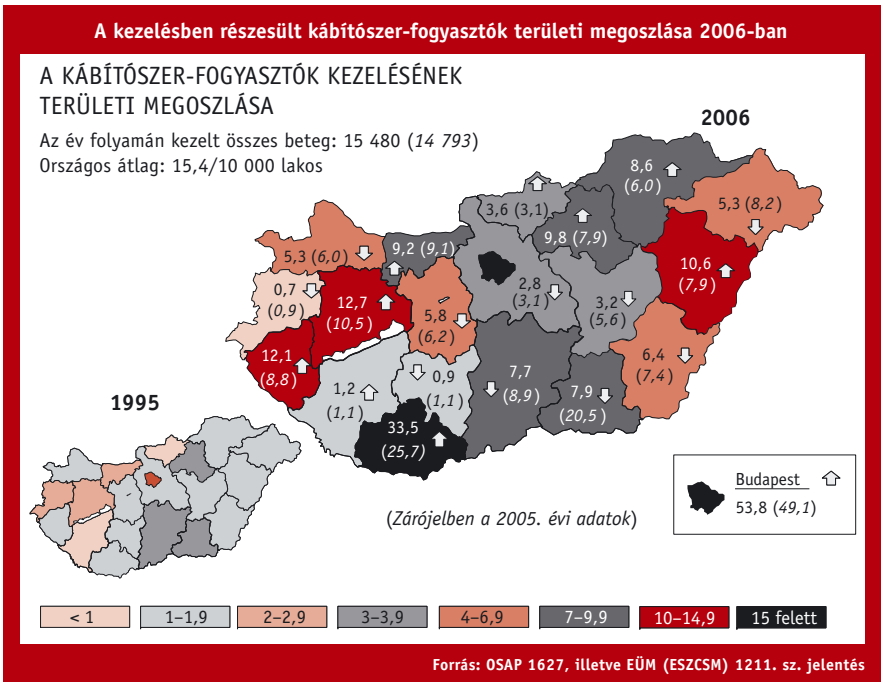
2006-ban két drogrehabilitációt folytató intézmény OEP által történő befogadását támogatta az Egészségügyi Minisztérium: a Paraklisz Drogellenes Alapítványét (13 ágy), és a Kovácsszénája Drogrehabilitációs Otthonét (16 ágy). Tekintettel arra, hogy az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény a helyi döntések szervezeteként a Regionális Egészségügyi Tanácsokat jelöli meg, így a két otthon 2007. évi befogadására csak abban az esetben kerülhet sor, ha az érintett Regionális Egészségügyi Tanácsok a kapacitásaik felosztására vonatkozó javaslataik elkészítése során is támogatják azokat.

### 3.2.3 Területi különbségek az ellátásban

A területi megoszlásra vonatkozó adatok a jelenlegi egészségügyi drogstatistikában minden esetben a kezelő intézmények helyéhez kapcsolódnak. A drogambulanciák a szakellátáson belül szubspeciális, progresszív ellátást végeznek; ami azt jelenti, hogy az általános pszichiátriai, addiktológiai profillal működő intézmények is ide utalják a betegeket, ha elérhető közelségben működnek. Így a drogambulanciák vonzáskörzete átnyúlhat a megyehatárokon. A legjobb példa erre Budapest, és a fővárost körülölelő Pest megye helyzete: a 2002–2006 közötti időszakban Budapesten a 10 ezer lakosra jutó kezelt betegek száma évről évre növekszik, míg Pest megyében szinte változatlan.

Az Egészségügyi Minisztérium fejlesztési törekvései ellenére sincs minden megyében működő drogambulancia. 2006-ban összesen 21 drogambulancia biztosította a drogbetegek elsődleges járóbeteg-ellátását (ebből hat Budapesten található), de továbbra is fontos a szerepe az addiktológiai gondozóknak, a szakambulanciáknak és a TÁMASZ-hálózatnak. 2006-ban összesen 453 járó- és fekvőbeteg-ellátó egység vett részt a drogbetegek egészségügyi ellátásában.

Pest, Tolna és Somogy megyékben elsősorban a főváros, illetve a környező megyék drogambulanciái, és az adott megye pszichiátriai/addiktológiai szakrendelése biztosítják a betegek ellátását. A kezelőhelyek körzetébe tartozó lakosságszámra jutó kezelt kábítószer-fogyasztók számában 2006-ban eltérés mutatkozott az ország keleti és nyugati fele között. Nőtt ugyanis a Dunától nyugatra, és csökkent az attól keletre levő kezelőhelyek forgalma.



Az addiktológiai terület változatlanul egyik legsúlyosabb hiányterülete az addiktológiai problémával küzdő gyermekek és serdülők egészségügyi ellátása, mely mind az ambuláns, mind a fekvőbeteg-ellátás terén óriási hiányokkal küzd. 2006-ban a gyermekek és serdülők járóbeteg-ellátását elsősorban 36 gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozó, és néhány szakambulancia biztosította. A gondozók felszereltsége és szakemberekkel való ellátottsága igen nagy egyenlőtlenségeket mutat. Gyermekek és serdülők fekvőbeteg-ellátást 10 intézmény biztosított 2006-ban. (Az aktív fekvőbeteg-ellátást hat intézmény, míg a krónikus fekvőbeteg-ellátást négy intézmény biztosította 2006-ban) Az intézmények országos megoszlása rendkívül egyenetlen.

### 3.2.4 Az elterelés intézményrendszere

2006. július 1-jétől hatályos a Büntetőeljárásról szóló törvény, mely módosítása lehetővé teszi, hogy az elterelésre jogosult, kábítószerrel kapcsolatos kisebb súlyú bűncselekményeket elkövetők már a rendőrségi szakaszban is részt vehessenek az elterelési programok valamelyikében. Korábban csak

az ügyészi határozat kiadásának időpontjától lehetett a kezelési programban eltöltött időt beleszámítani a kötelező elterelési időbe. A módosítás azt jelenti, hogy a korábbi, az ügyészi határozat kiadásáig eltelt akár több hónapos várakozási idő megszűnik, és a büntetőeljárás megindulása után akár egy-két héten belül kezelési programba kerülhetnek az elterelésre jogosult személyek.

Az elterelésben részt vevő kábítószer-fogyasztók száma folyamatosan nő: 2006-ban 3976 fő kezdte meg a kezelést valamely egészségügyi szolgáltatónál. Megelőző-felvilágosító szolgáltatást 3040 fő vett igénybe.

2006-ban 46 megelőző-felvilágosító szolgáltató működött az országban, többségében civil szervezetek és önkormányzati fenntartású intézmények.

### 3.2.5 Fekvőbeteg-ellátás (aktív és krónikus)

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatai szerint 2006-ban öt addiktológiai osztály működött az országban összesen 216 ágygal, míg a pszichiátriai szakmacsoportban további 55 intézmény biztosított ellátást 3965 ágygal.

Tekintve, hogy a fekvőbeteg-ellátásban a drogbetegek többsége pszichiátriai ellátásba kerül, meglehetősen nehéz valós képet kapni az addiktológiai kapacitásokról (ezen belül is a kábítószer-fogyasztó betegek rendelkezésére álló kapacitásokról).

### 3.2.6 Járóbeteg (ambuláns) ellátás

2006-ban két új drogambulancia létesült Budapesten. Az egyik a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia új intézménye, amely 2006 szeptemberében kezdte meg működését; finanszírozását jelenleg az Önkormányzat biztosítja. A másik a Drogprevenció Alapítvány üzemeltetésében, 2006. július 4-én a XV. kerületben nyílt Drogoplex Ambulancia, mely kerületi pályázati forrásból és SZMM forrásból működik.

### 3.2.7 Szubsztitúciós kezelés

Szubsztitúciós fenntartó kezelés nyolc helyen történik az országban járóbeteg-ellátás keretében. Budapesten változatlanul három helyen, vidéken pedig Veszprémben, Pécsen, Gyulán, Szegeden és Miskolcon. 2006-ban 853 fő vett részt metadon-programban. A kliensek több mint 78%-a Budapesten

vette igénybe a szolgáltatást. A teljesítményvolumen-korlát miatt helyenként komoly várólisták alakultak ki.

**Metadonkezelésben részt vevők száma (fő) 2006-ban**

Jász utca	Budai	Soroksár	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged	Miskolc
410	118	144	11	42	20	62	46

Forrás: Jász utcai Drogambulancia

**Metadonkezelésben részt vevők havi megoszlása (fő)**

Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
461	446	459	458	490	455	429	436	442	414	435	430

Forrás: Jász utcai Drogambulancia

### 3.2.8 Elvonó kezelés

Túladagolás esetén a betegek leggyakrabban detoxikálóba, optimális esetben sürgősségi osztályra kerülnek. A fővárosban 2006-ban két helyen működött detoxikáló, és a méregtelenítésben aktív szerepet vállal a Péterfy Sándor utcai kórház Sürgősségi Belgyógyászati és Klinikai Toxikológiai osztálya is. Vidéken elsősorban a sürgősségi és a baleseti osztályok biztosítják a méregtelenítést.

## 3.3 Szenvedélybetegek közösségi ellátása

Magyarországon a szenvedélybetegek ellátása elsősorban a szociális, illetve az egészségügyi ágazat törvényi keretein és intézményrendszerén keresztül valósul meg.

A szenvedélybetegek közösségi ellátását az alábbi jogszabályok teszik lehetővé, illetve ezek definiálják a működés peremfeltételeit:

- 1993. évi III. tv. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban Szt.),
- 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételéről,
- 188/1999. (XII.16.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális és falugondnoki szolgálat működésének engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozások engedélyezéséről,

- 239/2006. (XI.30.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások 2007. évi irányított területi kiegyenlítési rendszeréről.

A Szociális törvény (Szt.) 2005. évi CLXX. törvényben foglaltak szerinti változtatások (nevezetesen a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatásainak nevesítése a közösségi ellátások keretén belül) magukkal vonták a vonatkozó rendeletek módosításának szükségletét is. Az Szt. módosításával egyfelől jogszabályi szinten definiálásra került az alacsonyküszöbű ellátás, másfelől lehetőség nyílt az alacsonyküszöbű szolgáltatók normatív támogatására. Mindkét esetben szükséges volt a végrehajtási rendeletek megfelelő harmonizálása.

Az 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet, valamint a 188/1999. (XII.16.) Korm. rendelet a fentieknek megfelelően került módosításra. A módosítások tartalmazzák:

- a közösségi ellátás szakmai programjával szembeni követelmények változását:<sup>30</sup>  
*a közösségi ellátások szakmai programjának tartalmaznia kell az egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködés módját*
- a közösségi ellátás létszámkereteit:<sup>31</sup>  
*a közösségi ellátást nyújtó szolgáltatónak – az alacsonyküszöbű szolgáltatások kivételével – legalább 40 fő ellátását kell biztosítani*
- az alacsonyküszöbű ellátás definícióját:<sup>32</sup>  
*„A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása a megkereső munkára, valamint az anonim és önkéntes igénybevételre épülő szolgáltatás, amelynek célja a szenvedélybetegség által okozott ártalmak csökkentése, az életet veszélyeztető helyzetek elhárítása, valamint az életmódváltozás elindítása, segítése.”*
- a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása során nyújtható szolgáltatások körét<sup>33</sup>
- az ellátás során biztosítandó szolgáltatások minimum számát:<sup>34</sup>  
*„A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátását nyújtó intézményeknek, szolgáltatóknak ... meghatározott szolgáltatási formák közül legalább kettőt kell biztosítaniuk.”*

<sup>30</sup> 2/2006. (IV. 14.) ICSSZEM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2006.IV. 22-én.

<sup>31</sup> 188/1999. (XII.16.) Kor. rendelet, ezen módosítása 2007. I. 1-jén lépett hatályba. A módosítást a 325/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet léptette életbe.

<sup>32</sup> 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2007. I. 1-jén.

<sup>33</sup> 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2007. I. 1-jén.

<sup>34</sup> 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2007. I. 1-jén.

- az ellátás igénybevételének feltételeit:<sup>35</sup>

*„A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása során minden esetben biztosítani kell az anonimitást, a személyes adatokat nem kell megadni, igazolni és nyilvántartani, illetve egyéni gondozási tervet nem kell készíteni. A szolgáltatás nem tagadható meg az absztinencia hiánya és a szenvedélybetegség során jelentkező tünetek, magatartási formák miatt.”*

A módosítás részét képezi még, hogy a közösségi ellátások szabályai szigorodtak a képesítési követelmények tekintetében. E szerint a közösségi gondozó vagy közösségi koordinátor munkakörben alkalmazott személynek már a foglalkoztatás kezdő időpontjától rendelkeznie kell a közösségi pszichiátriai ellátással kapcsolatos képzés tanúsítványával. Ez alól a követelmény alól felmentés csak akkor adható, ha a munkakört betöltendő személy a képzést már elkezdte, és azt a tárgyévben be is fejezi.

A szociális szolgáltatók normatív finanszírozásának törvényi háttérét a költségvetési törvény határozza meg. 2006. február 13-án került sor a 2005. évi CLIII. tv. módosítására. A jogszabály hatályba lépésével a korábbi normatív hozzájárulás megítélésének rendszere alapjaiban alakult át.

A jogszabályi változások eredményeként a működési engedéllyel rendelkező civil fenntartók év közben nem kaphatnak automatikusan normatív állami hozzájárulást. A normatíva megítélése előtt az irányított területi kiegyenlítési rendszer működése szerint kell a fenntartónak az SZMM befogadását kérnie.

A támogatható szolgáltatások között szerepelnek a közösségi ellátások, azon belül a szenvedélybetegek közösségi-, illetve alacsonyküszöbű ellátása is.

A rendelet értelmében minden szolgáltatás új szolgáltatásnak minősül, „amely után a fenntartó vagy a jogelőd fenntartó 2006 decemberében nem részesül normatív állami hozzájárulásban”.

Fontos megjegyeznünk, habár a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása önálló szolgáltatásként a 2006-os évben nem volt elérhető (az Szt. ez irányú módosításai 2007. január 1-jétől léptek hatályba), de az 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet hatályos rendelkezései bizonyos mértékig lehetőséget nyújtottak az alacsonyküszöbű szolgáltatóknak, szenvedélybetegek közösségi ellátásának keretén belül, tevékenységük állami normatíván keresztül történő finanszírozására.

<sup>35</sup> 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2007. I. 1-jén.

### 3.3.1 Tanácsadás, tesztelés

Tűcsere programban részt vevő szervezetek tanácsadással és információval (biztonságosabb kábítószer-fogyasztásról, a biztonságos szexuális kapcsolat kialakításáról) szolgálnak szórólap formájában, illetve kérésre az állandó telephelyű, vagy az utcai megkereső programok keretében. A szervezetek nagy része (10) önállóan vagy a megyei ÁNTSZ-el együttműködésben végez szűrést HIV és/vagy Hepatitis C vírusra. A metadonprogramot működtető szervezeteknél az éves szűrés HIV és HCV vírusra kötelező a programban részt vevők számára.

## 3.4 Reszocializációs, reintegrációs programok

Az ellátási lánc első lépcsőfokának tekinthető alacsonyküszöbű szolgáltatások, valamint a kezelést lezáró reszocializáció (foglalkoztatás, utógondozás, képzés, oktatás, lakhatás) területén komoly hiányosságok tapasztalhatók. Jó példák és gyakorlatok említhetők ezekről a területekről – elsősorban civil kezdeményezések eredményeként – de a terület fejlesztésének szüksége változatlanul megmaradt.

### LAKÁSKÉRDÉS

A kábítószer-problémával küzdők lakhatása tekintetében a 2005-ös évhez képest jelentős változás nem történt.

A hajléktalan-ellátás rendszerében országos szinten nevesítésre kerül a szenvedélybetegség ellátása. A szenvedélybetegségek közül az ellátórendszeren belül elsősorban az alkohol és gyógyszer problémák jelennek meg. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy azokat a szerhasználókat, akik más addiktológiai problémával küzdenek, de absztinenciára, annak megtartására, ha csak időszakosan is (például egy éjszakára az éjjeli menedékhelyek esetében) hajlandóak, az ellátórendszer – a motiváció és a felkészültség mértékétől függően – valamennyi ellátási szintjére befogadja, illetve továbbsegíti.

Ennek nyomán 2006-ban havi rendszerességgel működtek a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei (BMSZKI) referenci hálózatán belül addiktológiai, lakhatási, foglalkoztatási és szociális otthonnal kapcsolatos szakmai műhelyek.

A BMSZKI egyúttal a Közép-magyarországi Régió Hajléktalanellátó Intézmények Módszertani Központja, mindemellett a budapesti hajlékta-



lan-ellátás férőhelyeinek közel felét biztosítja. Több menedéktípus mellett, szenvedélybetegek számára is működtet egy rehabilitációs átmeneti szállást (66 fő) (Gyóri, 2006).

## OKTATÁS, KÉPZÉS

A Belvárosi Tanoda Alapítvány az „Akiket kezd elveszíteni az élet...” elnevezésű, a szenvedélybetegek komplex ellátását célzó innovatív EQUAL programját folytatja. 2006-ban összesen 346 fő vett részt a programban, 70%-ban férfiak. A résztvevők életkori eloszlása szerint 54%-uk a 25 év alatti, a fennmaradó 46% pedig a 25–45 év közöttiek korcsoportjába tartozik.

A SEED Kisvállalkozás-fejlesztési alapítvány „Esély a jövődért!” Programja 2003 végétől 2006 végéig működött. A program három év alatt nagyjából hatvan, 40 év alatti, budapesti lakosú romának nyújtott anyagi, és mentori segítséget. A program értékelése folyamatban van, ezért pontos számadatok még nem állnak rendelkezésre. Azonban az már látható, hogy a résztvevők jelentős része szerzett új – versenyképességet erősítő – ismereteket (nyelvtudás, számítógépes-tudás), valamint új szakmát, megnyitva így újabb (foglalkoztatási) lehetőségeket. A program megvalósításában számos partner mellett részt vett a Kék Pont Drogkonzultációs Központ is.

## FOGLALKOZTATÁS

A Szt. módosításával lehetőség nyílt az intézményi jogviszonyban álló (például rehabilitációs otthonban élő) kliensek munkarehabilitáció, vagy fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében biztosítható (szociális) foglalkoztatására.

Fontos változás, hogy a pénzbeli ellátások rendszere összekapcsolódik a foglalkoztatás elősegítésével. A rendszeres szociális segínyt igénylőknek kötelezően beilleszkedési programban kell részt venniük. A beilleszkedési program segítségével azok is bekerülhetnek a munkaerőpiacra, akik szociális készségük, állapotuk miatt eddig azt nem tudták igénybe venni, nem tudtak hozzájutni a munkaügyi kirendeltségek által kínált szolgáltatásokhoz.

Az Emberbarát Alapítvány hátrányos helyzetűek, különösen szenvedélybeteg emberek integrált megközelítésű, alternatív képzési, foglalkoztatási programja 2005. február 1-jétől – 2006. november 30-ig tartott.

A program országos hatáskörrel bírt, és a tartama alatt 24 fő – képzésen, foglalkoztatáson és pszicho-szociális támogatáson keresztül – foglalkoztathatósági esélyének növelését tűzte ki célul. Célcsoportját szenvedélybetegek, megváltozott munkaképességűek, romák, és nők alkották. A program megvalósításának anyagi forrását HEFOP pályázaton keresztül biztosították.

2006. júliusában nyílt meg Pécsen a Mérföldkő Egyesület, az INDIT Köz-alapítvány, és több önszervező csoport együttműködése eredményeként az első józan kávéház (Café Ultra), mely találkozóhely a józanodóknak, és egyben védett munkahely is a rehabilitációs otthoni terápiát (Kovácsszénája, Pécsvárad) befejezők számára.

## ALAPVETŐ SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK NYÚJTÁSA

A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítendő az SZMM a 2006-os évben a területet 50 millió forinttal támogatta pályázati úton. A cél megvalósítására elsősorban civil szervezetek vállalkoztak. Összesen 23 támogatott program kezdte meg működését 2006-ban. Oktatás, képzés területén 5, foglalkoztatás területén 7, lakhatás területén 6, és további 5 program a társadalmi reintegráció egyéb területein.

Magyarországon az Országos Esélyegyenlőségi Hálózat kiépítése 2004-ben kezdődött el. A program keretében országosan Esélyegyenlőségi Koordinációs Irodák (Esélyek Háza) alakultak. A hálózat célja a hátrányos helyzetű csoportok (romák, fogyatékossgal élők, gyermekek, idősek, nők) esélyteremtő, társadalmi befogadását elősegítő programok támogatása. Az egri Esélyek Háza 2005. október 7-én nyitotta meg kapuit. 2006-ban indította el a megyei büntetés-végrehajtási intézettel közösen a „Bebukottak” című programját, melyen az év során hetente átlagosan 10–12, a 35–40 éves korosztályhoz tartozó női elítélt vett részt. A program keretében, a fogvatartottak számára szervezett kiscsoportos készségfejlesztő- és önismereti csoportokat, drogpreevenciósi foglalkozásokat tartanak, melyek célja erősíteni a fogvatartottak drogmentes életmódját, és csökkenteni a visszaesés esélyét valamint a szerhasználat kockázatait.

2006 decemberében indult útjára *Pakett* címmel, a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront Programjának kiadásában Magyarország első olyan rendszeresnek szánt kiadványa 1500 példányban, amely mondandójával a problémás szerhasználókra célozza meg. A kiadvány célja, hogy elsősorban a heroinfogyasztókhöz juttasson el olyan információkat – kezelőhelyek, jogi környezet ismertetése, a drogfüggőség kezelésével kapcsolatos aktuális hírek, érdekességek, sorstárs beszámolók – amelyek hasznukra lehetnek a mindennapi életükben.

## 3.5 A drogfogyasztás szövődményei – egészségügyi következmények

### 3.5.1 Drogfogyasztással összefüggő halálesetek

A magyarországi kábítószer-használattal összefüggő halálózásra vonatkozó adatgyűjtés a 2006. évben is az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretében készült jelentések alapján történt. Az adatok korrigálását az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet végezte el. Az adatokat az Igazságügyi Orvosszakértői Intézetek, a megyei rendőr-főkapitányságok és az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szolgáltatták. Drogfogyasztással összefüggő halálózáson egyrészt a direkt mérgezés, vagyis közvetlen túladagolás eseteit; másrészt a droghasználattal közvetetten összefüggésbe hozható erőszakos vagy természetes okú halálózást értjük.

#### 3.5.1.1 Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

##### KÖZVETLEN TÚLADAGOLÁS OKOZTA HALÁLESETEK

###### *Országos adatok*

Az előző évekhez képest 2006-ban tovább csökkent az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma. Míg 2004-ben 34, 2005-ben 28 személy halt meg kábítószer-túladagolásban, addig számuk 2006-ban 25 volt; a szerek tekintetében azonban változás figyelhető meg.

**Drogfogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek száma 2006-ban**

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	21	1	22
Metadon	0	0	0
Egyéb opiát	1	1	2
Hallucinogén	0	0	0
Amfetamin származékok	0	0	0
Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)	0	0	0
Kokain	1	0	1
<b>Illegális szer összesen</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>25</b>
Szerves oldószer	10	1	11
Nyugtató-altató	80	95	175
Politoxikománia	5	2	7
<b>Összesen</b>	<b>141</b>	<b>102</b>	<b>243</b>

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A herointúladagolás eseteinek száma emelkedést mutat, míg 2004-ben összesen 8-an, 2005-ben 13-an, 2006-ban 22 haltak meg általa. Ezen esetek aránya az összes illegális szer miatt bekövetkezett halálesetekben belül közel megduplázódott (2005-ben 46%-a, 2006-ban 88%). Herointúladagolást ebben az évben csak Budapest területéről jelentettek. Egyelőre nem ismert, hogy mi áll a heroin okozta halálesetek (illetve nem halálos túladagolások) növekedése mögött, a rendelkezésre álló információk szerint sem a heroin ára, sem tisztasága nem változott jelentősen az elmúlt időszakban.

Halálos morfintúladagolás két esetben történt, mely közül az egyik öngyilkosság (Pest megye), a másik balesetszerű túladagolás következménye volt (Borsod megye). Az amfetamin, vagy ecstasy típusú szerek okozta halálos mérgezések 2005-höz viszonyítva teljesen eltűntek a halálozási statisztikából. A kokain túladagolások száma az előző évekhez hasonlóan 2006-ban is nagyon alacsony volt (1 eset lett regisztrálva, Pest megyéből).

A herointúladagolás miatt bekövetkezett halálesetekben az átlagéletkor 28,8 év volt. A balesetszerű morfintúladagolás áldozata egy 35–39 év közötti férfi, míg a morfinnal elkövetett öngyilkosság áldozata egy 55 év feletti nő volt. Az egyedüli kokainnal túladagolt személy egy 30–34 év közötti férfi volt.

A nyugtató-altató szerek okozta túladagolások száma gyakorlatilag ugyanannyi maradt mint 2005-ben, a szervesoldószer-fogyasztása miatt bekövetkezett halálesetek száma azonban az elmúlt évhez viszonyítva emelkedett. A 2006-ban előfordult szerves oldószer általi túladagolások

között található 2 butánnal történt túladagolós esetet. Először a fővárosban, 2002-ben került leírásra ilyen haláleset, majd 2003-ban 2, és 2004-ben 1 hasonló esettel találkoztunk. Az ország egyéb részéről butánnal összefüggésben történt halálesetekről nincs tudomásunk.

Budapest (152 eset) után a legtöbb drogfogyasztással összefüggő haláleset Pest és Borsod megyében (16 eset) történt, azt követi Bács-Kiskun (12 eset), majd Vas (11 eset) és Győr-Moson-Sopron megye (10 eset). 2006-ban Baranya, Hajdú, és Tolna megyékből nem jelentettek sem illegális, sem legális szer okozta túladagolást. A nemek megoszlását tekintve jelentős különbségek a megyék között nem figyelhetők meg.

### 3.5.1.2 Közvetett halálesetek

Opiáttal összefüggő közvetett haláleset Budapest területén egy esetben történt, és közlekedési baleset által következett be (vonatgázolás). Kokain Győr-Moson-Sopron megyében 2 esetben fordult elő, míg Budapesten 1 esetben öngyilkos fejlődés mellett. Kannabisz pozitivitást Bács-Kiskun és Békés megyéből jelentettek, mindkét esetben közlekedési balesettel összefüggésben. Amfetamin pozitivitást Budapestről 2 esetben jelentettek: az egyik esetben önakasztás történt, és amfetamin mellett MDMA-t is találtak a halott szerveiben; a másik esetben szénmonoxid mérgezés történt, valamint amfetamin és THC pozitivitást észleltek.

#### Közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekeken belül

	férfi	nő	összesen
opiát	1	0	1
kokain	2	1	3
kannabisz	2	0	2
amfetamin	2	0	2
nyugtató-altató	6	6	12
<b>összesen</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>20</b>

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A budapesti adatok szerint ebben az évben egy esetben került boncolásra olyan ismert kábítószer-fogyasztó, akinek halála természetes okokra volt visszavezethető.

A Budapesten bekövetkezett kábítószer-használattal összefüggésbe hozható halálesetekben történt HIV, HCV, HBV, lues szűrés során tíz esetben találtak HCV pozitivitást, és 5 esetben lehetett bizonyítani HBV elleni védő-

oltást. A HCV pozitív személyek közül nyolcan herointúladagolás miatt, a két további személy droggal közvetett módon összefüggő, erőszakos halált halt. HIV vagy lues pozitivitást ebben az évben nem találtak.

### 3.5.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek

#### 3.5.2.1 Bejelentett esetek

2006-ban Magyarországon az intravénás (továbbiakban iv.) kábítószer-használók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok – az előző évekhez hasonlóan – az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származtak.

A hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) elterjedtségének méréséhez a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2006. évi döntése nyomán az Egészségügyi Minisztérium, projektfinanszírozás révén, pénzügyi feltételt biztosított új vizsgálati módszerek használatára. 2006. november 15. és december 30. között multicentrikus vizsgálat keretében, 300 intravénás kábítószer-használó bevonásával Magyarországon először került sor ujjbegyből származó szárított vérminta használatára HIV, HBV, HCV szűrővizsgálat céljából.

Az ÁNTSZ megyei intézeteinek évi jelentéseiben szereplő, az ÁNTSZ laboratóriumaiban iv. kábítószer-használók körében végzett diagnosztikus HIV, HBV és HCV vizsgálatokból származó adatok gyűjtését és elemzését tovább folytatták, azonban az ÁNTSZ strukturális átalakítását követően az adatok nem teljes körűek, így a továbbiakban nem javasolt azokat surveillance célra felhasználni.

#### HIV/AIDS

2006-ban Magyarországon 80 168 HIV-vizsgálatot végeztek. 81 újonnan felderített HIV-fertőzöttet jelentettek, az incidencia (8 eset/millió lakos) alacsonyabb volt az előző évinél (10,5 eset/millió lakos). Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek mindössze kétharmadánál volt ismert a fertőződés módja. Ebben az évben az iv. kábítószer-használók rizikócsoportjába tartozó HIV-fertőzött nem került felderítésre. Nem jelentettek az iv. kábítószer-használók csoportjába tartozó újonnan diagnosztizált AIDS-beteget sem.

**A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása**

	2002	2003	2004	2005	2006	Összesen
Homo/biszexuális	35	34	45	55	38	<b>207</b>
Heteroszexuális	26	18	13	21	14	<b>92</b>
Hemofiliás	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Transzfúziós recipiens	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Iv. kábítószer-fogyasztó	1*	1*	2*	2**	0	<b>6</b>
Nosocomialis	0	0	0	3*	0	<b>3</b>
Maternalis	0	0	0	2	0	<b>2</b>
Ismeretlen	16	10	15	23	29	<b>93</b>
Összesen	78	63	75	106	81	<b>403</b>

\* Importált esetek, \*\* Importált esetekkel együtt

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2007b)

## AKUT HEPATITIS B

2006-ban 83, az előző évinél 30,3%-kal kevesebb akut megbetegedést jelentettek be, az incidencia 83 eset/100 000 lakos/év volt.

A heveny hepatitis B előfordulási gyakorisága – minden bizonnyal az újonnan szerzett tünetmentes fertőzésekkel párhuzamosan – a serdülőkori kötelező védőoltások hatásának köszönhetően az utóbbi években folyamatosan csökkent. A fertőzés terjedési módja az esetek 34,9%-ában volt ismert. Az ismert rizikócsoportú betegek közül senki nem volt intravénás kábítószer-használó.

**Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között**

Bejelentett akut HB betegek			
		közülük iv. kábítószer-használó	
Évek	Száma	Száma	%
2002	159	6	3,8
2003	143	7	4,9
2004	131	6	4,6
2005	119	1	0,8
2006	83	-	-

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2007b)

## AKUT HEPATITIS C

A 2006. évben 29 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek az előző évi 22 esettel szemben, azonban a bejelentések száma így is alacsonyabb volt a megelőző 10 évre jellemző átlagos megbetegedési számnál (51). A betegek közül 4 fertőződött iv. kábítószer-használat révén. Az ismert rizikó csoportba tartozók aránya 51,7%.

A betegek valamennyien férfiak voltak, és a 25–34 évesek korcsoportjába tartoztak. Az akut hepatitis C-vel fertőzött, iv. kábítószer-használó betegek közül kettő budapesti, kettő Borsod-Abaúj-Zemplén megyei lakos volt.

**Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis C betegek között**

Évek	Bejelentett akut HC betegek		
	Száma	Száma	%
2002	42	3	7,1
2003	30	2	6,7
2004	40	11	27,5
2005	22	1	4,5
2006	29	4	13,8

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2007b)

### 3.5.2.2 HIV, HBV, HCV prevalencia az intravénás kábítószer-használók körében

2006 júniusában az Egészségügyi Minisztérium megállapodást kötött „A szűrőprogramok országos kiterjesztése, figyelemmel a helyi ÁNTSZ-ek és a civil szervezetek közötti együttműködés feltételeinek megteremtésére” feladat megvalósítására az Országos Epidemiológiai Központtal (továbbiakban OEK). Ennek megfelelően került sor az intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBC, HCV) prevalenciájának felmérésére.

A vizsgálat újszerűsége abban állt, hogy Magyarországon először került sor az ujjbegyből származó szárított vérminta használatára szűrővizsgálat céljából. A szárított vérminta használata elősegítette, hogy hat hét alatt mintegy 300, biztosan intravénás kábítószer-használótól mintavétel történjen.



Budapesten négy kezelőhely és két tűcsere-állomás, vidéken pedig három drogambulancia és egy ifjúsági drogcentrum vett részt a vizsgálatban.

**A HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálatban részt vevő szervezetek**

	Szervezet neve	Szűrővizsgálatok száma
Budapest	Drogprevenciós Alapítvány	55
Budapest	Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia	20
Budapest	Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenciós Központ	50
Budapest	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addiktológiai Centrum	15
Budapest	Baptista Szeretetszolgálat Utcafront tűcsere szolgálat	20
Budapest	Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet	15
Gyula	Független Egyesület Gyula	15
Miskolc	Semmelweis Kórház, Drogambulancia Miskolc	20
Pécs	Drogambulancia Pécs	55
Szeged	Ifjúsági Drogcentrum Szeged	35

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2007a)

A fenti intézmények azoknak ajánlották fel a vizsgálatba kerülés lehetőségét, akik intravénás kábítószer-használónak vallották magukat, vagy aki emlékezett arra, hogy valaha intravénás kábítószerrel használt. A kiválasztás az EMCDDA esetdefiníciója szerint történt.<sup>36</sup>

A mintavételt a drogambulanciák, a civil szervezetek személyzete és szociális munkásai végezték előzetes felkészítés alapján. A vérminták gyűjtése önkéntes alapon történt, azonban a mintát adó személynek fel kellett fednie egyes személyazonosító adatait, lehetővé téve a TDI-ben használatos ún. generált kód<sup>37</sup> létrehozását.

<sup>36</sup> EMCDDA esetdefiníció: Protocol for the implementation of the EMCDDA key Indicator, Drug Related Infectious Diseases (DRID) Version 6 October 2006, Target group and inclusion criteria for surveys, p. 11

<sup>37</sup> A generált kód a visszamenőleges személyazonosítást nem teszi lehetővé, és használata megakadályozza a duplikátumok bekerülését az adatbázisba.

Az ujjbegyből történő vérvétel lándzsa segítségével történt, majd a vércseppekkel átitatott szűrőpapírt speciális, zárható műanyag zacskóba csomagolták, és úgy szállították a laboratóriumba. A HIV-vizsgálatokat az Országos Epidemiológiai Központ Mikrobiológiai Kutatócsoportjában, a HBV és a HCV kimutatására irányuló vizsgálatokat a Hepatitis és Molekuláris Virologiai Osztályán végezték.

A vizsgálati eredményeket közölték a kábítószer-használókkal. Pozitív vizsgálati eredmény esetén megfelelő információval látták el a HBV, HCV fertőzött személyeket azzal kapcsolatban, hogy mit tehetnek a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében, és hová fordulhatnak további orvosi gondozásba vétel céljából.

## EREDMÉNYEK ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálati periódusban, 2006. november 15. és december 31. között a 10 drogambulanciáról, illetve civil szervezetek által működtetett túcsere-állomásról 300 iv. kábítószer-használónál történt vérvétel és adatfelvétel.

A laboratóriumi vizsgálatok során az alkalmazott módszerekkel mind a 300 vizsgált személy esetében megbízható eredmény volt kiadható a HIV és a hepatitis B vírus fertőzöttséget illetően, azonban a hepatitis C vírus fertőzöttség kimutatására irányuló ellenanyag vizsgálatok 13 esetben kétes eredménnyel zárultak, így ezeket az eseteket a feldolgozásból kizárták.

A 300 minta mindegyike negatívnak bizonyult HIV-fertőzés tekintetében, tehát a vizsgált intravénás kábítószer-használók között a – korábbi évekhez hasonlóan – nem sikerült HIV-pozitív személyt felderíteni. 83 személynél (28,9%) mutattak ki hepatitis C vírus elleni ellenanyagot, és 4 esetben (1,3%) hepatitis B felületi antigént. Mind a négy hepatitis B vírus hordozó egyidejűleg anti-HCV ellenanyag pozitívnak is bizonyult.

**A vizsgált iv. kábítószer-használók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége korcsoportok szerint**

Korcsoport		HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
		száma	közül	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
			pozitív		szám	%		Szám	%
< 25 év	Férfi	27	0	27	0	0,0	27	9	33,3
	Nő	18	0	18	0	0,0	18	4	22,2
25–34 év	Férfi	142	0	142	1	0,7	137	35	25,5
	nő	32	0	32	1	3,1	30	5	16,7
> 34 év	férfi	64	0	64	1	1,6	60	19	31,7
	nő	17	0	17	2	5,9	15	11	73,3
<b>Összesen</b>	férfi	233	0	233	2	0,9	224	63	28,1
	nő	67	0	67	2	3,0	63	20	31,7
	<b>Ffi+nő</b>	<b>300</b>	<b>0</b>	<b>300</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>287</b>	<b>83</b>	<b>28,9</b>

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2007a)

A 300 mintát adó személy között 233 (78%) férfi és 67 (22%) nő volt. A 25–34 év közöttiek korcsoportjába tartozott a mintát szolgáltatók több mint fele (174 fő, 58%), a 35 év felettiek adták a vizsgálatban részt vevők 27%-át (81), végül a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 45 fővel (15%).

Az iv. kábítószer-használók körében 2006-ban mért 28,9%-os HCV prevalencia csaknem megegyezik a Magyarországon 2001. illetve 2003. években végzett hasonló vizsgálatok eredményeivel. A legmagasabb prevalenciát a 34 évesnél idősebbek között észlelték, náluk 100 droghasználóból 40 fertőzöttnek bizonyult. A 25 évesnél fiatalabbak prevalenciája 28,9%-osnak bizonyult, míg a 25–34 évesek 23,9 %-a volt HCV fertőzött.

Összességében a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában lényeges eltérés nem volt megfigyelhető; azonban kiugróan magas, az átlagos prevalencia érték több mint kétszeresét (73,3%) állapították meg a 34 évesnél idősebb nők körében.

A hepatitis C fertőzöttség kialakulásának esélye az iv. kábítószer-használat kezdetével is összefüggést mutatott. Az intravénás használat kezdetének négy intervallumot lehetett megjelölni (<2 év, 2–4 év, 5–9 év, >10 év), a 300 főből kilenc személy nem tudta megmondani, mikor kezdett intravénásan kábítószerrel használni. A mintát adó személyek közel fele (146 fő,

48,7%) úgy nyilatkozott, hogy több mint 10 éve használ kábítószeret intravénásan. A vizsgált személyek 26%-a (78) 5–9 éve, 13%-a 2–4 éve használt először kábítószeret intravénásan és a vizsgálatban résztvevők csupán 9,3%-a kezdte kevesebb, mint két éve az intravénás kábítószer-használatot.

Azon iv. kábítószer-használók csoportjában, akiknél az első injektlás 10 évnél régebben történt, a kábítószer-használók 39,7%-a volt HCV fertőzött. A fertőzöttségi arány a droghasználat kezdete óta eltelt idővel párhuzamosan emelkedett. A kevesebb mint 2 éve injektlók csoportjában egyetlen HCV-fertőzött személyt sem találtak. A fertőzöttségi arányok arra is rámutatnak, hogy 2,2-szer nagyobb volt az esélye a hepatitis C vírus akvirálására azoknak a kábítószer-használóknak, akik több mint 10 éve használnak kábítószeret intravénásan, azokkal szemben, akik nem ilyen hosszú ideje (2–5 év) fogyasztanak intravénásan kábítószeret.

**A HCV, HBV pozitív iv. kábítószer-használók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint**

Az iv. kábítószer-használat kezdete	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
< 2 év	28	0	0,0	26	0	0,0
2–4 év	39	0	0,0	39	7	17,9
5–9 év	78	1	1,3	78	21	26,9
10 évnél régebben	146	3	2,1	136	54	39,7
<b>Összesen</b>	<b>291</b>	<b>4</b>	<b>1,4</b>	<b>279</b>	<b>82</b>	<b>29,4</b>

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2007a)

A 83 hepatitis C pozitív személy közül 80 kábítószer-használó opiátfogyasztónak vallotta magát. Az alábbi táblázatból kitűnik, hogy az opiát-fogyasztó intravénás kábítószer-használók között négyszer gyakoribb a hepatitis C vírussal történt fertőződés, mint azoknál, akik nem opiátot fogyasztottak intravénásan.

**A HCV, HBV pozitív iv. kábítószer-használók megoszlása a kábítószer típusa szerint**

Kábítószer típusa	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	Közül pozitív		száma	Közül pozitív	
		szám	%		szám	%
opiát	260	3	1,2	248	80	32,3
más, nem opiát	40	1	2,5	39	3	7,7
<b>Együtt</b>	<b>300</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>287</b>	<b>83</b>	<b>28,9</b>

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2007a)

Budapest és vidék tekintetében elmondhatjuk, hogy a fővárosból érkezett 162 mintából 60 bizonyult hepatitis C pozitívnek, ami 37%-ot jelent; ezzel szemben a vidékről érkezett minták 18,4%-a bizonyult hepatitis C pozitívnek (23 minta a 125-ből).

A négy HBsAg pozitív személy közül kettő Budapesten, kettő pedig Pécsen került kiszűrésre.

**A HBV és a HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2006**

Terület/város	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
Budapest	175	2	1,1	162	60	37,0
Szeged	35	0	0,0	35	8	22,9
Pécs	55	2	3,6	55	14	25,5
Miskolc	20	0	0,0	20	0	0,0
Gyula	15	0	0,0	15	1	6,7
Vidék összesen	125	2	1,6	125	23	18,4
<b>Összesen</b>	<b>300</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>287</b>	<b>83</b>	<b>28,9</b>

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2007a)

## HIV HBV HCV PREVALENCIA AZ INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓK KÖRÉBEN AZ ÁNTSZ REGIONÁLIS LABORATÓRIUMAIBAN VÉGZETT VIZSGÁLATOK ALAPJÁN

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat 8 megyei intézete 2000 óta közöl adatokat az intravénás kábítószer-fogyasztóknál végzett HIV, 2003 óta a HBV, HCV szűrővizsgálatok eredményéről. Az előző évekhez képest csökkent a vizsgálatok száma, annak ellenére, hogy valamennyi megyében AIDS tanácsadó működik, ahol az iv. kábítószer-használók HIV és hepatitis C szűrővizsgálata térítésmentes.

69 főnél, 57 iv. kábítószer-használó férfinél és 12 nőnél történt HIV szűrővizsgálat a fent említett nyolc megyében, valamennyi negatív eredménnyel zárult.

55 főnél, 47 férfinél és 8 nőnél történt HBsAg vizsgálat a fent említett nyolc megyében, hepatitis B vírus hordozó személyt nem derítettek fel.

47 iv. kábítószer-használó személynél, 42 férfinél és 5 nőnél történt anti-HCV ellenanyag meghatározás a fentiekben felsorolt nyolc megyében, közülük 3 hepatitis C vírus fertőzöttet találtak. Az alacsony pozitivitási arány nem reprezentálja a hazai intravénás kábítószer-használók populációját.

**Az ÁNTSZ regionális intézeteinek laboratóriumában az iv. kábítószer-használók HIV, HBV, HCV fertőzöttségének felderítésre irányuló szerológiai vizsgálatok eredménye**

Korcsoport		HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
		száma	közül pozitív	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
					szám	%		szám	%
< 25 év	Férfi	13	0	10	0	0,0	11	1	9,1
	Nő	3	0	2	0	0,0	2	0	0,0
25–34 év	Férfi	36	0	34	0	0,0	28	2	7,1
	Nő	8	0	6	0	0,0	3	0	0,0
> 34 év	Férfi	8	0	3	0	0,0	3	0	0,0
	Nő	1	0	0	0	0,0	0	0	0,0
<b>Összesen</b>	Férfi	57	0	47	0	0,0	42	3	7,1
	Nő	12	0	8	0	0,0	5	0	0,0
	<b>Ffi+nő</b>	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>47</b>	<b>3</b>	<b>6,4</b>

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al., 2007b)

### 3.5.2.3 TBC és kábítószer-használat

2006-ban a szűrések során 3 kábítószer-használó TBC-s beteget találtak.

A leggyakoribb kockázatfokozó körülmény az alkoholbetegség, utána a hajléktalanság következik. Az elmagányosodás szintén jelentős rizikó. A hajléktalanok körében a tuberkulózis előfordulása az átlagosnak 12-szerese. Különösen jelentős ez a probléma a fővárosban, ahol csaknem minden harmadik tbc-s beteg a hajléktalanok közül kerül ki (162/477) (Jónás et al., 2007).

TBC-s betegeknel talalt rizikótenyezok 2006-ban		
Rizikótenyezó	Betegek száma	Betegek %-a
Alkoholfüggó	342	18,1
Hajléktalan	187	9,9
Kontakt személy	82	4,3
Immigráns	13	0,7
Egészségügyi dolgozó	27	1,4
Magányosan élő	120	6,3
Diabeteses	63	3,3
Szteroid kezelt	12	0,6
Zárt közösség <sup>38</sup>	54	2,9
<b>Kábítószer-használó</b>	<b>3</b>	<b>0,2</b>
HIV fertőzött	2	0,1
Egyéb rizikó	410	21,6
Nincs rizikó-tenyezó	833	44
Incidencia:	1894	113%*
<b>Összesen</b>	<b>2148*</b>	

\* a rizikófaktorok közül több tényező megjelölése is lehetséges, ezért magasabb az összeg a betegszámnál

Forrás: A pulmonológiai intézmények 2006. évi epidemiológiai és működési adatai

<sup>38</sup> Börtön, szociális-, betegotthon, gyermekotthon.

### 3.5.2.4 Fertőző betegségek szűrése a büntetés-végrehajtási intézetekben

A büntetés-végrehajtási intézetekben elvégzett 943 HIV-vizsgálat során pozitív esetet nem találtak.

A fogvatartottak körében a hepatitis fertőzöttséget korábban véradáskor vizsgálták, azonban 2006-ban nem volt véradás az intézetekben. 9 esetben viszont a tünetek alapján diagnosztizálták a pozitivitást.

### 3.5.3 Kábítószer-mérgezési esetek

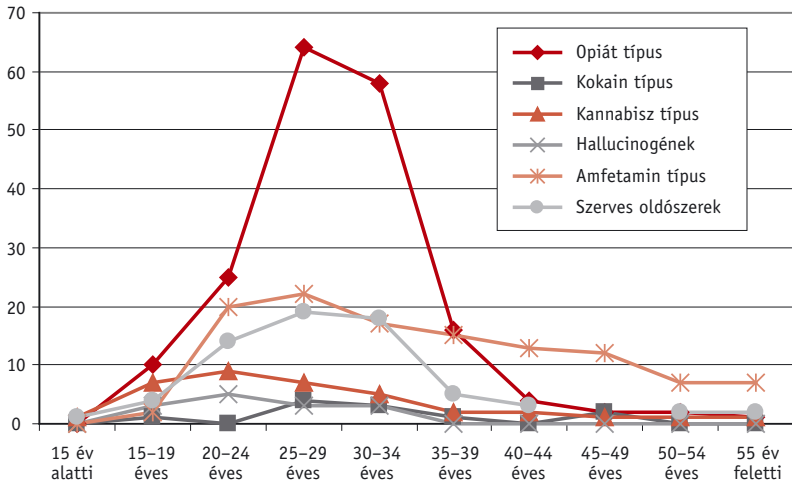
A kábítószer-mérgezési esetekkel kapcsolatos adatgyűjtés két módon történik. Egyrészt a 44/2000. (XII. 27.) EÜM rendelet 12. sz. mellékletében található „Egészségügyi ellátás mérgezési esetbejelentése” bejelentő lap segítségével, másrészt pedig az OSAP 1627, illetve EÜM (ESZCSM) 1211. sz. adatgyűjtés keretében. Az adatokat az Országos Kémiai Biztonsági Intézet Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálatá dolgozza fel, a két forrásból származó adatokat azonban külön jelenteti meg, mert nem ismert az átfedésük. Jelen alfejezetben az OSAP 1627, Jelentés a kábítószer fogyasztókról és kezelésükről szóló adatgyűjtés keretében a Péterfy Sándor utcai Kórház Sürgősségi Belgyógyászati, és Klinikai Toxikológiai Osztályának az elmúlt három év során keletkezett adatait közöljük. Igaz ugyan, hogy ez a statisztika csak egyetlen kórház adatait tartalmazza, de az országban itt található egyedül klinikai toxikológiai osztály, Budapestről és az agglomerációból minden kábítószer-mérgezéses esetet ide szállítanak.

A 2006-os évben jelentett kábítószer-mérgezési esetekről (358 férfi, 234 nő) elmondható, hogy a legnagyobb számban opiátfogyasztás miatt kerültek az osztályra a kliensek, ezen belül is a heroinfogyasztás a leggyakoribb (140 férfi, 43 nő). Az opiát típusú szereket az amfetaminok követik, itt azonban az esetek 66%-ában nem ismert a szer pontos típusa. Míg az amfetamin okozta nem halálos túladagolások gyakoribbak voltak a férfiak körében (33 férfi, 20 nő), addig az ecstasytúladagolás inkább a nőkre volt jellemző (6 férfi, 32 nő). Kannabisz típusú szer fogyasztása miatt hatszor több férfit kellett ellátni, mint nőt (36 férfi, 6 nő), hallucinogén okozta mérgezés a nők körében nem történt (14 férfi).

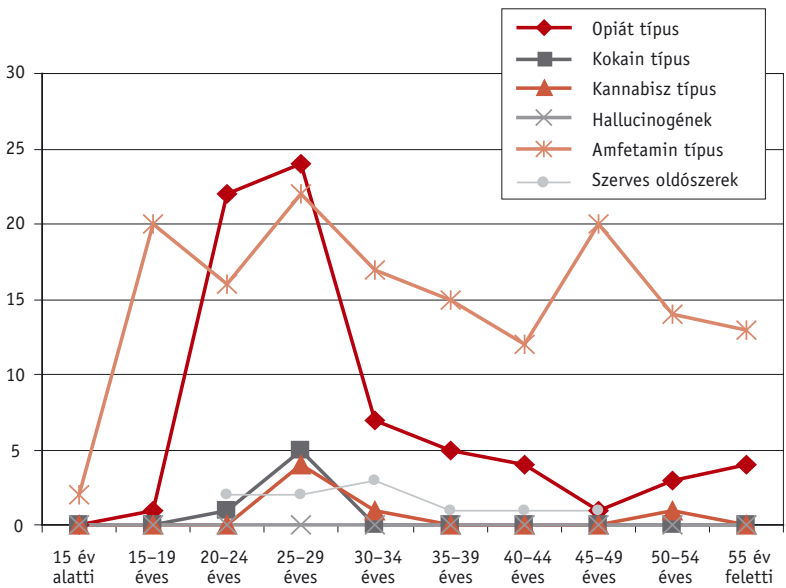
Mind a férfiak, mind a nők körében a 25–29 éves korosztályban történt a legtöbb nem halálos kábítószer-túladagolás. A második leggyakrabban érintett korosztály azonban különböző a férfiak és nők esetében. Míg a férfiaknál az idősebb 30–34 éves korosztály az érintett, addig a nőknél a fiatalabb, 20–24 éves korosztály.



A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán drogmérgezés miatt kezelt férfiak, korcsoport szerinti bontásban (N=426)



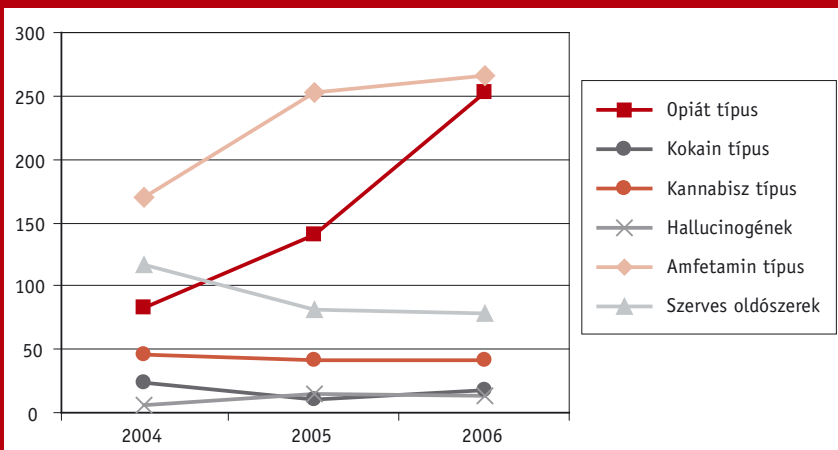
A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán drogmérgezés miatt kezelt nők, korcsoport szerinti bontásban (N=244)



Forrás: OSAP 1627, illetve EÜM (ESZCSM) 1211. sz.

Az elmúlt évek mérgezéses eseteit tekintve összességében növekedésről számolhatunk be, az egyes szerek tekintetében azonban jelentős különbségek figyelhetők meg. A legnagyobb növekedés az opiát típusú szerek okozta nem halálos túladagolások számában mutatkozik, melynek legnagyobb részében heroin okozta a mérgezést (2004-ben 46, 2005-ben 102, 2006-ban 183). Ugyan a heroinfogyasztással összefüggő halálesetek számának növekedési üteme valamelyest elmarad a heroinmérgezések számának növekedési ütemétől, a változások azonos trendet követnek. A kannabisz típusú szerek okozta mérgezések száma egyenletesen alakult az évek során, az amfetamin típusú szerek okozta mérgezések számának növekedési üteme lassult, azonban továbbra is magasán vezet a többi szerhez képest. Csökkenés egyedül a szerves oldószerekkel kapcsolatban figyelhető meg.

2004 és 2006 között a Péterfy Sándor utcai Kórház  
Klinikai Toxikológiai Osztályán drogmérgezés miatt kezelték száma



Forrás: OSAP 1627, illetve EÜM (ESZCSM) 1211. sz.

## 3.6 Válaszok a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásaira és következményeire

### 3.6.1 Tűcsere programok

Tűcsere programok működtetésével 2006-ban is 13 szervezet foglalkozott, amelyek közül 4 budapesti. Tavaly óta nem változott a vidéki szervezetek területi eloszlása sem, bár Gyulán a Pándy Kálmán Kórház utcai megkereső programja 2005-ben finanszírozási gondok miatt nem működött, 2006-ban azonban újra elindult.

Állandó telephelyű programokat két budapesti és négy vidéki szervezetenél vehetnek igénybe az intravénás kábítószer-fogyasztók. A hat program keretében összesen kiosztott injektorok<sup>39</sup> száma 102 981 db volt, amely 75%-os növekedést mutat az előző évhez képest. Ez a növekedés megoszlik a Kék Pont Drogkonzultációs Központ, valamint a Drogprevenció Alapítvány keretein belül működő program injektor-forgalma között (a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia állandó telephelyű programja, a Contact Café, a VIII. kerületbe költözött 2006 folyamán). A vidéki városokban az injektor kiadása 90 és 475 db között változik. A kliensek által visszahozott (visszajuttatott) injektorok aránya országos viszonylatban a fix telephelyű programok esetében 52,3% volt.

Az automaták forgalma 2006-ban 9%-al nőtt, az öt program (közülük egy budapesti) keretében 22 090 injektor került kiosztásra. Néhány automata közelében elhelyezett speciális hulladékgyűjtőkben 1002 injektort találtak az év folyamán, ami több mint kétszerese az előző évinek.

Mobil tűcserét továbbra is két budapesti szolgáltató biztosított. A kiosztott injektorok száma megháromszorozódott (16 689 db), a becserelési arány pedig 89%-ra ugrott, ami a második legmagasabb arány 2003 (102%) óta. A kiosztott fecskendők számának növekedése valószínűleg annak tudható be, hogy az egyik szolgáltató azon kábítószer-fogyasztókat, akikkel az utcai megkereső programja során találkozik, többek között a mobil buszhoz irányítja; a másik szolgáltatónál pedig előfordul, hogy egyszerre több száz használt fecskendőt visz be a kliens, majd ugyanennyi steril tűvel távozik.

A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését, és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok száma ötről nyolcra nőtt (Budapesten 3, vidéken 5 program), Budapesten a Kék Pont Drogkonzultációs Központ, illetve vidéken az INDIT Közalapítvány és a gyulai Pándy Kálmán Kórház programjainak el-, illetve újraindulása miatt. A programok keretében 22 763 injektor került kiosztásra, amely ugyan több mint

<sup>39</sup> Injektor: tű+fecskendő

a tavalyi szám, de 2003 óta a második legalacsonyabb. A becserélési arány újra drasztikusan csökkent 55,4%-ra, visszatérve a 2003, 2004-es évek arányaihoz.

Az adatok azt mutatják, hogy 2005-ben az utcai programok munkatársaihoz több fecskendőzt hoztak a kliensek, mint 2006-ban. Emellett megfigyelhető, hogy a mobil tűcsere buszok által kiosztott valamint a hozott és gyűjtött injektorok száma 2006-ban ugrásszerűen megnőtt; így elképzelhető, hogy az eddig az utcai programot felkereső kliensek tavaly a mobil tűcsere lehetőségével is éltek.

**Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003–2006**

	<b>Fix telephelyű</b>	<b>Mobil tűcsere</b>	<b>Utcai megkereső</b>	<b>Tű-automata</b>	<b>Összesen</b>
<b>2003</b>					
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
<b>2004</b>					
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
<b>2005</b>					
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
<b>2006</b>					
osztott	102 981	16 689	22 763	22 090	164 523
hozott (+gyűjtött)	53 907	14 789	12 613	1002	82 311
becserélési arány	52,3%	88,6%	55,4%	4,5%	50,0%
kliensek száma	900	232	636	-	1768
kontaktok száma	6013	3117	1758	-	10 888

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

2006-ban az összes kiosztott injektorok száma az előző évhez képest 56%-al növekedett, a becserélési arány pedig ismét elérte az 50%-ot. Tűcsere szolgáltatásban az adatok szerint 1768 kliens részesült, ami 84%-os növekedést jelent. A másodlagos tűcsereire utaló, eddig növekvő tendenciát mutató, egy főre jutó injektorok száma 2003 óta először 2006-ban csökkent; a 2005-ös 110 injektor/fő arányról 93 injektor/fő-re. Ez utalhat arra, hogy egyre több klienst érnek el közvetlenül a szolgáltatók. A kliensekkel való találkozások (kontaktok) száma 10 888 volt, kicsivel több mint 25%-os növekedést eredményezve. Ez a változás az állandó telephelyű és a mobil programok kontaktszámainak növekedésével magyarázható (ld. feljebb).

### 3.6.2 Beavatkozások más egészségügyi vonatkozások és következmények kapcsán

#### KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ KÖZÚTI BALESETEK MEGELŐZÉSE

Magyarország 2006-ban 8 alkalommal vett részt a TISPOL nemzetközi közúti-ellenőrző akcióban. Az ellenőrzés két esetben (júniusban és decemberben) irányult az ittas és bódult állapotban történő járművezetés visszaszorítására, ezen akciók elnevezése „Alcohol & Drug Action”. Az ellenőrzés kiterjedt az ország egész területére, alkalmanként 2 napig tartott. A napi 8 órás akcióban valamennyi rendőr-főkapitányság és az Autópálya Rendőrség is részt vett. Június hónapban 3 esetben mutatta ki a vizeletminta előszűrő vizsgálat (gyorsteszt) kábítószer-fogyasztásra utaló anyagok jelenlétét, míg decemberben nem volt pozitív eredményű gyorsteszt.

#### KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓ VÁRANDÓS ANYÁKAT ÉS GYERMEKEIKET ÉRINTŐ BEAVATKOZÁSOK

2006-ban megalakult a Józan Babák önszolgáltató csoport, amely olyan nők informális közössége, akik várandósként fogyasztanak/fogyasztottak valamilyen kábítószer vagy legális drogot. A csoport nem ad semmilyen szakmai tanácsot. A csoporttal névtelenül lehet kapcsolatot tartani, nincs formális tagsága, személyes adatot nem kér, nem jár díjfizetéssel.

### 3.7 A drogfogyasztás szövődményei – szociális következmények

Magyarországon a közelmúltban nem zajlottak és jelenleg sem zajlanak olyan vizsgálatok, amelyek mélységében képesek lennének rámutatni az alábbi fejezet legfőbb jellemzőire és változásaira. Vannak azonban vizsgálatok és adatok, amelyek az egyes alfejezeteket, ha nem is fedik le teljes egészében, de főbb kérdéseiben érintik. Ezen vizsgálatok vonatkozó eredményeit, illetve a területen szerzett tapasztalati eredményeket tartalmazza ez a fejezet.

A 76/2004. (VIII. 19.) ESZCSM *rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról* hatályba lépése folyamán a TDI-vel, és az elterelés-jelentési rendszerekkel kibővült a jelentéskötelezett tevékenységek köre.

Az új adatszolgáltatási kötelezettségek lehetőséget nyújtanak arra, hogy a kezelést igénylő és a kezelő/ellátó rendszerben, illetve az elterelés rendszerében megjelenő, azt igénybe vevő kliensekről rendszeres és egységesített, ezáltal összehasonlítható adatokkal szolgáljanak.

#### 3.7.1 Szociális kirekesztettség

Jelen fejezetben a drogfogyasztók szociális kirekesztettsége mértékének változásait – a prostitúcióra vonatkozó ismeretek kivételével – a TDI adatbázis alapján mutatjuk be. Mivel a TDI adatgyűjtést 2006 májusa óta írja elő jogszabály, az érintett szolgáltatók által benyújtott adatok nem tekinthetők teljes értékűnek az egész évi statisztika szempontjából. Fontos megjegyeznünk, hogy a jelentési kötelezettség ellenére nem minden szolgáltató tett eleget a jogszabályban foglaltaknak. Ezt, valamint azt a tényt, miszerint a szerhasználók (különösen a problémás szerhasználók – Márványkövi et al., 2006) kezelésbe jutása nem mindig valósul meg, figyelembe kell venni az ismertetett adatok elemzésénél.

2006-ban 1472 kliens TDI adatait jelentették<sup>40</sup> a szolgáltatók az OAI-nak (a kezeltek jellemzőinek bővebb ismertetését lásd a fentebb). A legtöbb kérdőív a 25–29 éves korosztályban (360 darab), majd a 20–24 éves korosztályban (337) került felvételre. A mintában jelentős számban vannak jelen még a 15–19 év közöttiek (251 fő), valamint velük közel azonos arányban a 30–34 év közöttiek (234 fő). Az átlagéletkor 28,5 év. Az adatbázisban túlnyomó-

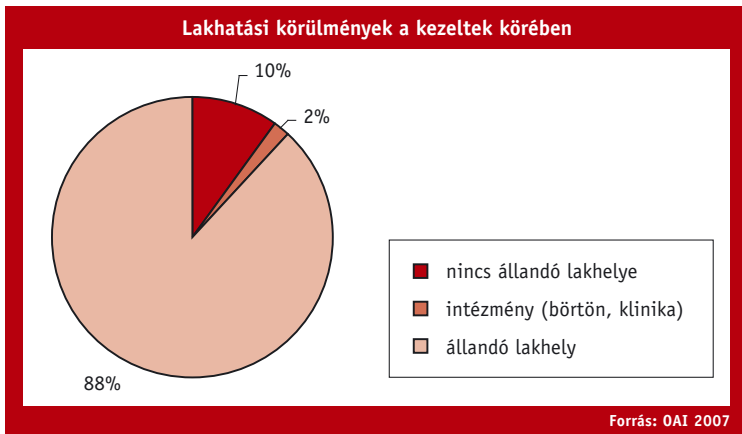
<sup>40</sup> Az elterelés kapcsán kezelésbe kerültek adatait nem tartalmazza.

részt férfiak szerepelnek, arányuk 78,3% (1152 fő), míg a nők aránya 21,4% (315 fő).

Szerhasználat tekintetében elmondható, hogy elsődleges szerként legnagyobb arányban a kannabiszszármazékok fogyasztása jellemző (41,4%), melyet az opiátok (kimagaslóan a heroin) követnek (24,9%). Elsődleges kábítószerként a minta 10,2%-a használt altatókat és nyugtatókat. A további szerek használata minden esetben 10% alatti volt.<sup>41</sup>

## HAJLÉKTALANSÁG

A TDI kérdőívben a lakhatási körülményekre („Jelenleg hol él?”) vonatkozóan négy lehetséges válasz adható, úgy mint: rendezett szállás-körülmények, rendezetlen szállás-körülmények, intézményben (börtön, klinika), nem ismert.<sup>42</sup> A három kategória nem ad lehetőséget arra, hogy az adatokat korábbi kutatásokkal érdemben összevessük. Ha a 2006-os adatokat alapul véve a rendezetlen szállás-körülmények között élőket önkényesen hajléktalannak – azaz ideiglenesen vagy véglegesen lakhatást veszítetteknek – tekintjük, akkor arányuk 9,9% (141 fő).<sup>43</sup> Vélhetően ez az arány differenciáltabb adatok tükrében alacsonyabb lenne, így talán továbbra is feltételezhetjük, hogy a hajléktalanság és a szerhasználat között nincs szoros összefüggés.



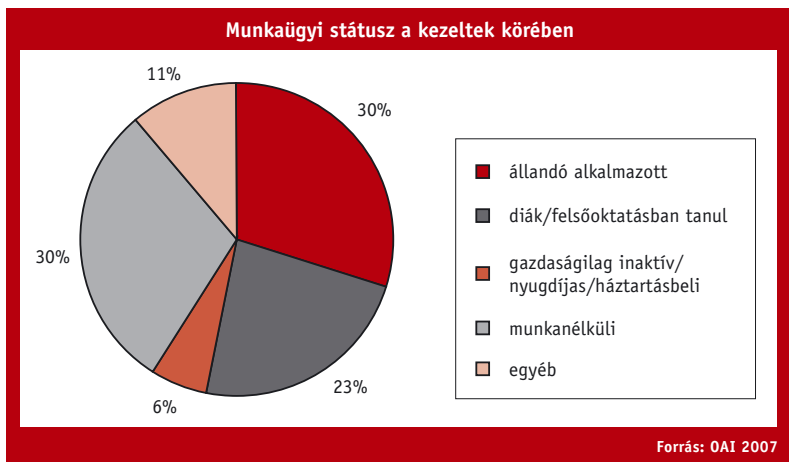
<sup>41</sup> Kokain (összes) 2,71%, stimulánsok (összes) 9,71%, hallucinogének (összes) 0,74%, inhalánsok 2,1%, egyéb anyagok (összes) 8,22%. A mintában a crack használata jellemző a legkevésbé.

<sup>42</sup> 1472 főből 47 esetben nem ismert a lakhatási körülmény.

<sup>43</sup> Vingender (2006) kvalitatív kutatásában ez az arány 1,5% (3 fő). Ladányi, Forrai (2006) kutatásában a válaszadók 7,5%-a nyilatkozott úgy, hogy hajléktalan; azaz utcán, vagy közterületen él.

## MUNKANÉLKÜLISÉG

A TDI adatok alapján a kezelésbe kerültek 30,1%-a (422 fő) áll munkaviszonyban.<sup>44</sup> A munkanélküliek aránya szinte azonos, 29,9% (418 fő). A korábbi kutatásokban (Vingender, 2006; Ladányi és Forrai, 2006) a kifejezetten munkanélküliek aránya 27%, amely az országos munkanélküliségi rátához viszonyítva magasnak tekinthető. Ha azzal a feltételezéssel élünk, hogy a problémás droghasználók jelentős része nem jut kezeléshez, és közöttük a munkanélküliség aránya magasabb, akkor a TDI adatbázis szerinti munkanélküliségi aránynál a valóság vélhetőleg még rosszabb képet mutat.



## ISKOLÁBÓL VALÓ KIMARADÁS

Az adatok alapján a kezelték 43,6%-nak legmagasabb iskolai végzettsége az alapfokú iskolai végzettség, 2,6%-uk soha nem járt iskolába, illetve nem fejezte be a 8 általánost. Felsőfokú tanulmányait 5,7%, (79 fő) középiskolai tanulmányait 48% (661 fő) fejezte be.<sup>45</sup> A válaszoló szerhasználók 22,6%-a (316 fő)<sup>46</sup> tanuló/hallgató volt a kérdőív felvételének pillanatában.

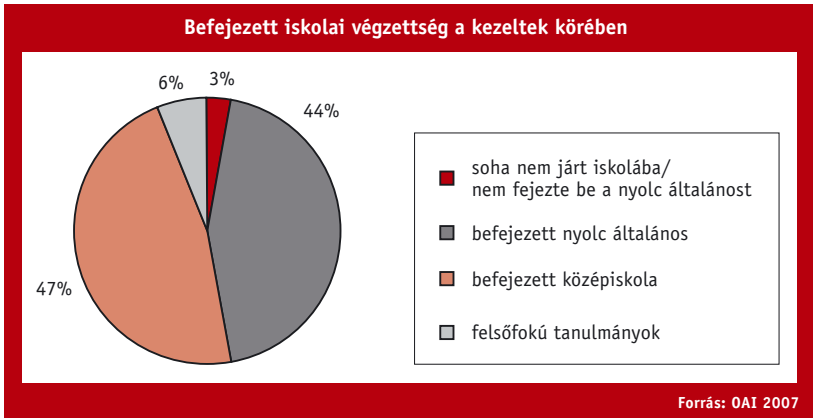
<sup>44</sup> 1472 főből 72 esetben nem ismert a munkaügyi státusz.

<sup>45</sup> 1472 főből 96 esetben nem ismert az iskolai végzettség.

<sup>46</sup> A tanulói, hallgatói viszony a munkaügyi státuszra vonatkozó kérdés keretében került megjelölésre, ahol 1472 főből 72 esetében nem ismert a munkaügyi státusz.



Korábbi kutatások (Vingender, 2006) alapján úgy tűnik, hogy az iskolázottsági adatok tekintetében a 2005-ös évhez képest nincs nagy arányú elmozdulás.



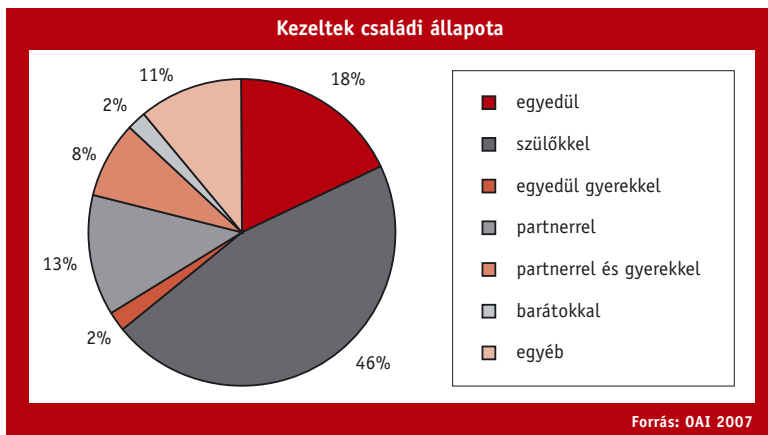
## SZOCIÁLIS HÁLÓ

A TDI 2006-os adatai alapján a kezelésben részt vevők 46,7%-a (665 fő) él a szüleivel.<sup>47</sup> A megkérdezettek átlagéletkorát (28,5 év) figyelembe véve ez az arány jelentősnek mondható. Úgy tűnhet, hogy a szülői környezet nyújt egyfajta védelmet; lakhatási szempontból minden bizonnyal, de sokak számára talán a természetes támasz bástyáját is jelenti.

Ezt az állítást igyekszik alátámasztani Vingender (2006) valamint Ladányi és Forrai (2006) kutatása is. Míg Vingender kutatásában a megkérdezett drogfogyasztók 52,6%-a, addig Ladányi és Forrai kutatásában 45,4%-a él együtt szüleivel. Ez utóbbi esetben a válaszadók arra a kérdésre, hogy „Van-e az életében olyan személy, akihez segítségért, támogatásért fordulhat, akivel megbeszélheti problémáit?” a legmagasabb arányban közeli családtagot jelöltek meg (69,6%).

Nagy arányban élnek ugyanakkor a válaszadók egyedül (252 fő), vagy élettárssal kettesben (179 fő). Az élettársi viszonyoknak szociális szempontból ugyancsak lehet megtartó ereje.

<sup>47</sup> 1472 fő közül 48 családi állapotát nem ismerjük.



## PROSTITÚCIÓ

2006 elején *Középpontban a prostituáltak alapvető jogai – háttérkutatás az oktatási programhoz és jogsegélyszolgálathoz*<sup>48</sup> címmel zajlott vizsgálat (Juhász és Csíkvári, 2006) során 37 prostituáltat sikerült a kutatásba bevonni, és velük mélyinterjút készíteni.<sup>49</sup>

A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a kábítószer-fogyasztás jelen van a mintában szereplő prostituáltak körében, különösen a köztéri prostituáltak esetében. Többen alkalmi és kockázatmentesebb fogyasztásról<sup>50</sup> számoltak be, azonban a mintában jelen vannak, akik napi szinten használnak intravénásan heroint. Vannak olyanok is, akik a kábítószer megszerzéséhez szükséges pénz miatt prostituálódtak.

A vizsgálat során megszólaltatott rendőrök véleménye alapján a kábítószer-fogyasztás a prostituáltak körében valós, de nem kimagasló probléma. Ők elsősorban akkor szembesülnek a problémával, ha a futtató viszi bele a prostituáltat a szerhasználatba.

<sup>48</sup> A kutatást az Európai Bizottság (European Commission, Directorate-General Justice, Freedom and Security) a csatlakozó országok civil szférájának segítésére kiírt programja („Actions in support of civil society in the Member States which acceded to the European Union on 1st May 2004”) támogatta. Pályázó a Magyarországi Prostituáltak Érdekvédelmi Egyesülete volt.

<sup>49</sup> A kutatás nem reprezentatív. A vizsgálat során 35 mélyinterjú készült, összesen 37 prostituálttal. Ezt kiegészítendő 15, a témában érintett szakértőt szólaltattak meg (10 rendőr Budapestről és Pest megyéből, az egyesület két jogásza és vezetője, további három jogász, gyermekotthonban dolgozó pedagógus, szociális munkás).

<sup>50</sup> Elsősorban marihuána és amfetamin – nem intravénás – fogyasztásáról számoltak be. Korábbi kokainhasználatról egyetlen prostituált nyilatkozott.

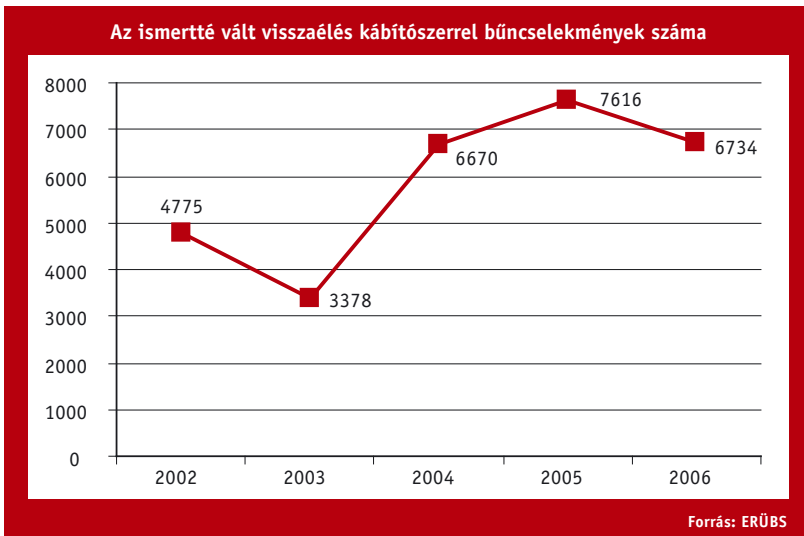
## 4. Kínálatcsökkentés

### 4.1 Kábítószer-bűnözés

Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer (ERÜBS) feladata a magyarországi bűnözéssel kapcsolatos statisztikai adatgyűjtés. Az ismertetett adatok azokra a cselekményekre vonatkoznak, amelyekben az eljárás 2006-ban fejeződött be.

#### A BŰNCSELEKMÉNYEK

2005-höz képest az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 13,4%-kal csökkent.



A csökkenés jelen esetben nem hozható összefüggésbe semmilyen jogszabályi változással. Vélhetően a felderítő hatóság érdeklődése és/vagy kapacitása csökkent valamelyest e cselekmény felderítésének vonatkozásában.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények összébűnözésen belüli aránya 2006-ban 1,6% volt. Ez az arány nem mutatja a kábítószerrel összefüggő egyéb bűnözés mértékét (pl. a fogyasztóknak a kábítószer megszerzéséhez szükséges pénz előteremtése által motivált bűnözését, egyéb szervezett bűnözési cselekményeket).

## AZ ELKÖVETÉSI IDŐ

A bűncselekmények elkövetési idejét vizsgálva a következő kép rajzolódik ki:

**Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés ideje szerint**

Elkövetés éve	Esetszám	%
2006	1184	17,6
2005	3819	56,7
2005 előtt	1731	25,7
Összesen	6734	100

**Forrás: ERÜBS**

A kriminálstatisztikai adatok egyértelműen jelzik, hogy 2004 óta az adott tárgyévben indult és a nyomozás végeztével a tárgyévben le is zárt esetek aránya jóval alacsonyabb a 2003. évi Btk. és Be. módosítás előtti időszakban mért (30% körüli) arányoknál (2004-ben 14,4%, 2005-ben 20,6%, 2006-ban 17,6% volt). Ez pedig azt jelzi, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetése miatt indult eljárások, a korábbi szabályozáshoz képest, egyre jobban elhúzódnak. A 2006-ban indult eljárások közül gyakorlatilag csak minden 6. esetben fejeződött be a nyomozás az adott évben.

## AZ ELKÖVETÉSI MAGATARTÁSOK

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 89,8% volt (2005-ben 90,9%).

Ehhez képest a kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részesedése a felderített esetek egytizedét sem teszi ki (7%). A keresleti oldali magatartások, elsősorban az alkalmi fogyasztók által elkövetett cselekmények alkotják a hatóság előtt ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények jelentős részét.

## AZ ELKÖVETŐK

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2006-ban a 2005. évihez képest 13,4%-kal csökkent, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőké pedig 23,7%-kal.

A következőkben azon elkövetők körében vizsgáljuk a szocio-demográf-

fiai jellemzőket, akik a 2006. évi bűnügyi statisztikai adatok szerint elkövették a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (függetlenül attól, hogy büntethetők voltak-e vagy sem).

#### *Nemek szerinti megoszlás*

Az ismertté vált kábítószerrel való visszaélés elkövetők 90,4%-a férfi, 9,6%-a nő volt 2006-ban. Ez az arány évek óta változatlan.

#### *Életkor szerinti megoszlás*

2006-ban a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása nem változott figyelemre méltóan a 2005-ös elkövetői körhöz képest.

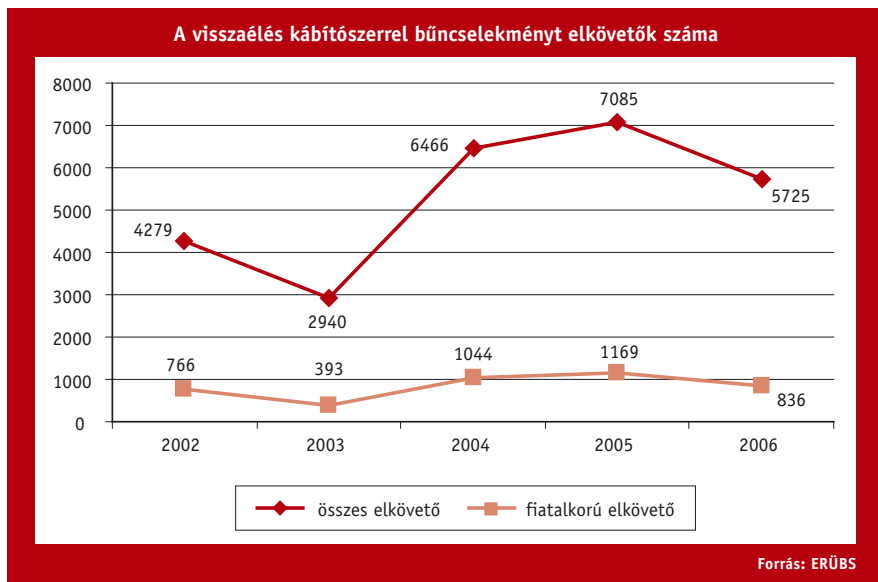
<b>Korcsoportok</b>	<b>Eset</b>	<b>%</b>
Gyermekkorú (0–14 éves)	17	0,3
Fiatalkorú (14–18 éves)	836	14,6
18–24 éves	3166	55,4
25–30 éves	1190	20,8
31–40 éves	439	7,6
41–50 éves	60	1,0
51–60 éves	11	0,2
61 év feletti	6	0,1
Összesen	5725	100,0

**Forrás: ERÜBS**

#### *Fiatalkorú elkövetők*

A fiatalkorúak aránya hazánkban, az összes bűncselekményt elkövető körében, 2006-ban 9,1% volt. Miközben a fiatalok részesedése az összes elkövető körében 2006-ban valamelyest növekedett a 2005-ben mért értékhez képest (8,7%), a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők esetében 1,9%-kal csökkent. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett fiatalkorú bűnelkövetők száma 2006-ban 836 fő volt. Ők alkották az összes kábítószer-bűncselekményt elkövető 14,6%-át.

Míg a visszaélés kábítószerrel bűncselekményeket elkövetők 91%-a 2006-ban 30 évesen vagy azt megelőzően követte el a bűncselekményt, addig a többi bűncselekmények elkövetői között ez az arány nem éri el a 60%-ot.



### Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása

A kábítószerrel visszaélők 50,0%-a általános iskolai, 24,6%-a szakmunkás végzettségű volt, 22,6%-uk rendelkezett érettségivel, az egyetemet, főiskolát végzetek aránya pedig 1,6% volt 2006-ban.

Jelentős változás a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlásában évek óta nem detektálható.

### Előélet szerinti megoszlás

2006-ban az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 33,8%-a volt büntetett előéletű. A büntetett előéletű elkövetőknek jelentős része kábítószerfüggő, és korábbi bűncselekményeik is a szerhasználattal vagy a szerhez jutással voltak összefüggésben.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetőinek többsége (66,2%-a) első büntényes, azaz korábban még nem volt büntetve. Ez az arány magasabb, mint az egyéb bűncselekmények esetében.

Az elkövetők 18,5%-a volt visszaeső.

### 4.1.1 Következménybűnözés – a kábítószer hatása alatt történő bűnelkövetés

2006-ban 22,7%-kal kevesebben (3209 fő) követtek el bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt, mint 2005-ben. Ennek magyarázata lehet a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának csökkenése, mivel a legtöbben (70,8%) a kábítószerrel visszaélés bűncselekményt valósították meg, azaz ennyi elkövető ellen indult eljárás azért (is), mert kábítószer hatása alatt állt. Ez az érték 2005-ben 76,2% volt, tehát itt is egyértelműen csökkenést detektálhatunk.

Főbb bűncselekményi csoportokra lebontva: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 14%-a, közlekedési bűncselekményt 3,5%-a, személy elleni bűncselekményt 3,2%-a, garázdaságot pedig 2,2%-a. Figyelmet érdemel, hogy a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók által elkövetett közlekedési bűncselekmények száma közel 2%-kal emelkedett.

### 4.1.2 Kábítószer-használat a börtönben

A büntetés-végrehajtás intézményeiben 2006-ban 21 esetben, 23 személy érintettségével találtak drogot, legtöbbször kannabiszszármazékokat, néhány esetben amfetamin tartalmú tablettákat, egy-egy alkalommal pedig kokaint és morfint is, leginkább csomagban, vagy a zárkában elrejtve.

### 4.1.3 Vádemelés elhalasztása

2006-ban a befejezett, kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetővel szemben elrendelt vádemelés-elhalasztások száma 3175 volt (55,5%). Ez 1237 esettel kevesebb, mint 2005-ben, amikor a vádemelés elhalasztások aránya 62,3% volt.

2006-ban ezt a jogintézményt hazánkban összesen 7338 elkövetővel szemben alkalmazták (ez az összes bűncselekményt elkövetők 5,6%-a volt). A leggyakrabban kábítószerrel visszaélést elkövetőkkel szemben rendelték el, az összes vádhalasztás 43,2%-a ilyen eset volt (2005-ben 54%).

Míg 2004-ben a vádemelés elhalasztása jogintézményben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 50% vett részt, addig ez az arány 2005-ben 62,3% volt. 2006-ban azonban sok tekintetben visszatérünk vagy közelítünk a 2004-ben mért értékekhez, mind a visszaélés kábító-

szerral bűncselekmények, mind pedig a befejezett vádemelés elhalasztások számát tekintve (55,5%).

Azaz kijelenthetjük, hogy 2006-ban jelentősen csökkent e jogintézmény alkalmazásának gyakorisága a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkkel szemben.

Ennek a csökkenésnek a valódi oka, hogy a 2006. évi LI. törvény módosította a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényt (lásd Nemzeti Drog Fókuszpont Jelentés 1. fejezet), és a módosított rendelkezés lehetővé teszi, hogy a bűncselekmény elkövetését követően, de a vádemelés elhalasztását megelőzően kezdje meg és vegyen részt az elterelés valamely formájában. Ez a részvétel a büntethetőséget megszüntető ok megállapítását eredményezi függetlenül attól, hogy a vádemelés elhalasztására mikor került sor.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma továbbra is nőtt, változás kizárólag a kezelés megkezdésének időpontjában történt, így csökkent a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények esetében alkalmazott vádhalasztás jogintézményének gyakorisága.

## 4.2 Kábítószerpiac

2006-ban nem történt intézményi változás a kábítószeres lefoglalásával és vizsgálatával kapcsolatban. A Magyarországon lefoglalt kábítószeranyagok vizsgálatát a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet Szerves Kémiai Analitikai Osztálya, és 5 regionális kábítószer-vizsgáló laboratórium végzi.

### 4.2.1 Hozzáférhetőség és kínálat<sup>51</sup>

Az utóbbi két év tapasztalata, hogy a „Balkán-útvonalon” tevékenykedő, elsősorban heroincsempészeshez kötődő elkövetői körök részt vesznek szintetikus kábítószeres csempészetében, terjesztésében és előállításában is.

A 2006-os év tapasztalatai alapján a szintetikus kábítószeres csempészetében és terjesztésében közreműködő elkövetői kör szervezettsége, konspiráltsága növekszik, stabil magyar származású elkövetői kör alakult ki (elsősorban Hollandiában). A szervezeten belül a munkamegosztás tovább differenciálódott: anyagi eszközöket biztosító, szervező, futár, nagybani elosztó, depóztató nagybani elosztó és kistérelben árusító funkciók különültek el.

<sup>51</sup> A Nemzeti Nyomozóiroda jelentése alapján



## 4.2.2 Lefoglalások

Az alábbi elemzésben szereplő adatok a 2006. évben Magyarországon (a Rendőrség és a Vám- és Pénzügyőrség által) lefoglalt kábítószerekre vonatkoznak.

Lefoglalások száma és mennyisége				
Szer típus	2005		2006	
	lefoglalás	mennyiség	lefoglalás	mennyiség
Marihuána (kg)	1707	161,6	1540	266,5
Kannabisz növény (tő)	43	811	50	3529
Hasis (kg)	86	12,9	67	3,0
Heroin (kg)	108	237,8	144	131,1
Kokain (kg)	89	7,6	113	7,3
Amfetamin (kg)	355	27,743	368	21,81
Metamfetamin (kg)	5	0,107	11	0,013
Ecstasy tablettá (db) /MDMA, MDA, MDE/	366	234 582	145	138 278
LSD (adag)	14	560	13	2 148

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

2006-ban – a korábbi évekhez hasonlóan – a leggyakrabban előforduló hatóanyagok/szerek a delta-9-THC, az amfetamin, az MDMA, a heroin, és a kokain voltak.

2006-ban az előfordulás gyakoriságában a második lett az amfetamin, megelőzve az ecstasyt.

A legismertebb kábítószeret az előfordulási gyakoriság szerinti rangsorban a ketamin követi, amely a magyarországi feketepiacon „I-por” néven is ismert, és jellemzően kis tételekben – 2003–2004 óta folyamatosan, évi mintegy 30–50 alkalommal – kerül lefoglalásra.

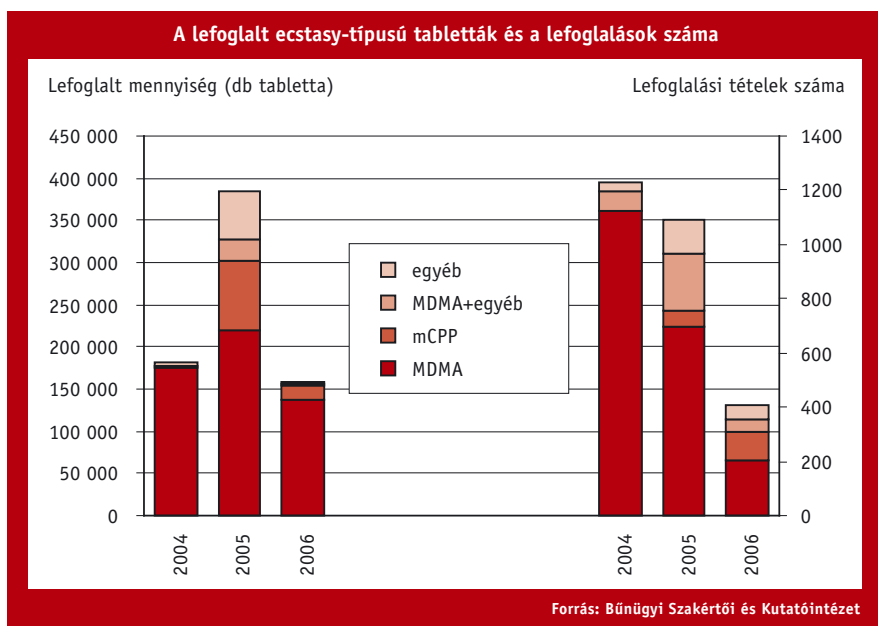
2006 során két alkalommal tiszta metamfetamin-hidroklorid („ice”), illetve egy alkalommal tiszta MDMA-hidroklorid került lefoglalásra, kisebb mennyiségben. Magyarországon korábban a fenti hatóanyagok hígítatlan formában még nem kerültek lefoglalásra.

A kábítószerrel szemben meg kell említeni az ellenőrzés alatt nem álló GBL (gamma-butirolakton) nevű anyagot is. A GBL a szervezetbe jutva gamma-hidroxí-vajsavvá (GHB) alakul, ami kábítószernek minősülő vegyület. GBL 2002-ben és 2003-ban 1-1 alkalommal, 2005-ben 3 alkalommal, míg a 2006-

ban 11 alkalommal, összesen mintegy 300 gramm mennyiségben került lefoglalásra, ami a szerrel történő visszaélések terjedésére utal.

A lefoglalások száma a heroin, a kokain, és az amfetamin esetében az előző évekhez képest folyamatosan emelkedett. Bár a lefoglalások számában jelentős változás nem történt, az előző két évhez viszonyítva jelentősen emelkedett a lefoglalt marihuána és kannabisz növény mennyisége.

Az ecstasy típusú tabletták lefoglalásaiban – mind a lefoglalások számában, mind a tabletták mennyiségében – a 2005-ös évhez képest jelentős visszaesés tapasztalható. A lefoglalt tabletták mennyisége ugyan nem csökkent arányosan a lefoglalási tételek számával, de ez abból adódik, hogy 2006-ban a tabletták több mint 70%-a egyetlen nagy lefoglalásból származott.



### 4.2.3 Ár/tisztaság

#### KÁBÍTÓSZEREK UTCAI ÁRAI

2006-ban az előző évekhez hasonlóan a kábítószer-fogyasztók által kitöltött kérdőívek alapján történt a kábítószeres utcai árának meghatározása.

A kutatás során a válaszadói arányok megváltoztak az előző évhez képest. A legtöbben 2006-ban is a marihuána esetében tudtak választ adni,

azonban az amfetamin áráról többen rendelkeztek információval, mint az ecstasy esetében. Ez egybecseng a kábítószer-probléma többi területén észlelhető változással (több amfetamin lefoglalás stb.), miszerint az amfetamin elterjedtsége nőtt a kábítószerpiacon.

<b>Kábítószeres utcai ára forintban</b>					
<b>FORINT</b>	<b>Leg-alacsonyabb</b>	<b>Leg-magasabb</b>	<b>Leg-gyakoribb</b>	<b>Átlag</b>	<b>Válaszadók száma</b>
Hasis (gr)	1715	2745	2248	2230	63
Marihuána (gr)	1618	2584	2227	2101	91
Heroin (gr)	10 234	16 605	12 789	13 419,5	49
Heroin (pakett)	4029	5742	4586	4885,5	39
Kokain (gr)	12 149	23 267	14 888	17 708	55
Crack (gr)	12 800	16 000	12 811	14 400	9
Amfetamin (gr)	2404	3424	2993	2914	79
Ecstasy (tabletta)	769	1765	1257	1267	74
LSD (adag)	1945	3068	2492	2506,5	46
Metadon (20 mg)	1096	2150	1788	1623	30
Metadon (5 mg)	425	933	637	679	20

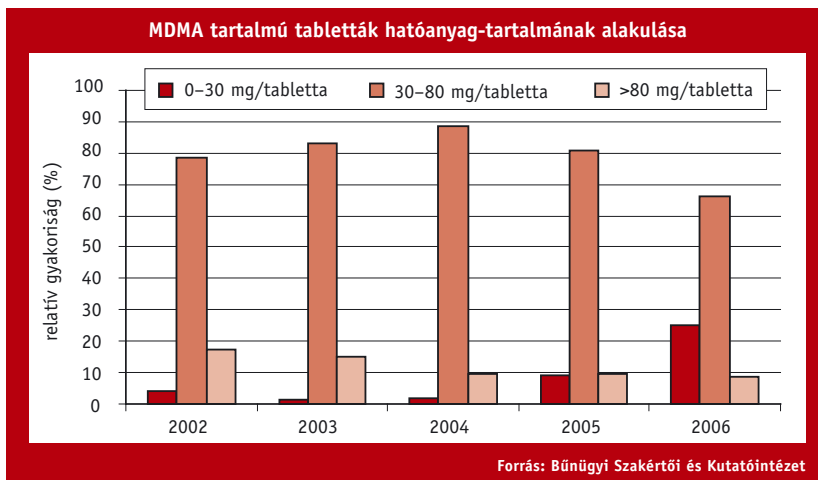
**Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2007**

A 2006-ban jelentett árakhoz képest történt változások: a hasis, a kokain, az amfetamin, az ecstasy és az LSD átlagos árában csökkenés figyelhető meg, míg a heroin (gr) drágult az elmúlt évben megfigyelt átlagos árhoz képest.

## TISZTASÁG

A kábítószeres hatóanyag-tartalma legjelentősebben a tabletták esetében változott. Az MDMA mellett továbbra is jelentős az mCPP-t tartalmazó tabletták előfordulási gyakorisága, de a lefoglalt tabletták mennyiségét tekintve 2006-ban is az MDMA-t tartalmazó tabletták tették ki a lefoglalások nagyobb részét.

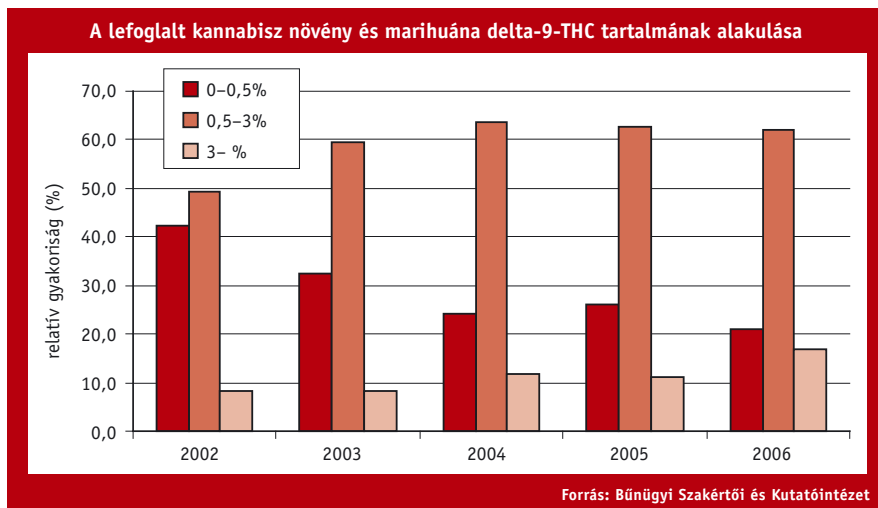
Ezen tabletták körében számottevően emelkedett az átlagosnak tekinthető 30–80 mg/tabletta hatóanyag-tartalomnál kevesebb MDMA-bázist tartalmazó tabletták előfordulási gyakorisága.



A nagy tételben – jellemzően 0,5 kg tömegű csomagok formájában – lefoglalt herointartalmú porok között több esetben fordult elő a hígabb utcai mintákra jellemző alacsony, mintegy 10%-os heroin-bázis koncentráció is.

2006-ban nagytételű kokainszállítmány lefoglalása nem történt. A kisebb tételű lefoglalások esetében a 30% kokain-bázis koncentráció tekinthető a legáltalánosabbnak, de a mért hatóanyag-tartalmak a 10–80% koncentráció-tartomány egészét lefedik.

A lefoglalt kender és marihuána esetében az alacsonyabb hatóanyag-tartalmú (<0,5%) anyagok aránya csökken, míg az átlagosnak tekinthető 0,5–3% hatóanyag-tartalom feletti anyagok aránya évek óta folyamatosan növekszik.



## Felhasznált irodalom

- CSOHÁN Á., DUDÁS M., GYŐRI Z., MINÁROVICS J., RUSVAI E., (2007a): A hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2006–2007. évi prevalenciájának vizsgálata. Országos Epidemiológiai Központ Beszámoló a 2006. évi tevékenységről
- CSOHÁN Á., KASZÁS K., LENDVAI GY. (2007b): Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről. Országos Epidemiológiai Központ. Nem publikált tanulmány.
- ELEKES Zs. (2003): A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők az iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia*, 2005. 48, évf. 4.: 345–374.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia*, 3(3): 308–331.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2004a): *Európai középiskolás kutatás az alkohol- és drogfogyasztásról. Magyarországi projektbeszámoló.* OTKA Kutatási zárójelentés, Budapest.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2004b): *A felnőtt népesség alkohol- és drogfogyasztása 2003-ban.* NKFP Kutatási zárójelentés, Budapest.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2004c): A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. *Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa, 2004. október 23–23., Balatonfüred.*
- GACHÁLYI A. (2007): 2006. évben végzett szűrővizsgálatok. MH EVI Toxikológiai Kutató Osztály, Kábítószer Vizsgáló Laboratóriuma. Nem publikált tanulmány.
- GYŐRI P. (2006): Országjelentés 2006. Jelentés a magyarországi hajléktalanügyi statisztika alakulásáról a Hajléktalanság Európai Kutatóközpontja részére.
- HAJNAL GY. (2007): A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2005-ben: Az EMCDDA 2006. évi Útmutatójának magyarországi alkalmazási lehetőségei. Nem publikált tanulmány
- JÓNÁS J., BARSINÉ FODOR K., KISS P., PÉTERFINÉ TÜRGYEI M. (2007): A pulmonológiai intézmények 2006. évi epidemiológiai és működési adatai. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

- JUHÁSZ J., CSIKVÁRI J. (2006): Középpontban a prostituáltak alapvető jogai – háttérkutatás az oktatási programhoz és jogsegélyszolgálathoz. [www.pantarhei.org.hu](http://www.pantarhei.org.hu); [www.prostituáltak.hu](http://www.prostituáltak.hu)
- LADÁNYI E., FORRAI E. (2006): Szociális szolgáltatások és kábítószer-fogyasztók. ICSSZEM kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.
- MÁRVÁNYKÖVI F., MELLES K., DR. RÁCZ J. (2006): A kezelésbe és tícserébe jutás akadályai. *Addiktológia* 2006. V. évfolyam 4. szám. 319–341
- Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma visszaszorítására (2000), ISM, Budapest
- PAKSI B., DEMETROVICS Zs. (2002): A prevenciós gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenciós programok felmérése és értékelése. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan. Budapest.
- PAKSI B., DEMETROVICS Zs., CZAKÓ Á. (2002): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése I. A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. *Addiktológia*. 1. (15–37)
- PAKSI B., DEMETROVICS Zs. (2005): Országos Drogprevenciós Adattár. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2005.
- PAKSI B., DEMETROVICS Zs., NYÍRÁDY A., NÁDAS E., BUDA B., FELVINCZI K. (2006a): A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. *Addiktológia*, 2006. V. évfolyam 1–2. szám. 5–36
- PAKSI B., DEMETROVICS Zs., BOZSONYI K., ERDÉLYI I. (2006b): A közoktatási intézményekben a 2005. évi, ICSSZEM-OM támogatásával folyó iskolai egészségfejlesztő-drogmegelőzési tevékenység értékelésére irányuló kutatás, monitoring rendszer kialakítása. Kutatási beszámoló (<http://www.uni-corvinus.hu/index.php?id=p5100111>)
- RITTER I. (2007): Rendőrök a kábítószer-fogyasztásról. Nem publikált tanulmány.
- SEBESTYÉN E. (2003): Illegális szerhasználat. In: Aszmann A. (szerk.): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Országos Gyermekegészségügyi Intézet. Budapest.
- Tájékoztató a család, gyermek- és ifjúságvédelemről 2005. év, Szociális és Munkaügyi Minisztérium 2006

VINGENDER I. (2006). Adalékok a droghasználat társadalmi mintázatahoz.  
*Addiktológia* 2006. V. évfolyam 3. szám. 161–190.

[http://www.seed.hu/cikkek/segelyhelyett\\_1](http://www.seed.hu/cikkek/segelyhelyett_1)

