

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről

2008

A SZOCIÁLIS ÉS MUNKAÜGYI MINISZTERIUM
SZAKMAI KIADVÁNYSOROZATA
Budapest, 2008

A kötet szerkesztői: Dr. Felvinczi Katalin
Dr. Varga Orsolya
Felelős szerkesztő: Portörő Péter

Felelős kiadó: Halmos Ádám
A borítót Gulyás Ildikó festményének felhasználásával
Baksa Gáspár készítette.
Olvasószerkesztő: Halmos Mária
Nyomdai előkészítés: Nyitott Könyvműhely
www.nyitottkonyv.hu
Nyomdai munkálatok: Generál Nyomda
Felelős vezető: Hunya Ágnes

ISSN: 1586-7978

Tartalomjegyzék

Miniszteri köszöntő	7
Bevezetés	9
Összefoglalás	11
I. KÖZÖSSÉG ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS	15
1. A nemzeti stratégia végrehajtása, monitorozása és intézményi háttere	15
1.1 Jogi keretek	15
1.2 A nemzeti stratégia megvalósításában résztvevő intézmények	18
1.2.1 Koordinációs intézkedések, változások	18
1.2.2 Nemzeti stratégia és megvalósítása	18
1.2.3 A KKB 2007. évi tevékenysége: ülések, határozatok	18
1.2.4 A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2007. évi helyzete és éves tevékenysége	19
1.2.5 Költségvetés és közkiadások	25
1.2.6 A nemzetközi együttműködés szinterei	26
1.3 A kábítószer-problémával foglalkozó kutatások	29
1.3.1 Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök	29
1.3.2 Drogfogyasztás a populációban	33
1.3.2.1 Drogfogyasztás az általános populációban	33
1.3.2.2 Drogfogyasztás az iskolás- és fiatalkorú populációban	40
1.3.2.3 Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban	43
1.3.3 Regionális, helyi kutatások	46
1.4 Attitűdformálás	53
1.4.1 Társadalmi viták a kábítószer-problémáról	53
II. MEGELŐZÉS	57
1. Általános prevenció	57
1.1 Iskolai prevenció	57

1.1.1 Iskolai drogprevenciós tevékenység a dél-dunántúli régióban	58
1.1.2 Képzések pedagógusoknak	59
1.1.3 Iskolai Szociális Munkás Hálózat	59
1.1.4 EgészségIskola program	65
1.2 Az iskolai kereteken kívül folyó általános prevenció	67
2. Célzott prevenció	67
2.1 Rekreációs színtér	67
2.2 Roma fiatalok	69
2.3 Bevásárlóközpontokat látogató fiatalok – Alternatíva Program	69
2.4 A Magyar Honvédség drogprevenciós tevékenysége	70
2.5 Munkahelyi prevenció	71
3. Javallott/indikált prevenció	73
III. KEZELÉS-ELLÁTÁS	76
1. Problémás drogfogyasztás és a kezelést igénylő populáció	76
1.1 Problémás drogfogyasztók prevalencia és incidencia becslése	76
1.2 TDI – Kezelési igény indikátor	77
2. A drogfogyasztók kezelését-ellátását szolgáló intézményrendszer	106
2.1 Egészségügyi ellátás	108
2.2 Gyógyszermentes kezelés	113
2.3 Gyógyszeres kezelés	117
3. A drogfogyasztás szövődményei – egészségügyi következmények	119
3.1 Drogfogyasztással összefüggő halálesetek és halandóság a drogfogyasztók körében	119
3.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek	123
3.3 Pszichiátriai komorbiditás	133
3.4 A drogfogyasztás egyéb egészségügyi következményei	136
4. Válaszok a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásaira és következményeire	142
4.1 A drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek prevenciója és kezelése	142
4.2 A pszichiátriai komorbiditás kezelése	146

4.3 Más egészségügyi vonatkozások és következmények kezelése	147
5. A drogfogyasztás szövődményei – szociális vonatkozások és következmények	148
5.1 Társadalmi kirekesztettség	149
6. Válaszok a drogfogyasztás szociális vonatkozásaira és következményeire	165
6.1 Társadalmi reintegráció	166
IV. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS	175
1. Kábítószer-bűnözés	175
1.1 A bűncselekmények	175
1.2 Kábítószer-használat a börtönben	182
2. A kábítószer-bűnözés megelőzése	184
3. Kábítószerpiac	188
3.1 Hozzáférhetőség és kínálat	188
3.2 Lefoglalások	192
3.3 Ár/tisztaság	194
Felhasznált irodalom	197

Miniszeri köszöntő

2008-ban immár tizedik alkalommal jelenik meg a *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* című kiadvány, amely a hazai droghelyzetről nyújt átfogó helyzetelemzést. A kötet a Nemzeti Drog Fókuszpont által összegezett adatokat és információkat tartalmazza. Struktúrájában a nemzeti drogstratégia kiegyensúlyozott megközelítését, azaz a közösség és együttműködés, a megelőzés, a kezelés és ellátás, valamint a kínálatcsökkentés célrendszerébe tartozó tevékenységeket, fejleményeket részletezi.

Örvendetes tény, hogy az adatok gyűjtése és feldolgozása évről-évre fejlődik, így egyre szélesebb körű, pontosabb információkkal rendelkezünk a magyarországi kábítószer-fogyasztás elterjedtségéről, jellemzőiről.

A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca vezetőjeként fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a drogfogyasztás olyan társadalmi és közegészségügyi probléma, melynek kezelésében továbbra is a kormányzati és a civil szféra közös munkájára van szükség. A jövőben is közösen kell dolgoznunk azon, hogy a drogfüggőségben szenvedők kirekesztése csökkenjen, a velük szembeni előítéletek helyett a tájékozottság, megértés, segíteni akarás és tudás kerüljön előtérbe, s így növekedjen az egészségügyi és szociális ellátások társadalmi elfogadottsága. Tudatosítani kell azt a tudományos tényekkel is igazolható megállapítást, hogy a droghasználók kezelése hosszú távon csökkenti a kábítószer-használatból származó társadalmi, egészségügyi és bűnügyi károkat. Ebben a munkában valamennyi ellátási formának egyaránt létjogosultsága van: a rehabilitációnak éppúgy, mint az ártalomcsökkentő programoknak, vagy egyéb kezelő programoknak. Azt gondolom, hogy a probléma kezelésére szolgáló eszköztár bővülése, a kezelés módszereinek elmozdulása a medikális modell felől a pszichoszociális modell felé, a döntően civil szervezetek által működtetett multidiszciplináris struktúrák hozzájárulnak ahhoz, hogy ma már komplexebben gondolkodjunk a droghasználatról.

Az elkövetkező időszak az értékelés időszaka lesz, hiszen a drogstratégia a 2009. év végéig irányoz elő feladatokat, így időszerűvé vált Magyarország 2010-től érvényes drogstratégiájának előkészítését megkezdeni. Annak érdekében, hogy az új stratégia tényekre alapozottan, a jelenleg hatályban levő stratégia tapasztalatait hasznosítva kerüljön kidolgozásra, elengedhetetlenül szükséges a kitűzött célok végrehajtásának alapos és valamennyi lehetséges modalitást tekintetbe vevő kiértékelése.

A droghasználat, mint társadalmi és közegészségügyi probléma, a legtöbb vitát kiváltó területek egyike. Az egymásnak ellentmondó vélemények

egyidejű jelenléte, a különböző politikai diskurzusok is kiemelkedően fontossá teszik, hogy a tevékenységek szigorúan tudományos alapú értékelése megtörténjen.

A 2007. évi adatszolgáltatáshoz a kábítószer-probléma kezelésében érintett intézmények, minisztériumok képviselői, az ellátó- és kezelőhelyek, valamint a civil szolgáltatók is hozzájárultak, akiknek értékes munkáját ezúton is szeretném megköszönni.

Szűcs Erika
Szociális és Munkaügyi Miniszter

Bevezetés

A kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos történések szempontjából az elmúlt időszakra igen gazdag periódusként tekinthetünk. 2007-ben elérkeztünk a hazai első drogstratégia megvalósításának talán utolsó nagyobb szakaszához. A kormányzati szintű fejleményeket számba véve új kábítószerügyi akcióterv elfogadására került sor, mely 2009-ig ír elő feladatokat a stratégia végrehajtásán dolgozó állami, közigazgatási intézmények számára. Ezzel párhuzamosan átalakításra került a koordinációs struktúra, mely változás legújyszerűbb eleme talán, hogy a civil képviselő immáron formálisan, önálló módon is megjelenik a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság munkájában. Ez a bizottság, bár funkcióját tekintve a kormány tanácsadó testülete, ugyanakkor egyidejűleg hídszerepben is működik: a legfontosabb hivatalos fórumként és információs csatornaként funkcionál a civil és állami világ szereplői között. El kell mondanunk, hogy a jelentési periódusban is folytatódott a helyi erőforrások összehangolása szempontjából kiemelkedő szerepet betöltő Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok rendszerének további támogatása a helyi stratégiák megvalósításában, szakmai szerepük erősítése a lokális szükségletekkel összefüggő ellátás-szervezési folyamatokban. Mindezen struktúramodellek természetesen visszaigazolja a drogstratégiában meghatározó fontosságú, alappillér szerepet betöltő, közösségi megközelítés vezérelvszerűségét a problémakezelésben.

A 2007-es esztendő különösen tartalmas volt az adatgyűjtés szempontjából is több tekintetben. A jelen kötetben ismertetett kutatási beszámolók friss információkkal segítik nyomon követni a hazai droghasználat felnőtt népesség körében vizsgált alakulását. Az ezredforduló óta rendelkezésre álló országos epidemológiai adatok, a fővárosi diákok körében történt adatfelvételek alapján ma már talán levonható az a következtetés, hogy az európai összképpel összhangban nálunk is valamelyes stabilizálódás tapasztalható az illegális kábítószeres kipróbálása, használata tekintetében. Ezt erősíti meg az a tény is, hogy az adatok alapján kedvező irányba látszik módosulni a fiatalok veszélyészlelése is az egyes kábítószerekkel összefüggésben. Ezek a tendenciák mindenképpen a drogprobléma kezelhetősége felé mutatnak. Természetesen a programok és szolgáltatások hatékonyságának kérdése ennél jóval összetettebb, számos külső és belső tényezővel függ össze, melyek napirendre vétele a jövőbeni fejlődés szempontjából megkerülhetetlen. Ugyanígy fontos lépés a drogpreevenációs tevékenységek szakmai továbbfejlődése szempontjából a programok értékelése, az akkreditáció elindítása. Mindehhez kedvező háttérrel nyújt, hogy már elké-

szültek az egyes szintereken megjelenő, a prevenciók kínálatot átfogóan elemző tanulmányok és vizsgálatok.

2007-ben egy lépéssel már közelebb álltunk ahhoz a lehetőséghez, hogy teljes körű TDI-adatgyűjtés valósuljon meg, azonban a kezelés-ellátással foglalkozó fejezetben kifejtettek alapján látható, hogy ennek tényleges megvalósításához nagyobb átfutási időre van szükség, bár ez az adatbázis az adott évben kezelésre jelentkező új betegekről már most is nagyon sok hasznos információval szolgál. A Jelentés egyik leghangsúlyosabb és figyelmet igénylő fejezetének tekinthető a drogfogyasztók kezelését-ellátását szolgáló intézményrendszer állapotának áttekintése. Vitathatatlan, hogy a legtöbb változással ennek a területnek kellett szembenéznie a 2007. év folyamán. A hosszabb távon értékelhető hatások vizsgálata a következő éves jelentésünk során is prioritást fog élvezni.

Ezúton is köszönetemet szeretném kifejezni az adatok összegyűjtésében közreműködő szakembereknek, intézményeknek, külön megköszönve munkáját a Nemzeti Drog Fókuszpontnak és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetnek az információk jelen kötetbe való átültetéséért. A könyv hasznos tanulmányozását kívánom minden érdeklődő olvasónak!

Portörő Péter
nemzeti drogkoordinátor

Összefoglalás

2007-ben a kábítószer-probléma alakulásával és a problémára adott válaszokkal kapcsolatban az alábbi összefoglaló megállapításokat tudjuk megfogalmazni:

A jogszabályi környezetben nem következett be semmilyen meghatározó jelentőségű változás, a legtöbb vitát és értelmezési szükségletet a büntető jogegységi döntés (1/2007) váltotta ki, ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy ez a döntés nem új körülményeket teremtett, csak hangsúlyosan hívta fel a figyelmet a korábbi időszakban alkalmasint tapasztalható következetlenségre a Büntető törvénykönyv kábítószeres tényállásaival kapcsolatos bírói gyakorlatban.

A koordináció intézményrendszerében, államigazgatási pozíciójában semmilyen változás nem állt be a jelentési periódusban.

A kábítószer-probléma elterjedtsége szempontjából az egyik meghatározóan fontos indikátor a probléma felnőtt és ifjúsági populációban tapasztalható elterjedtsége. A felnőtt népesség körében az illegális szereket vizsgálva mind az élet-, mind az éves prevalencia értékek alapján elmondható, hogy (továbbra is) a kannabisz származékok fogyasztása a legelterjedtebb. Ezt követi az ecstasy, az amfetamin és a hallucinogének használata. A korábbi években (2001 és 2003) készült vizsgálatokkal összehasonlítva, míg 2001 és 2003 között a 18–53 éves népesség körében nőtt a tiltott drogok életprevalencia és éves prevalencia értéke is, addig 2003 és 2007 között az életprevalencia érték nem változott, az éves prevalencia tekintetében pedig kedvező irányú elmozdulást figyeltek meg.

A budapesti fiatalok körében nem tapasztalható jelentős változás a fogyasztott szerek népszerűségében. Továbbra is kannabiszt fogyasztanak a legtöbben, azt az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása, az orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás, a patron/lufi használat, a szipuzás, majd az ecstasy, az amfetaminok és az LSD/hallucinogének követik. A 2007. évi adatok a korábbi évekhez képest a tiltott szerek és a droghasználati célú szerek fogyasztásának is a csökkenését mutatják, mely csökkenés egyértelműen a kannabiszfogyasztás életprevalencia értékének csökkenésével magyarázható.

A budapesti, ellátásban részesülő hajléktalanok körében készített epidemiológiai vizsgálat alapján megállapítható, hogy a hajléktalanok körében inkább jellemző a drogok folyamatos használata, s kevésbé jellemző a drogfogyasztásból való kilépés. A marihuánát/hasist valaha használók aránya a hajléktalan populációban jóval kisebb volt, viszont szinte az összes többi drog esetében nagyobb arányban rendelkeztek szerhasználati tapasztalattal.

A kezelés-ellátás tekintetében megállapítható, hogy az Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program adatai szerint 2007-ben összesen 13 457 kábítószer-fogyasztót vettek kezelésbe a szolgáltatóknál, melyből alig több mint 4000 fő volt az először kezelésbe kerülő kliens. Ez mindkét kategóriában csökkenést jelent az előző évhez képest, előbbiben 13, utóbbiban 29%-osat.

Az összes kezelt számának jelentős visszaesése feltehetően az első kezelésben részesültek számának csökkenéséből adódott. A kezelt intravénás kábítószer-fogyasztók számában, ezen belül a heroinfogyasztók számában is, csökkenés következett be, csakúgy, mint a hallucinogéneket használók kategóriájában. A kannabiszfogyasztó kliensek aránya csökkent a leginkább – az összes kezelt között több mint 20%-kal, az újonnan kezelésbe kerülők között több mint 30%-kal. Egyedül a kokainfogyasztás miatt kezelésbe kerültek száma emelkedett, bár arányuk még így is csak 1,6% az összes kezeltben belül.

A büntetőeljárás alternatívájaként egészségügyi intézményben kezelték száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent, amelynek háttérében a kapacitás- és hozzáférés-szűkítés állhat.

Összességében az addiktológiai betegellátás helyzete kedvezőtlenül módosult az elmúlt év folyamán. A szakemberek hiánya és az ellátórendszer egyenlőtlenségei kedvezőtlen kiindulási helyzetet teremtettek a reformintézkedésekhez, miközben a szakterület finanszírozási környezete a járóbeteg-ellátók hátrányára változott. A kialakult helyzetet tovább nehezítette az ellátók fennmaradásának esetleges bizonytalansága vagy megszűnése.

A megváltozott finanszírozási feltételek, illetve a jogalkotó teljesítményfinanszírozás melletti elkötelezettsége új beavatkozások és új szolgáltatások előmozdítását igényelhetik az addiktológiai ellátórendszerből.

Metadon szubsztitúciós kezelést 9 helyen végeztek az országban, a kezelték száma azonban több mint 8%-kal csökkent a tavalyi évhez képest. 2007-ben a szubsztitúciós kezelésben a metadon mellett megjelent a buprenorfin-naloxon keveréke is. Így helyettesítő kezelésben összesen 802-807 fő vett részt az év folyamán.

A 2007-ben kábítószer-fogyasztás miatt bekövetkezett halálesetekről az adatszolgáltatás elégtelensége miatt nem rendelkezünk teljes körű információval. A rendelkezésre álló adatok alapján az elmúlt évhez képest nem történt jelentős változás a kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek számában, a heroin okozta túladagolások száma csökkent.

2007-ben Magyarországon az intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV prevalenciájának mérésére közel kétszer annyi adat állt rendelkezésre, mint az előző évben. HIV fertőzött 2007-ben sem került felderítésre. A HCV prevalencia tekintetében nem mutattak ki lényeges változást az elmúlt két év eredményeit összehasonlítva (2006: 28,9%; 2007: 25,7%). A budapesti

intravénás kábítószer-fogyasztók körében mért 2007. évi prevalencia (36%) gyakorlatilag megegyezik az előző évvel (37%), míg a vidékiek között mért 12,5%-os HCV pozitivitás alacsonyabb a 2006-ban megállapított 18,4%-os aránynál.

Továbbra sincs egységes adatgyűjtés a várandósság alatti drogfogyasztásról és a magzati drogszindrómával született újszülöttekről. A várandós nők szerhasználata legtöbbször rejtett marad, többek között azért, mert hiányzik egy olyan specializált egészségügyi intézmény az ellátási térképről, ahol a kábítószer-fogyasztó várandós nők addiktológiai kezelése és szülészeti-nőgyógyászati ellátása (különös tekintettel a terhesgondozásra) egy helyen, együttesen valósulna meg.

Budapesten a drogmérgezések miatt kezelésre szorulóak száma az előző évhez képest nem változott jelentősen. 2007-ben is heroin túladagolás miatt kerültek a legtöbben kórházba, a heroin túladagolások száma mind a férfiak, mind a nők körében emelkedett valamelyest. Az opiátok után az amfetamin a második leggyakrabban túladagolt szertípus. Az elmúlt évhez képest a legnagyobb csökkenés a szerves oldószerek okozta túladagolások számában volt megfigyelhető.

A kábítószerpiac területén megfigyelt tendenciák, illetve a lefoglalások adatai alapján a legjelentősebb változás a kokain előfordulásának több éve tartó folyamatos emelkedése. A lefoglalási adatok szerint a kokain előfordulási gyakorisága 2007-re elérte a heroin és az ecstasy szintjét, ezekkel „holtversenyben” a harmadik legelterjedtebb kábítószerre lépett elő. Ezt alátámasztja az utcai árakat feltérképező kutatás is, amelynek során megnőtt a kokain áráról információval rendelkezők száma, illetve átlagos árának tekintetében jelentős csökkenésről lehet beszámolni. Az „ecstasy” tabletták körében újabb hatóanyagok (DOB és jelenleg kábítószernek nem minősülő piperazin származékok) jelentek meg.

A felderített, szintetikus kábítószereket előállító illegális kábítószer laboratóriumok, valamint a hígító/feldolgozó helyek működésére utaló lefoglalások a magyarországi feketepiaci ellátó és terjesztő rendszerek strukturális átalakulását jelezheti.

I. KÖZÖSSÉG ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS

1. A nemzeti stratégia végrehajtása, monitorozása és intézményi háttere

1.1 Jogi keretek

KÁBITÓSZER-TÉMÁBAN HOZOTT TÖRVÉNYEK, RENDELETEK, IRÁNYELVEK

- a) 1/2007. (V. 21.) Büntető jogegységi határozat
1/2007. Büntető jogegységi határozat a kábítószerrel visszaélés bűncselekménye megvalósulásának kritériumairól.

A büntető jogegységi határozat megállapítása szerint:

a. A kábítószerrel visszaélés megvalósulásakor természetes egységet csak az azonos törvényi tényállásba ütköző magatartások képeznek.

E bűncselekmény tekintetében nem azonos, hanem külön-külön törvényi tényállás: a Büntető Törvénykönyv 282. §-a, 282/A. §-a, 282/B. § (1) bekezdése, 282/B. § (2) bekezdése, 282/C. § (1) bekezdése, 282/C. § (2) bekezdése.

A kábítószer-mennyiségek tiszta hatóanyagának összeszámítására csak e hat tényállás szerinti elkövetéseken belül van lehetőség.

Az említett hat tényállás elkövetéseinek találkozásakor és azok egy eljárásban történő elbírálásakor bűnhalmazat valósul meg, ezért ezekben az esetekben nincs helye a kábítószeres tiszta hatóanyag-mennyiségei összeszámításának.

b. A megszerzéssel elkövetett kábítószerrel visszaélés megvalósulásának és befejezettségének megállapíthatósága szempontjából nincs jelentősége annak, hogy a megszerzett kábítószer-mennyiségeknek később mi lett a sorsa.

c. A kereskedéssel elkövetett kábítószerrel visszaélések a forgalomba hozatalnál tágabb elkövetési magatartások. Adás-vételek által valósulnak meg, haszonszerzésre irányulnak, és magukba foglalnak minden olyan tevékenységet, amely elősegíti, hogy a kábítószer eljusson a viszonteladóhoz vagy a fogyasztóhoz. Ezek közé tartozik a kábítószernek kereskedés céljából történő megszerzése, készletezése is, amely magatartás befejezett önálló tettesi cselekmény.

A jogegységi határozat természetes egységgel kapcsolatos álláspontja a kínálati cselekményt elkövető fogyasztókkal szemben szigorúbb elbírálásra teremt lehetőséget.

b) 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat

A kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. számú Korm. határozat az azonos című 1129/2004. (XI. 24.) Korm. határozat helyébe lépett.

c) 2007. évi CLXII. (XII. 10.) törvény

Az egyes büntetőjogi tárgyú törvények módosításáról szóló 2007. évi CLXII törvény módosította a Büntető Törvénykönyv 283/A. §-át. A törvény módosította a tényállás címét (kábitószer előállításához használt anyag a módosítás után kábítószer-prekurzorként szerepel), valamint a tényállásban hivatkozott jogszabályokat az Európai Unió jogi aktusaiban meghatározottak szerint. Így az értelmező rendelkezések az engedélyek és a prekursor fogalmának tekintetében a 273/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendeletet és a 111/2005/EK tanácsi rendeletet jelölik meg forrásként.

d) 1/2008. Büntető jogegységi határozat

A kábítószerrel visszaélés bűncselekményének elkövetőjével szemben történő vagyonek Kobzáról szóló 1/2008. számú Büntető jogegységi határozat szerint a kábítószerrel visszaélés bűncselekményének elkövetőjével szemben a kábítószer értékesítésével összefüggő vagyonra vagyonek Kobzást kell elrendelni.

A vagyonek Kobzás nem korlátozható az értékesítéssel elért nyereségre. Azt a bűncselekménnyel összefüggő teljes vagyonra el kell rendelni, függetlenül a kábítószer megszerzésére fordított vagyon mértékétől, illetve attól, hogy a kábítószer értékesítése az elkövető számára nyereséges vagy veszteséges volt-e; a vagyonek Kobzás mértéke nem csökkenthető a kábítószer megszerzésével összefüggő kiadásokkal.

e) 26/2008. HM utasítás

A Honvédelmi Miniszter utasítása szabályozza a Magyar Honvédség személyi állománya kábítószer hatása alatti állapotának, illetve kábítószer fogyasztásának vagy tartásának ellenőrzését.

JOGALKALMAZÁS

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2007-ben 2366 személy elítélésére került sor kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény elkövetéséért, akiket összesen 2956 bűncselekmény miatt vontak felelősségre a következők szerint:

- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 2341 főt;
- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 188 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 127 főt;
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 298 főt;
- a Btk. 283/A §-ába ütköző bűncselekmény (kábítószer előállításához használt anyaggal való visszaélés) miatt 2 főt ítéltek el jogerősen.

2007-ben a jogerősen elítélt 2366 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- 820 szabadságvesztés (ebből 322 végrehajtandó, 498 végrehajtásában felfüggesztett);
- 183 közérdekű munka büntetés;
- 786 pénzbüntetés;
- 577 önállóan alkalmazott intézkedés.

1.2 A nemzeti stratégia megvalósításában résztvevő intézmények

1.2.1 Koordinációs intézkedések, változások

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) struktúrájának átalakításáról lásd a 2007-es Éves Jelentés 1.2 alfejezetét.

1.2.2 Nemzeti stratégia és megvalósítása

A Nemzeti stratégiához kapcsolódó új cselekvési terv (1094/2007. Korm. határozat) 19 feladatot határoz meg. A feladatok több területet érintenek, így pl. a kábítószer-fogyasztók ellátása; Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállítása; prevenció, egészségügyi és szociális programok kidolgozása, értékelése; rehabilitációs és reszocializációs intézkedések; képzések stb.

A cselekvési terv a feladatok meghatározásán túl megjelöli a végrehajtás felelősét és határidejét, valamint új elemként minden feladathoz eredménymutatót rendel, amely mutató alapján elvégezhető a megvalósulás értékelése.

1.2.3 A KKB 2007. évi tevékenysége: ülések, határozatok

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (a továbbiakban: KKB) 2007-ben összesen 5 alkalommal ülésezett, melyből egy alkalommal kihelyezett ülés keretében ismerhették meg a tagok a Büntetés-végrehajtási intézetekben folyó kábítószer-probléma kezelésével összefüggő programokat. 2007-ben két alkalommal munkaértekezletre is sor került a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló kormányhatározat előkészítése érdekében.

A bizottság éves tevékenysége folytán kiemelendő az a KKB újraszervezésével kapcsolatos mintegy féléves folyamat, mely a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságról szóló (1002/2007. 18.) Korm. határozattal összefüggésben valósult meg, így az intézmények új delegálási rendszerének kialakítása, illetve civil delegáltak megválasztásának folyamata. Az év elején elfogadott munkaterv 2007 őszén további témákkal egészült ki a civil szervezetek delegáltjainak bizottsági munkába való bekapcsolódásával. A KKB 2007-ben két határozatot hozott.

A civil delegáltak megválasztása

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságról szóló (1002/2007. 18.) Korm. határozat szerint a KKB állandó tagjai a kábítószerügyi koordináció stratégiai területeit képviselő nem kormányzati szervezetek által delegált négy fő.

A négy civil delegált megválasztására a 2007. május 23-án megtartott gyűlésen került sor. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium 2007. március 20-i közleményében megjelölt határidőig, a beérkezett kérelmek alapján 31 szervezet szerzett jogosultságot a civil delegáltak jelölésére és megválasztására.

A civil delegáltakat választó ülésen 29 választásra jogosult szervezet képviselője vagy meghatalmazottja jelent meg a civil delegáltakat választó gyűlésen. A KKB civil delegált tagjaira 22 jelölés érkezett.

A gyűlés által a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság civil delegált tagjaivá megválasztott jelöltek:

- Gondi János – Magyar Drogprevenációs és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége (MADÁSZSZ)
- Sárosi Péter – Ártalomcsökkentők Szövetsége (ÁSZ)
- Szemelyácz János – Magyar Addiktológiai Társaság (MAT)
- Topolánszky Ákos – Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetsége (MADRISZ)

1.2.4 A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2007. évi helyzete és éves tevékenysége

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2007. évi tevékenységéről, aktuális helyzetéről, valamint a helyi közösségben, így a városokban, kerületekben zajló drogüggyel összefüggő eseményekről, a megyei, kistérségi, regionális munkáról az általuk elkészített éves beszámolókat adnak képet. Ezt kiegészítik a különböző konferenciákon és KEF értekezleteken szerzett benyomásaink, a KEF tanácsadók folyamatos információcseréje a lokális fórumok tagjaival. Miután az éves beszámoló beküldése a 2008. évi pályázaton elnyerhető támogatás feltétele volt, a beszámolókat csak a pályázó Fórumok juttatták el. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet nem teheti a Fórumok számára általánosan kötelező feladattá a beszámoló elkészítését, hiszen szakmai segítségnyújtást biztosít e területi hálózat viszonylatában, hatósági funkciókkal nem rendelkezik, és nem is gyakorol ilyeneket. Ebben az évben 58 KEF-től származó adatok, információk elemzése történt meg a csaknem száz megalakult Fórum tevékenységének és helyzetének elem-

zése helyett. Emiatt e beszámoló nem tükrözi a teljes körben történeteket és összeteljesítményeket.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a hosszú ideje folyamatosan és jól működő Fórumok mindegyike az elkészült helyi stratégiák végrehajtásának fontossága tudatában pályázott ismételten a támogatás elnyerésére.

A KEF-ektől beérkezett jelentések megoszlása

Működési helyszín	Beszámolót írt	Tényleges számuk 2007-ben
Budapesti kerületi KEF	11	17
Megyeszékhelyen működő KEF	14	18
Városi KEF	22	47
Kistérségi, megyei és regionális Fórum	11	13
Összesen	58	95

A Fórumok által lefedett területek nagysága alapján négy megye kiemelkedik (Győr-Moson-Sopron, Bács-Kiskun, Baranya és Borsod-Abaúj-Zemplén megyék), míg a többi megyében egyetlen a KEF-ek prezentációja, elsősorban a megyeszékhelyeken alakultak meg a Fórumok.

Az éves beszámolót benyújtók ugyan több szempontból heterogenitást mutatnak, mégis közös vonásuk az, hogy (az első ízben pályázók kivételével) nagy többségük a Nemzeti Stratégia megszületését követő rövid időn belül alakult meg. Ezek a Fórumok valóban működőképesek, tudatosodott körükben az együttműködés szükségessége, és gyakorlattá vált az egyeztetés és a koordináció. A Fórumok presztízse a helyi közéletben és a döntéshozók körében megfelelő, az önkormányzatokkal való kapcsolatukat jól jelzi az is, hogy az elmúlt évben vagy beszámoltak az önkormányzatnak (24 helyszínen), vagy a képviselő testületnek (28), vagy valamelyik bizottsági ülésen kaptak szót (34).

A KEF-EK SZERVEZETI SAJÁTOSSÁGAI

A Fórumokban képviselt helyi hatáskörű szervezetek, intézmények száma átlagosan 15, mely a település nagyságától függően 7 és 35 között szóródik. A munkamegosztást és az alaposabb információgyűjtést segítik a különböző munkabizottságok, amelyek jellemzően a stratégia négy fő pillérével megegyező módon prevencióra, a kezelés-ellátásra, a kínálatcsökkentésre és a nyilvánosság tájékoztatására szakosodtak. Csak 12 kisebb településen működő Fórum nem alapított külön munkacsoportokat.

A KEF tagintézmények képviselői az elmúlt évben átlagosan 4-5 alka-

lommal találkoztak szervezett formában egymással, de a munkacsoportok ennél gyakrabban üléseznek.

Érvényes szervezeti és működési szabályzattal egy kivételével mind-egyik KEF rendelkezik, a helyi stratégiák többségükben már elkészültek, és a beszámolók az időarányos végrehajtásukat jónak, eredményesnek minősítik.

43 Kábítószerügyi Egyeztető Fórum kapott 2007-ben működéséhez támogatást. A pénzbeli segítség a szakminisztériumtól, a helyi önkormányzattól vagy mindkettőtől érkezett. A felsorolt támogatók azonos arányban és esetszámban fordultak elő, néhány más szervezettel kiegészítve. Az anyagi segítség elsősorban a Fórumok szervezeti működését teszi lehetővé és újabban a helyi stratégia megvalósítását mozdítják elő. 32 KEF kiadványokat is megjelentetett az elmúlt évben a drogproblémával kapcsolatos hiedelmek eloszlására, vagy éppen fontos információk terjesztése céljából.

A Fórumok a beszámolójukban évről évre értékelik a szervezetük működésének legfontosabb minőségi jellemzőit. Az értékelés az egyszerűség kedvéért egy ötfokú skála alkalmazása révén történik. A skála a sikertelenségtől a teljes megvalósulásig tartó kontinuumot fedi le. A KEF-ek önértékelése alapján kissé problémás a KEF tagok közötti együttműködés, és a KEF presztízsének alakulása, s elgondolkodtató az éves munkaterv és a stratégia sikertelen végrehajtása néhány helyszínen, amely a nélkülük jóval magasabb átlagértékeket rontja. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézzel való kapcsolatukat továbbra is jónak ítélik. A legkevésbé a tagok közötti munkamegosztással elégedettek, szinte minden Fórumban akadnak olyan delegáltak, akik passzívak, s nem vonhatók be a munkába.

A KEF-ek működésének minőségére vonatkozó átlagértékek az elmúlt három évben (ötfokú skála)

	2005	2006	2007
A tagok közötti együttműködés	3,95	4,00	3,83
Munkamegosztás	3,39	3,52	3,19
Az információ áramlása a KEF tagok között	3,77	3,81	3,69
Helyi érdekérvényesítés	3,91	3,85	3,76
Éves munkaterv végrehajtása	4,08	4,04	3,98
A helyi stratégia végrehajtása	3,65	3,77	3,79
Kapcsolat minősége az NDI-vel	4,46	4,37	4,37

A Fórumok a veszélyeztetett életkori csoportok körében folytatott prevenció-s tevékenységre fordítják a legnagyobb figyelmet. Ennek jól értelmezhető oka az, hogy a Fórumok közül csak a megyeszékhelyen működők azok,

amelyek hatókörében működnek a kezelés-ellátás civil és állami intézményei, és elérhetők a kínálatcsökkentés területén dolgozó szervezetek. A relatíve kisebb népességű és közigazgatási szempontból sem kiemelt jelentőségű településeken a leghasznosabb változásokat a keresletcsökkentés területén lehet elérniük a prevenció programok elterjesztésével, az iskolafenntartók szemléletének alakításával, a drogügyi koordinátorok képzésével, iskola-egészségügyi személyzet bevonásával és a drogprobléma „társadalmisításával”. A megelőzési tevékenység eredményességének mérése szakmai szempontból problematikus, kérdéseinkre jelenleg nem adhatók egzakt, pontos méréseken alapuló, megbízható válaszok. Mégis fontosnak látjuk azt, hogy a KEF-ek minősítsék ez irányú tevékenységüket, s ítélik meg közösen a prevenció programokkal elért diákok arányát, s azt, hogy sikerült-e a diákok igényeinek és szükségleteinek megfelelő programokat választani.

A prevenció programokkal kapcsolatos elégedettség alakulása az elmúlt három évben

	2005	2006	2007
A programokkal elért diákok aránya	3,64	3,83	3,66
A programok megválasztása	3,89	3,88	3,81
Elért hatás	3,22	3,50	3,47
A szülők viszonya a programokhoz	2,49	2,67	2,62
A tantestületek viszonya a programokhoz	3,69	3,62	3,64
Az iskolafenntartó támogatása	3,89	4,06	4,01

A beszámolókból arról is nyilatkoztak, hogy megfelelő információkkal rendelkeznek-e, és ez alapján meg tudják-e ítélni az iskolákban folyó dropprevenció programok eredményességét. Az iskolai dropprevenció neuralgikus pontja továbbra is a szülők támogatásának hiánya. Ismert a szülők hárító magatartása, amely mögött leggyakrabban a probléma bagatellizálása áll, és esetenként a félelem a prevenció bumerángthatásától.

A beszámolókból részletesen felsorolják a KEF-ek a térségükben a megadott szintereken zajló tevékenységeket. Az események csoportosítása, kategorizálása azok sokfélesége miatt nehéz. A beszámolókból néhány területen eredményesnek ítélik tevékenységüket, míg akadnak olyan területek, ahol nem sikerült jelentős változásokat elérniük.

A **családok** közvetlen bevonása a kábítószer-probléma enyhítésébe, a megelőző tevékenységbe továbbra sem igazán eredményes, annak ellenére, hogy a megfelelő családi háttér a legbiztosabb preventív tényező. A szülők nem igazán támogatják az iskolában folyó prevenció tevékenységet, a szerhasználattal kapcsolatos iskolai eseményeken, szülői értekezleteken

kevesen vesznek részt, a problémát továbbra sem észlelik, vagy eltávolítják maguktól. Akadnak helyszínek, ahol családi programok szervezésével tesznek kísérletet a szülők bevonására, de a szükséges áttörés egyelőre sikertelen.

A *munkahelyek*, mint lehetséges prevenciós színterek, továbbra sem igazán elérhetőek. Az egészségesebb életmód érdekében teendő intézkedések a munkaadók kompetenciája, ahol kellően érdekeltek, ott történnek is lépések, de az illegális szerekkel szembeni fellépésben a munkaadók még nem tekinthetők stratégiai szövetségeseeknek.

A *szabadidős programok* felsorolásakor a nagy tömegeket érintő rendezvényeket sorolják fel a beszámolók. Ezek alkalmi, évente egy-két alkalomra szorítkozó rendezvények, amelyek a sportolás vagy komplexebben az egészséges életmód fontosságára hívják fel a fiatalok figyelmét.

Az *egyházak* a hitoktatással, az erkölcsi neveléssel segítik a fiatalokat az egészségesebb életmód választásában. A Fórumokban általában képviseltetik maguk az egyházak, de a legeredményesebb segítséget a rehabilitációs és más szociális intézmények fenntartásában tudják nyújtani.

A *médiában* történő megjelenést a KEF-ek fontosnak tartják, és élnek is lehetőségeikkel. A helyi lapokban, a helyi televíziócsatornák adataiban, valamint az Interneten is jelen vannak a Fórumok. A céljaikról és a helyi programokról folyamatosan tájékoztatják a közvélemény ily módon elérhető részét. Sok helyen önálló interaktív honlapot üzemeltetnek, ahol a tanácstalan szülők és fiatalok válaszokat kapnak kérdéseikre.

A különösen *veszélyeztetett csoportok* elérése változatlanul problematikus, a helyi intézményrendszer gyakran eszköztelen e tekintetben. Kiemelkedően csekély lehetőségük van a roma népesség egészségmagatartásának alakítására, befolyásolására. Ennek ellenére vannak figyelemre méltó és sikeres kezdeményezések. Szentesen a veszélyeztetett korú és életmódú fiataloknak éjszakai klubot üzemeltetnek, ahol szakértők alacsony küszöbű szolgáltatást is nyújtanak. Pécs egyik elslumosodott telepén nyílt meg egy klubszerűen üzemelő, alacsony küszöbű szolgáltatást nyújtó intézmény, ahol kizárólag hátrányos helyzetű, szegény családokban élő cigány fiatalokkal foglalkoznak. Ugyanitt szűrik a prostituáltakat, és felvilágosító munkát is folytatnak körükben. Salgótarjánban a deviáns és a cigány fiatalok körében kortárssegítő képzés folyt az elmúlt évben. Debrecenben a BV intézetben és a Javitóintézetben folyik megelőző, ártalomcsökkentő program. Több helyen működik az AA vagy a NA klubhálózat.

Kifejezetten drogbetegeket gyógyító egészségügyi intézmény vagy valamilyen szolgáltatás (drogambulancia, addiktológiai osztály, rehabilitációs otthon) jelenleg a (jelentést küldő) KEF-ek által lefedett terület 80%-án talál-

ható. Az ellátás nehézségei, hiányosságai elsősorban a kisebb településeken regisztrálhatók. Igény tapasztalható a főváros ellátórendszerének komplex vizsgálatára (a hiányosságok, ellátásbeli nehézségek, túlterheltség vagy éppen szabad kapacitások feltárása), mert a kerületekben működő Fórumok önállóan erre nem vállalkozhatnak.

A jelentősebb intézményi fejlődést a rehabilitációs intézmények számának növekedése jelenti. Kedvező változás az, hogy a Fórumok e tekintetben regionális méretekben gondolkodnak, hiszen a kezelő-ellátó és rehabilitációs intézmények viszonylag nagy területen élő népesség ellátására vállalkozhatnak.

A beszámolók a kínálatcsökkentési tevékenységükről, hatásukról és tájékozottságukról szűkszavúan nyilatkoznak. Több helyen továbbra sincs a Fórumnak információja a felderítési munkáról, hol azok „titkossága”, hol a helyi rendőrség „illetéktelensége” miatt. Többségben vannak azok a települések, ahol viszont a KEF kapcsolata a helyi rendőrséggel kifogástalan. Adatokat, tájékoztatást kapnak a felderítő munkáról a bűnmegelőzéssel foglalkozó tisztektől. A beszámolók többsége a rendőrök által működtetett DADA programot jelöli meg a legnagyobb segítségként az iskolai prevenció tevékenységben. A DADA program sok helyen pótolja, vagy kiegészíti az iskolákban folyó megelőző munkát.

Összegzés

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok munkájának minőségét, eredményességét továbbra is jelentős különbségek jellemzik, s ez természetesnek mondható. Eltérő körülmények között, eltérő intézményrendszer, hatókör és támogatás okán eredményességük is eltérő. A korábban megalakult Fórumok szervezetsége, munkamódszere és presztízse jelentősen jobb, illetve a drogszcénára gyakorolt hatása jelentékenyebb, mint az egy-két éve működőké. 2007-ben akadt ismét újonnan alakult, tervekkel és ambíciókkal rendelkező Fórum, de tapasztalhatóan több év szükséges ahhoz, hogy minden képviselt szervezet azonosan fontosnak érezze az együttműködés szükségességét. Az eredményesen működő Fórumokban a kábítószer-problémában érintett tagszervezetek képviselete teljes körű, a tagok egyenlő arányban vesznek részt a munkában. Egyre jelentősebb szerepe van a helyi önkormányzatoknak és a tisztségviselőknek. A vegetáló vagy gyengén teljesítő Fórumokra éppen a külső és belső támogatás hiánya a jellemző.

A Fórumok az előző évi beszámolókhöz képest egy kissé elégedetlenebbek a tagszervezetek együttműködésével, üléseiken egyes szervezetek képviselőinek aktivitásával és a KEF-en belüli munkamegosztással. A munkater-

vek végrehajtásban gyakran csak néhányuk vesz részt aktívan. Nem nőtt a kívánt mértékben a Fórumok presztízse, elfogadottsága és fontosságának megítélése a helyi döntéshozók és a lakosság körében, annak ellenére, hogy az éves munkaterveiket többnyire teljesítették.

A szerhasználat megelőzésében növekedett aktivitásuk. E munkának hatását a szülők érdektelensége rontja elsősorban, de a programokkal elért fiatalok számával sem igazán elégedettek a Fórumok.

A prevenció munka mennyiségi adatain kívül a drogprobléma „társadalmiasításának” területével kapcsolatosan számolnak be átlag feletti sikerekről. A lakosság tájékoztatásában, a reális helyzetértékelés kialakításában és a szükséges ismeretek bővítésében is érzékelhető az előrelépés. Rendre felhasználják a helyi médiumokat, sok helyen önálló honlapot is működtetnek, s minden eseményt, a szükséges információkat ez úton közlik az érintettekkel. A családok, munkahelyek bevonása és a különösen veszélyeztetett társadalmi csoportok elérése továbbra is problémás, elsősorban módszertani kérdés, bár pozitív kísérletek történtek több helyszínen.

Az értékelésekből, a beszámolók adataiból a kezelés-ellátás területén jól látszanak az intézményrendszer fejlesztési igényei, melyekkel kapcsolatos előrelépések gyakran túlmutatnak egy-egy KEF hatókörén, több esetben megyei vagy regionális összefogás lenne szükséges.

Általános a vélemény arról, hogy a kínálatcsökkentés területén egyfajta szemléletformálással a KEF munkájába való szervezettebb bekapcsolódással lehet csak javulást elérni.

1.2.5 Költségvetés és közkiadások

A 2007-es év vonatkozásában nem rendelkezünk átfogó becsléssel a közkiadások vonatkozásában. Az alábbi táblázatban bemutatjuk, hogy a kábítószerügyi koordináció kompetenciakörébe tartozóan milyen jogcímen, milyen nagyságrendű források kerültek felhasználásra.

Kábítószerügyi koordinációs kiadások 2007	
Támogatások jogcíme	keretösszeg
Pályázatok:	
KAB-AL-07	170.000.000
KAB-IPP-07	160.000.000
KAB-KEF-07-A/B/C	93.000.000
KAB-KOM-07	25.000.000
KAB-KP-07-A/B/C	35.000.000
KAB-KRI-07	40.000.000
KAB-KT-07	40.000.000
KAB-PR-07-A	45.000.000
KAB-PR-07-B	121.814.000
KAB-RE-07-A/B/C	70.000.000
Egyedi támogatások	88.284.000
KKB döntésen alapuló támogatások	46.000.000
Elterelés: megelőző felvilágosítás	120.000.000
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet feladatainak támogatása	100.000.000
Összesen	1.154.098.000

1.2.6 A nemzetközi együttműködés szinterei

A kábítószer-probléma kezelésével összefüggésben élénk szakmai és intézményes kapcsolat bontakozott ki mind a nemzetközi, mind pedig az európai uniós partnerekkel. Az alábbiakban bemutatásra kerül, hogy hazánk milyen típusú és tartalmú rendszeres együttműködésekben vesz részt, miként biztosítható a magyar drogpolitika prioritásainak képviselete ebben a vonatkozásában.

ENSZ

A Kábítószerügyi szakterület minden évben, így 2007-ben is képviselte Magyarországot az ENSZ Kábítószerügyi Bizottságának (CND) 50. ülés-zakán. A Bizottság 2007. március 12. és 16. között ülésezett Bécsben.

Az ülésnapirendjén a világ kábítószerhelyzetének áttekintése, a vonatkozó nemzetközi egyezmények alkalmazása, a kínálat- és a keresletcsökkentés kérdései, a nemzetközi együttműködés erősítése, valamint egyre nagyobb hangsúllyal az UNGASS (az ENSZ Rendkívüli XX. Közgyű-

lésén elfogadott határozat) értékelése szerepelt. A tematikus vita témája „a kábítószer prekursorok ellenőrzésének új kihívásai” volt.

Az ülészakon a magyar delegációban az EÜM, a KÜM, az SZMM, valamint az EKH, az MKEH és az NDI képviselői vettek részt, a delegáció munkáját az Állandó ENSZ Képviselő is segítette. A magyar delegáció vezetői a nemzeti kábítószerügyi koordinátor és a bécsi Állandó ENSZ Képviselő nagykövete voltak.

Az ülészak margóján a magyar delegáció a „Beyond 2008” projekt részleteivel kapcsolatban kétoldalú megbeszéléseket folytatott az UNODC képviselőivel, valamint bemutatókozó találkozóra került sor az INCB új elnökénél, Philip Emafo úrnál. A magyar delegáció kétoldalú megbeszélést folytatott a kolumbiai, illetve az ukrán delegációval.

Az INCB elnökének vezetésével a jelentős máktermelő országok (Ausztrália, Franciaország, India, Törökország, Spanyolország, valamint Magyarország), továbbá a legnagyobb felhasználók (Belgium, Irán, Japán, Szlovákia, Dél-Afrika, USA részvételével és az Egyesült Királyság távolmaradásával) áttekintették a világ ipari máktermelésének és a legális felhasználásnak jelenlegi helyzetét. A máktermelő országok beszámoltak az elmúlt évi ipari máktermelés nagyságáról (vetési terület, learatott mennyiség), az abból kinyert alapanyagok mennyiségéről, a 2006. év végi zárókészletről, továbbá a 2006. és 2007. években vetni, illetve aratni szándékozott mennyiségről. Az INCB elnöke meglegedését fejezte ki, hogy Magyarországon – az előző évben becsült és az INCB aggodalmát kiváltó – jelentős termőterület emelkedés nem következett be. Az egyeztetésen az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal munkatársai képviselték hazánkat.

EU

Hazánk európai uniós csatlakozása óta teljes jogú tagként vesz részt a *Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoport* havonta esedékes ülésein Brüsszelben. A Munkacsoport ülésein a drogpolitikai szempontból jelentős kérdéseket tárgyalják a tagállamok képviselői. Fontos feladata a Munkacsoportnak továbbá a kábítószerügyi dokumentumok megszövegezése, illetve az együtdöntési eljárás esetén az Európai Parlament kijelölt bizottságával (ez általában a LIBE szakbizottság) történő egyeztetés. Ilyen, jelentős dokumentum a Drogstratégia, illetve az Akcióterv, avagy a *Európai Unió Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának alapító dokumentumának módosítása*.

A Munkacsoport munkájához kötődő TROIKA találkozókön a szakterület képviselteti magát, ilyen volt többek között a 2007. április 2-i nyugat-balkáni országokkal folytatott megbeszélés.

Az EU német elnöksége 2007. május 14–15-én rendezte meg kábítószerügyi koordinátorok találkozóját Berlinben. A konferencia lehetőséget biztosított a legjobb gyakorlatok cseréjére, a szakemberek között párbeszédre.

EU/EMCDDA

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának Igazgatótanácsa 2007-ben két alkalommal július 4–6-án, illetve december 5–7-én ülésezett. Az Igazgatótanács a Központ működésének legjelentősebb kérdéseit tárgyalta, többek között a következő évre vonatkozó munkatervet és költségvetést.

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) éves jelentésének bemutatására az Európai Parlamentben 2007. november 21-én került sor. A tagállami parlamentek egy-egy tagját várták az eseményre, hazánkat a Parlament Kábítószerügyi Eseti Bizottságának elnöke képviselte az eseményen.

EURÓPA TANÁCS POMPIDOU CSOPORTJA

A Pompidou Csoport állandó levelezői találkozóira, valamint a Kutatási, illetve Kezelési Platformjainak munkájában a szakterület által delegált szakértő vett részt.

KÉTOLDALÚ KÁBÍTÓSZERÜGYI KAPCSOLATOK A ROMÁN NEMZETI DROGELLENES ÜGYNÖKSÉGGEL

Találkozó Temesváron, Romániában

2007. június 13–15. között került sor a 3. Román–Magyar Bilaterális Kábítószerügyi Konferenciára, amelynek témája a partnerség előmozdítása volt a kábítószerügyek területén az európai kontextusban.

A román fél ismertette a Duna–Körös–Maros–Tisza Regionális Együttműködés intézményét és az elért eredményeiket. Előadást hallhattunk az alkoholfogyasztásról és az ezekhez kapcsolódó problémákról, a rekreációs kábítószer-használat formáiról a határmenti régiókban, valamint a preventív tevékenységekről és hatékonyságuk méréséről. A kábítószerterületen kifejlesztett kommunikációs kampányok megalkotását és eredményességét, a fogvatartott kábítószer-használók részére kialakított programokat, valamint a rendőrség és a pénzügyőrség kábítószer-ellenes tevékenységét szintén megismerhették a résztvevők.

Találkozó Pécsen

2007. november 5–7. között a kétoldalú együttműködés keretében Pécsen rendezett szakmai konferenciát a kábítószerügyi koordináció. A konferencián lehetőség nyílt a kábítószerügyi koordináció rendszerében történt változások ismertetésére, a kábítószerfüggők integrált ellátási formáinak megismerésére. A komlói Leo Amici Alapítvány dolgozói bemutatták a kábítószer rehabilitációs otthont, valamint az INDIT közalapítvány munkatársai ismertették az alapítvány által működtetett drogambulanciát, prevenciósz központot, a védett munkahelyül szolgáló kávézót, és a plázában működő „Alternatíva” irodát is.

1.3 A kábítószer-problémával foglalkozó kutatások

1.3.1 Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök

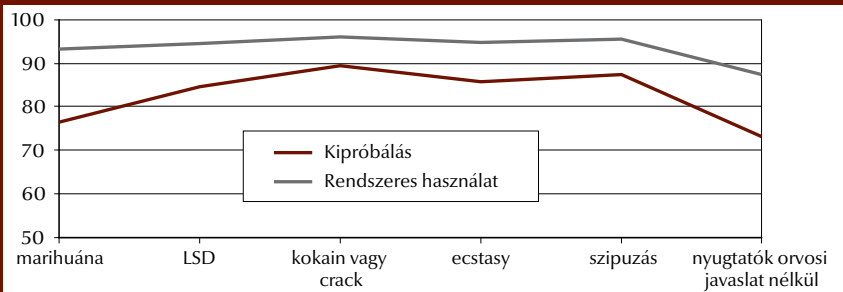
Drogokkal és drogfogyasztókkal, illetve drogpolitikával kapcsolatos attitűdök a felnőtt populációban

A 2007-ben készült lakossági felmérés¹ (Paksi és Arnold 2007) szerint Magyarországon a felnőtt lakosságban a különböző szerekek kapcsolatban a kevésbé differenciált veszélyészlelés² jellemző. A különféle drogok veszélyeinek percipiálása meglehetősen „egybecsomósodik”. Mindössze a különböző gyakoriságú szerfogyasztások veszélyességének megítélésében jelentkezik – mint azt a két grafikon egymáshoz viszonyított helyzete mutatja – konzekvensen egy kismértékű különbségtétel.

¹ A kutatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont finanszírozásával a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja készítette (Paksi és Arnold 2007). A kutatás célpopulációja a magyarországi 18–64 éves népesség. Az adatfelvétel a keretpopuláció rétegzett (a fővárosban korcsoportok, vidéken településméret, régió és korcsoport szerint rétegzett, összesen 186 rétegbe sorolt) reprezentatív mintáján, 2007 tavaszán történt. Bruttó minta 3000 fő, nettó minta nagyság 2710 fő volt. Az adatfelvétel ún. kevert módszerrel, azaz az önkitöltős elemekkel kombinált face to face technikával történt.

² A megkérdezettek – EMCDDA (2002) ajánlásainak megfelelően – négyfokozatú skálán fejezheték ki véleményüket: 1 – nem veszélyes; 2 – kicsit veszélyes; 3 – közepesen veszélyes; 4 – nagyon veszélyes.

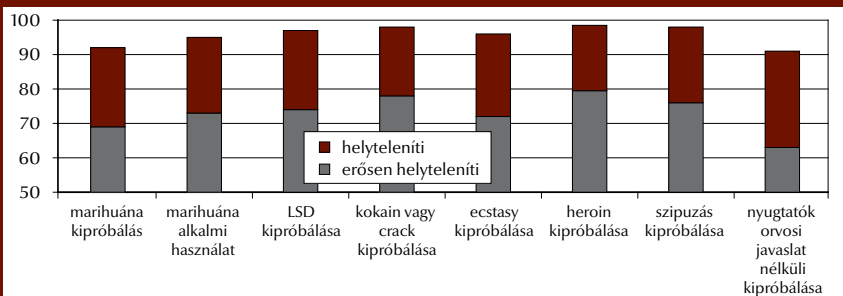
A különböző drogfogyasztó magatartásokat „nagyon veszélyesnek” tartók aránya (a 18-64 éves válaszolók %-ában)



Forrás: Paksi és Arnold 2007

A szerhasználat helytelenítése³ a társadalom gondolkodásában gyakorlatilag leképezi a fogyasztás veszélyességével kapcsolatos percepciókat, a különböző szerhasználó magatartások között e tekintetben is csak igen kissé mértékű differenciálás tapasztalható. A lakosság több mint kilencven százaléka valamilyen mértékben helyteleníti, s ezen belül 70–80%-a „erősen helyteleníti” bármilyen tiltott drogfogyasztását.

A különböző fogyasztói magatartásokat „helytelenítő”, illetve „nagyon helytelenítő” aránya (a 18-64 éves válaszolók %-ában)



Forrás: Paksi és Arnold 2007

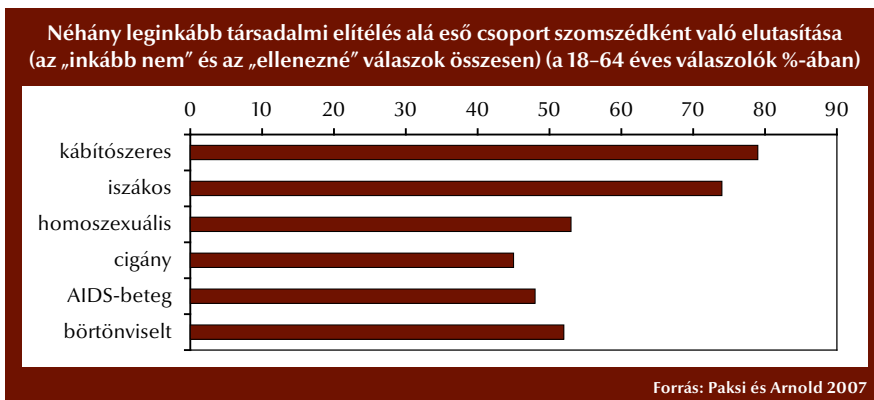
A veszélyeslelés alacsony szintű szerenkénti differenciáltságával összhangban, a marihuána/hasis és a heroin közötti drogpolitikai különbségtétel is igen alacsony szinten fogalmazódik meg a lakosságban. Minden esetben a restriktív drogpolitikával való nagyfokú egyetértés jelentkezik

³ A megkérdezettek – az EMCDDA (2002) ajánlásainak megfelelően – háromfokozatú skálán fejezték ki véleményüket: 1 – nem helyteleníti; 2 - helyteleníti; 3 – erősen helyteleníti.

(arra a kérdésre, hogy „milyen mértékben ért egyet azzal, hogy meg kéne engedni az embereknek a következő szerek fogyasztását” az elutasító válaszok aránya a marihuána, hasis esetében 89,8%, a heroin esetében pedig 98%), bár a marihuánafogyasztással kapcsolatban valamelyest megengedőbb a hozzáállás.

A drogfüggőket a lakosság 59,7%-a inkább betegnek tartja, s 21,3% azoknak az aránya, akik részben vagy egészében kriminalizálják („inkább bűnözőnek”, vagy „bűnözőnek és betegnek is” tartják egyszerre) őket. Azoknak az aránya, akik szerint a drogfüggő sem nem beteg, sem nem bűnöző, mindössze 7,4% a magyar lakosságban.

Más társadalmi csoportok (cigányok, börtönviseltek, alkoholisták, homoszexuálisok stb.) kontextusában a kábítószer-fogyasztók képezik a legkevésbé tolerált társadalmi csoportot Magyarországon. A felnőtt lakosság négyötöde negatívan viszonyul a kábítószeresekhez a szomszédsági viszony lehetőségének felmerülése esetén, s közel fele (48,5%) egyértelműen ellenezné azt.



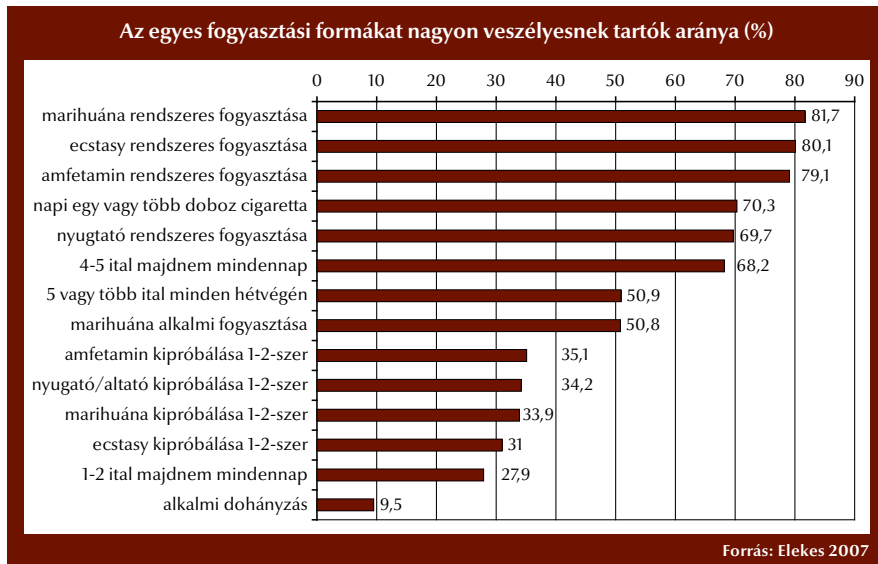
A korábbi drogepidemiológiai kutatások (Paksi 2003) eredményeivel összehasonlítva nem látunk jelentős elmozdulásokat sem a drogprobléma társadalmi percipiálásában, sem a lakosság drogpolitikai elképzeléseiben. Az utóbbi években a társadalmi távolság tekintetében sem történt hibahatáron túli elmozdulás.

Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök az iskolás populációban – Budapesti Iskolavizsgálat 2007

2007-ben az ESPAD vizsgálat keretei között annak kérdőívével és módszertani útmutatója szerint készült vizsgálat Budapesten a 8–10. évfolyamon

tanuló (14–17 éves) diákok között⁴ (Elekes 2007). A kutatás során a diákok drogokkal kapcsolatos attitűdjét a „mennyire tartja veszélyesnek a fogyasztást” kérdéssel mérték, a korábbi adatfelvételekhez képest azonban a 2007. évi kérdőívben a vizsgált szerek listája jelentősen lerövidült, és csak a legelterjedtebb szerekre terjedt ki.

A 8–10. évfolyamosok válaszai alapján képzett veszélyességi rangsor arra utal, hogy ma már a diákok egyértelmű különbséget tesznek a rendszeres fogyasztás, az alkalmi fogyasztás és a kipróbálás között.



A veszélyességi rangsor élén a marihuána, az ecstasy és az amfetamin – azaz tiltott szerek – rendszeres fogyasztása áll. A veszélyességi rangsor *második nagyobb csoportját legális szerek alkotják*: napi egy vagy több doboz cigaretta elszívása, rendszeres nyugtató fogyasztás és a majdnem minden nap elfogyasztott nagyobb mennyiségű alkohol. A rangsorban a következő csoportot a hétfégi nagyivás és az alkalmi marihuána fogyasztás jelenti. Mindkét fogyasztási formát a diákok fele tekinti nagyon veszélyesnek. A megkérdezettek több mint egyharmada tartja nagyon veszélyesnek az amfetaminok, a nyugtató/altató, valamint a marihuána kipróbálását. Ennél valamivel

⁴ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete készítette az ECHO Survey Szociológiai Kutatóintézetrel együttműködésben. Az adatfelvétel önkéntes, csoportos lekérdezéssel történt külső kutatási asszisztensek közreműködésével a 8–10 évfolyamosok reprezentatív mintáján, rétegzett csoportos mintavételi eljárással a 10 évfolyamon tanulók felülreprezentálásával. Bruttó minta 2108 fő, nettó minta 1788 fő volt.

kisebb az ecstasy kipróbálását nagyon veszélyesnek tartók aránya. Azaz a vizsgált tiltott szerek közül az ecstasy kipróbálását tartják a legkevésbé veszélyesnek a diákok.

Az attitűdökben bekövetkezett változások a fogyasztási adatokban bekövetkezett változásokhoz hasonló tendenciát mutatnak. 1995 és 2003 között a legtöbb vizsgált szer fogyasztását veszélyesnek tartók aránya csökkent. 2003-ban megfordul a tendencia, és a 2005–2007. évi adatok már arra utalnak, hogy a legtöbb szer esetében a veszélyészlelés csökkenése megáll, sőt számos szer esetében növekszik a fogyasztást veszélyesnek tartók aránya.

1.3.2 Drogfogyasztás a populációban⁵

Háttér, előzmények

A 2001-es és 2003-as adatfelvétel után, azok módszertanát követve 2007-ben reprezentatív felmérés készült a felnőtt lakosság körében, Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) címmel. A felmérés érdekessége, hogy a legális és illegális drogfogyasztás mellett több viselkedési addikció vizsgálatára is kitért a kérdőív.

2007-ben az ESPAD kutatás keretében, annak módszereivel Budapesten adatfelvétel történt az általános és középiskolák 8–10. évfolyamán tanuló diákok reprezentatív mintáján, mely illeszkedik az 1992 óta a fővárosi fiatalok körében végzett drogepidemiológiai kutatások sorába.

A specifikus csoportok tekintetében az elmúlt évben a budapesti, ellátásban részesülő hajléktalanok körében készült kutatás, mely a hajléktalanok drogérzékenysége és fogyasztási szokásainak vizsgálatán túl kitért társadalmi jellemzőik vizsgálatára is.

1.3.2.1 Drogfogyasztás az általános populációban

A 2007-es felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján készült kutatás⁶ (Paksi és Arnold 2007) alapján a megkérdezett 18–64 éves korosztály 9,3%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. Az éves prevalencia érték 2,6%, az előző havi prevalencia érték pedig 1,3%. A valaha használók körében az új belépők aránya 3,1%, a folyamatos használóké 23,8%-a, a kilépők aránya pedig 72,3%.

Az illegális szerek tekintetében a vizsgált népesség körében mind az élet-, mind az éves prevalenciák alapján (továbbra is) a kannabisz származékok fogyasztása a legelterjedtebb (életprevalencia 8,5%). A kannabisz-

⁵ A fejezet szerzői: Elekes Zsuzsanna, Nadas Eszter, Paksi Borbála.

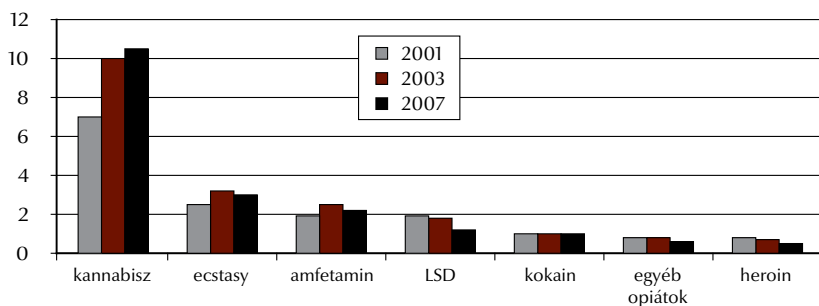
⁶ Módszertant lásd: 1.3 fejezet.

származékokat az ecstasy (2,4%), az amfetamin (1,8%) és a hallucinogének (1,4%) követik, a többi vizsgált tiltott szer életprevalencia értéke 1% alatti.

A fiatal felnőtt populációban a szerfogyasztás a 18–64 éves népességben tapasztaltnál hasonló, csak gyakoriságában tér el attól. A 18–34 éves korosztály 20,9%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert, az elmúlt évben 6,4%-uk, az elmúlt hónapban pedig 3%-uk. Ebben a korcsoportban szintén a kannabiszszármazékok a leggyakrabban fogyasztott szerek (19,1%), ezt az ecstasy (5,1%), az amfetamin (4%) és a hallucinogének követik (3,2%).

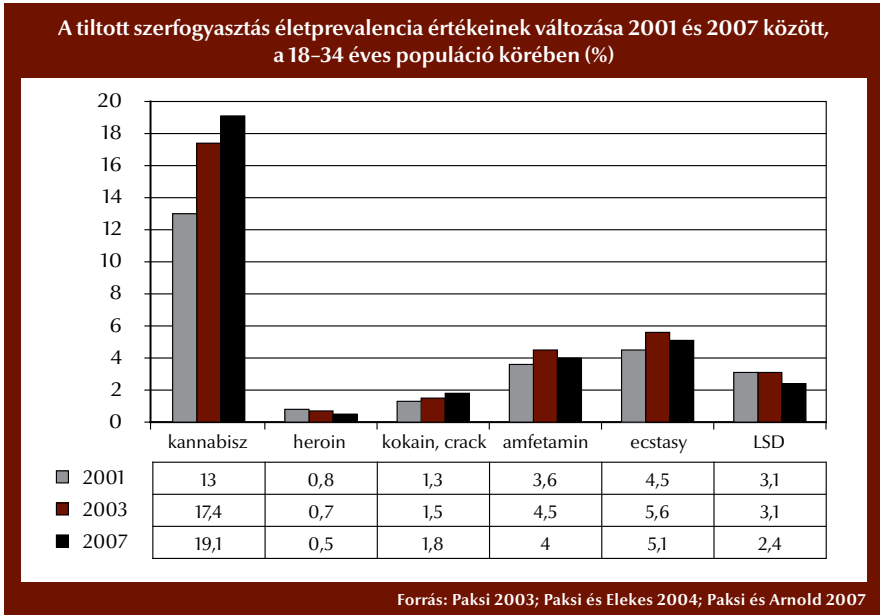
A 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben készült általános populációs vizsgálatok összehasonlítható korévekre (18–53 éves népességre) számított prevalencia értékei alapján a következő mondható el: míg 2001 és 2003 között szignifikánsan (3,6 százalékponttal) növekedett a tiltott drogok életprevalencia értéke (95%-os megbízhatósággal), és kétharmados megbízhatósággal nőtt az éves prevalenciaérték is (0,9 százalékponttal), addig 2003 és 2007 között az életprevalencia érték nem változott (2003-ban 11,1%, 2007-ben pedig 11,2%), az éves prevalenciaérték pedig kétharmados megbízhatósági szinten kedvező irányba mozdult el (3,9-ről, 3,1-re csökkent). Szintén kétharmados megbízhatósági szinten csökkenés tapasztalható a folyamatos fogyasztási rátában, és kedvező irányú elmozdulás (61,9%-ról 72,3%-ra való növekedés) a kilépők arányában. (Az egyes tiltott drogok közül mindössze az LSD esetében csökkent 68%-os megbízhatósági szinten az életprevalencia érték, a többi szer esetében csak hibahatáron belüli elmozdulásokat tapasztaltunk.)

A tiltott szerek életprevalencia értékeinek változása 2001 és 2007 között, a 18–53 éves populáció körében (%)



Forrás: Paksi és Arnold 2007

A fiatal felnőtt populációban mért eredményeket összehasonlítva a korábbi kutatások eredményeivel⁷ (Paksi és Elekes 2004) szintén megállapítható, hogy az utóbbi 4 évben a tiltott szerfogyasztás növekedése nem folytatódott. Míg 2001-ben a 18–34 évesek körében a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értéke 14,6% volt, 2003-ra ez az arány 20,1%-ra nőtt, 2007-ben azonban nem figyelhető meg hibahatáron túli emelkedés (20,9%).



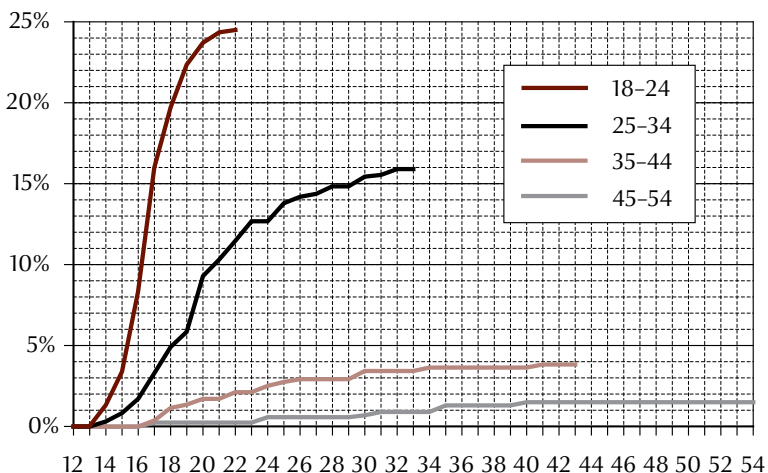
A mai felnőtt (18–64 éves) népesség tiltott droggal való első találkozása leggyakrabban 20 éves korban, átlagosan 20,25 évesen történt. A valaha fogyasztók több mint fele (53,2%) azonban ennél fiatalabb életkorban próbálkozott először valamilyen tiltott drog használatával, és minden ötödik-hatodik fogyasztó (18,4%) már 16 éves korában túl volt az első használaton.

Az első drogfogyasztás életkora alapján korcsoportonként felrajzolt kumulált prevalencia-görbe – a korábbi (2001-es, ill. 2003-as) általános populációs kutatásokhoz (Paksi 2003; Paksi és Elekes 2004) hasonlóan – ma is a különböző korosztályok eltérő életkori kitettségét mutatja. A mai felnőtt népesség fiatalabb (18–34 év közötti) korcsoportjainak tagjai 14–15 évesen kezdtek, és az első éveikben intenzíven éltek meg a tiltott drogokkal való

⁷ 2001-ben a legfiatalabb korcsoport 19 éves volt.

„ismerkedést”. Különösen érvényes ez a legfiatalabb, 18–24 éves korosztály tagjaira, akiknek évente 3–5%-a jutott túl az első használaton 15–20 éves kora között, majd a 20-as éveikben évi 1% körüli értékre esett vissza körükben a drogokkal való kapcsolatba kerülésnek, illetve az érintettség növekedésének a kockázata. A 25–34 éves korosztályra vonatkozó adatok alapján pedig úgy tűnik, hogy 25 éves kor után már minimalizálódott, de – a korábbi vizsgálatoktól eltérően, ahol gyakorlatilag a nullához közelített a kitétség ezekben az éveken – nem szűnt meg a tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata, átlagosan háromévente 1%-al növekedett az érintettség. A ma 35 év feletti korosztályok élete során pedig – abszolút értelemben és a fiatalabb korosztályokhoz képest is – mindvégig igen alacsony volt a tiltott drogok kipróbálásának kockázata. E korosztályok életében 18 éves kor körül jelentek meg alacsony kockázati magatartásként a tiltott drogok, és életük során mindvégig igen mérsékelt kockázatnövekedéssel találkoztunk.

A tiltott drogfogyasztás kumulált prevalencia-görbéje korcsoportonként (a válaszolók százalékában)

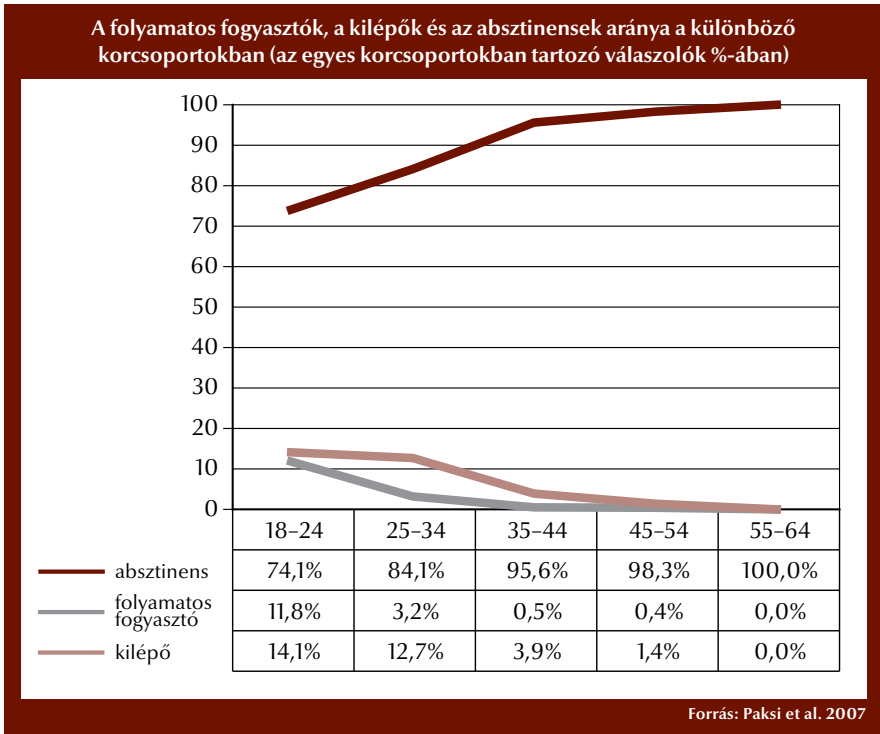


Forrás: Paksi és Arnold 2007

A DROGHASZNÁLAT MINTÁZATAI

A korábbi magyarországi vizsgálatokhoz hasonlóan (Paksi 2003; Paksi 2007) a droghasználat – mint ahogy azt a kumulált prevalencia-görbék elhelyezkedése is mutatja – markáns életkori mintázattal rendelkezik ($p < 0,001$).

A fiatal felnőtt korosztálytól az idősebb korcsoportok felé haladva fokozatosan csökken – a 44 év feletti korcsoportokban már minimális – a droghasználati tapasztalattal rendelkezők aránya. A magas kilépési arány következtében a közelmúltbeli (folyamatos) droghasználók⁸ aránya pedig már a 35–44 évesek körében is minimális. Összességében a 35 éves vagy annál idősebb korosztályokban mindössze 0,4% azoknak az aránya, akik az elmúlt évben⁹ (is) fogyasztottak valamilyen tiltott drogot¹⁰.

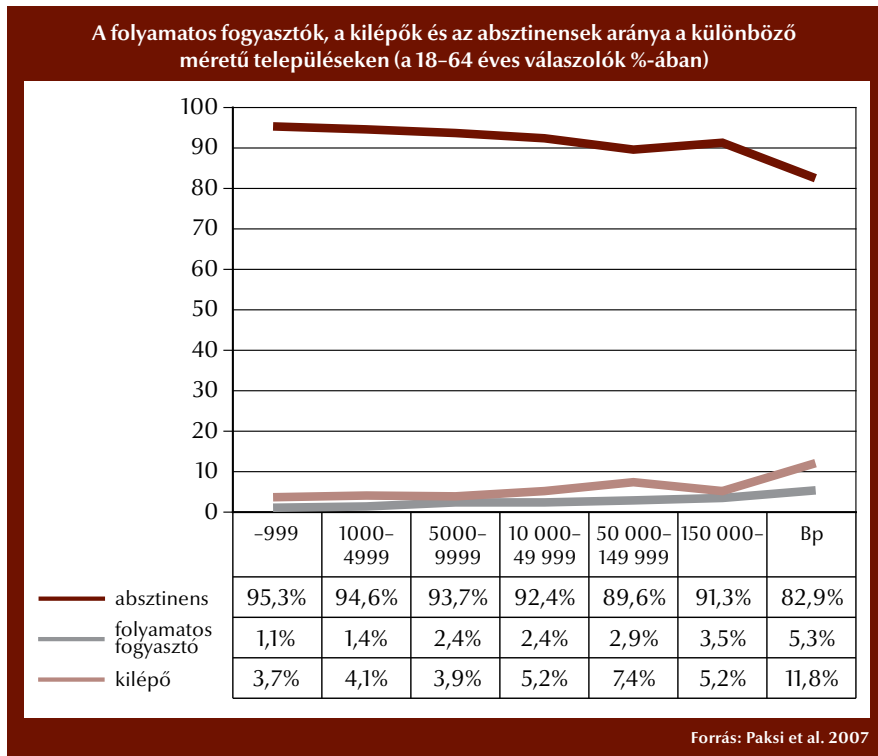


⁸ A közelmúltbeli (folyamatos) droghasználók aránya azt fejezi ki, hogy a valaha fogyasztók között milyen arányban (%) vannak azok, akik az elmúlt évben is fogyasztottak valamilyen drogot.

⁹ Az általános populációra vonatkozó vizsgálatokban az életprevalencia érték kategóriája a drogfogyasztók társadalmi mintázódásának leírása során nehezen értelmezhető, mivel a valaha használók jelentős része (Magyarországon ez az arány 69,9%) aktuálisan, illetve a közelmúltban nem használt semmilyen tiltott drogot, ugyanakkor a társadalmi/demográfiai háttérváltozók az aktuális társadalmi elhelyezkedésüket mutatják, tehát a droghasználat és az egyéb jellemzők nem azonos életperiódusra vonatkoznak. Ezért a tiltott droghasználat megóvó és rizikótenyezőinek vizsgálata során a valaha fogyasztókon belül különválasztották a közelmúltban használókat és a kilépőket, és hozzájuk hasonlítják az absztinenseket.

¹⁰ Ez a mintában összesen 6 főt jelent.

A droghasználat urbanizációs mintázata – a korábbi vizsgálatokkal összhangban (Paksi, 2007) – szintén szignifikánsan megjelenik ($p < 0,001$). A nagyobb lélekszámú települések felé haladva növekszik a közelmúltbeli droghasználók aránya. A 10 000-nél kisebb lélekszámú települések esetében összesen a népesség 1,5%-a fogyasztott az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot.¹¹



Összességében, a droghasználat életkori és urbanizációs mintázatát figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy a folyamatos droghasználók 90,2%-a a fiatal felnőtt (18–34 éves), illetve több mint kétharmada (68,2%) a nagyvárosi (10 000 főnél nagyobb) fiatal felnőtt populációból kerül ki.

A származási státust kifejező, szülők iskolai végzettségét leíró változókkal rendre szignifikáns, lineáris kapcsolatot mutat a droghasználat (az apa és az anya végzettsége esetében is $p < 0,001$). Ez a kapcsolat – hasonlóan az ezredfordulót követő más kutatási eredményekhez (Paksi, 2007) – a

¹¹ Ez a mintában összesen 16 főt jelent.

magasabb iskolázottságú családi háttérrel rendelkezők átlagosnál nagyobb veszélyeztetettségével írható le, ami a tiltott szerekkel való kapcsolatba kerülés és a folyamatos használat vonatkozásában is megjelenik.

A folyamatos fogyasztók, a kilépők és az absztinensek aránya a szülők iskolai végzettsége szerint (18–64 éves válaszolók %-ában)

Származási státusz (Pearson Chi-Square feltüntetésével)		Absztinens	Folyamatos fogyasztó	Kilépő	N
Apa/ nevelőapja	Kevesebb mint 8 általános	98,0	0,9	1,2	346
	8 általános	97,7	0,8	1,5	612
	Szaktunókásképző	90,1	1,6	8,3	819
	Érettségi	85,2	4,5	10,2	264
	Technikum	84,3	5,2	10,5	153
	Diploma	79,6	9,4	11,1	235
	<i>Összesen</i>	<i>91,2</i>	<i>2,6</i>	<i>6,2</i>	<i>2429</i>
	Anyja/ nevelőanyja	Kevesebb mint 8 általános	98,5	0,5	1,0
8 általános		96,1	1,0	3,0	915
Szaktunókásképző		90,5	2,0	7,5	440
Érettségi		85,1	4,0	11,0	429
Technikum		76,8	7,2	15,9	69
Diploma		74,6	10,8	14,6	213
<i>Összesen</i>		<i>91,1</i>	<i>2,6</i>	<i>6,2</i>	<i>2462</i>

Forrás: Paksi et al. 2007

A drogfogyasztók saját kulturális/gazdasági státusát a származási család társadalmi elhelyezkedése határozza meg a tapasztalatok szerint: a droghasználat, különösképpen a folyamatos droghasználat kockázata szignifikánsan nagyobb a magasabb/illetve potenciálisan magasabb iskolázottságú, az átlagosnál jobb lakáskörülmények között, az átlagosnál nagyobb jövedelmű háztartásokban élő, kisebb anyagi deprivációkat megélló társadalmi csoportokban. E tekintetben a korábbi kutatási eredményekhez képest – ahol számos indikátor a folyamatos használók relatíve kedvezőtlen saját státusát jelezte, és azt, hogy nem voltak képesek megőrizni a származási státust (Paksi, 2007) – változások figyelhetők meg.

A korábbi évek kutatási adataihoz hasonlóan, a drogfogyasztás ma is rendre szignifikáns kapcsolatot jelzett a társadalmi integráció olyan indikátoraival is, mint a családi vagy a munkahelyi integráció. A nőtlen/hajadon népesség körében szignifikánsan magasabb a droghasználók aránya. Ez az összefüggés nemcsak a családi állapot korosztályos mintázatát is hordozó teljes felnőtt populációban jelenik meg, hanem a fiatal felnőtt korosztályokban is. Hasonlóképpen a házasság intézménye minden korosztályban

megóvó erőt jelent. A munka világa – a család intézményéhez hasonlóan – a drogfogyasztók számára kevésbé biztosítja a társadalmi életbe való bekapcsolódást. A folyamatos fogyasztók kisebb arányban kapcsolódnak be a munka világába, rövidebb ideig dolgoztak eddigi leghosszabb munkahelyükön, kevésbé elégedettek a munkájukkal, illetve a munkatársi kapcsolatokat is magában foglaló társas kapcsolataikkal.

1.3.2.2 Drogfogyasztás az iskolás- és fiatalkorú populációban

BUDAPESTI ISKOLAVIZSGÁLAT 2007

A 2007-es budapesti iskolavizsgálat¹² eredményei szerint (Elekes, 2007) a fiatalok 22,7%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert¹³. A fiúknál az arány 25,8%, a lányoknál pedig 19,9%. Ennél magasabb, 28% azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert¹⁴. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a fiúknál 30,7%, a lányoknál pedig 25,6%. Az orvosi javaslat nélküli gyógyszerfogyasztás¹⁵ életprevalencia értéke a lányoknál magasabb: 21,4%, a fiúknál 14%. A teljes mintára vonatkozó prevalencia érték 17,9%.

A diákok többsége kipróbáló vagy alkalmi fogyasztó, és csupán a válaszolók 5,1%-a fogyasztott 20 vagy több alkalommal valamilyen tiltott szert.

Az életprevalencia értékek alapján a fogyasztási szerkezet a korábbi évekhez hasonlóan alakul. Változatlanul a kannabisz a legelterjedtebb szer, 20,6 %-os életprevalencia értékkel. A marihuána után négy legális szer található az elterjedtségi sorrendben: az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása (12,3%), az orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás (10,3%), a patron/lufi használat (7,2%) és a szipuzás (6,8%). A legális szerek után hagyományosan az ecstasy (5,8%), amfetaminok (5,2%) és az LSD/hallucinogének (3,8%) következnek a sorrendben. A többi vizsgált drog fogyasztása változatlanul alig van jelen a 8–10. évfolyamos fővárosi középiskolások életében.

A tiltott szert már próbáltak többsége (73,8%) 14 éves korban vagy ezután próbálkozik először a fogyasztással, az első fogyasztás leggyakoribb életkora a 15 év.

¹² Módszertant lásd: 1.3 fejezet.

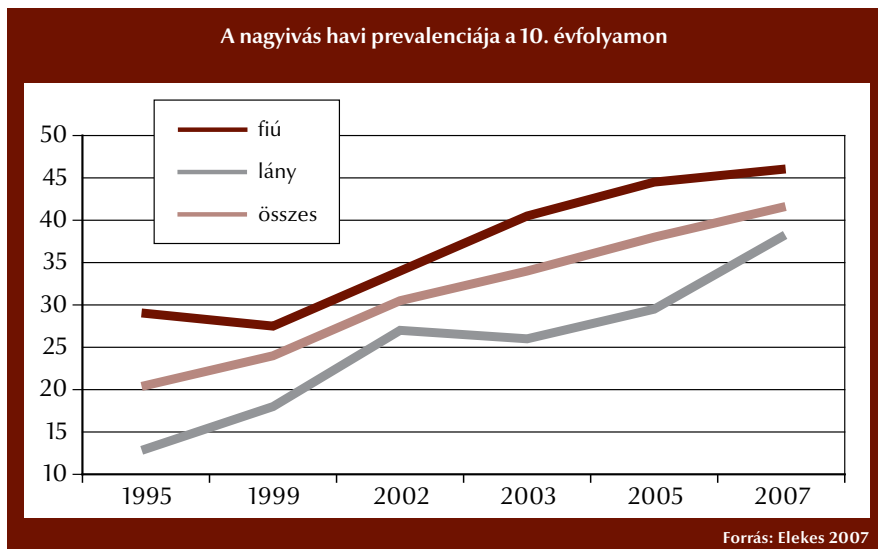
¹³ Tiltott szerek: a korábbi ESPAD beszámolókból tiltott szerek között szereplő drogok: marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

¹⁴ Az „ESPAD” tiltott szereken kívül a mágikus gomba, GHB, egyéb opiátok (pl. máktea), egyéb drogok, szerves oldószerek, patron/lufi.

¹⁵ Nyugtatók/altatók és alkohol gyógyszerrel.

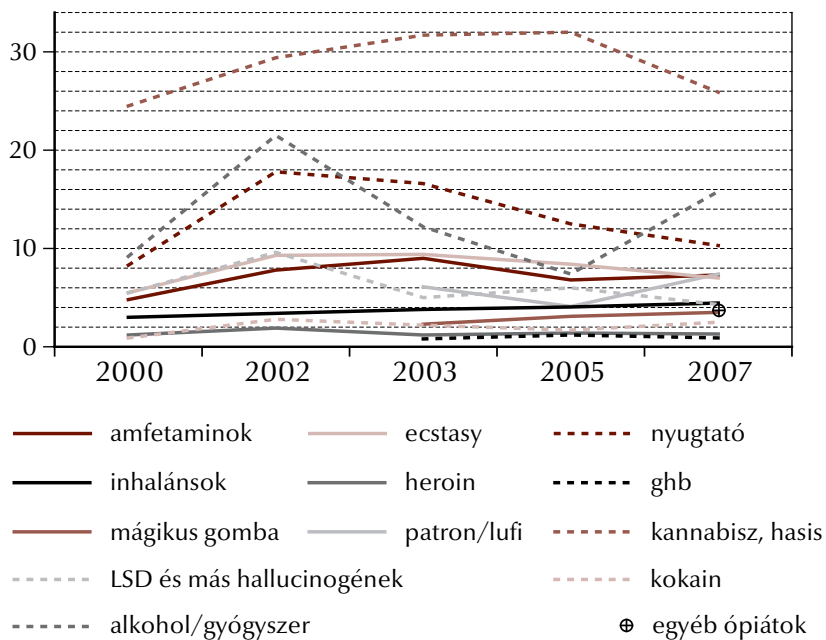
A kutatás csupán három szer havi prevalencia értékét vizsgálta: az előző hónapban marihuánát fogyasztók aránya 8,2%, a szerves oldószert használók aránya 1,6%, az ecstasyt használók aránya pedig 1,4% volt.

A nagyívás havi prevalencia értéke 45,9%, ami 1995-höz viszonyítva az előző hónapban legalább egyszer 5 vagy több italt fogyasztók arányának megkétszereződését mutatja, a lányok körében jelentősebb a növekedés.



A Budapestre vonatkozó adatok lehetőséget adnak a hosszabb távú változások bemutatására is, mivel az ESPAD vizsgálatok éveiben, valamint 2000-ben, 2002-ben és 2005-ben kiegészítő adatfelvételek készültek az ESPAD kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával. A 2007. évi adatok a tiltott szerek életprevalenciájának 32,7%-ról 27,8%-ra és a droghasználati célú szerek fogyasztásának 35,1%-ról 31%-ra történő csökkenését mutatják 2005-höz képest. Mindkét csökkenés 95%-os megbízhatósággal szignifikáns. A csökkenés egyértelműen a kannabiszfogyasztás életprevalencia értékének 32%-ról 26%-ra történt csökkenésével magyarázható. Ez a csökkenés szintén szignifikáns 95%-os megbízhatósággal. A kannabisz nélküli tiltott szerek fogyasztásának életprevalencia értéke az 1995 és 1999 között bekövetkezett jelentős növekedés után az elmúlt nyolc évben változatlan, és valamennyi vizsgált évben a 11,6–11,9% közötti prevalencia értéket mutatja. A fővárosi diákok tiltott szer fogyasztási struktúrájában jelentős átrendeződést nem tapasztaltunk az utóbbi években.

Tiltott és legális szerek életprevalencia értéke 2000 és 2007 között a 10. évfolyamos fővárosi diákok körében



Forrás: Elekes és Paksi 2000; Paksi és Elekes 2003, Elekes 2004; Elekes 2005; Paksi és Elekes 2005, Elekes 2007

1.3.2.3 Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban

HAJLÉKTALANOK DROGFOGYASZTÁSA

2007 februárjában készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás¹⁶ (Paksi et al. 2008), amely a hajléktalanok drogfogyasztási szokásait, illetve célzottan a hajléktalanság és a szerhasználat összefüggését vizsgálta a fővárosi hajléktalan populációban.

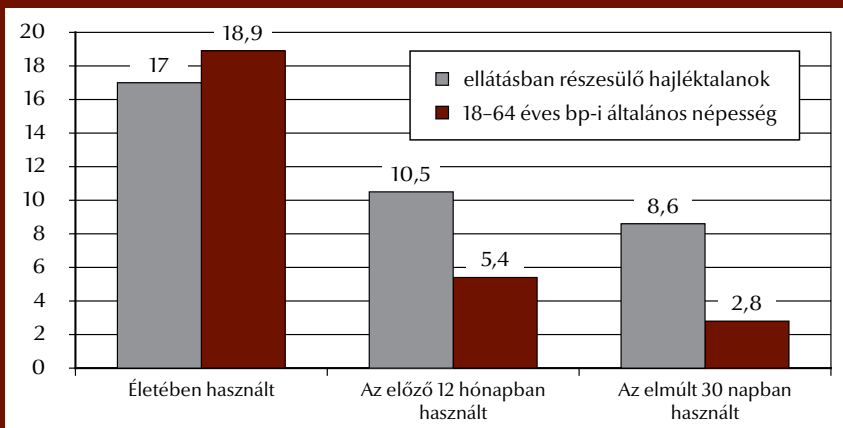
A kutatás eredményei szerint az ellátásban részesülő fővárosi hajléktalanok körében mért életprevalencia érték hibahatáron belül megegyezik a fővárosi 18-64 éves lakosság körében¹⁷ mért értékekkel. Más speciális populációk – például partilátogatók, szabadságvesztés büntetésüket töltők – körében mért életprevalencia adatokkal összevetve azoknál jóval alacsonyabb értéket mutat. Ebből adódóan a hajléktalan populációt nem sorolhatjuk az átlagosnál nagyobb érintettségű speciális populációk közé.

A fogyasztási arányokat rövidebb időintervallumokban vizsgálva azonban ez a kedvező kép megváltozik. A vizsgált populáció körében az éves prevalencia érték megközelítőleg kétszerese, az elmúlt 30 napra vonatkozó prevalencia érték pedig majd háromszorosa az általános népességben mért értékeknek.

¹⁶ A kutatás metodikájának kidolgozását és az adatfelvétel lebonyolítását a BCE Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központjának munkatársai (a kutatás vezetője Paksi Borbála volt) a Február 3. munkacsoporttal, és a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részlegével együtt végezték. A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából és finanszírozásával készült. A kutatás adatfelvétele egyfelől az ellátórendszerben – például átmeneti szállásokon és éjjeli menedékhelyeken – február 3-án megjelenő hajléktalan populáció 25%-os reprezentatív mintáján (a minta kiválasztása ellátóhelyek szerint rétegzett, véletlen mintavétellel történt, bruttó minta 757 fő, nettó minta 583 fő). Ez esetben a vizsgálat célpopulációját a fővárosi hajléktalan-ellátásban részesülők, a mintavételi keretet pedig a „Február 3. munkacsoport” 2007. évi hajléktalan népszámlálása során azonosított, azaz február 3-án az átmeneti szállásokon, valamint az éjjeli menedékhelyeken megjelenő hajléktalanok képezték. Az adatfelvétel másfelől az ismert droghasználó hajléktalanok körében történt, ez esetben a célpopulációt a droghasználó hajléktalanok ellátására specializálódott megkereső szolgálat, a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részlegének látókörébe került droghasználó populáció képezte, ahol a kutatás az adatfelvételi periódusban elérhető kliensek körében teljes körű adatfelvétel megvalósítására törekedett ($N = 224, n = 198$). Az adatfelvétel ún. kevert módszerrel, azaz az önkitöltős elemekkel kombinált face to face technikával (szociális munkások közreműködésével) történt.

¹⁷ A magyarországi általános népességre vonatkozó adatok forrása a 2007 tavaszán készült Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) (Paksi, Arnold, 2007).

Drogfogyasztás különböző időszakra vonatkozó prevalencia értékei a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok és a budapesti 18–64 éves általános népesség körében (a válaszolók százalékában)



Forrás: Paksi et al. 2008

Az ellátásban részesülő hajléktalanok különböző időszakra vonatkozó fogyasztási rátáiban – az általános népességhez képest – megjelenő sajátos tendenciák azt is jelentik, hogy a valamilyen droggal kapcsolatba került hajléktalanok körében inkább jellemző a drogok folyamatos használata, s kevésbé jellemző a drogfogyasztásból való kilépés. A valamilyen drogot valaha kipróbáló hajléktalanok között tízből hatan az elmúlt évben is használtak, öten pedig aktuálisan is fogyasztottak valamilyen tiltott szert vagy inhalánst. Az általános populációban a megfelelő értékek ennek felét-harmadát sem tették ki. Ez azt jelenti, hogy míg az általános népességben a valaha használók 85,2%-a aktuálisan nem, s 71,4%-uk már az elmúlt évben sem használt drogot, addig a hajléktalanok körében a valaha fogyasztóknak csak fele nem fogyasztott aktuálisan semmilyen drogot, s mindössze 38%-uknak sikerült legalább egy éve kilépnie a droghasználatból.

A folyamatos droghasználat mutatói a fővárosi, ellátásban részesülő hajléktalanok és a budapesti 18–64 éves általános népesség körében (a valaha fogyasztók százalékában)

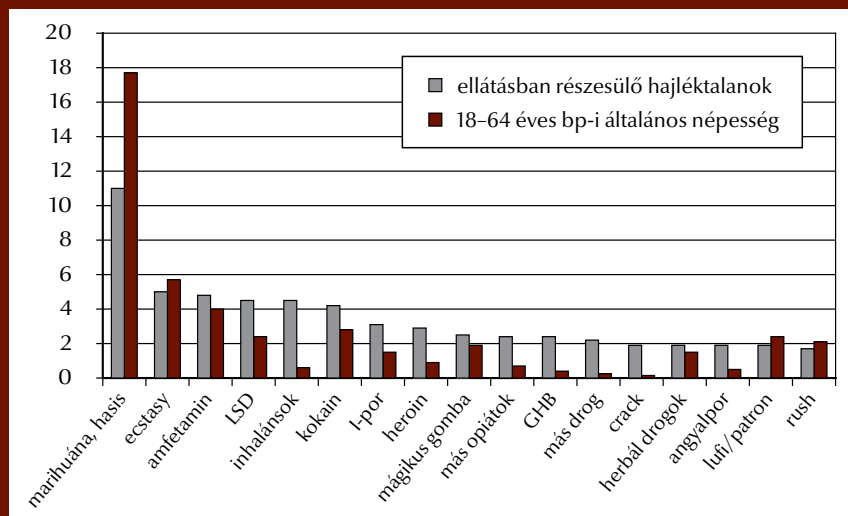
	Budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok	Budapesti 18–64 éves általános népesség
Folyamatos (közelmúltbeli) fogyasztási ráta	61,8	28,6
Kilépők aránya	38,2	71,4
Aktuális használat rátája	50,6	14,8
Aktuálisan nem használók aránya	49,4	85,2

Forrás: Paksi et al. 2008

Az ellátásban részesülő hajléktalanok szerkezetűje fő vonalakban leképezi az általános népességben jellemző szerpreferenciákat: a legerjedtebb tiltott szer közöttük is a marihuána/hasis volt, ezt követték a különféle parti-drogok (ecstasy, amfetamin, LSD), illetve a kokain. A szerek prioritás sorrendjében az általános populációhoz képest a leginkább jelentős különbség az volt, hogy az inhalánsok viszonylag jelentős – a parti-drogokkal megközelítően azonos – szerepet kaptak a hajléktalan populáció drogfogyasztásában, míg az általános népességben az egyik legkisebb fogyasztótáborral rendelkező szerek közé tartoznak.

A drogfogyasztás szerkezetében megmutatkozó hasonlóságok mellett azonban két jelentős eltérés is megfigyelhető. A marihuánát/hasist valaha használók aránya a hajléktalan populációban jóval kisebb volt, az életprevalencia érték nem érte el az általános populációban jellemző érték kétharmadát. Emellett viszont, szinte az összes többi drog esetében a hajléktalan populáció tagjai nagyobb arányban rendelkeztek szerhasználati tapasztalattal.

A különböző drogok életprevalencia értékei a fővárosban ellátásban részesülő hajléktalanok, valamint a budapesti 18–64 éves általános népesség körében (a válaszolók százalékában)



Forrás: Paksi et al. 2008

Az ellátásban részesülő hajléktalanok körében a marihuánán kívül valamilyen egyéb tiltott drogot (is) használók aránya 11% volt, míg a fővárosi

18–64 éves lakosság körében az egyéb drogok összesített életprevalencia értéke 7,9% volt. Az egyéb drogok közelmúltbeli, valamint az aktuális használata alapján még markánsabban megmutatkoznak a szerhasználat mintázatának különbségei. A hajléktalanok között ötször nagyobb azok aránya, akik a kérdezést megelőző évben fogyasztottak valamilyen egyéb drogot, s több mint tízszer gyakoribb az aktuális használat előfordulása, mint az általános népességben.

A megkérdezett hajléktalanok körében az intravénás szerhasználat is nagyobb gyakorisággal fordult elő, 2,7%-uk használt már valamilyen drogot intravénásan, míg a fővárosi általános populációban ez az arány mindössze 0,3%.

KATONÁK

A Magyar Honvédség 2007-ben is végzett kábítószer szűrővizsgálatokat az állomány körében (Gachályi 2008), melynek célja a tényleges fogyasztók kiszűrése, a fogyasztás csökkentése, a drogmegelőzési technikák hatékonyságának nyomon követése, valamint új cselekvési programok megalapozása volt.

2007-ben végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben

Szűrővizsgálat	Pozitív esetek száma			
	Kannabisz	Opiát	Amfetamin	Összesen
Alkalmassági (N = 8266)	20	21	10	51*
Hatósági (N = 777)	13	0	3	16**
Összesen (N =)	33	21	13	67

Megjegyzés: * előszűrési eredmények, ** nagyműszeresen bizonyított fogyasztás

Forrás: Gachályi 2008

Az elmúlt évhez képest – bár mind az alkalmassági, mind a hatósági szűrővizsgálatok száma nőtt – kevesebb pozitív esetet regisztráltak. Az esetszámok csökkenése mindhárom szertípusnál megfigyelhető (2007-ben kannabisz: 55, opiát: 52, amfetamin: 19).

1.3.3 Regionális, helyi kutatások

Az **Edelényi kistérség**¹⁸ 13 településének 1 gimnáziumában és 15 általános iskolájában készült felmérésben a gimnázium 99 (98%-os részvételi

¹⁸ Edelényi kistérség oktatási intézményeiben kábítószerhasználattal kapcsolatos kérdőíves felmérésről, 2007. Kutatási beszámoló, készítette: Dr. Csintalan László nyugállományú rendőr alezredes.

arány) 10. évfolyamos tanulója és az általános iskolák 457 (87,7%-os részvételi arány) 8. évfolyamos tanulója vett részt. A kutatás készítői a fiatalok dohányzási, alkohol-, és drogfogyasztási szokásairól kívántak átfogó képet szerezni. Az adatfelvétel egy 40 kérdést tartalmazó kérdőív segítségével történt, külsős szakemberek részvételével. A kitöltés a diákok számára önkéntes és anonim volt.

A megkérdezett tanulók 24,9%-a dohányzik (ált. iskola: 21,2%, gimnázium: 38,4%), a dohányzók 65,8 % -a rendszeresen, míg 34,2%-uk alkalmanként, általában „bulizáskor” szokott rágyújtani. A gimnáziumban kétszer akkora a dohányzó lányok aránya, mint az általános iskolában. A fiatalok 66%-a fogyasztott már alkoholt (ált. iskola: 64%, gimnázium: 73,7%), a fogyasztók 8,6%-a rendszeresen fogyaszt, míg a többiek általában csak bulik alkalmával. 64,9%-uk nyilatkozott úgy, hogy volt már részeg, 70,9%-uk 14 évesen vagy előtte részegedett le először életében. Kábítószerrel a megkérdezettek 5,5%-a fogyasztott már életében (ált. iskola: 3,9%, gimnázium: 11,1%), jellemzően marihuánát. A fogyasztási gyakoriságokból megállapítható, hogy a fogyasztók nagyobb része csak kipróbáló, nem pedig valódi használó, inkább alkalmilag, heti bulik alkalmával fogyasztanak tiltott szereket.

A kábítószerhez való hozzáféréssel kapcsolatban a diákok 17,7%-a látja úgy, hogy a városban vagy községben, ahol lakik, lehet kábítószerrel vásárolni, 16,4%-uk szerint a helyi szórakozóhelyen, 5,5%-uk szerint pedig az iskolában is lehet vásárolni. A fiatalok kábítószerrel kapcsolatos ismereteiket legnagyobb arányban a médiából szerzik, ezt a tanárok, rendőrök, majd a szülők követik mint az ismeretszerzés forrásai. A megkérdezettek 70%-a elítéli azokat, akik kábítószerrel fogyasztanak. A diákok az országban a legnagyobb problémának a munkanélküliséget tartják, ezt követi a kábítószer-fogyasztás, majd az alkoholfogyasztás, utolsó helyen a bizonytalan jövőt említették.

Veszprémben¹⁹ az egyetemista fiatalok körében készült kutatás a Pannon Egyetem négy karán tanuló 310 hallgató megkérdezésével. Az önkéntes kérdőívet csoportos formában töltötték ki a hallgatókkal. A mintába került hallgatók többsége (78,1%) a 20–23 éves korcsoportból került ki (2,5% 20 év alatti, 18,7% 24 éves és idősebb). Lakóhelyüket tekintve közel azonos arányban laktak kollégiumban; Veszprémben, de nem kollégiumban; illetve más településen. A kutatás során a fiatalok általánosabb jellemzőin és drogfogyasztásukról is megkérdeztük őket.

¹⁹ Droghasználat a veszprémi egyetemista fiatalok körében. Kutatási zárótanulmány, készült a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (Veszprém megyei jogú város önkormányzata) megbízásából. Készítette: a Veszprémi Érdeki Hittudományi Főiskola Szociális Munka Tanszéke.

gyasztási szokásain kívül egyes pszichoszociális tényezőket is vizsgáltak (pl. családi minták, önértékelés, szabályok betartása).

A kutatás eredményei alapján a megkérdezettek 78,7%-a dohányzott már élete során, az elmúlt hónapban pedig 41,9%-uk. A naponta dohányzók (29,8%) egyötöde jellemzően egy és tíz szál között szív naponta, 7,4%-uk szív tizenegy és húsz szál között, mindössze 1% szív több mint húsz szálát naponta. Lényeges nemek szerinti különbséget tapasztaltak az alkalmanként (napi legfeljebb öt vagy ennél is kevesebbet) dohányzók körében. A fiúk 13%-a, míg a lányok 28%-a dohányzik alkalomszerűen, az alkalomszerűen és a sokat dohányzókat együttvéve a lányok körében 11%-kal többen dohányoznak (46%-uk), mint a fiúknál (35%). Az egyetemista ifjúság körében is az alkoholfogyasztás a droghasználat legelterjedtebb formája. A megkérdezettek 98,7%-a fogyasztott már élete során alkoholt, 96,8%-uk a megelőző évben, 83,9%-uk pedig a megelőző hónapban is. A legjellemzőbb az alkalmankénti alkoholfogyasztás, azonban a hallgatók több mint egytizede 10–19-szer vagy ennél többször fogyasztott alkoholt az elmúlt hónapban. A legutóbbi alkoholfogyasztás leggyakoribb helyszíne a kocsmá volt (24,9%), de nem sokkal kisebb azok aránya, akik a saját otthonukban ittak utoljára (21,8%), illetve más lakásán (16%). Az első pohár szeszes ital elfogyasztása több diák életében korábbi életkorra tehető, mint az első cigaretta elszívásáé. A megkérdezettek több mint fele 16 éves kora előtt fogyasztott először alkoholt, és csaknem ugyanennyien az első részegségen is túl voltak már ebben az életkorban.

Az alkoholfogyasztás következményeivel kapcsolatban a fiatalok összességében nagyobb arányban választottak kedvező következményeket (pl. ellazulás, feloldódás, jó szórakozás, barátságosabbá válás) az alkohol hatását illetően, mint kedvezőtleneket (pl. másnaposság, olyat tenni, amit később megbánnának, probléma a rendőrséggel). A megkérdezettek 40,6%-a részegedett le legalább egyszer a megelőző hónapban, a megelőző évben ez 64,5%-ukkal fordult elő. A lerészegedés gyakorisága nem mutatott lényeges különbséget a nemek között. A nyugtató/altató használat kevéssé volt jellemző az egyetemisták körében, mindössze 5,5%-uk fogyasztotta már valamelyiket élete során, ők is jellemzően 1-2 alkalommal. A tiltott szereket vizsgálva a veszprémi egyetemisták körében is a marihuána a legelterjedtebb szer, a fiatalok 35,5%-a fogyasztotta már életében. Ezt követi az ecstasy (9,4%), a hasis (7,7%), az amfetamin (4,5%), a mágikus gomba (4,2%), az LSD és a szipuzás (3,5%), a kokain (2,6%) és a crack (1,3%). Az opiátszermazékok kipróbálási aránya 1% alatti. A megelőző évben a megkérdezettek 16,2%-a fogyasztott marihuánát, a megelőző hónapban pedig kevesebb mint 10%-uk. Szinte minden válaszadó a kortársai körében próbálkozott első alkalommal drogfogyasztással, a szerhez ugyancsak a barátai, baráti

társaságaik révén jutottak. Közel 50%-uk gondolta úgy, hogy marihuánát inkább könnyen, illetve nagyon könnyen tudna beszerezni, ha akarna, a legkevésbé beszerezhetőnek a kokaint és a heroint tartották.

A **Jászságban**²⁰ 9. és 12. osztályos tanulókat kérdeztek a kábítószerekkel kapcsolatos ismereteikről és fogyasztási szokásaikról. A felmérésben 7 Jászsági középiskola 1193 diákja vett részt, ebből 668 kilencedikes és 525 tizenkettedikes volt. A kérdőívet az összes Jászsági középiskolás (2988 fő) 40%-a töltötte ki. A kitöltés önkéntes és anonim volt, a kitöltés ideje alatt az ÁNTSZ munkatársa volt csak jelen az osztályteremben.

A kábítószerekkel kapcsolatos ismereteket érintő kérdésekre eltérő arányban tudták a helyes válaszokat. A drogfüggőség leggyakoribb jeleit a megkérdezettek 53%-a tudta helyesen, a „flashback” jelentését 36%-uk, a „pszichotikus trip” jelentését 34%-uk tudta, míg az ecstasy hatásával 62%-uk volt tisztában. A tanulók válaszai alapján 22%-ukat (9. évfolyam 21%, 12. évfolyam 34%) kínálták már meg valamilyen kábítószerrel, melyet ők nem fogadtak el, legnagyobb arányban marihuánával, melyet szinte azonos arányban az ecstasy, speed és hasis követnek. A megkérdezett diákok 13%-a próbált már ki valamilyen drogot (9. évfolyamon 11%, 12. évfolyamon 18%), legtöbbször a marihuánás cigarettát (8,9%), amelyet a nyugtatók/altatók (3,6%), az ecstasy (3,2%), a gőzök belélegzése (3,0%), az egyéb kábítószer (2,7%) és a speed (2,4%) követnek. A hozzáférhetőséggel kapcsolatos kérdésre adott válaszok alapján a fiatalok 10,1%-a tudja, hogy hol lehet marihuánát beszerezni, a többi szer tekintetében alacsonyabbak az arányok (ecstasy: 4%, speed: 3,1%, nyugtató/altató: 2,3%, egyéb kábítószer: 2,2%). A fogyasztási gyakoriságokat tekintve a fiatalok 3%-a fogyaszt havi egyszer marihuánát, 1,2%-uk pedig naponta. A válaszok alapján a kábítószerrel döntő többségben szórakozóhelyeken, illetve ezen kívül ismerősöknél, barátoknál társaságban használják. A megkérdezettek a szerfogyasztást leginkább barátnőjük/barátjuk/családjuk kérésére hagyják abba, csak ezután következik az egészségi állapot romlása és az anyagi fedezet hiánya a válaszok között. A „Mit tennél, ha tudnád, hogy barátod kábítószerrel használ?” kérdésre a legtöbbször azt válaszolták, hogy először magával a használóval beszélne (56%), ezt követte a szakemberhez fordulás (24%), majd nagyon alacsony arányban a szülőkhöz (5%), iskolaorvoshoz/védőnőhöz (1%) vagy az osztályfőnökhöz (0,7%) való fordulás.

²⁰ Középiskolások ismeretei a kábítószeréről ill. a kábítószer-fogyasztási szokásai a Jászságban. Készítette: Dr. Sárközi Mária – ÁNTSZ Jászberényi Kistérségi Intézete Tisztifőorvosa, Görbéné Tóser Ágnes – Családvédelmi védőnő, Tamásné Teleki Lilla – Kistérségi vezető védőnő.

A **dél-dunántúli régióban**²¹ kutatás készült a veszélyeztetett korban lévők körében a prevenció iránti igények és szükségletek felmérése céljából. A kutatás három részből állt: vizsgálta egyrészt az általános és középiskolákban folyó egészségfejlesztési tevékenységet (lásd részletesen a Megelőzés című fejezetben), a veszélyeztetett korcsoport ismereteit, attitűdjeit és veszélyeztetettségük mértékét, valamint a diákok prevencióis igényeit. Az adatfelvételben a régió 143 iskolája és 9568 diákja (38% 8. évfolyamos, 62% 10. évfolyamos) vett részt.

A tanulók védettségének vagy veszélyeztetettségének megállapításához az egészségkárosító magatartásformákra vonatkozó ítéleteiket, jövőbeli cselekedeteik általuk megítélt valószínűségét, valamint a szerhasználat, a szerekkel kapcsolatos véleményüket, attitűdjeiket vizsgálták. A 14 évesek mind az alkalmi (8. évfolyam 47%, 10. évfolyam 33%), mind a rendszeres (8. évfolyam 86%, 10. évfolyam 77%) dohányzást nagyobb arányban helytelenítették, mint 16 éves társaik. Az alkoholfogyasztás tekintetében hasonlóak az arányok, de mind az alkalmi (8. évfolyam 19%, 10. évfolyam 12% helyteleníti), mind a rendszeres (8. évfolyam 47%, 10. évfolyam 40% helyteleníti) fogyasztást tekintve megengedőbb a hozzáállásuk, mint a dohányzás esetében. A dél-dunántúli régióban a szakmunkásképzők tanulói között a legelfogadottabb a heti részegség (35%), de alig maradnak el mögöttük a szakiskolások (26,4%) és a szakközépiskolások (26,1%), az általános iskolások a legkevésbé elfogadóak (11%). A marihuána kipróbálásával kapcsolatban a szakmunkásképzők diákjai (37,6%) a leginkább elfogadóak, de a szakközépiskolások és szakiskolások között is sokan tolerálják a marihuána kipróbálását (26–27%), és megjelennek a szerhasználat szempontjából inkább védetteknek tekintett gimnazisták között is a kipróbálást nem helytelenítők (27%). A rendszeres használatot mindkét évfolyam nagy arányban helyteleníti (8. évfolyam 93%, 10. évfolyam 89%). A jövőbeni cselekedetek vizsgálatánál a marihuána kipróbálásával kapcsolatban kérdezték a fiatalokat. Az életkor növekedésével növekszik a szer kipróbálását tervezők aránya, míg a 14 évesek 9%-a tartja valószínűnek vagy nagyon valószínűnek, hogy kipróbálja a marihuánát, a 16 évesek körében ez az arány 21%.

A szerhasználat szempontjából azokat a fiatalokat tekintették védettnek, akik helytelenítik a marihuána kipróbálását, biztosak benne, hogy nem próbálják ki a marihuánát, és az egészséges életmód elkötelezettjei. A szerhasználatához kapcsolható attitűdjeiket a megoldás tekintetében a „rendpártiság”, valamint a szerhasználók iránti intolerancia jellemzi. Veszélyeztetettnek azokat tekintették, akik tervezik (vagy már kipróbál-

²¹ Fábíán Róbert–Posta János: A régió iskoláiban tanuló diákok egészségkárosító magatartásformák iránti veszélyeztetettsége. Szükségletek és igények az iskolai megelőzési tevékenység iránt. 2008 DREKEF, Dél-dunántúli Regionális Kábítószerügyi Egyeztető Fórum.

ták) a marihuánát, nem helytelenítik mások szerhasználatát, toleránsak a szerhasználókkal, illetve veszélytelennek tartják a marihuána használatát. A „köztes” csoportba azokat sorolták, akiknek a sorsa még nem dőlt el, hanem kedvező és kedvezőtlen irányba is mozdulhat külső hatásra, vagy belső kényszerre.

A dél-dunántúli régióban a megkérdezett 8. évfolyamos tanulók 6%-a tekinthető veszélyeztetettnek, 33%-uk köztes, 61%-uk pedig védett. A 10. évfolyamosok körében valamelyest magasabb, 16% a veszélyeztetettek aránya, 35%-uk köztes és 50%-uk védett.

A Balatonfüredi kistérségben²², a dél-dunántúli régióban készült kutatás módszertanával megegyező módon vizsgálatot végeztek a területen élő gyermekek veszélyeztetettségének felmérése céljából, valamint, hogy az eredmények ismeretében a drogvenció vagy az egészségfejlesztés szükségességével kapcsolatban ajánlásokat fogalmazzanak meg az iskolák számára.

A kutatásban a kistérség valamennyi iskolája (általános iskola, gimnázium, szakközép- és szakiskola, szakiskola, speciális képzést nyújtó iskola) részt vett, az elemzésből azonban egy az elveszett kérdőívek miatt kimaadt. A kutatás célcsoportja a 8. és 10. évfolyamos tanulók voltak, összesen 412 diák töltötte ki a kérdőívet.

Az egészségmagatartásra vonatkozó válaszok alapján hozzávetőleg minden ötödik diák semmi kivétnivalót nem talál a marihuána kipróbálásában. A 14 évesek nagyobb arányban rosszallják a marihuánaszívást, a 16 évesek azonban toleránsabbak a fogyasztókkal, a szakiskolák diákjai liberálisabbak, a gimnazistákra ez kevésbé jellemző. A dohányzást vizsgálva, a nyolcadikosok 15%-a már elfogadja a cigarettá kipróbálását, s 8%-uk már a napi egy csomag cigarettá elszívását sem helyteleníti. A gimnazisták a 14 évesekhez hasonló arányban helytelenítik általában a dohányzást, szakiskolások, szakközépiscolások társaik azonban 37–40%-ban elfogadhatónak tartják a dohányzást, akár napi húsz szál cigarettá elszívását is.

A sörfogyasztással kapcsolatos, jellemző attitűd – függetlenül a fiatalok életkorától – a sörivás elfogadása. A gyakori sörivást a gimnazisták utasítják el leginkább, az általános iskolások viszont hasonló mértékben elfogadók, mint szakközépiscolások társaik. Sokkal súlyosabb problémának tűnik azonban az alkalmi vagy rendszeres részegségek iránti tolerancia – elsősorban a szakközépiscolások és a szakiskolások körében, ebből a körből minden harmadik fiatal elnőző a hetente részeg társaikkal (avagy a felnőttekkel)

²² Tót Éva: Balatonfüred és kistérsége diákjainak egészségmagatartása, és veszélyeztetettségük mértéke a drogokhoz kapcsolódó attitűdjeik alapján, 2007–2008. A vizsgálat Balatonfüred városában működő Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) kérésére készült.

szemben. A gimnazisták a ritkán megcsó részegséget még elfogadják, de a heti gyakoriságot már elítélik.

A jövőbeni fogyasztási szándékkal kapcsolatban a marihuána esetében minden tizedik diák erősen érdeklődik és valószínűsíti a szer valamikori kipróbálását (vagy már túl is van rajta). Ez esetben is a szakközépiskolások (18%), szakiskolások (22%) azok, akik érdeklődőbbek társaiknál, s ismét a gimnazisták állnak legtávolabb a szer kipróbálásától. A dohányzást már kevésbé érzik stigmatikus viselkedésnek, hiszen jelentős számban (18%) valószínűsítik a napi tíz szál cigaretta elszívását.

A vizsgált fiatalok közül a szakiskolák másodéves diákjai tekinthetők a legveszélyeztetettebbeknek (veszélyeztetett 28%) az illegális szerek jelenlegi használata vagy későbbi használata tekintetében. A gimnazisták és szakközépiskolások veszélyeztetettsége alacsonyabb (7%, ill. 12%), és az elemszámok ismeretében nem látszik kritikusnak a helyzet körükben. Az általános iskolások esetében ez a módszer kevésbé megbízható, hiszen körükben igen jellemző az ellentmondásos ítéletalkotás. Az ország más településein, hasonló módszertannal készült kutatások eredményeivel összehasonlítva megállapítható, hogy a balatonfüredi kistérségben tanuló diákok veszélyeztettségét tekintve a térségben kedvező a helyzet.

Következtetések

A felnőtt népesség körében az illegális szereket vizsgálva mind az élet-, mind az éves prevalencia értékek alapján elmondható, hogy (továbbra is) a kannabisz származékok fogyasztása a legelterjedtebb. Ezt követi az ecstasy, az amfetamin és a hallucinogének használata. A korábbi években (2001 és 2003) készült vizsgálatokkal összehasonlítva, míg 2001 és 2003 között a 18–53 éves népesség körében nőtt a tiltott drogok életprevalencia és éves prevalencia értéke is, addig 2003 és 2007 között az életprevalencia érték nem változott, az éves prevalencia tekintetében pedig kedvező irányú elmozdulást figyeltek meg.

A budapesti iskolavizsgálat alapján a budapesti fiatalok körében nem tapasztalható jelentős változás a fogyasztott szerek népszerűségében. Továbbra is kannabiszt fogyasztanak a legtöbben, azt az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása, az orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás, a patron/lufi használat, a szipuzás, majd az ecstasy, az amfetaminok és az LSD/hallucinogének követik. A 2007. évi adatok a korábbi évekhez képest a tiltott szerek és a droghasználati célú szerek fogyasztásának is a csökkenését mutatják, mely csökkenés egyértelműen a kannabisz fogyasztás életprevalencia értékének csökkenésével magyarázható. Az elmúlt évekhez hasonlóan tovább növekedett az előző hónapban legalább egyszer 5 vagy

több italt fogyasztók aránya (45,9%), a növekedés a lányok körében volt jelentősebb.

A budapesti, ellátásban részesülő hajléktalanok körében mért életprevalencia érték nem különbözött szignifikánsan a 18–64 éves lakosság körében mért értékektől, az éves prevalencia érték azonban megközelítőleg kétszerese, az elmúlt 30 napra vonatkozó prevalencia érték pedig majd háromszorosa volt az általános népességben mért értékeknek. Ez azt jelzi, hogy hajléktalanok körében inkább jellemző a drogok folyamatos használata, s kevésbé jellemző a drogfogyasztásból való kilépés. A megkérdezett hajléktalanok szerkezetűje – az inhalánshasználat nagyobb súlya mellett – fő vonalakban megegyezett az általános népességben jellemző szerpreferenciákkal, mindazonáltal a preferencia-sorrend hasonlósága mellett jelentős eltérések is megfigyelhetők. A marihuánát/hasist valaha használók aránya a hajléktalan populációban jóval kisebb volt, az életprevalencia érték nem érte el az általános populációban jellemző érték kétharmadát, viszont szinte az összes többi drog esetében nagyobb arányban rendelkeztek szerhasználati tapasztalattal. A hajléktalanok között ötször nagyobb volt azok aránya, akik a kérdezést megelőző évben fogyasztottak a marihuánán kívül valamilyen egyéb drogot, s több mint tízszer gyakoribb volt az aktuális használat előfordulása, mint az általános népességben.

A honvédségi szűróvizsgálatok 2007-ben mindhárom vizsgált szer vonatkozásában (kannabisz, opiát, amfetamin) kevesebb pozitív esetet mutattak ki, mint 2006-ban.

1.4 Attitűdformálás

1.4.1 Társadalmi viták a kábítószer-problémáról

„BEYOND 2008”

Mintegy 40 civil szervezet részvételével került megrendezésre a Vienna NGO Committe és a UNODC kezdeményezésére Budapesten „Beyond 2008” címmel szervezett konzultációs sorozat Európai Unió, illetve az Európai Gazdasági Közösséghez tartozó országokra kiterjedő regionális találkozója 2008. január 24–25-én Budapesten.

A konzultációk célja az volt, hogy a területen tevékenykedő civil, nem kormányzati szervezetek is megfogalmazhassák tapasztalataikat és elgondolásait az 1998-as UNGASS (UN General Assembly Special Session) politikai deklaráció és akciótervhez kapcsolódóan.

A Magyar Adiktológiai Társaság (MAT) kapta meg – a kábítószerügyi koordinációval folytatott egyeztetés eredményeképpen is – a rendezvény szervezésének a jogát szoros együttműködésben az olasz San Patrignano terápiás közösséggel és a Nemzetközi Drogpolitikai Konzorciummal (IDPC).

A különböző helyszíneken megrendezett konzultációk azonos menetrend és napirend szerint kerültek lefolytatásra annak érdekében, hogy a tapasztalatok egy későbbi időpontban egységes szempontrendszer mentén kerülhessenek összegzésre.

A konzultáción résztvevő szervezetek kiválasztására egyrészt a nemzeti sokszínűség, másrészt pedig a hatókör szem előtt tartásával került sor. Így a szervezők igyekeztek helyi (nemzeti) vagy nemzetközi emyő szervezeteket kiválasztani. Valamennyi részt vevő szervezettel szemben elvárás volt egy kérdőív kitöltése, amely tevékenység megalapozta a konzultáción való részvételt, az arra való előzetes felkészülést.

A konzultáció lebonyolítása során annak érdekében, hogy minél élénkebb eszmecsere bontakozzon ki a résztvevők között, 12–15 fős kis csoportokban zajlott a megbeszélés. A csoportok munkáját egy-egy moderátor segítette, az egész ülés moderátora és az összefoglaló jelentés elkészítője Bob Keizer, a korábbi holland nemzeti drogkoordinátor, a Poimpidou Csoport egykori elnöke volt.

A konzultációsorozat összesen 9 helyszínen került megrendezésre.

A konzultációk célja az volt, hogy a területen tevékenykedő civil, nem kormányzati szervezetek is megfogalmazhassák tapasztalataikat és elgondolásait az 1998-as UNGASS (UN General Assembly Special Session) politikai deklaráció és akciótervhez kapcsolódóan.

- Mit értek el a civil szervezetek 1998 óta, különösen a prevenció, kezelés, rehabilitáció és szociális reintegráció terén?
- Mi számít jó gyakorlatnak a nem-kormányzati és kormányzati (illetve nemzetközi) szervezetek közötti együttműködésre?
- Milyen alapelveket javasolnak a civilek az ENSZ Kábítószerügyi Bizottsága (CND) számára útmutatóként a jövő drogpolitikájának formálásához?

A résztvevők három munkacsoportban vitatták meg a fenti kérdéseket, és az alábbi összefoglaló megállapításokat tették:

- Általános egyetértés alakult ki a tekintetben, hogy az UNGASS célkitűzései túlon túl ambíciózusak voltak.
- A drogpolitikák és az NGO-k aktivitásának strukturális értékelésére van szükség.
- Az NGO-k finanszírozása meglehetősen egyenetlen, sok esetben politikai szempontok mentén meghatározott, gyakran túl sok hangsúly esik

a kínálatcsökkentésre, és aránytalanul kicsi hangsúly (finanszírozás) kerül a keresletcsökkentésre, ártalomcsökkentésre.

- Helyi és nemzeti szinten a résztvevők elsősorban a keresletcsökkenés területéről tudtak sikeres projektekről, kezdeményezésekről beszámolni.
- Képzésre és protokollokra van szükség.
- A szakpolitikák alakítóinak több információval kell rendelkezniük és jobban kellene értékelniük az NGO-k szerepét. A nemzeti kormányoknak jobban kellene támaszkodniuk az NGO-k innovációs kapacitására.
- Az NGO-k általában kevéssé vesznek részt a nemzetközi szervezetek, az ENSZ ügynökségek által szervezett üléseken, a civil társadalom kevéssé vesz részt a nemzeti képviselő biztosításában az itt felsorolt fórumokon. Ajánlások fogalmazódtak meg a jobb bevonódás előmozdításával összefüggésben.
- Szisztematikusan visszatérő gondolat volt, hogy a civil szervezeteknek, NGO-knak a saját nemzeti kontextusukban kell megtalálniuk megfelelő pozíciójukat annak érdekében, hogy nemzetközi szinten is adekvát partnernek tekintsek őket.
- A résztvevők egyetértettek abban, hogy az ENSZ konvenciók sok évvel ezelőtt kerültek elfogadásra. Az idő tájt egészen mások voltak a körülmények, a jelenlegitől eltérő szociális és kulturális környezet volt a jellemző. A résztvevők elsősorban egy hosszú listát állítottak össze a kedvezőtlen következményekről, ugyanakkor azt is elismerték, hogy elképzelésük sincs arról, milyen is lenne a világ, ha a vitatott konvenciókat nem fogadták volna el mintegy 40 évvel ezelőtt.
- Az az általános vélemény bontakozott ki, hogy elérkezett az idő, hogy a konvenciók és az ezekre épülő drogkontroll-szisztéma alapos értékelése megtörténjen. A jelenlévő NGO-k túlnyomó többsége egyetértett abban, hogy az ENSZ konvenciók felülvizsgálatát lehetővé kellene tenni.

PARLAMENTI KÉRDÉSEK, INTERPELLÁCIÓK, ESETI BIZOTTSÁG JELENTÉSE, ANNAK MEGVITATÁSA

2007 folyamán, illetve 2008 első felében összességében mintegy 28–29 alkalommal került szóba a kábítószerügy az Országgyűlés plenáris ülésén. Több alkalommal fogalmazódott meg kérdés, hangzott el interpelláció. Azonban általában ezek a megnyilatkozások valami konkrét vagy helyi jellegű problémához kapcsolódtak, illetve más társadalompolitikai kezdeményezésekkel összefüggésben vált a kábítószer-probléma is időszerűvé,

így pl. a Társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájáról szóló 115/2003. (X. 28.) számú Országgyűlési határozat módosításáról szóló Országgyűlési határozati javaslattal kapcsolatban; a „Jövők esélye a gyermek” c. politikai vita során.

Több alkalommal is foglalkoztak a parlamenti képviselők az addiktológiai betegek vizitdíj fizetési kötelezettségével, illetve az Addiktológiai Intézet bezárásának problematikájával. A fentiekben említett tematikák általában csak néhány perces időkeretben jelentek meg.

Ettől eltérő (jelentékenyebb) nagyságrendben foglalkoztak a képviselők a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program megvalósulásáról, az ellátó intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról – a 2003–2005. közötti évek vonatkozásában – szóló jelentés elfogadásával, valamint a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII. 11.) Országgyűlési határozat módosításáról szóló Országgyűlési határozati javaslattal.

Érdemi diskurzus, vita azonban elsősorban a Kábítószerügyi Eseti Bizottság tevékenységéről szóló jelentés elfogadásával kapcsolatosan bontakozott ki. Ezt a képviselők több órán keresztül vitatták. Összességében 33 megszólalást lehetett ezzel a napirendi ponttal összefüggésben regisztrálni.

II. MEGELŐZÉS²³

Háttér, előzmények

Az iskolai szintéren működő drogprevenációs programokról részletes információ áll rendelkezésünkre, a programokat tartalmazó, több szempont szerint kereshető adatbázis (www.ndi-szip.hu) látogatottsága évről-évre növekszik.

Az iskolán kívül végzett általános és célzott prevenációs programokról lényegesen kevesebbet tudunk, egy kísérlet történt eddig ezen programok feltérképezésére (lásd: Éves Jelentés 2006).

2007 végén megkezdődtek a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállításának előkészületei. A Bizottság feladata a prevenációs szolgáltatások tartalmi minimumkövetelményeinek meghatározásáról szóló szakmai ajánlás kidolgozása, valamint az akkreditáció biztosítása lesz, az első periódusban (2008–2009) a közoktatási intézményekben megvalósításra kerülő programok vonatkozásában.

1. Általános prevenció

1.1 Iskolai prevenció

Az SzMM-OKM közös iskolai egészségnevelési és drogprevenációs programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2007-ben 160 000 000 Ft (636 663,88 €)²⁴ volt.

A 265 pályázó közül 230 iskola részesült 157 098 200 Ft (625 117,2 €) pályázati támogatásban²⁵. A pályázat keretében 35 557 5–8. évfolyamos (10–14 éves) és 81 237 középiskolás (14–18 éves) diák vett részt prevenációs foglalkozásokon²⁶, vagyis az alapfokú oktatásban résztvevő tanulók 8%-a, a középfokú oktatásban résztvevőknek pedig 17,2%-a²⁷.

²³ A fejezet szerzője: Nadas Eszter.

²⁴ Az értékek a 2007-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 251,31Ft) szerint kerültek kiszámításra.

²⁵ Az ESZA Kht. adatai alapján.

²⁶ Az Oktatási és Kulturális Minisztérium beszámolója alapján.

²⁷ A 2007/08-as tanév adatai a KSH honlapjáról származnak:

<http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xtabla/kozokt/tablkozokt04a.html>

1.1.1 Iskolai drogprevenciós tevékenység a dél-dunántúli régióban

A 2007/08-as tanévben több területre kiterjedő kutatás készült²⁸ a dél-dunántúli régióban²⁹, melynek keretében az iskolákat a náluk folyó drogprevenciós és más egészségmegelőző programok gyakoriságáról, minőségéről, és általában az egészségfejlesztési, egészség-megőrzési tevékenységükről kérdezték (Fábián és Posta, 2008).

A kutatás eredményei szerint a megkérdezett iskolák 77%-a rendelkezett egészségfejlesztési stratégiával, ehhez 61%-uknál kapcsolódott cse-

A dél-dunántúli régióban a vizsgált iskolák 8. és 10. évfolyamán megjelenő prevenciós programok és tevékenységek megoszlása

Program, tevékenység ³⁰	8. évfolyam (14 évesek)		10. évfolyam (16 évesek)	
	iskolák száma	% (N = 85)	iskolák száma	% (N = 70)
DADA ³¹	22	26%	6	9%
OKM-SzMM pályázat keretében	8	9%	5	7%
Egyéb tematikus programmal	17	20%	8	11%
Kortárs tevékenységgel	33	39%	23	33%
Osztályfőnöki órák egészségnevelési tematikával	75	88%	36	51%
Más tanóra keretében	51	60%	19	27%
Egészségnap keretében	60	71%	27	39%
Drámapedagógiai módszerekkel	23	27%	5	7%
Egyéb formában	15	17%	7	10%

Forrás: Fábián és Posta, 2008

²⁸ A kutatást a Dél-dunántúli Regionális Kábítószerügyi Egyeztető Fórum készítette 144 iskola bevonásával. A kutatás keretében vizsgált másik fő témakör a 14 és 16 éves diákok szerhasználat szempontjából mérhető veszélyeztetettségének, illetve védettségének vizsgálata volt (9568 diák bevonásával). A minta nem tekinthető reprezentatívnak, hiszen csak azokon a területeken történt adatfelvétel, ahol működnek KEF-ek. A minta nagysága és településtípusok szerinti összetétele alapján azonban kijelenthető, hogy nagy valószínűséggel jól tükrözi a régióban található iskolák egészségfejlesztési tevékenységét.

²⁹ A régió három megyét foglal magába (Baranya, Somogy és Tolna), az ország területének 15%-át teszi ki, lakosságának 9,6%-a él itt.

³⁰ Arról, hogy ezekben az iskolákban tanuló nyolcadikos és tizedikes diákok mindegyike részt vett a programban, vagy ez csak egy-két osztályra érvényes, nincs adatunk, ez valószínűleg soronként eltérő.

³¹ A Rendőrség drogprevenciós programja.

lekvési terv is. Valamilyen formában történő drogpreevenció s tevékenységről az iskolák 73%-a számolt be. Közülük 62 iskolában (57%) kizárólag drogpreevenció s céllal, erre fókuszálva történt beavatkozás, további 23 iskolában (16%) pedig komplex egészségfejlesztési tevékenység részeként szerepeltek drogpreevenció s elemek is.

A régióban vizsgált iskolákban mindkét évfolyamon az egészségnevelési témával foglalkozó osztályfőnöki óra volt a leggyakoribb, melyet az egészségnapok szervezése követett. A fiatalokra irányuló, körükben megvalósuló programok egyharmada mindkét korosztály esetében kortársak bevonásával történt.

1.1.2 Képzések pedagógusoknak

Az OKM 2007-ben két olyan pedagógus továbbképző programot támogatt, melyek kapcsolódnak a drogpreevenció s kezeléséhez. A szenvedélykeltő szerek fogyasztásának visszaszorítása, iskolai egészségfejlesztés c. 30 óras képzés (korábbi drogkoordinátor képzés) interaktív módon kívánja átadni azon ismereteket, valamint fejleszteni azon készségeket, melyek az iskolai egészségfejlesztéshez és drogmegelőzéshez a pedagógusok kompetenciahatárain belül szükségesek és fontosak lehetnek. A képzés keretében a résztvevők gyakorlati feladatok segítségével sajátítják el a különböző preveució s programok közötti választás módszereit is. A képzésen 2007-ben 160 pedagógus vett részt. A Mentálhigiénés Alapfokú Továbbképzés Pedagógusoknak c. szintén 30 óras képzés célja a mentálhigiénés szemléletmód bemutatása, a problémaérzékenység erősítése, a hivatásszemélyiség fejlesztése, a személyes és szakmai eszköztár bővítése, személyes és hivatásbéli készségek fejlesztése (pl. pedagógus-gyermek-szülő interperszonális kapcsolatai, serdülőkori magatartászavarok). A képzésen 2007-ben 192 pedagógus vett részt.

1.1.3 Iskolai Szociális Munkás Hálózat

Az INDIT Közalapítvány Iskolai Szociális Munkás Hálózata program „Pécsi modell” néven 2006 augusztusában indult szakminisztériumi pályázati támogatás révén (Gergál és Máté, 2008).

A program létrejöttében több meghatározó gyakorlati és elméleti tényező játszott szerepet. Az egyik az, hogy az INDIT Közalapítvány „Füge” Drogpreevenció s csoportja, illetve egyéb projektjei révén 2001-től számos baranyai közoktatási intézményben több ezer ott tanuló diák, illetve pedagógus körében végzett egészségfejlesztő tevékenységet. Tapasztalataik

azt mutatják, hogy nem képzelhető el igazán hatékony komplex iskolai egészségfejlesztési program az iskolai közösségben egész évben jelen lévő professzionális segítő nélkül, aki nem pusztán koordináló feladatokat lát el (pl.: drogügyi kérdésekben), hanem gyermekjóléti és családtámogatási funkciókat is képes betölteni, egyúttal az egész iskolaközösség facilitálója is. Lényegében ez azt jelenti, hogy azok a preventív beavatkozások célra-vezetők, amelyek az iskolai szinten – illetve onnan kiindulva – az általános prevenció mellett célzott, illetve javallott prevencióval is kiegészülnek. A prevenció szempontjából meghatározó pozitív életstílus (beleértve a devianciáktól mentes életvezetést) kialakulását a kockázati tényezők mérséklésével és a protektív tényezők felerősítésével kívánják elérni. Ilyen értelemben az egészségfejlesztés célja például a droghasználattal kapcsolatban az ahhoz vezető kockázati tényezők szerepének csökkentése és a drogfogyasztás előfordulását mérséklő protektív tényezők felerősítése.

A program kidolgozóinak meglátása szerint Magyarországon a fiatalokat érintő számos kockázati tényezővel szemben szinte alig lelhető fel protektív tényező. Ezért elsődleges, közvetlen céljuk kiemelt védő tényezőként iskolai szociális munkások, mint professzionális segítők, iskolai szinten való megjelenítése pécsi közoktatási intézményekben.

Ezen *protektív tényezők optimális „biztosítását”* (elérhetőség, kedvező feltételek) – az iskolán mint preventív szinten belül – egy *multidiszciplináris* iskolai „tantestület” (iskolai közösség) képes ellátni, ahol a pedagógusok és egészségügyi szakemberek (orvosok, védőnők) mellett kiemelt szerepet kap az *iskolai szociális munka*.

A fentiekén túl az Iskolai Szociális Munkás Hálózat kialakítása előzményének tekinthető a 2004-ben elkészült, a pécsi iskolákban folyó gyermekvédelmi tevékenységet, illetve az iskolai szociális munka helyi lehetőségeit vizsgáló kutatás (Tihanyi, 2004). A kutatás szerint a megkérdezett pedagógusok 60%-a szükségesnek érzi egy szociális szakember jelenlétét az iskolában, sőt nagyrészüket (74%), ha tehetné, heti rendszerességgel konzultálna is vele. Továbbá a vizsgálat azt is kimutatta, hogy a gyermek- és ifjúságvédelmi felelősök örülnének neki, ha ezt a munkakört szakmai felkészültséggel rendelkező szociális munkások töltенék be, sőt 50%-uk a szociális szakemberek javára le is mondana e tevékenységéről.

Elmondható tehát, hogy a program beindulását megelőzően felmerült egyfajta igény egy olyan professzionális segítő rendszeres jelenlétére a közoktatási intézményekben, aki **átfogó jogi** (gyermekvédelem és annak intézményrendszere; szociális jog, családi támogatási formák, szociális intézményrendszer stb.), **szociális** (társadalmi veszélyeztető tényezők, közösségi erőforrások mobilizálásának természete stb.) és **pszichológiai** (személyiség fejlődés, családi fejlődési szakaszok nehézségei, konzultá-

ciós technikák, gyermekek veszélyeztetésnek, elhanyagolásnak, bántalmazásának figyelmeztető tünetei stb.) ismeretekkel, illetve készségekkel rendelkezik, amelyek lehetővé teszik számára, hogy a gyermek fejlődését veszélyeztető problémákat korán felismerje, illetve – szükség esetén egyéb segítő intézmény, szakember révén – kezelje. Látható, hogy ezek a tudások a szociális munkás professzió egyik lényegi elemét, az ún. multidiszciplináris tudást feltételezik, így szakmaközi hivatás lévén „költséghatékony” szak tudást jelenít meg az iskolában. Ez alatt azt értjük, hogy megfelelő ismerettel rendelkezik a jogi és társadalmi kontextusokról, ugyanakkor tanácsadói (konzultációs munka, segítő beszélgetés) tevékenységre is képes, amellyel az egyszerűbb, hosszabb terápiát nem igénylő pszichológiai problémákat is kezelni tudja, míg a valóban terápiás beavatkozásokat igénylő eseteket a megfelelő szakintézménybe delegálja. Társadalmi, szociológiai, illetve szociálpolitikai és jogi ismeretei által pedig közvetlen segítséget tud nyújtani abban, hogy a problémák megoldásában a személy környezetének támogató erőforrásait is aktivizálni tudja. (Családi támogatási formák igénybevétele, egyéb civil, illetve közösségi segítségek elérése.)

A program beindítása szempontjából lényeges, hogy a Pécsi Tudományegyetemen folyik szociális munkás képzés, amelyen belül iskolai szociális munka szakirány választható, azaz rendelkezésre állt elegendő számú képzett szakember.

A program 3 különböző típusú iskolában (összesen 2934 diák, ebből 470 fő veszélyeztetett) indult el: egy szakiskolában, egy szakközépiskolában és egy gimnáziumban, azzal a szándékkal, hogy megfigyelhető legyen, hogy az eltérő iskolatípusokban milyen jellegzetességek mentén tud megvalósulni az iskolai szociális munka. A befogadó iskolákkal való megállapodás kulcskérdése volt, hogy az iskolai szociális munkás számára biztosítsanak külön irodahelyiséget, az esetleges felújítási, átalakítási költséget az INDIT közalapítvány vállalta.

A program keretében az iskolai szociális munkások által nyújtott szolgáltatások

Egyéni esetkezelés és tanácsadás:

- tanácsadás tanulóknak, az iskolai és más élethelyzetek nehézségeiben
- tanácsadás tanár-diák konfliktusban
- tanácsadás pályaválasztásnál, iskola befejezésénél
- ügyintézés, szociális problémák rendezéséhez nyújtott segítség, pályázati tanácsadás
- tanácsadás szülőnek gyermeke iskolai nehézségeinek megoldásában, illetve nevelési-életkérdésekben
- diákok-szülők delegálása különböző szakszolgálatokhoz (speciális tanácsadóhelyek, ifjúsági irodák, gyámügy, munkaügyi hivatal, drogambulancia stb.)
- tanácsadás és közvetítés szülő-gyerek kapcsolatban

Szülőkkel, családokkal végzett szociális munka:

- tanácsadás családoknak iskolai és más életkérdésekben
- részvétel a szülő-tanár megbeszéléseken
- szülői értekezleten való részvétel

Szociális csoportmunka:

- szociális csoportmunka vegyes, illetve specifikus csoportokban
- osztályközösségek támogatása csoportmódszerekkel
- diákszemináriumok különböző témákban
- pályaaorientációs csoportok

Közösségi szociális munka:

- diákönkormányzattal való együttműködés
- együttműködés az adott városrész ifjúságsegítő csoportjával
- együttműködés a szülői munkaközösségekkel
- különböző kommunikációs lehetőségek bevezetése, szervezése diákok számára (diák teázó, filmklub)
- programok tervezése és szervezése a szabadidő eltöltésére, illetve egymás támogatására
- részvétel az iskolai túrákon, osztálykirándulásokon, projektekben és pedagógiai napokon
- információs rendezvények megvalósítása tanároknak

Forrás: INDIT Közalapítvány

A fenti szolgáltatási paletta kialakításakor elsősorban azt vették figyelembe, hogy a célcsoportok könnyen és gyorsan elérhető, szakszerű és adekvát segítő tevékenységeket vehessenek igénybe, amelyek választ és segítséget

tudnak nyújtani az ifjúság helyzetében kialakult kedvezőtlen folyamatok háttérben meghúzódó problémákra és azok kezelésére.

A program során az iskolai szociális munka célcsoportjai a tanulók, a tanulók családjai, illetve általánosságban mindenki, aki az iskolával, vagyis az iskoláskorú gyermekkel kapcsolatban áll.

Az itt felsorolt módszerek közül az iskolai szociális munkás az iskola sajátosságait figyelembe vevő egyedi koncepciót dolgoz ki, tekintetbe véve az alábbi tényezőket: az iskola és a környezet sajátos problémahelyzeteit, a tárgyi és személyes erőforrásokat, szociálpedagógiai tapasztalatokat.

A modellkísérlet során kiemelt jelentőséggel bír, hogy az iskolai szociális munkás egyrészt az iskola teamjét erősíti – az iskolaközösség tagjaként más szemlélettel tudja támogatni az intézményt, ugyanakkor szociális szakmai identitása, „szakmai kultúrája” és autonómiája egyfajta függetlenséget jelent az oktatási intézményben, ezáltal egyszerre tud az iskolaközösség tagja és segítője is lenni.

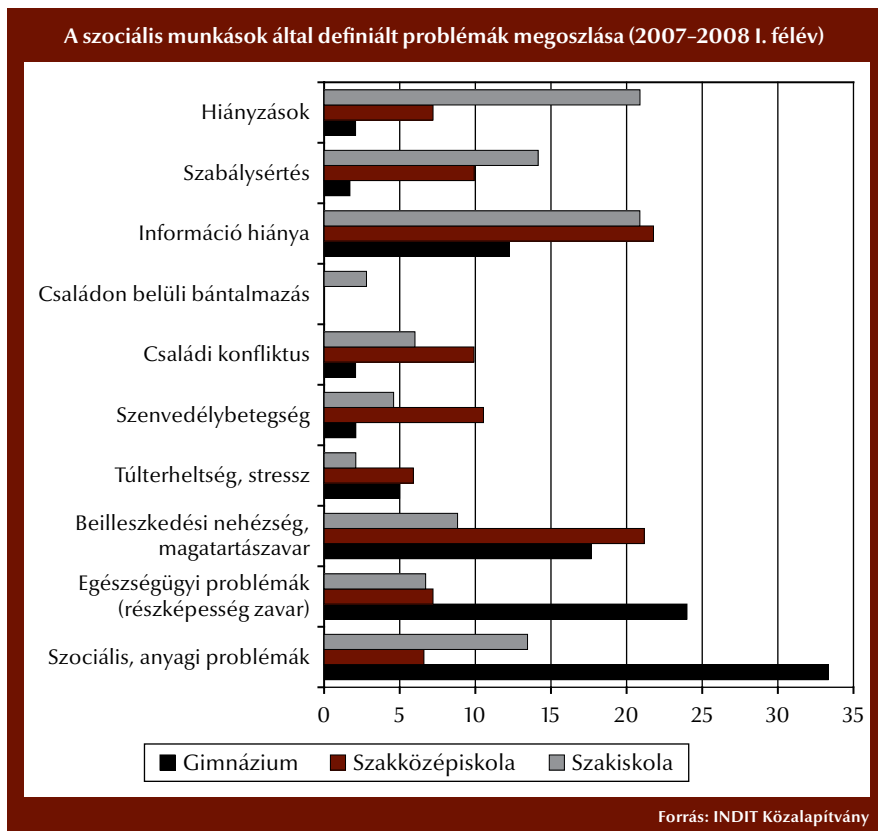
Összegezve a program sajátosságait:

- A munkáltató – mind az iskolától, mind a gyermekjóléti rendszertől – független civil szervezet. Előny: a szakmai munkát nem befolyásolják terhelő alá-fölé-rendeltségi viszonyok.
- Az iskolai szociális munkások hálózatban működnek, amely szakmai kontrollt és támaszt biztosít (esetmegbeszélés, egységes adminisztráció, munkanapló, forgalmi jelentés, szociális adatlap, egyéni problémakezelési tervek).
- Az egységes szemlélet ugyanakkor nem zárja ki, hogy az egyes iskolákban más-más munkamódszer kapjon prioritást: gyakorló gimnázium – csoport munka; műszaki szakközépiskola – közösségi munka; szakiskola – egyéni esetkezelés.
- Az iskolákban folyó hatékony segítő tevékenység érdekében esetmegbeszélő stábokat tartanak heti rendszerességgel, amelynek célja a szakmai támogatás. Egyéni szakmai konzultációt mindhárom iskolában minimum havi rendszerességgel tartanak, amely célja a szociális munkások személyre szabott szakmai támogatása.

A program hatékonyságát az egyéni esetkezelések nyomkövetésével, a szolgáltatások kihasználtságával, esetszámmal igyekeznek vizsgálni. További indikátorok lehetnek a családsegítő és gyermekjóléti szolgálathoz delegált kliensek száma (a számban enyhe növekedés, az esetek jellegében elmozdulás az ún. „súlyosabb” esetek arányának növekedése irányába az említett szociális és gyermekjóléti alapellátásokhoz irányított ügyekben, ezzel egyidejűleg csökken a rövid távon kezelhető, illetve „enyhébb” delegált esetek aránya a korai kezelésbe vétel, illetve megelőzési munká-

nak köszönhetően). Az osztályközösségek (iskolaközösség) megtartó ereje növekszik (szociometria). Csökken az iskolákból fegyelmi eljárás során eltávolított diákok száma. Mindezek azonban igazából hosszabb távon nyújthatnak releváns információkat.

A diákok egy saját szervezésű kutatás kapcsán maguk vizsgálták, hogy a tanulók kihez fordulnának segítségért probléma esetén. Az adatok szerint a gyakorló gimnáziumban a megkérdezettek 87%-a az iskolai szociális munkást keresné fel, míg az osztályfőnököt alig 20%, más szaktanárt 18%. (Freilics, Lovász, Pozsonyi és Szilágyi, 2006)



A szociális munkások tapasztalatai a tanárokkal kapcsolatban: sok tanár kereste meg őket, ha egy diákkal kapcsolatban kérdése, problémája volt; több osztályfőnök folyamatosan konzultált velük; megkeresték csoportok kapcsán, szociometria miatt. A diákok pedig gyakran önként fordultak a

szociális munkásokhoz, nemcsak a pedagógusok delegáltak hozzájuk. A gimnáziumban maguk a diákok kezdeményezték egy nyitott csoport megalakítását stressz-kezelési problémák miatt. A szülők részéről is pozitív fogadtatást tapasztaltak, családlátogatásokra is sor került, elsősorban a Pécssett lakó diákok esetében.

1.1.4 Egészségiskola program

A Kék Pont Drogambulancia 2006-ban indította el EgészségIskola nevű programját. Az iskola³² egy egész napos, iskolán kívüli program középiskolások számára, mely nem támaszkodik az iskolai drogmegelőző programokra, nem része az iskolai prevenciónak. Az iskola nem egy falakkal határolt állandó épület, hanem egy olyan, könnyen és gyorsan felépíthető installáció, amit szinte bárhol, bármilyen falak között fel lehet építeni. Bárhol, ami nem iskola.

A program fejlesztői a projekt kidolgozásánál az egészség fogalmának holisztikus megközelítésével éltek, céljuk az egészséges közösségek és az egészséges élet fogalomrendszerének hétköznapi kontextusba helyezése, az emberiség modern kori fejlődésének megismerése és a jelenkori helyzet magyarázata volt, a jelenlegi, nem fenntartható fejlődés felismerése és építő jellegű kritikája által. Célrendszerükben az emberi egészség egy alap, amire a jövőnket, a fenntartható civilizációt építhetjük.

A program során a középiskolás fiatalok a szervezők által előre kiválasztott helyszínre érkeznek, ahol egy nagy és négy kisebb terem várja őket. A négy kisebb terem szolgál osztályteremként, a nagyobb a közösségi tér, ahol a szünetek, illetve a tanévnyitó és a tanévzáró van. A termek berendezése során különös figyelmet fordítottak arra, hogy szakítsanak a magyar oktatási rendszerben megszokott frontális térkialakítással és a pódiumszerű tanári pozícióval. A kör alakú oktatási alakzatot egy laptop és egy projektor töri meg, ezek segítségével kerül bemutatásra az aktuális tananyaghoz tartozó kisfilm. Az iskola tanárai szinte semmiben sem hasonlítanak a megszokott tanárszerephez, nem fegyelmeznek, és nem büntetnek meg senkit. Az iskola arra a hipotézisre épít, hogy a fiatalok akkor vonhatók be könnyen komoly témák és feladatok tárgyalásába, ha valóban képesek vagyunk őket felnőttként és komoly döntési felelősséggel rendelkező, dönteni tudó emberként kezelni.

³² Az iskola az Egészségiskola projekt rövidített elnevezése. Nevében az „e” betű utal az edukációra és az egészségre is. Az eiskolában megtartják az iskola hagyományos kereteit és szerepeit (órák, szünetek, évnnyitó, évvzáró, tanár, diák, igazgató), de ezeket más tartalommal töltik meg.

Az eiskola ideje alatt a diákok valódi tanárai nem lehetnek jelen (azonban igénybe vehetik az EgészségesTanári (etanári) szolgáltatást, ahol az eiskola program bemutatásán túl, a program alapvető étekeinek bemutatása szolgál egy közös beszélgetés alapjául). A tanórákat (modulokat) megelőzően egy rövid tanévnyitó ünnepséget tartanak, ahol bemutatják az eiskola és a hagyományos iskola különbségeit, a működés alapvető kereteit. Ezt követően az órák látogatása forgószínpad szerűen zajlik, egészen az évváróig. A program teljes ideje körülbelül 4 óra: az évnyitó és évváró 20 percesek, a tanórák 40 percesek, a szünetek pedig 10 perc hosszúságúak.

A modulok az egészségesség fogalmát hivatottak bemutatni, hol a mértékletességet, hol pedig a hasznosságot vagy a tudatosságot hívva segítségül. A témák kidolgozásánál elsősorban a diákoktól érkező visszajelzéseket vették figyelembe (mivel kapcsolatban vannak kétségeik, mi foglalkoztatja őket). Az eiskola tanóráin a diákok azokat a témákat boncolgatják, amiket ma Magyarországon még csak kevesen. Az eiskola a modernizmus és a fogyasztói világ jelenidejű fenntarthatóságát kérdőjelezi meg. Az eddig kidolgozott modulok közül (Globális Bemelegítés, Közért Végzett Munka, Tulajdon Tudatom, Vásárlók Hada, Mesés Kelet) a Tulajdon Tudatom foglalkozik a tudatmódosító szerekkel. A meglepetésekben bővelkedő modul számtalan formában és több oldalról mutatja be a droghasználat egyéni, társas és társadalmi dimenzióit. Az ókori görögök mértékletesség fogalmát használják, ennek segítségével kapcsolva össze a források mértékletességének elvét napjaink fogyasztási szokásainak mértékletenségével, és az ezt hirdető reklámokkal.

A program 2006 óta 14 alkalommal került megrendezésre. Négy alkalmat az alapítást finanszírozó pályázatból (KAB-PP-06-A) szerveztek, kilenc alkalommal a T-COM „Hozzáad” pályázatát használták alapul, egyet pedig egyéni megrendelés útján teljesítettek. Budapesti szakközépiskolák és gimnáziumok kerültek be a programba, egy alkalommal vidéken is szerepeltek (Salgótarján). Alkalmanként változó számban (60–100 fiatal) voltak jelen tanulók. Az iskolákkal való kapcsolatfelvétel megkeresés útján történik, de nem ritka az önálló megkeresés sem, hiszen az aktuális tárgykörben rendezett konferenciák és más szakmai megjelenések alkalmával minden esetben bemutatják a programot. A kiválasztásnál fontos szempont, hogy olyan iskolák kerüljenek be, amelyek nyitottak az iskolán kívüli rendezvényeken való részvételre és lehetőleg a drogambulancia közvetlen működési területéről is érkezzenek iskolák (Ferencváros).

Az eiskola tanévzáró ünnepségén a diákok szóban és írásban is értékelik a programot egy rövid értékelőlap segítségével. Az értékelés tárgya a modul tartalma, az előadó személye és a használt videóanyag. Az iskolában megszokott osztályzást (1–5) így fordított irányban alkalmazzák, illetve

számokban is kifejezhető visszajelzést kapnak a diákoktól. A tesztlapok segítségével megtudhatják azt is, hogy milyen további modulokat látnának szívesen a fiatalok. További fontos értékelő elem az iskolanapló, amelybe szintén lehet (és szoktak is) visszajelzéseket, élményeket megfogalmazni. A visszajelzéseket felhasználják a modulok fejlesztésénél, kiigazításánál.

1.2 Az iskolai kereteken kívül folyó általános prevenció

2007-ben „A nem iskolai szintéren megjelenő prevenció programok feltérképezése” címmel kutatás indult, melynek célja az iskolai szintéren megjelenő programok leírásához hasonló részletezettségű információk gyűjtése az iskolán kívüli általános, illetve célzott prevenció programokról. A kutatás eredményeiről a 2009-es jelentés számol be.

2. Célzott prevenció

2.1 Rekreációs szintér

A tavalyi Jelentésben bemutatott, a rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenció tevékenységet végző hat szervezet közül mind szolgáltatott információt a 2007-ben végzett tevékenységéről.

2007-ben a hat szervezet összesen több mint 270 eseményen vett részt, ahol több mint 38 000 fiatallal kerültek kapcsolatba.

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 (több mint 6000 liter), óvszer (5722 db), szórólapok (40 200 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok, gyümölcs.

A rekreációs szcénában ártalomcsökkentést végző szervezetek tevékenysége 2007-ben

Program, tevékenység	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, 20 önkéntes	Partik, fesztiválok	9	28 000 fő
INDIT Közalapítvány Pécsi Bulisegély Szolgálata (Pécs)	Pécs, Baranya, dél-dunántúli régió	2000	7 professzionális segítő	Rock, disco, alternatív, egyetemi klub, fesztiválok	177	2102 fő
„Mozgó-társ” party service szolgáltatás (Debrecen)	Észak-alföldi régió, országos	2000	3 főállású és 6 részállású szakember, 52 egyetemi kortárs hallgató	Fesztiválok, egyetemi partik	40–45 egyetemi buli, 8–10 fesztivál	2494 fő
Agria party service (Eger)	Eger és kistérsége	2004	1 projekt koordinátor, 8 önkéntes kortárssegítő	Főleg elektronikus zenei partik, rock koncertek, fesztiválok	26	1660 fő
MI-ÉRTÜNK – Prevenációs és Segítő Egyesület (Békéscsaba)	Békéscsaba és kistérsége	2005	3 főállású alkalmazott, 2 önkéntes, 2–5 kortárssegítő	Fesztiválok	4 fesztivál (12 nap)	3300 fő
Fiatalok a fiatalokért – party service (Székesfehérvár)	Székesfehérvár	2005	1 főállású szociális munkás, 10 fő önkéntes kortárssegítő	Rock, alternatív, elektronikus, fesztiválok	6	612 fő

Forrás: A szolgáltatók tájékoztatása alapján

2.2 Roma fiatalok

A Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány roma és nem roma fiatalok közös kortárssegítő képzési programja az elmúlt évhez hasonlóan 2007-ben is 2 alkalommal került megrendezésre. A programon összesen 37 9–10. évfolyamos (15–16 éves) középiskolai tanuló vett részt. A 35 órás alapképzéseket követően 4 alkalommal esetmegbeszélő, szupervíziós foglalkozásokat is tartottak a képzett fiatalok számára. A program célja a fiatalok felkészítése a kortárssegítői szerepre a szociális készségek fejlesztésén, ismeretbővítésén és a szociális kompetencia növelésén keresztül.

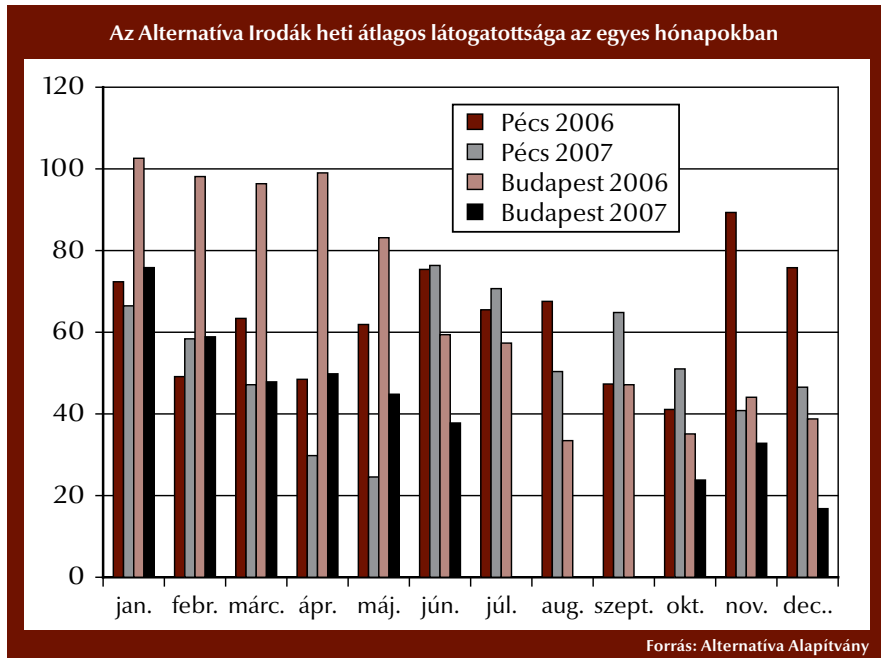
2.3 Bevásárlóközpontok látogató fiatalok – Alternatíva Program

A Pécsen és Budapesten működő Alternatíva Irodák 2007-ben is folytatták működésüket (előzményükről lásd: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2007).

2007-ben a pécsi Alternatíva Irodának havonta átlagosan 219 látogatója volt. Mivel közülük sokan visszatérő vendégek, ez az érték nem azt jelenti, hogy egy hónapban átlagosan 219 különböző fiatal tért be az irodába. A leggyakoribb látogatók továbbra is a 14–16 éves korosztályból kerülnek ki, a nyáron azonban egy fiatalabb korcsoport (12–15 évesek) is megjelent. Az elmúlt év során, azonos iskolából érkező diákok egy nagyobb csoportja esetében előfordult, hogy az iroda munkatársai felvették a kapcsolatot a fiatalok tanáraival is. Az iroda munkatársai mind a fiatalok toborzása, mind a problémásabb esetek továbbirányítása kapcsán szorosan együttműködnek a városban működő segítő intézményekkel, szervezetekkel (pl. drogambulancia, gyermekjóléti szolgálat stb.).

A budapesti iroda 9 hónapos működése során, 2007-ben havonta átlagosan 175 betérőt regisztrált, hasonló módon, mint a pécsi Alternatíva Irodában. A budapesti iroda látogatottsága minden hónapban elmaradt az előző évitől, ez valószínűleg a rendelkezésre álló jóval kisebb helyiség, finanszírozási problémák és a bevásárlóközponttal való együttműködési problémák miatt következett be. Utóbbi okoknál fogva a budapesti iroda nyár közepétől őszeleig egyáltalán nem tudott látogatókat fogadni. Az utolsó három hónap pedig dominánsan a fiatalokkal való kapcsolat lezárásáról szólt, tekintve, hogy december 31-ével ezen budapesti iroda – a bevásárlóközponttal való sikertelen tárgyalások miatt – véglegesen bezárt. Az irodát

látogató fiatalok jellemzői általában megegyeztek a pécsi Alternatíva Irodát látogató fiatalok jellemzőivel, az irodák beszámolója szerint nem történt jelentős változás a fiatalokat érdeklő/érintő, a beszélgetések során tárgyalt problémákban. Bár 2007 végére egyetlen – a pécsi – iroda képviselte az Alternatíva Programot, egy másik budapesti plázával megállapodás született egy újabb iroda megnyitásáról 2008. tavaszi indulással.



2.4 A Magyar Honvédség drogprevenációs tevékenysége³³

Az elmúlt év során a Magyar Honvédség (MH) a fiatal felnőtt korosztályba tartozó szerződéses katonai állomány tagjai részére „Munkahelyi drogmegelőzés és drogproblémák korai felismerése” címmel 30 órás akkreditált tréninget szervezett és hajtott végre. A képzésen összesen 138 fő vett részt.

Az MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ 2007-ben indí-

³³ A Magyar Honvédség beszámolója alapján.

totta el Egészségmegőrző Programját. A program a személyi állomány egészség tudatos magatartását hivatott kialakítani, illetve továbbfejleszteni, melynek egyik kiemelt területe a szenvedélybetegségek megelőzése. A program megvalósítása az alakulatoknál kiscsoportos (20–25 fős) interaktív csoportfoglalkozás módszerével került végrehajtásra, melynek során 13 alakulatonál 870 főt értek el.

A MH egészségügyi szakemberei a fentiek mellett kiemelt, központi és egyéb katonai rendezvényeken, valamint civil-katonai együttműködés keretében különböző fesztiválokon és rendezvényeken is részt vettek egészségfejlesztési programjukkal.

2.5 Munkahelyi prevenció

A Foglalkoztatási Hivatal által kidolgozott „Maradj a Zöld Zónában! A vállalatok és dolgozóik mozgósítása a káros alkohol- és a kábítószer-fogyasztás megelőzésére” elnevezésű program teljes anyaga ingyenesen hozzáférhető és letölthető az Állami Foglalkoztatási Szolgálat honlapjáról (www.afsz.hu). A projekt kézikönyve mellett a honlap munkavállalói oktatási csomagot, szóróanyagokat, kérdőíveket, öndiagnosztizáló eszközöket és toborzó reklámkampányokat támogató anyagokat is tartalmaz. Arról nem áll rendelkezésre információ, hogy a programot mennyi munkahely adaptálta.

A program 2006-ban pilot programként futott a Határőrségnél, a Határőrség 2007-es megszüntetése (Rendőrséggel való integrációja) után azonban a szervezetnél már működő program továbbfejlesztésre, az új szervezeti kultúrához való adaptációra szorult.

A Flextronics³⁴ zalaegerszegi egységében a cég egységes Társadalmi és Környezetvédelmi Felelősségvállalási programjának keretében 2007-ben felmérést végeztek³⁵ a dolgozók között a foglalkozás-egészségügyi szolgálat szakmai vezetésével. A felmérés célja elsősorban a munkavégzésből és munkaszervezésből eredő főbb problémák valamint a pszicho-szociális kóroki tényezők feltárása volt. Tapasztalataik alapján a szenvedélybetegségek problémája elsősorban a munkaerő-piaci nehézségekre, a szociális és társas kapcsolatok folyamatos romlására, a támogató környezet hiányára vezethető vissza. A felmérés eredményei alapján adaptálják a „Maradj a zöld zónában!” programot a vállalat dolgozóinak igényeire.

A 2006-os pilot program tapasztalatait a résztvevők a Szociálpolitikai és

³⁴ A Flextronics egy elektronikai alkatrészgyártással, -javítással és számítástechnikai termékek gyártásával foglalkozó multinacionális vállalat.

³⁵ A felmérésben két gyáregység vett részt, közel 1500 fő részvételével.

Munkaügyi Intézet által kiadott Módszertani Füzetben foglalták össze. Az Intézet folyamatosan végzi további résztvevő vállalatok toborzását.

A Linamar Hungary Autóipari és Gépgyártó Részvénytársaság békéscsabai egysége „Összefogás = Linamar” címmel 2006 júliusa és 2007 májusa között programot valósított meg az alkohol- és kábítószermentes munkahely kialakítása érdekében. Első lépésként tájékoztatták a dolgozókat magáról a programról és annak céljairól („Ez a program mindenki számára ingyenesen, anonim és önkéntes módon egy lehetőséget kínál arra, hogy jobban odafigyeljen saját egészségére”), majd sor került a vállalat egészségről szóló irányelveinek kidolgozására:

1. A kábítószer- és alkoholfogyasztással kapcsolatos legfontosabb program a megelőzés.
2. A „preventív stratégia” alkalmazása nem azt jelzi, hogy a cégnél ez a probléma létezik, hanem hogy éppen megelőzni kívánjuk a kialakulását.
3. Célunk, hogy informáljuk és felvilágosítsuk a dolgozókat az alkoholfogyasztás csapdáiról és veszélyeiről, lehetséges következményeiről.
4. A dolgozók fizikai biztonsága érdekében a vállalat továbbra sem engedi az alkohol árusítását a munkahelyen, foglalkozunk viszont azokkal a dolgozókkal, akik munkateljesítménye kábítószer-, illetve alkoholfogyasztásuk következtében romlott.
5. A munkahelyi megelőzésnek ugyanakkor nem az a célja, hogy a szert használót eltávolítsa a munkahelyéről, hanem a munkahely ösztönzőit kihasználva, a leszokásban és pozitív alternatívák keresésében tegye érdekeltté.
6. A helyi civil szervezetek és intézményes segítők helyek elérhetőségére vonatkozó információkat a dolgozóink rendelkezésére bocsátjuk.

A teljes körű tájékoztatás után egy kérdőív segítségével mérték fel a dolgozók aktuális egészségi állapotát (stressz, dohányzás, alkohol-, gyógyszer-, és kábítószer-fogyasztás), valamint a programokkal kapcsolatos elvárásait. A dolgozók 18%-a (74 fő) töltötte ki a kérdőívet. A program során a vezetőknek két képzést szerveztek. Az első alkalommal főként információkkal látták el a vezetőket, a második képzés azonban interaktív formában, szituációs gyakorlatok segítségével folyt. A dolgozók részére négy programot szerveztek (Sportnap, Évzáró Csernus Imrével, Dolgozói csoportos foglalkozás, Családi nap), melyből kettőn családtagjaik is részt vehettek. A program zárásaként egy rövid kérdőív segítségével vizsgálták a dolgozók elégedettségét (65%, azaz 250 fő töltötte ki), legnépszerűbbnek a dolgozói csoportos foglalkozás bizonyult. A program vezetői a kidolgozás és

megvalósítás folyamán végig szorosan együttműködtek a helyi szakszolgálatokkal, civil szervezetekkel és szakemberekkel.

3. Javallott/indikált prevenció

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás a NIDA/EMCDDA szerinti ún. indikált prevenció intervenciónak minősül, melynek a legfontosabb jellemzői:

- Mindig egyes személyeket céloz meg, akik a szerfogyasztás vagy ahhoz kapcsolódó egyéb magatartási problémák enyhe, de kimutatható, érzékelhető jeleit mutatják.
- A szerfogyasztás kezdeti jeleinek tekintetében (pl. alkohol-fogyasztás, iskolai, tanulmányi problémák, kannabisz fogyasztása) magas kockázatú személyekre irányul, akik azonban nem sorolhatók a jelenlegi klasszifikációk (BNO-X., DSM-IV.) alapján diagnózissal bíró kategóriába.
- Az egyéneket a preventív intervenció előtt azonosítani kell, azaz a magas kockázat megléte, már fennálló szerfogyasztás kimutatandó.
- Az indikált prevenció célja nem lehet a szerfogyasztás megelőzése (mivel már előfordult megelőző szerfogyasztás), célja viszont a függőség vagy egyéb magatartási zavarok irányába történő további progresszió megállítása, a kockázatos, veszélyes szerfogyasztás időtartamának és gyakoriságának lecsökkentése/minimalizálása.
- Az indikált prevenció indikátorainak sokkal szorosabban kell korrelálnia a szerfogyasztással, mint a szelektív intervenció esetén.
- Az egyéni kockázati és védő tényezőket ismerni kell a specifikus beavatkozás meghatározásához.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás a fenti kritériumoknak megfelelő, az alkalmazott intervenciók személyre szabott jellege a rendszeren belül erősítendő. Ezt a célt szolgálja a pályázati rendszer tervezett tartalmi átalakítása és a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kialakítása

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás a büntető-eljárás alternatívájaként létrejött ún. elterelés egyik szolgáltatási típusa. A büntető-eljárás alternatívájaként történő gyógykezelés vagy preventív szolgáltatás részleteiről a Büntető Törvénykönyv 283.§-a rendelkezik:

283.§ (1) *Nem büntethető kábítószerrel visszaélés miatt,*

a) aki csekély mennyiségű kábítószerrel saját használatra természet, előállít, megszerez vagy tart [282. § (5) bek. a) pont],

b)-d)

e) az a kábítószerfüggő személy, aki

1. jelentős mennyiséget el nem érő mennyiségű kábítószerrel saját használatára természet, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, az ország területén átvisz [282/C. § (1) bek. és (5) bek. a) pont],

2.

f) az a kábítószerfüggő személy, aki az e) 1. alpontban meghatározott bűncselekménnyel összefüggésben – kétévi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő – más bűncselekményt követ el, feltéve, ha az első fokú ítélet meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy **megelőző-felvilágosító szolgáltatáson** vett részt.

Az elterelés végrehajtását a 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet szabályozza részleteiben. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás azon – az elterelésben való részvételre jogosult és azt vállaló – személyek számára létrehozott szolgáltatás, akik nem függők vagy nem szenvednek kezelést igénylő pszichiai társbetegségben, viszonylag csekély mértékű pszicho-szociális problémával rendelkeznek.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás nyújtására azon szolgáltatók jogosultak, amelyek nyílt pályázat során teljesítik a vonatkozó szakmai kritériumokat. Jelenleg kb. 50 szolgáltató jogosult megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtani országszerte, 2/3-uk szociális ellátó, egyházi vagy egyéb társadalmi szervezet vagy gazdasági társaság. Kisebb részük egészségügyi szolgáltató is, de a megelőző-felvilágosító szolgáltatást a rendelési időn túl, a betegforgalomtól elválasztva végzik.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatásban megjelentek száma 2006-ban volt a legmagasabb, az összes szolgáltató szolgáltatásban megjelenő esetei összesen 4152-en voltak, 2007-re ez a szám csökkent valamelyest 3752-re. A csökkenés elsősorban annak tulajdonítható, hogy a 2006. július 1-jétől hatályos Be (büntetőeljárásról szóló törvény)-módosítás lehetővé tette azt, hogy a terheltek már a nyomozati szakban megkezdjék az elterelés valamely szolgáltatását, míg korábban erre csak az ügyészi szakban volt lehetőségük. Emiatt számos elterelési eset, amely a korábbi feltételrendszerben 2007-ben kezdődött volna, előre került 2006-ra, így okozva ezt az emelkedést.

Az alábbi táblázat a 2007 során megelőző-felvilágosító szolgáltatásban megjelent kliensek megoszlását mutatja. Látható, hogy igen nagy számban vannak jelen azok, akik 2006-ban kezdték meg a megelőző-felvilágosító szolgáltatást, vélhetően sokuk esetében az elterelés megkezdése a Be-módosítás miatt „csúszott előre” 2006-ra.

2007 során megelőző-felvilágosító szolgáltatásban megjelent kliensek megoszlása

2007-ben kezdte az elterelést				2006-ban kezdte az elterelést	
2007-ben igazolással befejezte	2007-ben megszakadt/újrakezdte	2008-ra áthúzódik	2007-ben részigazolással távozott	2007-ben igazolással befejezte	2007-ben megszakadt
920	529	893	39	1218	151

Következtetések

Az elmúlt évhez képest jelentősen nőtt az államilag finanszírozott, egészségfejlesztéssel kapcsolatos pedagógus továbbképzéseken (A szenvedélykeltő szerek fogyasztásának visszaszorítása, iskolai egészségfejlesztés; Mentálhigiénés Alapfokú továbbképzés Pedagógusoknak) résztvevők száma.

A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő szolgáltatást nyújtó szolgáltatók 2007-ben több mint 270 rendezvényen vettek részt (főleg fesztiválokon, egyetemi és elektronikus zenei partikon), ahol több mint 38 000 fiatallal kerültek kapcsolatba.

A bevásárlóközponttal való együttműködési problémák miatt a tavalyi évhez képest jelentősen csökkent a budapesti Alternatíva Iroda látogatottsága. Ez az iroda 2008-tól egy másik bevásárlóközpontban folytatja működését. A pécsi Alternatíva Iroda zavartalanul működött, és főként a nyári hónapokban több fiatalt vonzott, mint tavaly.

A Foglalkoztatási Hivatal által kidolgozott munkahelyi drogmegelőzési programjának anyaga ingyenesen hozzáférhető és letölthető az Állami Foglalkoztatási Szolgálat honlapjáról (www.afsz.hu), arról azonban nem áll rendelkezésre adat, hogy a programot hány munkahelyen adaptálták és vezették be.

III. KEZELÉS-ELLÁTÁS

1. Problémás drogfogyasztás és a kezelést igénylő populáció³⁶

Háttér, előzmények

2007-ben Magyarország, első alkalommal, egész évre vonatkozó TDI- (treatment demand indicator – kezelési igény indikátor) adatokkal rendelkezhetett volna. Az egészségügyi reform okozta változások és új követelmények, valamint az ezeknek való megfelelés azonban a vártnál több energiát emésztett fel a szolgáltatók oldalán. Ebből adódik, hogy sokan nem tettek eleget jogszabályi kötelezettségüknek, és nem jelentették kezeltjeik adatait. Megint más kezelőhelyek bezártak vagy beolvadtak nagyobb intézményekbe.

A 4.2 alfejezetben ezért idén még két különböző típusú adatgyűjtés keretein belül gyűjtött adatokat mutatunk be. Elsőként az eddig is használt OSAP (Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program) által gyűjtött adatokon keresztül elemezzük a kezelték tulajdonságait és fogyasztási szokásait, majd a meglévő (kb. 90%-ban összegyűjtött) 2007. évi TDI-adatok elemzése következik. Itt is jelezzük, hogy a két adatbázis adatszolgáltatóinak köre és az adatgyűjtés módjai, ebből fakadóan az adatai, nem teljesen egyeznek, ezért azok nem teljesen összevethetőek. Az OSAP nem szűri ki az esetleges duplikációkat a rendszerből, és prevalencia adatokat is gyűjt, míg a TDI-ben az adott évben újonnan kezelésbe jelentkezőkről kaphatunk információt.

1.1 Problémás drogfogyasztók prevalencia és incidenciá becslése

A problémás kábítószer-fogyasztás elterjedtségének becsléséhez két, azonos évre vonatkozó adatbázis megléte szükséges: a rendőrség által problémás szerrel való visszaélés miatt letartóztatottak adatai, és az egészségügyi kezelésben problémás szer mint elsődleges szer miatt kezelték adatai.

A rendőrségi adatbázisból 2007-re vonatkozóan az adatok összegyűjtése 2008 márciusára megtörtént. Az egészségügyi rendszerben fellelhető, a becslés elvégzéséhez szükséges adatok kigyűjtésére irányuló szoftverfejlesztés

³⁶ A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Koós Tamás, Porkoláb Lajos.

megkezdődött, várhatóan 2008 végére lezárul. A fejlesztés eredményeként a becsléshez szükséges egészségügyi adatok a jövőben automatikusan kinyerhetők lesznek.

1.2 TDI – Kezelési igény indikátor

KEZELT BETEGEK ÉS ÚJ BETEGEK SZÁMA

2007-ben az egészségügyi reform során olyan változások történtek, amelyek egyfelől az egészségügyi szolgáltatói kínálatot szűkítették, másfelől a túlzottnak ítélt igénybevétel visszaszorítását célozták.

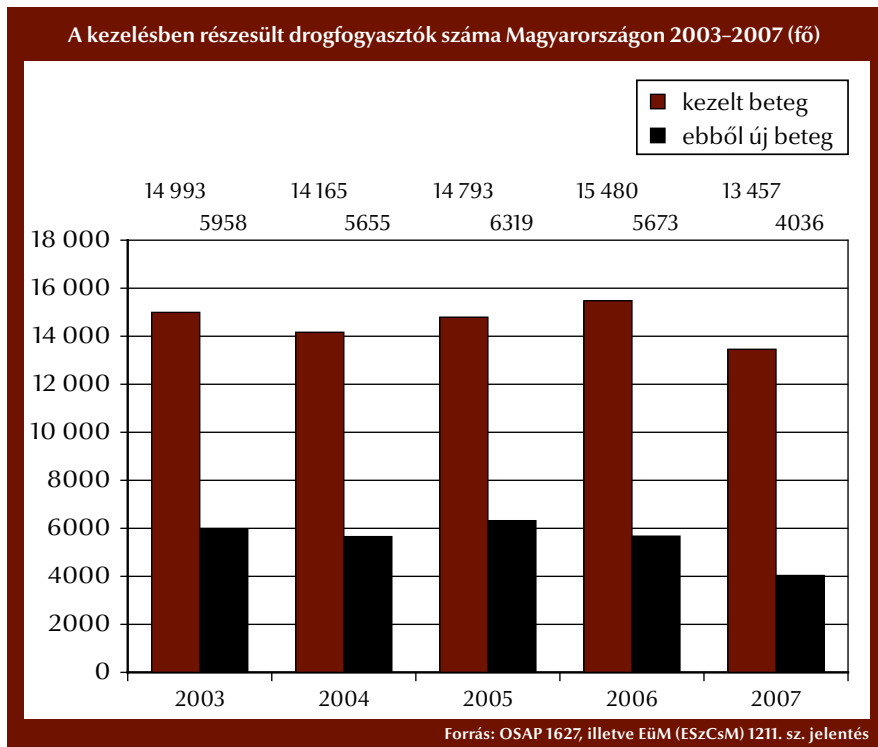
- Változott a területi ellátási kötelezettség, és jelentős mértékben csökkent az aktív (akut) ágyak száma. Ennek során a tízezer lakosra jutó pszichiátriai-addiktológiai aktív ágyak száma 4-ről 3-ra csökkent.³⁷
- Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által elszámolható teljesítményt meghatározó ún. teljesítmény volumen korlát (TVK) csökkent, ez kevesebb beteg ellátásának finanszírozását jelentette.
- A pszichiátriai-addiktológiai gondozók működési feltételeit jelentősen rontotta, hogy az ún. gondozói fix díj az előző évinek a felére csökkent.
- 2007 februárjától vizitdíj és kórházi napidíj került bevezetésre a túlzott igénybevétel visszaszorítására.³⁸

A statisztikai feldolgozás határidejéig (2008. március 31.) beérkezett, feldolgozott és ellenőrzött adatok szerint 2007-ben az egészségügyi szakellátó intézményekben kezelt betegek száma az előző évi 15 480 fős csúcstról 13 457-re csökkent. A csökkenés döntően az első kezelésben részesült betegek számában jelentkezett. A határidőt követően Fejér és Hajdú-Bihar megyéből még további 140 esetről érkezett jelentés, amelyek már nem kerültek bele a statisztikai elemzésbe. Ehhez csatlakozott még a felszámolás alatt álló OPNI szintén határidő után küldött, és a kábítószer-fogyasztók egyéb adatait nem tartalmazó, összesített jelentése 442 főről. Ennek megfelelően a kezelt betegek korrigált száma összesen 14 039 fő. Minthogy a késve érke-

³⁷ Ennek egyik oka, hogy 2007. április 1-jétől megkezdődött az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) felszámolása. Az év további részében az Intézet folyamatosan csökkenő ágyszámmal és létszámmal működött, 2007. december 31-én betegellátó tevékenysége megszűnt.

³⁸ 2007. július 15-től az alkohol- és kábítószer-függőséggel összefüggő megbetegedések kikerültek a vizitdíj fizetési kötelezettség alól. Maga a vizitdíj és a kórházi napidíj 2008. április 1-jétől megszűnt, ám ennek betegforgalmat befolyásoló hatása csak a következő évi statisztikában jelentkezhet.

zett adatok már nem kerültek részletes feldolgozásra,³⁹ a továbbiakban az elemzés csak a 13 457 fő adatairól szól.



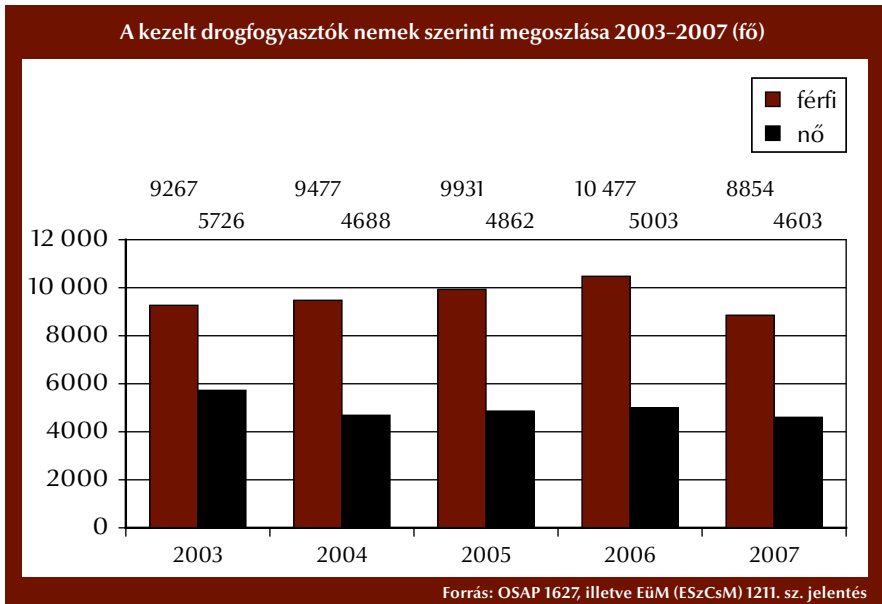
2007-ben az előző évhez képest drasztikus csökkenés jelentkezett az összes kezelt számában, amelynek hátterében feltehetőleg a már említett külső tényezők állhatnak. (Az adatok elemzéséből valószínűsíthető, hogy nem a kezelési igény csökkent, hanem a hozzáférés (a tényleges igénybevétel) lehetőségeinek beszűkülése állhat a jelenség hátterében.) Az újonnan kezelésbe kerülők számában 2006-ban 10%-os csökkenés mutatkozott, és ehhez képest is 29%-kal csökkent az első kezelésben részesült betegek száma 2007-ben.

Mind az összes kezelt, mind az első kezelésben részesültek körében mutatkozó évenkénti ingadozás összefügghet a már említett kapacitás- és hozzáférés-szűkítő intézkedésekkel.

³⁹ Időközben döntés született az adatgyűjtést és feldolgozást végző Országos Addiktológiai Intézet 2008. május 1-jével történő megszüntetéséről, illetve módszertani szakfeladatának beintegrálásáról az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központba (OSZMK).

SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK

Az alábbi ábráról leolvasható, hogy a kezelésben részesültek számának nagymértékű csökkenése nem változtatott a férfiak és nők előző években tapasztalható arányán: 2007-ben is közel kétszer annyi férfi részesült kezelésben, mint nő.

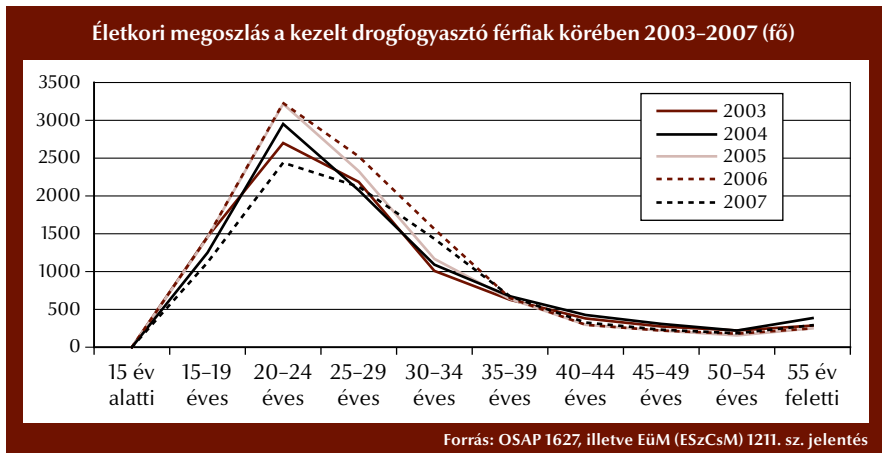


A nyugtató típusú szerek kivételével 2003–2007 között továbbra is igaz az, hogy az egyes kábítószer kategóriákban külön-külön is magasabb a kezelésben részesült férfiak száma. A nyugtatókat, altatókat visszaélészerűen használók között a nők aránya minden évben lényegesen nagyobb (2007-ben 2:1 a nők „javára”).

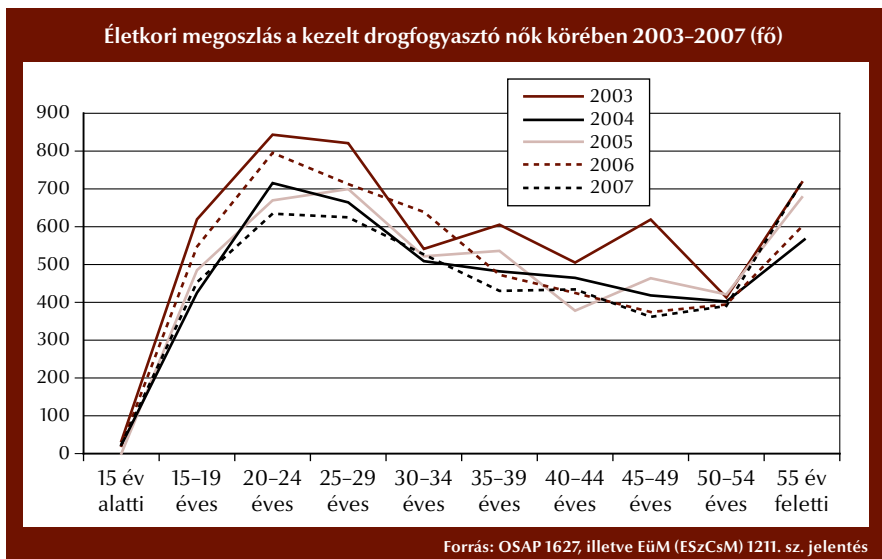
Az összes kezeltnél bemutatott tendenciához hasonlóan férfi túlsúly mutatható ki az első kezelésben részesültek körében is, de a férfiak aránya még nagyobb (3:1). 2007-ben az első kezelésben részesültek körében mind a férfiaknál, mind a nőknél 29%-os csökkenés mutatkozott, tehát az összes kezelt számának jelentős visszaesésére az első kezelésben részesültek számának csökkenése is feltehetően hatással volt.

A férfiak és nők életkori megoszlása sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. Az összes kezelt körében, a férfiaknál az utóbbi négy évben a 20–24 év közöttiek voltak legtöbben, és bár 2007-ben

csökkenés következett be, ez a korcsoport maradt a legnépesebb. A nőknél 2007-ben szintén a 20–24 évesek előfordulása a leggyakoribb, de a további korcsoportokban is magas az előfordulás, hasonlóan a korábbi évekhez.



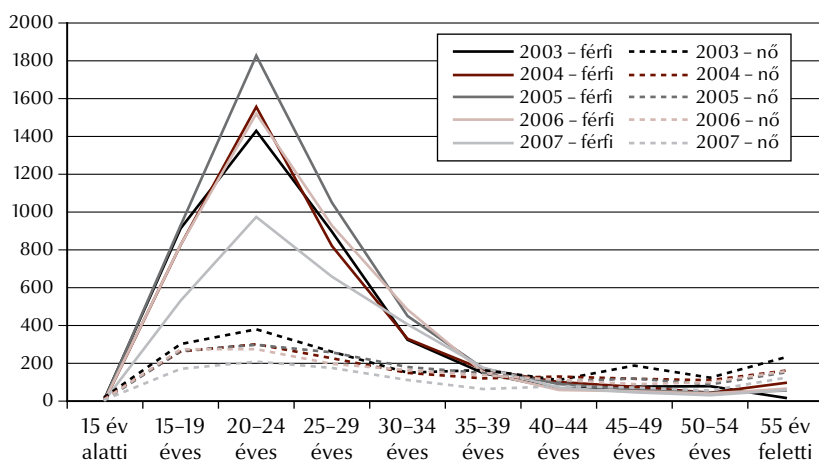
A kezelésben részesült férfiaknál 2006-hoz képest a 35 év alatti valamennyi korcsoportban csökkent a kezelték száma 2007-ben, az annál idősebb korcsoportokban pedig lényegében stagnált.



A nőknél az összes kezelt körében szinte minden korcsoportban csökkenés mutatkozott, bár a 40–44 évesek körében kismértékű növekedés volt megfigyelhető 2007-ben.

Az életkori megoszlásban mutatkozó nemek szerinti különbség azzal függhet össze, hogy összességében és arányaiban a nőkre jellemzőbb a politoxikománia⁴⁰, ami hosszabb és „kiegyenlítettebb” drogos karriert jelenthet. A 40 éven felüli, drogfogyasztás miatt kezelt nők száma jelentősen meghaladja a férfiakét. Továbbra is megfigyelhető az a jelenség az első kezelésben részesültek körében, hogy a nőknél a gyakorisági görbe folyamatosan „laposodik”, és a 20–24 évesek aránya csökken.

Életkori megoszlás az első kezelésben részesült drogfogyasztók körében 2003–2007 (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Az első kezelésben részesült férfiak körében a 35 év alatti korcsoportokban, az első kezelésben részesült nőknél főként a 15–24 és a 35–39 évesek között található a legnagyobb mértékű esetszám csökkenés. Ez egybevág a korábban mondottakkal: a 2007. évi forgalom visszaesése alapvetően az első kezelési igény elhalasztásával függhet össze, amelynek háttérben a kapacitás és a hozzáférés lehetőségeinek szűkülése állhat.

⁴⁰ Politoxikománia: esetünkben a nyugtatók és altatók alkohollal történő együttes fogyasztása.

SZERTÍPUS SZERINTI MEGOSZLÁS

2007-ben a kezelt opiát fogyasztók száma 7,4%-kal csökkent az előző évhez képest, és a 2005-ös szintre állt vissza. A kezelésben részesültek körében csökkent a heroin-, és azon belül az intravénás fogyasztók száma. Az utóbbi években az opiátfogyasztás miatt kezelték száma 2000–2500 fő között ingadozott, és csökkenő tendenciát mutat. Az opiát típus aránya az összes szeren belül jelenleg 16%, ez a harmadik leggyakoribb szer a kezelték körében (a kannabisz és az altatók-nyugtatók után).

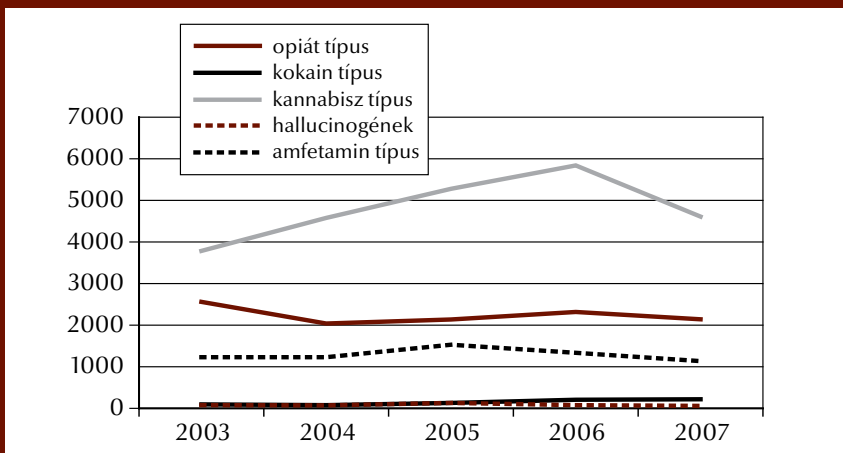
A kannabiszfogyasztás miatt kezelték száma 2007-ben 21%-kal csökkent, jelentősebb mértékben, mint az opiát fogyasztóké. A csökkenés az első kezelésben részesültek körében még nagyobb, 31%, ám ennek ellenére továbbra is a kannabiszfogyasztók képezik a kezelt betegek legnagyobb csoportját (34%).

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003 és 2007 között az 1100–1500 fős sávban ingadozott, tendenciája csökkenő, eddigi mélypontját 2007-ben érte el. Az elmúlt évben az összes kezelt mintegy 8,4%-a volt amfetaminfogyasztó.

A kezelt kokainfogyasztók aránya az összes kezeltben belül 1,6% volt, de a kokainfogyasztás miatt kezelték száma az elmúlt 5 év alatt közel megduplázódott (131 főről 218 főre).

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelték aránya 2007-ben az előző évhez képest további 24%-os csökkenést mutatott, a kezelték aránya az összes kezelthez képest elenyészőnek mondható, mindössze 0,5%.

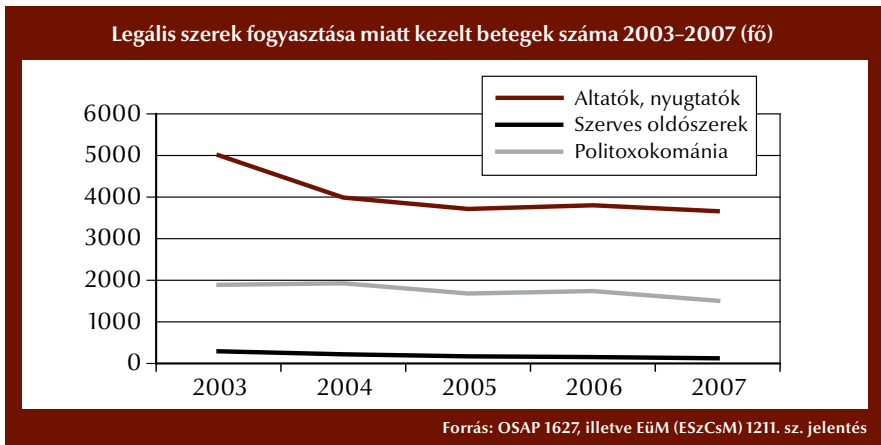
1. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003–2007 (fő)



A nyugtatókat, altatókat visszaélészerűen fogyasztók arányában 2006-ban csekély 2,4%-os növekedés mutatkozott, amelyet 2007-ben 3,9%-os csökkenés követett. Ennek a szertípusnak az aránya az összes kezeltben belül 27%.

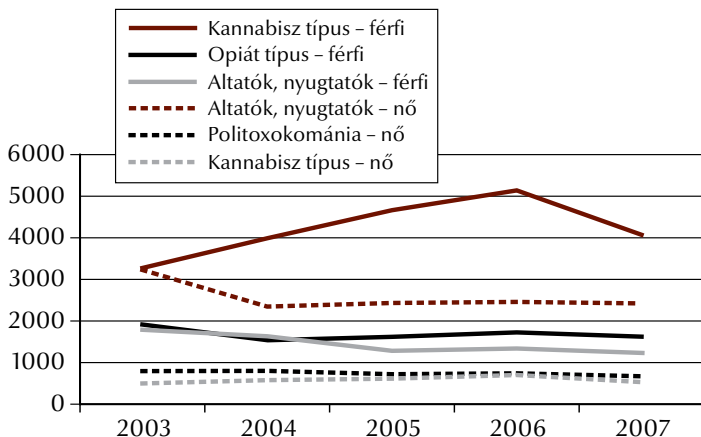
A politoxikománia miatt kezelték száma az elmúlt 5 év átlagában csökkenést mutat. Aránya az összes fogyasztó között a tavalyi évhez hasonlóan, 11%.

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma folyamatos, alig észrevehető csökkenést mutat, az összes kezelt közötti arány 2007-ben 0,9% volt.



Az alábbi ábrán összefoglalva láthatjuk a nemek szerinti preferenciákat a leggyakrabban fogyasztott kábítószer típusok tekintetében.

A leggyakoribb szer típusok a kezelt férfiak és nők körében 2003–2007 (fő)

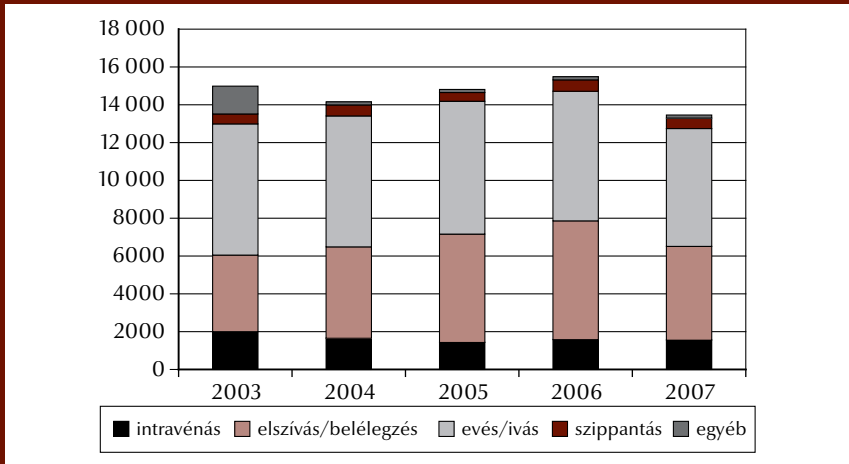


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

FOGYASZTÁS MÓDJA SZERINTI MEGOSZLÁS

2007-ben az intravénás heroinhasználat a kezelték körében csökkent, de az összes szer körében az injektálás – számát tekintve – nem változott. 2007-ben szintén csökkent az elszívás/belélegzés gyakorisága. A kábítószer szájon át történő bevitelének (evés/ivás) gyakorisága az utóbbi évek stagnálása után 2007-ben ugyan csökkent, de a kezelt drogfogyasztók körében még mindig ez a leggyakoribb beviteli mód. Ez összhangban van az altató/nyugtató szerek, illetve a politoxikománia fogyasztott szereken belüli magas arányával. A szippantás gyakorisága 2007-ben az előző évhez képest valamelyest csökkent.

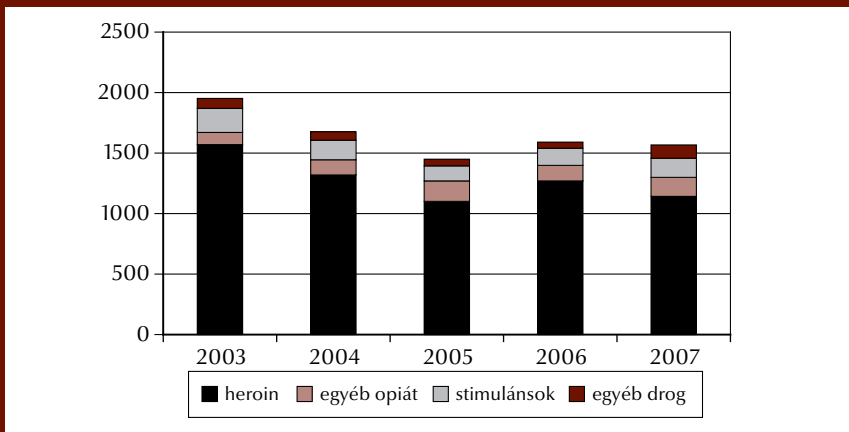
A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2003–2007 (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Az összes kezelésben részesült intravénás szerfogyasztó számának csökkenésével ellentétben, amint azt az alábbi ábrán láthatjuk, a kezelt intravénás stimuláns fogyasztók aránya emelkedett a 2006-os értékekhez képest (a kezelt intravénás fogyasztókon belül 8,9%-ról 10,1%-ra). Hasonló mértékű növekedést mutat az egyéb opiátok kategória is (7,9%-ról 10%-ra).

A kezelt intravénás droghasználók megoszlása 2003–2007 (fő)

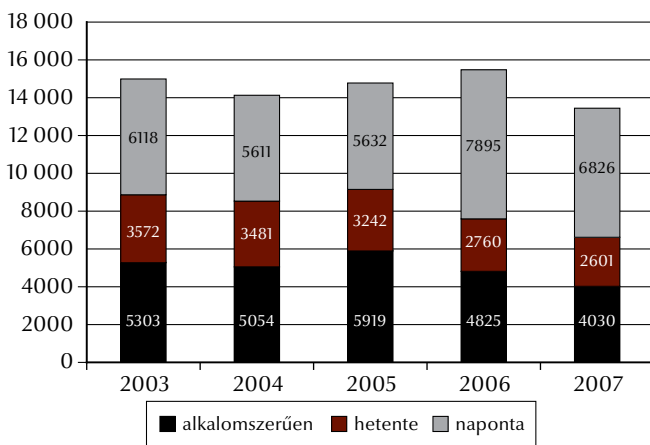


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

FOGYASZTÁS GYAKORISÁGA SZERINTI MEGOSZLÁS

Az alkalmoszerűen fogyasztó összes kezelt száma 2006-ban és 2007-ben csökkent, jelenleg a 2002. évi érték körül van. A hetente fogyasztó kezeltek számában az utóbbi években szintén folyamatos csökkenés tapasztalható, ez idáig 2007-ben a legalacsonyabb az arányuk. A naponta fogyasztók számáról viszont elmondható, hogy a 2006-os ugrásszerű emelkedést követően tavaly csökkent ugyan a számuk, de az utóbbi 5-6 évet tekintve így is a második legmagasabb értéket mutatja.

A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint 2003–2007 (fő)



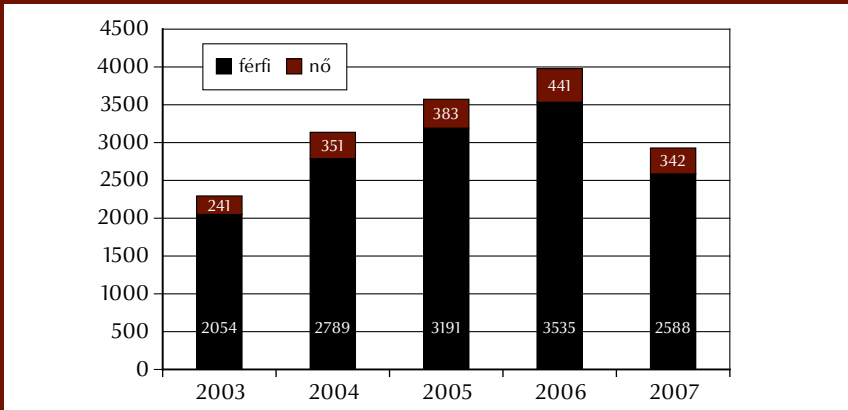
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

A BÜNTETŐELJÁRÁS ALTERNATÍVÁJAKÉNT KEZELTEK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA

Az elterelő kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent. Az Egységes Rendőrségi-Ügyészségi Bűnügyi Statisztikába (ERÜBS) jelentett adatok (lásd: Kínálatcsökkentés fejezet) szerint a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők számában drasztikus csökkenés (2000 fő) következett be 2007-ben, amely indokolhatja az eltereltek számának csökkenését.

Ezzel párhuzamosan látható, hogy a kannabiszproblémák miatt kezeltek száma is drasztikusan csökkent, mivel a kannabiszfogyasztók teszik ki az eltereltek legnagyobb részét. 2007-ben 2930 fő kezdte meg az elterelést.

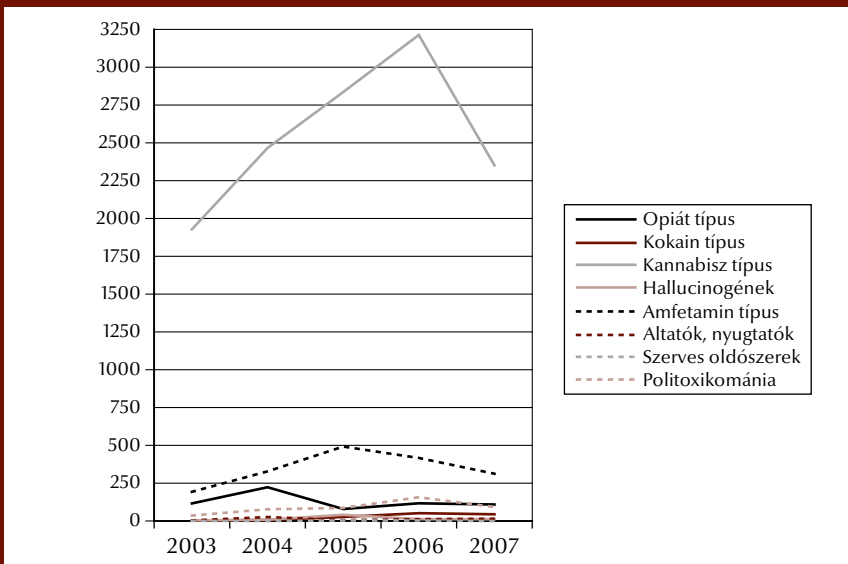
Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma 2003–2007 (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték körében a nemek aránya még markánsabb különbséget mutat, mint az összes kezelt beteg körében. A nők aránya az utóbbi években csak 10–12% volt az elterelő kezelésben résztvevők között, míg az összes kezelt betegnek körülbelül 34%-a nő.

Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma kábítószerfajta szerint 2003–2007 (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

A tavalyi évvel ellentétben mindegyik illegális szer kategóriájában csökkent az elterelésben résztvevők száma.

A RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ TDI-ADATOK ÁTTEKINTÉSE

A TDI-rendszerbe jelentő kezelőhelyek, valamint a jelentett adatok eredete

Az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet módosítása 2006 júniusától előírja az addiktológiai, pszichiátriai tevékenységre vonatkozóan engedéllyel rendelkező járó- és fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók, az ún. alacsony küszöbű szolgáltatók, az elterelés rendszeréhez tartozó ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatók, a büntetés-végrehajtási intézmények és a házi orvosok részére a TDI-adatgyűjtési rendszerbe történő jelentési kötelezettséget.

Ebben az értelemben a TDI-adatgyűjtési rendszerbe jelentésre kötelezettek köre lényegesen bővebb, mint a régebb óta fennálló és működő, a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet 1211 nyilvántartási számú „Jelentés a kábítószer-fogyasztókról és kezelésükről” (OSAP – Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program) által meghatározott résztvevő szervezetek köre.

A 76/2004. számú ESzCsM rendelet módosítása óta a 2007-es volt az első teljes év, amelyben a TDI-adatgyűjtési rendszer működött. Az adatgyűjtési rendszert működtető Országos Addiktológiai Intézet az év folyamán többször küldött ki értesítőt és emlékeztető leveleket az érintett adatszolgáltató szervezetek számára, elsősorban azért, hogy a legteljesebb lefedettséget tudja biztosítani a TDI-adatok gyűjtése során. Az OAI adatgyűjtési rendszere egyedi, esethez kötött TDI-kérdőívek gyűjtésén alapul, azaz az adatszolgáltató intézmények TDI-adatlapokat töltenek fel az adatbázisba, és az adatbázisból készül az országos statisztika. Ilyen módon biztosítható az országos szinten történő duplikációsűrés a statisztikai táblák elkészítésekor.

Az első, teljes adatgyűjtési évről tekintettel az adatszolgáltatás teljesítését az OSAP jelentésben a 2/a és 2/b (az első alkalommal kezelésben megjelent kábítószer-fogyasztó férfiak és nők száma⁴¹) táblákban az egyes szolgáltatók által megadott számokhoz viszonyítottuk. A gyakorlatban ez a következő módon történt: minden adatszolgáltató esetében összehasonlítottuk a 2/a és 2/b táblában megadott, első alkalommal, illegális szerfogyasztás miatt kezelésben megjelent kliensek számát a TDI-adatbázisba felvitt kérdőívek

⁴¹ A 2/a tábla a férfiak, a 2/b tábla a nők adatait tartalmazza.

számával. Amennyiben a 2/a és 2/b táblákban megadott szám nagyobb volt, mint a felvitt TDI-kérdőívek száma, a szolgáltató külön telefonos megkeresést kapott, hogy a 2/a és 2/b táblákon jelzett új kliensek TDI-adatlapját is töltsse fel.⁴²

Az összesítések alapján az adatszolgáltatók túlnyomó része eleget tett jelentési kötelezettségének, azaz regisztráltak a TDI adatgyűjtési rendszerbe és töltöttek fel TDI-kérdőíveket. További kérdés, hogy mennyiben tekinthető teljes körűnek az egy szolgáltató által felvitt TDI-kérdőívek száma, azaz minden új kliensnél vettek-e fel kérdőívet⁴³. E tekintetben összehasonlítottuk az OSAP 1211 jelentés 2/a táblájában közölt „az első alkalommal kezelésben megjelent kábítószer-fogyasztó férfiak” számát a TDI-jelentés „életükben először kezelésbe kerültek elsődleges szere” kérdésre adott válaszokkal, mégpedig azzal, amelyben az összes eset – tehát eltereltek is – szerepeltek.

Az alábbi tábla férfiak tekintetében tartalmazza az adatokat. Látható, hogy két szertípusnál jelentős az eltérés a 2/a tábla (első alkalommal kezelésben megjelent férfi) és az összes esetet tartalmazó életükben először kezelésbe került férfiak TDI-adatai között. Az egyik az altató-nyugtató típus, ahol 12-szeres különbség látható. Magyarázat lehet, hogy a túladagolás miatti eseteket⁴⁴ nem kell a TDI-be jelenteni, míg az OSAP 1211 szerinti 2. táblákban megjelennek ezek az esetek is.

A másik szertípus az opiátok (ezen belül a heroin), ahol szintén a túladagolások esetek viszonylag magas száma adhatja a jelentős különbséget.

⁴² Erre azért kerülhetett sor, mert a TDI-adatgyűjtésben jelentési kötelezettség alá eső „új eset” meghatározása nem tér el a 76/2004. ESzCsM rendelet 1211. sz. adatgyűjtésének 2/a és 2/b táblájában jelentendő „első alkalommal kezelésben megjelent” eseteitől. Elvben mindegyik kliensről, aki a 2/a és 2/b táblákban jelentésre került az aggregált adatokban, TDI-adatlapot is fel kell vinni az OAI TDI-adatbázisába. A kezelés definíciója is problémásnak bizonyult. A TDI-rendszer logikája szerint pl. az eltereléshez tartozó előzetes állapotfelmérés nem számít kezelésnek az állapotfelmérést végző szolgáltatónál, mivel egyszeri megjelenésről van szó, amelynek nincs folytatása. Az elterelésben lévők emiatt annál a szolgáltatónál kellene, hogy TDI-jelentésre és a 2/a és 2/b táblában összesítésre kerüljenek, mely az elterelés teljes 6 hónapjában a klienssel foglalkozott. Erről az OAI az év folyamán írt tájékoztatóiban javaslatot is tett a szolgáltatóknak.

⁴³ A TDI-adatgyűjtésben két típusú kliens „alap-megkülönböztetés” létezik. Az egyik az ‘all treatment’ (összes kezelt/kezelést megkezdő), vagyis az adott évben kezelésben megjelent kliensek (ide tartoznak azok is, akik esetleg korábban már álltak kezelés alatt, de most újrakezdi azt, vagy hosszabb időre eltűntek a rendszerből, majd most újrakezdi a kezelést). A másik adathalmaz a ‘first treatment’ (életében először kezelésbe került/lépő) alá tartozó csoport, amely az életükben először kezelésbe kerülteket tartalmazza. Az összes kezelt/kezelést megkezdő kliensek száma magába foglalja az életében először kezelésbe kerülő kliensek számát.

⁴⁴ Ezzel a szertípussal a leggyakoribbak az öngyilkossági kísérletek.

A heroin túladagolások eseteket nagyrészt ellátó Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztálya esetében nincs TDI-jelentési kötelezettség, mert a túladagolás miatti felvétel nem tartozik a TDI-jelentés hatálya alá. Az OSAP adatai szerint 2007-ben 154 férfit kezeltek itt heroin túladagolás miatt.

Szertípus közti különbségek az első alkalommal kezelt férfiak körében
(OSAP és TDI összehasonlítása)

	Opiát típus	Kokain típus	Amfetamin típus	Nyugtató típus	Kannabisz típus	Hallucinogének összesen	Szerves oldószerek
OSAP	290	63	262	316	1857	6	20
TDI	81	53	250	25	1884	14	18
OSAP/TDI	3,6	1,2	1,0	12,6	1,0	0,4	1,1

Forrás: OSAP 1211 jelentés 2/a tábla, OAI 2008

További feltételezés, hogy az eltereléshez tartozó előzetes állapotfelmérés esetei is megjelennek az OSAP 1211 jelentés tábláiban. Ez jelentési anomáliának tekinthető, mivel ez egy egyszeri beavatkozás az adott szolgáltatónál, és az esetek nagy részét kitevő megelőző-felvilágosító szolgáltatásba kerülők nem tekinthetők betegnek, azaz az egészségügyi jelentési rendszerben nem lenne szabad megjelenniük.

A szertípusok közötti különbségeket vizsgálva az első alkalommal kezelt nők körében megállapítható, hogy a legmarkánsabb különbség itt is a nyugtatók esetében (közel 18-szoros különbség) és az opiátoknál fordul elő (heroinra 69 eset az OSAP 2/b-ben és 10 eset a TDI-ben). Ez utóbbi esetben 6,3-szeres a különbség, ami csaknem duplája a férfiak esetében tapasztaltaknak.

Szertípus közti különbségek az első alkalommal kezelt nők körében
(OSAP és TDI összehasonlítása)

	Opiát típus	Kokain típus	Amfetamin típus	Nyugtató típus	Kannabisz típus	Hallucinogének összesen	Szerves oldószerek
OSAP	94	18	128	463	257	5	10
TDI	15	8	82	26	234	0	2
OSAP/TDI	6,3	2,3	1,6	17,8	1,1	-	5,0

Forrás: OSAP 1211 2/b tábla és OAI 2008

A magyarországi járó- és fekvőbeteg-ellátók mindegyike kapott megkeresést a TDI-rendszerbe történő jelentésre, a jelentési rendszer lefedettségé

meghaladja a 90%-ot. Az alacsony küszöbű szolgáltatók egységes nemzeti regiszterének hiányában nehéz megbecsülni az adatszolgáltatásuk lefedettségét. A büntetés-végrehajtási intézmények mindegyike jelentett, ahol kezelési program folyhat. A további jelentésre kötelezett szolgáltató típusok közül a háziorvosi jelentések jelentik a következő problémát. Gyakorlatilag nem érkezett háziorvostól TDI-adatlap, bár a kezelésbe vételek között észleltünk 65 esetet, ahol a háziorvos volt a kezelés megkezdésének kezdeményezője. Ebben szerepe lehet a jelenlegi magyarországi gyakorlatnak is, mely szerint a háziorvosok tevékenysége meglehetősen korlátozott az illegális szerfogyasztók kezelése terén, a kezelésbe vételt is elsősorban az elérhető drogambulanciára, addiktológiai gondozóba utalással oldják meg. E tekintetben a magyarországi TDI-jelentés nem tér el érdemben a legtöbb uniós országtól, mivel általában nem jellemző a háziorvosok részvétele a TDI-jelentési kötelezettségben⁴⁵.

A TDI-RENDSZERBE JELENTETT KLIENSEK JELLEMZŐI – NEM-ELTERELT KLIENSEK⁴⁶

2007-ben a TDI-rendszerbe összesen 1185 esetet (929 férfi és 253 nő⁴⁷) jelentettek a szolgáltatók. Ebből 563 fő már állt korábban kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt, 489 pedig életében először jelentkezett kezelésbe. Az „állt-e korábban kezelés alatt” kérdésre, viszonylag magas a „nem ismert” lehetőséget választók aránya, kb. 10% (133 fő az 1185-ből). Ennek az arálynak a csökkentése – csakúgy, mint minden hasonló esetben – a szolgáltatók képzésével, szakmai kommunikációval lesz lehetséges az adatgyűjtést végző egység szervezeti konszolidációja után. A kezelést megkezdők kb. 58%-a (első alkalommal kezeltek 55%-a) saját maga kezdeményezte a kezelést, a jelentkezés második leggyakoribb oka a család vagy a közvetlen környezet hatása.

Szocio-demográfiai jellemzők

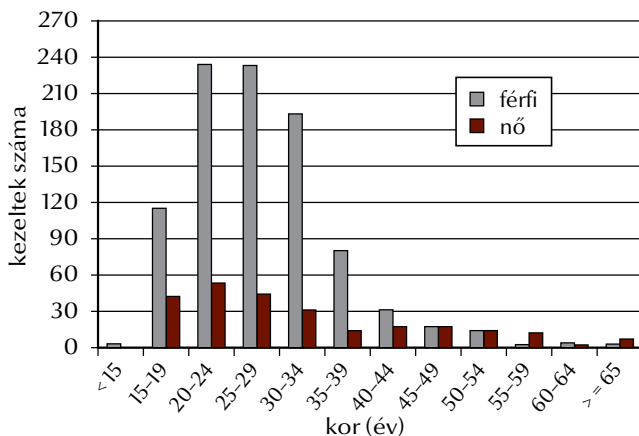
Az összes kezelést megkezdő férfi 50%-a, a nők 38%-a a 20–29 éves korosztályból került ki. A nők esetében az eggyel fiatalabb és az eggyel idősebb korcsoportok is viszonylag nagyobb arányban vannak képviselve.

⁴⁵ Ez összefügg a legtöbb uniós tagország alapellátásnak gyakorlatával is.

⁴⁶ A kliensek jellemzőinek bemutatása során az elterelésben résztvevők sajátosságaik folytán külön alfejezetben kerülnek bemutatásra.

⁴⁷ 3 esetben nem került rögzítésre a kliens neme.

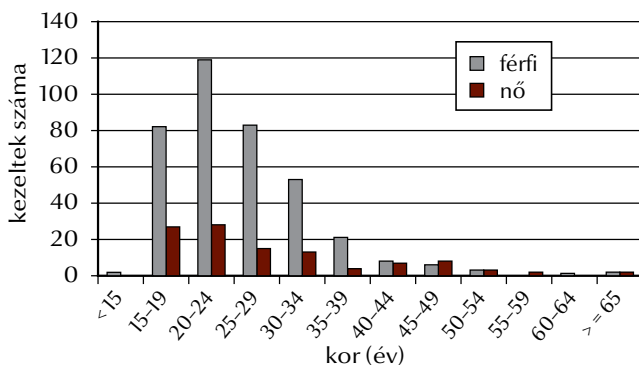
Életkori megoszlás a kezelést megkezdő kliensek körében 2007-ben (N = 1182)



Forrás: OAI 2008

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépők esetében az egyes korcsoportok között a fiatalabbak nagyobb arányt tesznek ki. Mindkét nemnél a 15–24 évesek adják az összes kezelést megkezdő több mint 50%-át.

Életkori megoszlás az életükben első alkalommal kezelést megkezdő kliensek körében 2007-ben (N = 489)



Forrás: OAI 2008

Az összes kezelést megkezdő kb. fele a szüleiével él, az életükben első alkalommal kezelést kezdőknél ez meg is haladja az 50%-ot.

A kezelésbe lépők nagy részének stabilak a lakhatási körülményei (86%

az összes kezelést kezdő között, ill. 89% az életében először kezelték között), ami utalhat arra is, hogy a legsúlyosabb, marginalizált helyzetben lévő csoportok tagjai nem kerülnek kezelésbe.

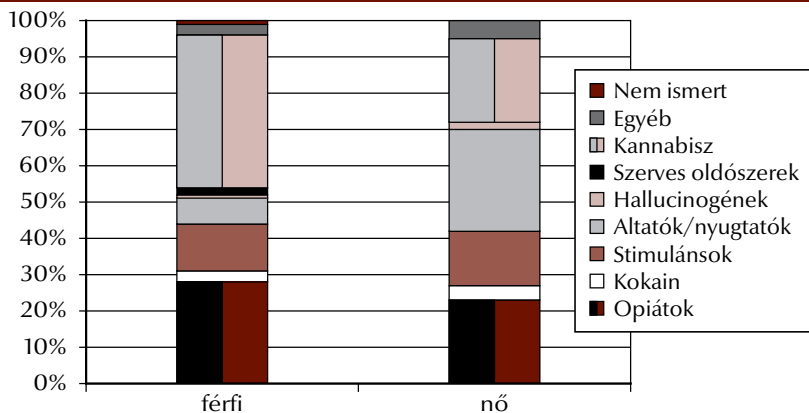
Bár a kezelésbe lépők többségének (55%) van rendszeres munkája, vagy tanul, több mint negyedük munkanélküli (26%). Ugyanezek az arányok az életükben első alkalommal kezelésbe lépők között (67%, illetve 20%). Ebben a csoportban jóval magasabb a tanulók aránya is.

Fogyasztott szertípus szerinti megoszlás

A kezelésbe lépő férfiak körében az elsődleges szerek között a leggyakoribb a kannabiszfogyasztás miatti kezelésbe lépés. Ez 389 főt, vagyis a kezelt férfiak 42%-át jelenti és leggyakrabban a 20–24 éves korcsoportban fordul elő. A következő leggyakoribb elsődleges szer az opiátok, azon belül pedig a heroin, melyet 222 fő (a kezelték 24%-a) jelölt meg mint elsődleges szert, főként az idősebb, 24–29 és 30–34 éves korcsoportokból. Viszonylag magasnak mondható a stimulánshasználók, azon belül az amfetaminfogyasztók számaránya (106 fő, a kezelték 12%-a). Az opiátfogyasztás miatt kezelésbe kerülők nagy része állt már kezelés alatt, de az amfetaminhasználók közel 50%-a (136-ból 62 eset) is volt már korábban kezelésben.

A nők esetében az összes kezelésbe lépő között a vezető szerek az altatók és nyugtatók (72 fő, kezelésbe lépő nők 28%-a, 40–59 év között a legmagasabb arányokkal), ezt követik az opiátok és a kannabisz (59, illetve 58 fő, mindkét esetben a kezelték 23%-a, opiátoknál 20–29 év közötti, kannabisznál 15–24 év közötti csúccsal) valamint a stimulánsok (39 fő, 14%).

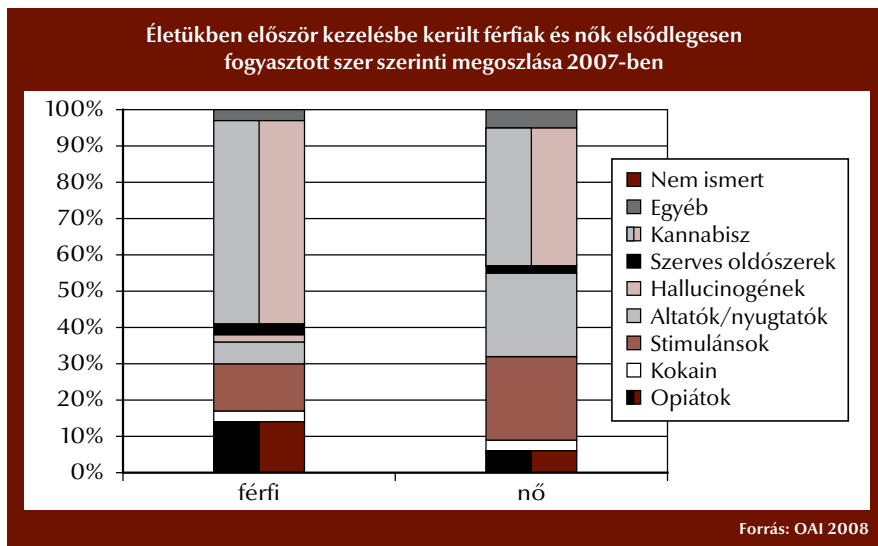
Kezelt férfiak és nők által elsődlegesen fogyasztott szer szerinti megoszlás 2007-ben



Forrás: OAI 2008

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő férfiak körében a leggyakoribb szer szintén a kannabisz (214 fő, a kezelt férfiak 56%-a, elsősorban a 15–24 év közöttiek), második helyen az opiátok és a stimulánsok állnak. Az amfetaminhasználók (41 fő) száma csaknem eléri a heroinfogyasztás miatt első alkalommal kezelésbe kerültekét (48 fő). Említést érdemel az amfetaminhasználat viszonylag magas aránya a kezelték körében.

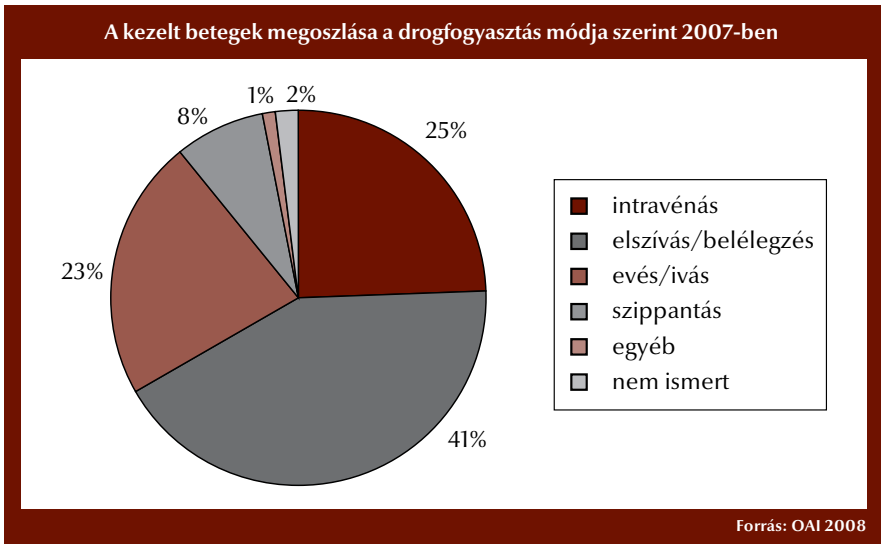
Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő nők körében is a kannabisz a leggyakoribb szer (41 fő, a kezelt nők 38%-a, döntően a fiatal, 15–24 éves korosztályoknál), ezt követik az altatók és nyugtatók, valamint a stimulánsok. Vagyis a férfiaknál megfigyelték a nőknél is észlelhetőek: az amfetaminhasználat a kezelést első alkalommal megkezdőknél lényegesen magasabb arányban van jelen, e csoportban eléri az altatókat és nyugtatókat használók számát (25 fő).



A TDI-adatokból az életükben először kezelték körében megfigyelhető viszonylag magas amfetaminarány érdemel említést, amely összességében a második leggyakoribb oka a kezelésbe vételnek az első alkalommal kezelést kezdők körében, mindkét nem adatait összegezve. A leggyakoribb ok továbbra is a kannabisz. További részletes vizsgálatot igényel annak tisztázása, hogy az amfetaminhasználat viszonylag magas aránya a szerhasználati szokások átalakulásának következménye, vagy a kezelőrendszer sajátosságaiból adódik.

Fogyasztás módja szerinti megoszlás

A TDI-adatok szerint tavaly az összes kezelt drogfogyasztó (elsődleges kábítószerrel tekintve) 25%-a intravénás kábítószer-fogyasztó volt. Ez főként az opiát és az amfetamin intravénás fogyasztásából adódik. Majdnem ugyanennyien (23%) ették/itták a kábítószerrel, főként az altatókat/nyugtatókat, a stimulánsokat és egyes opiátszármazékokat. A kezelték 41%-a elszívta, 8%-a szippantotta az adott szert (ez utóbbi főként a stimulánsok és a kokain csoportját jelentette). Az elszívás több mint 80%-át a kannabisz fogyasztása adta, ami egyben azt is jelenti, hogy a nem-elterelt kliensek majdnem 40%-a kannabiszproblémák miatt kerül kezelésbe.



A TDI-adatok az intravénás szerhasználatról külön is szolgáltatnak információt. Az összes kezelést megkezdő kliens (1185 fő) 35%-a (410 fő) használt már az életében intravénásan valamilyen kábítószerrel⁴⁸, 16% (186 fő) esetében ez a megkérdezést megelőző 30 napban is előfordult. Az életükben első alkalommal kezelésbe kerülők 19%-a használt valaha intravénásan kábítószerrel, 10%-uk aktuálisan is intravénás kábítószer-fogyasztó.

Az elsődleges szer típusa szerint az intravénás használat előfordulása a leggyakoribb a heroinfogyasztók körében – 272 esetből 235 esetben, közülük 141 fő jelenleg is így fogyaszt heroint. A stimulánshasználók közel fele (46%) használta már intravénásan ezt a szert, 15%-uk jelenleg is intravénás

⁴⁸ 178 főről nem tudjuk, hogy használt-e valaha intravénásan kábítószerrel.

szerfogyasztó. Az amfetaminhasználó, kezelést megkezdő férfiak több mint harmada (36 fő) injektál, az életében első alkalommal kezelést kezdő férfi amfetaminfogyasztók esetében ez az arány hasonló (15 fő a 41-ből). Ugyanígy a nők körében is mindkét kategóriában meghaladja az összes kezelt egyharmadát az amfetamint intravénásan használók aránya.

Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

A fogyasztás gyakoriságát illetően a férfiak között, az összes kezelésbe lépő körében a legintenzívebben fogyasztó csoport az altatókat, nyugtatókat használóké, amelyben az intenzív (heti többszöri vagy napi) használók aránya 81%, a következő legintenzívebben használó csoport az opiátfogyasztóké, itt az intenzív használók aránya 78%. Az amfetaminfogyasztóknál ez az arány 52%, kannabiszhasználóknál 43%.

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő férfiak között az opiátfogyasztóknál a legmagasabb a heti többszöri vagy napi használók aránya (88%), az altatókat, nyugtatókat heti többször vagy naponta használók aránya 64%, alacsonyabb ennél az intenzív amfetaminhasználók aránya (51%), és az intenzív kannabiszfogyasztók aránya (40%).

A kezelést megkezdő nők esetében az intenzív fogyasztás az altatókat, nyugtatókat használókra (83%) és az opiátfogyasztókra (69%) jellemző. A többi szernél az intenzíven használók aránya jóval alacsonyabb.

Az életükben első alkalommal kezelésbe kerülő nők körében is az altatókat, nyugtatókat használók, és az opiátfogyasztók között a legmagasabb az intenzíven használók számaránya. A más szerek használata miatt kezelésbe lépők között az alkalmi vagy legfeljebb heti egyszeri használók a leggyakoribbak.

A leglényegesebb különbség a férfi és női csoportok között az, hogy a férfiaknál minden szertípusnál jellemzőbb az intenzívebb használat, a nők körében ez a jelenség az altatókra, nyugtatókra és az opiátokra szorítkozik.

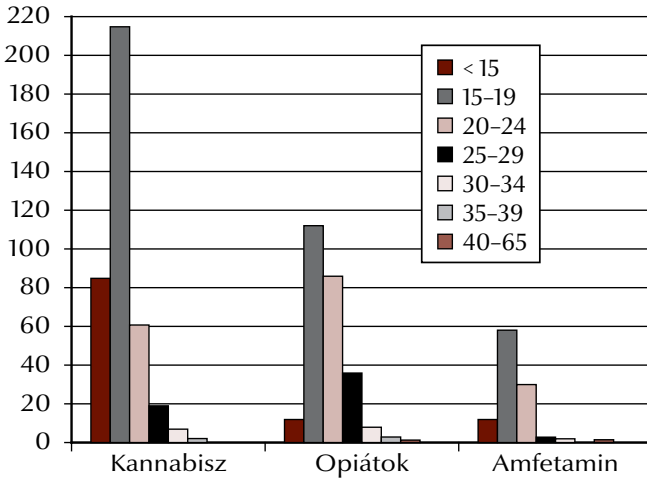
A szerfogyasztás megkezdése nemek szerinti bontásban

A szerhasználat megkezdésére vonatkozó adatok alapján látható, hogy az összes kezelésbe lépő beteg esetében a kannabiszfogyasztás kezdődik a legfiatalabb korcsoportokban. Az összes kezelésbe lépő, elsődleges szerként kannabiszt fogyasztó férfi több mint háromnegyede, a nők kétharmada, 19 éves kora előtt kezdte el a szer fogyasztását. Mind a férfiak, mind a nők közel egyötöde, pedig 15 éves kora előtt kezdett el kannabiszt használni.

Az opiát mint elsődleges szer esetében a szerhasználat mindkét nem esetében később kezdődik. A 15 év alatti szerhasználat-megkezdés az összes opiáthasználat miatt kezelésbe lépő férfi 5%-ára volt jellemző. Mind a fér-

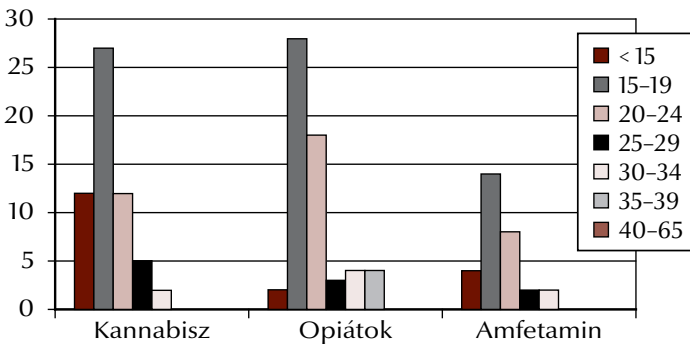
fiak, mind a nők tekintetében igaz, hogy a kezelésbe lépők közel fele 20 éves kora után kezdte el használni az opiátok valamelyikét, döntően a heroint.

Elsődleges szer fogyasztásának megkezdése (életkor) az összes kezelésbe lépő férfi körében – kannabisz, opiátok, amfetamin 2007-ben



Forrás: OAI 2008

Elsődleges szer fogyasztásának megkezdése (életkor) az összes kezelésbe lépő nő körében – kannabisz, opiátok, amfetamin 2007-ben



Forrás: OAI 2008

Az amfetaminhasználat elkezdési időpontjára jellemző, hogy a férfiak esetében a kezelésbe lépők 66%-a, míg a nők esetében 60%-a, 19 éves kora előtt kezdte meg a szerhasználatot. Ez a szerhasználati mintázat az amfetaminhasználat korai megjelenését jelzi, és összefüggésben állhat az amfetamin erőteljesebb megjelenésével a kezelést kezdő összes eset körében.

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő kliensek csoportjában a két nem arányai a kannabisz- és az opiátfogyasztás megkezdésének esetében hasonlóak a nem először kezelésbe kerültek arányaihoz. Az amfetamin esetében 50% körül mozog (56% a férfiak, 45% a nők esetében) a 19 éves koruk előtt a fogyasztást megkezdők aránya, ami kisebb, mint a nem először kezelték esetében.

Másodlagos szerfogyasztás

A heroinfogyasztók között mindkét nemet együttesen vizsgálva, az összes kezelt kategóriában a leggyakrabban említett másodlagos szer (egy esetben több szer is megjelölhető) a kannabisz (73 említés) volt, a következő a stimulánsok valamelyike (61 említés, elsősorban az amfetamin), a harmadik leggyakoribb másodlagos szer pedig az altatók, nyugtatók csoportjából került ki (38 említés). Az amfetaminhasználat miatt kezelést kezdők körében a leggyakrabban említett másodlagos szer szintén a kannabisz, a második helyen a kokain és az alkohol (24 és 25 említés) szerepelt. Az altatókat és nyugtatókat fogyasztók leggyakoribb, csaknem kizárólagos második szere az alkohol. A kannabiszhasználók leggyakrabban fogyasztott egyéb szere valamely stimuláns (138 említés, ebből 93 amfetamin, illetve származékai), ezt követi az alkohol (62 említés).

A kokain másodlagos szerként való használata jelentősen meghaladja a kokainnak mint elsődleges szernek a megjelenését, arra utalva, hogy jelenleg inkább kiegészítő szerként használják, illetve esetleg azt jelezve, hogy az elsődlegesen kokaint használók nem jelennek meg a kezelési statisztikákban, mert elsősorban pl. magánrendelésekre járnak.

A TDI-RENDSZERBE JELENTETT KLIENSEK JELLEMZŐI – ELTERELT KLIENSEK

A TDI-kérdőív „beutalás eredete” kérdésre a „bíróság, rendőrség, igazságszolgáltatás” választ megjelölt esetek kerültek leválogatásra. A külön történő kezelés indoka az, hogy az elterelésbe kerülők az eddigi tapasztalatok alapján különböznek a korábban bemutatott betegpopulációtól. Az elterelés három szolgáltatásába egészségügyi jellegű szolgáltatás (kábitószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás) és az EMCDDA-kategorizálás szerint a kezelés és a javallott prevenció határte-

rületén lévő szolgáltatás (megelőző-felvilágosító szolgáltatás)⁴⁹ tartozik⁵⁰. Ebből a szempontból különösen a megelőző-felvilágosító szolgáltatás helyzete sajátos, mivel ebben az esetben egyértelműen nem egészségügyi ellátásról van szó, a jelenleg a rendszerben tevékenykedő szolgáltatók kb. 2/3-a nem is egészségügyi szolgáltató. Miután azonban a megelőző-felvilágosító szolgáltatók programjai minden esetben jelentős arányban tartalmaznak pszichoterápiás jellegű intervenciókat, továbbá mivel egyértelműen az illegális szerfogyasztás megszüntetésére vagy csökkentésére irányulnak, korábbi konszenzus szerint ez a populáció is jelentésre kerül a TDI-rendszerben⁵¹.

A 2007. év folyamán 2958 esetet jelentettek a „beutalás eredete: bíróság, rendőrség, igazságszolgáltatás” kóddal, a továbbiakban ezeket az eseteket egyszerűsítve eltereltnek nevezzük. A 2958 esetből 2246 volt életében első alkalommal kezelésben⁵², ez 76%, azaz az elterelésbe kerülők 15,6%-a már állt életében drogfogyasztás miatt kezelés alatt⁵³.

Szocio-demográfiai jellemzők

A férfi–nő arány mind az összes, mind az életükben először kezelésbe kerülő kategóriáknál 89–11%, ill. 88–12%, tehát lényegében azonos.

⁴⁹ A megelőző-felvilágosító szolgáltatás olyan határterületi szolgáltatás, amely bár tartalmilag megfelel a TDI-rendszer kezelés definíciójának, Magyarországon azonban a szolgáltatási spektrumban leginkább a magas kockázatú csoportok indikált preventív szolgáltatásának felel meg.

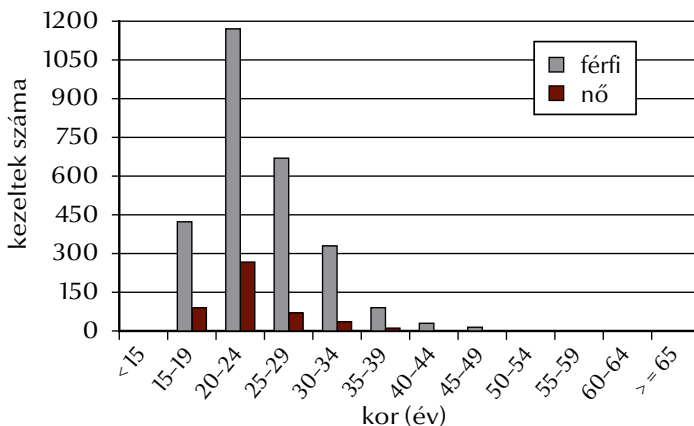
⁵⁰ A három szolgáltatásban résztvevők arányát pontosan nem tudjuk, a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesültekről további információ az 5.1 fejezetben olvasható.

⁵¹ A TDI definíciója alapján tehát a megelőző-felvilágosító szolgáltatásokat jelen esetben kezelésnek tekintjük.

⁵² 250 főről nem tudjuk, hogy állt-e már korábban kezelés alatt.

⁵³ Ez az arány a nem-elterelték esetében: 41% az életében első alkalommal kezelésbe lépő, és 48% a korábban már kezelt beteg.

Életkori megoszlás az elterelés valamely szolgáltatásába lépő drogfogyasztók körében 2007-ben

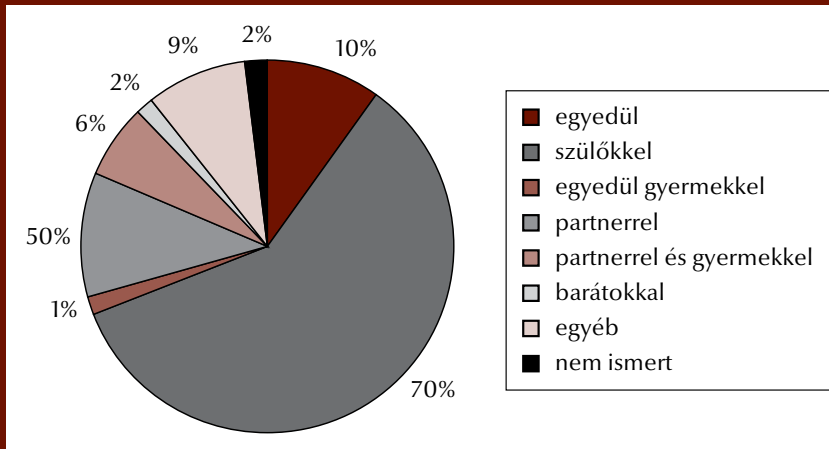


Forrás: OAI 2008

Az elterelésbe lépők kormegoszlása szerint: az összes kezelésbe lépő nem-eltereltnél valamivel fiatalabb, az életében első alkalommal kezelést kezdő nem-eltereltnél idősebb csoportról van szó.

Más szocio-demográfiai paramétereket tekintve az eltereltek csoportja annyiban különbözik a nem-elterelés miatt kezelésbe lépőektől, hogy körükben az egyedül élők aránya alacsonyabb, a szülőkkel élőké viszont magasabb. Az összes többi együttélési mód előfordulása viszont lényegében megegyezik a két csoport esetében.

Családi státusz az eltereltek között – összes kezelt 2007-ben



Forrás: OAI 2008

A lakhatási feltételeket összehasonlítva az állapítható meg, hogy mindkét csoportban túlnyomórészt stabil lakhelyű kliensek vannak, az eltereltek esetében 92%-ot, a nem-eltereltek esetében 86%-ot tesz ki ez a csoport. Lényeges különbség, hogy a nem stabil lakhatási feltételűek az eltereltek 2%-át, a nem-eltereltek 10%-át teszik ki. Ugyanakkor a valamilyen intézményben lakók az eltereltek körében 4%-kal vannak jelen, a nem-eltereltek körében csak 2%-kal. Vélhetően a különbséget a fogvatartottak elterelési programjaiban résztvevők adják, akik más bűncselekmények miatt vannak büntetés-végrehajtási intézményben, de a kábítószeres bűncselekményre vonatkozóan lehetőségük van az elterelést igénybe venni.

Az elterelésbe lépő összes kezelt 18%-a munkanélküli, (az életükben első alkalommal kezelést kezdő elterelteknél 17%), az egyéb okból kezelést kezdőknél ez az arány 26%.

Fogyasztott szertípus és a fogyasztás módja szerinti megoszlás

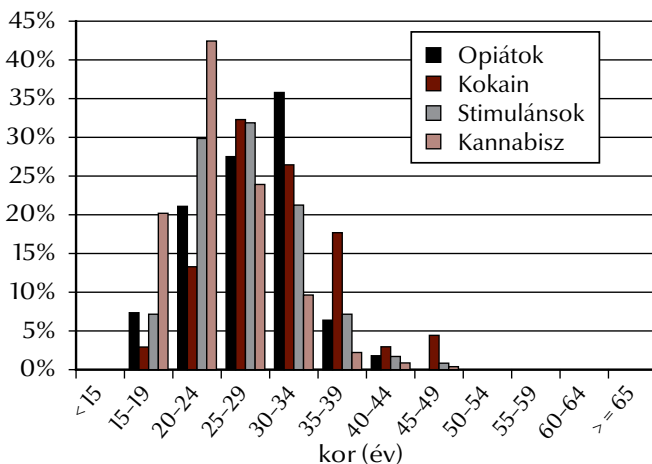
Az elterelésbe lépők 80%-a kannabiszt használ elsődleges szerként. Az elterelésbe kerülő férfiak körében a kannabiszt elsődleges szerként használók az összes férfi 82%-át adják, ez az arány közel kétszerese a nem-elterelt férfiak körében tapasztaltnak. A legtöbb ebbe a kategóriába tartozó férfi a 20–24 éves korcsoportból kerül ki (43%-uk). A következő leggyakoribb elsődleges szer az amfetamin, amely 9%-kal van jelen. Figyelemre méltó, hogy ebben a populációban a kokaint elsődleges szerként használók aránya megközelíti az opiáthasználókét.

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő elterelésbe kerülő férfiak körében 85% a kannabiszhasználók aránya, valamint itt is kb. 9% az amfetamint elsődleges szerként használók előfordulása. Érdekesség, hogy ebben a csoportban a kokaint elsődleges szerként használók száma meghaladja az opiátfogyasztókéét.

Az elterelésbe kerülő nők szerhasználati mintázatában jóval alacsonyabb a kannabisz előfordulása (68%), magasabb viszont a stimulánsoké (22%), ezen belül is az amfetaminé (18%). Az életükben első alkalommal kezelésbe kerülő elterelésbe lépő nők körében 72% a kannabiszt, 21% a stimulánsokat (amfetamin 18%) elsődleges szerként használók aránya.

Az elsődlegesen fogyasztott szer és az életkor összefüggéseit vizsgálva megállapítható, hogy a legfiatalabb populáció főként kannabiszhasználat miatt kerül elterelésbe (62%-uk 24 év alatti), a többi szer miatt valamivel idősebb szerhasználói csoportok kerülnek elterelésbe (opiát miatt eltereltek 72%-a, kokain miatt eltereltek 84%-a 25 év feletti). Ez összefüggésben állhat a szerfogyasztási mintázattal a teljes populációban, vagyis, hogy a kannabiszhasználat kezdődik legkorábban, más szerek később lépnek be.

Életkori megoszlás az elterelésbe lépő drogfogyasztók körében, szer típusonként 2007-ben



Forrás: OAI 2008

A kannabiszdominancia határozza meg a fogyasztás leggyakoribb módját (elszívás/belégzés). Az intravénás szerhasználat az eltereltek között összességében 9%-ra tehető, aktuálisan 2% intravénás használó. Szerenként

vizsgálva megállapítható, hogy az amfetamint használó eltereltek 7%-a aktuálisan is intravénás használó, és 23%-uk használt már életében intravénásan kábítószer. A heroinhasználók kb. 20%-a jelenleg is intravénásan használ szert, 79%-uk pedig kapcsolatba került intravénás szerhasználattal.

Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

Az összes kezelésbe lépő elterelt férfit vizsgálva az intenzív szerhasználat (heti többszöri vagy napi használó) a heroinhasználók között 24%, az amfetaminhasználók körében 17%, a kannabiszhasználók között 18%. A nem-eltereltek körében ezek az arányok rendre magasabbak, tehát az intenzív szerhasználat kevésbé jellemző az eltereltekre, mint az egyéb okból kezelési programot megkezdőkre.

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő elterelt férfiak között az opiátfogyasztók 21%-a, az amfetaminhasználók 18%-a, a kannabiszhasználók 16%-a intenzív használó. Összehasonlítva az életükben első alkalommal kezelésbe egyéb okból lépő (nem-elterelt) férfiakkal, náluk is minden szer tekintetében magasabb értékkel találkozunk.

A nők körében az elterelteknél a stimuláns (amfetamin)-használat intenzitása jóval alacsonyabb, viszont az intenzív kannabiszhasználók aránya (17%) megegyezik a férfi elterelteknél tapasztalattal, az intenzív opiáthatználók aránya (33%, nagyon alacsony esetszám mellett) pedig meghaladja a férfiakét.

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő elterelt nők között a kannabiszt intenzíven használók aránya közelíti a férfiakét (15% a nők esetében), az intenzív stimuláns használók aránya elhanyagolható, az opiátnál pedig nem értékelhető a kicsiny esetszám miatt.

A szerhasználat megkezdésének időpontja nemek szerinti bontásban

Az amfetamin és a kannabisz esetében mindkét elterelt nemre igaz, hogy legtöbbször a 15–19 éves korosztályon belül fogyasztották először az adott szert. Az amfetamint a férfiak 41%-a, míg a nők 47%-a próbálta ki ebben a korcsoportban. A második legnépesebb korcsoport, ugyanezt a két szert tekintve, mindkét nemnél a 20–24 éveseké. A kannabisz esetében mind az elterelt férfiak, mind az elterelt nők közel 20%-a 15 éves kora előtt kezdte el a szer fogyasztását.

Az opiátok szercsoportját azonban az elterelt férfiak 15–19 éves korban, míg az elterelt nők 20–24 éves korban próbálták ki először.

A kokaint az elterelt férfiak 57%-a 20–29 éves korban fogyasztotta először, míg az elterelt nőknél ezt a szert a 15–24 éves korosztályban próbálta ki először a kezelték 71%-a. Hallucinogéneket az elterelt férfiak 85%-a 15–24 éves

kora között fogyasztott először, míg az elterelésben részesült nők között nem volt hallucinogénnel kapcsolatos probléma miatt kezelt.

Másodlagos szerfogyasztás

A másodlagos szerek előfordulását tekintve az elterelt csoportban az opiát-fogyasztók leggyakrabban említett másodlagos szere valamely stimuláns, döntően amfetamin (32 említés), a második leggyakoribb a kannabisz (36 említéssel), ezt követi a kokain (10 említéssel).

A stimulánsfogyasztók leggyakrabban említett másodlagos szere a kannabisz (96 említés), a következő leggyakoribb az alkohol (42 említés), majd az egyéb stimulánsok (31 említés) és a kokain (23 említés).

A kannabiszhasználók leggyakrabban stimulánsokat fogyasztanak másodlagos szerként (összesen 576 említés, ezen belül 370 amfetamin), de gyakori az alkoholfogyasztás (363 említés), a kokain, valamint valamely hallucinogén használata is (ez utóbbi két esetben 78-78 említés).

Itt is megjelenik tehát, hasonlóan a nem-elterelt csoporthoz a kokain-használat, egyelőre másodlagos szerként, illetve viszonylag magas a hallucinogének említésének aránya.

Következtetések

Az Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program adatai szerint 2007-ben összesen 13 457 kábítószer-fogyasztót vettek kezelésbe a szolgáltatóknál, melyből alig több mint 4000 fő volt az először kezelésbe kerülő kliens. Ez mindkét kategóriában csökkenést jelent az előző évhez képest, előbbiben 13, utóbbiban 29%-osat.

Az összes kezelt számának jelentős visszaesése feltehetően az első kezelésben részesültek számának csökkenéséből adódott. A kezelt intravénás kábítószer-fogyasztók számában, ezen belül a heroinfogyasztók számában is, csökkenés következett be, csakúgy, mint a hallucinogének kategóriájában. A kannabiszfogyasztó kliensek aránya csökkent a leginkább – az összes kezelt között több mint 20%-kal, az újonnan kezelésbe kerülők között több mint 30%-kal. Egyedül a kokainfogyasztás miatt kezelésbe kerültek száma emelkedett, bár arányuk még így is csak 1,6% az összes kezeltben belül.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent, amelynek hátterében a kapacitás- és hozzáférés-szűkítés állhat. Szertípusokat tekintve még mindig a kannabiszt fogyasztók vannak jelen a legnagyobb arányban az elterelésben.

A kezelési igény (TDI-) adatok értelmezése jelenleg Magyarországon két ponton ütközik korlátokba. Egyrészt, mert 2007 volt az első teljes év, amelyben a szolgáltatók kötelezettek voltak a TDI-jelentésre, azaz időso-

ros adatok nem állnak rendelkezésre, így a korábbi évekkal nem lehetséges az összehasonlítás. Másrészt, mert a 2006–2007-es évek ellátórendszeri történései, a nehezebbé váló finanszírozási környezet olyan terheket jelentett a szolgáltatók számára, amelyek bizonyosan befolyásolták a jelentések teljességét és megbízhatóságát.

A nem-elterelt kliensek TDI-adatai alapján 1185 újonnan kezelésbe jelentkezőt regisztráltak a 2007-es év folyamán, melyből 563-an már álltak korábban kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt. A szocio-demográfiai adatokból az a következtetés vonható le, hogy a kezelésben megjelenő szerfogyasztók nagy többsége stabil lakhatási viszonyok között él, dolgozik vagy tanul, csak elenyésző töredékük nem fejezte be az általános iskolát. Mindez utalhat arra is, hogy a magyarországi drogszcéna jelenleg sok vonatkozásában eltér a legtöbb nyugat-európai országban látottól, de arra is, hogy esetleg a kezelő, megkereső, alacsony küszöbű szolgáltatásokat nyújtó rendszerek sajátosságai miatt a marginalizálódott szerhasználói csoportok tagjai kevésbé kerülnek az ellátórendszer látókörébe.

A legfontosabb és további vizsgálatokat szükségessé tevő információk:

- az intravénás fogyasztás viszonylag magas arányú, ezen belül markánsan jelenik meg az amfetaminhasználat,
- a viszonylag korán megkezdett szerfogyasztás több szertípus esetén (kannabisz és amfetaminok),
- a különböző szerek kombinálásának jellemzővé válása,
- a kannabisz jelenléte másodlagos szerként szinte minden szertípus mellett,
- a kannabisz kombinálódása elsődleges és másodlagos szerként a stimulánshasználattal.

Az elterelésben részesülő kliensekről szóló információkat vizsgálva kiderült, hogy több szocio-demográfiai változó mentén, pl. lakhatási feltételek, munkanélküliek aránya vonatkozásában hasonlóságokat mutatnak a nem-elterelt populációval. Az eltereltek döntően kannabiszfogyasztók, ez nyilván a szer teljes populációban való előfordulásától nem független. Azonban miután az altatókat-nyugtatókat fogyasztók csoportja nem jelenik meg az eltereltek körében, ezért a két kezelt csoportot csak óvatosan szabad összehasonlítani. Intravénás kábítószer-fogyasztás az elterelt kliensek körében nem számottevő, legnagyobb különbséget az opiátfogyasztás intenzitásában találunk a két csoport között.

2. A drogfogyasztók kezelését-ellátását szolgáló intézményrendszer⁵⁴

Háttér, előzmények

Az addiktológiai ellátórendszer struktúrájában és működésében komoly változások történtek a múlt évben, ami elsősorban a következő jogszabályváltozásokra vezethető vissza:

- Az egészségügyi reformhoz kapcsolódóan a magyar Országgyűlés 2006. december 19-én elfogadta az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvényt (Eftv.), mely 2007. január 1-jétől hatályos. A törvény célja az egészségügyi ellátórendszer olyan átalakítása és fejlesztése, amelynek eredményeként a helyi döntéseket is bevonva egy igazságosabb hozzáférésű, hatékonyabb, korszerűbb, jobb minőségű és fenntarthatóan finanszírozható ellátórendszer jön létre.
- A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosításával 2007. február 15-től bevezetésre került a vizitdíj és a kórházi napidíj. A díjak bevezetésének célja az ellátórendszer indokolatlan igénybevételének csökkentése, a biztosítottak költségtudatos magatartásának kialakítása és az egyéni felelősség erősítése volt.

A vizitdíjat minden orvos és beteg között megvalósuló gyógyító vagy diagnosztikai célú találkozás esetén, illetve az egészségügyi szakdolgozó által a betegen végzett diagnosztikai célú ellátásért kellett fizetni. A vizitdíj összege 300 Ft volt. Szintén 300 Ft összegben került meghatározásra a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásért fizetendő kórházi napidíj is. A díjak fizetése alól kivételt képeztek a 18 év alattiak, és a sürgős szükség körében nyújtható egyes egészségügyi szolgáltatások. (Az életet veszélyeztető állapotok és betegségek az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendeletben kerültek meghatározásra.) Szintén jogszabályban kerültek meghatározásra az alapesettől eltérő díjtételek, illetve a díjak visszaigénylésével kapcsolatos rendelkezések.

- 2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix díjazás az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításának megfelelően az előző évi 50%-ára csökkent.

⁵⁴ A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Egészségügyi Minisztérium, Porkoláb Lajos, Rácz József.

- Módosításra került a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (18. §) és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (1. sz. melléklet). A módosítás eredményeképpen 2007. július 15-étől az alkohol- és kábítószer-függőséggel összefüggő megbetegedések a tartós orvosi kezelést indokló megbetegedések körébe kerültek, ezáltal az említett két betegcsoport kezelése kikerült a vizitdíj fizetési kötelezettség alól⁵⁵.

A kábítószer-fogyasztó személyekkel, illetve az addiktológiai betegekkel kapcsolatos adatgyűjtést 2003 óta az addiktológiai terület módszertani koordinációjáért felelős Országos Addiktológiai Intézet biztosítja. 2007-ben az OAI szakmai tevékenységének köszönhetően először valósult meg az egész évet felölelő kezelési igény alapú adatgyűjtés (TDI).

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) bezárásáról szóló döntést követően a 2007. április 1. és a 2007. december 31. közötti időszakban fokozatosan történt meg a feladatok átvétele az érintett intézmények részéről a zavartalan betegellátás biztosítása, és a fogadó intézményekben a szükséges feltételek megteremtése érdekében. Az OPNI területén a betegellátás 2007 végére teljes mértékben befejeződött. Az Intézet közfinanszírozott fekvőbeteg-kapacitásainak megszüntetéséből adódóan a pszichiátriai jellegű feladatok átvételében a három kapacitástulajdonos (Fővárosi Önkormányzat, a Semmelweis Egyetem és a Pest megyei Önkormányzat) összesen hét intézménye volt érintett.

Az OPNI-ban működő Drogmegelőzési Módszertani Központ és Szakambulancia néven ismert járóbeteg-szakellátó szervezeti egység feladata a drogbetegellátás volt, gondozóintézeti gondozás formájában. A feladat ellátására az OPNI-nak heti 316 szakorvosi és 316 nem szakorvosi óraszám állt rendelkezésre. A Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórháza heti 90 szakorvosi óra és 90 nem szakorvosi óra drog-gondozói kapacitást vett át feladat átadási szerződés keretében 2007 decemberében. A 2007 végén még kihasználatlan kapacitásokra (azaz a fennmaradó heti 226 szakorvosi és 226 nem szakorvosi óra feladatának ellátására) a tervek szerint a tárca pályázatot ír ki, és a pályázat nyertesével/nyerteseivel feladat átadási szerződést köt. Az ezzel kapcsolatos miniszteri döntés meghozatalához szükséges előkészítő munka folyamatban van.

⁵⁵ A vizitdíj és a kórházi napidíj 2008. április 1-jétől megszűnt.

2.1 Egészségügyi ellátás

Az Eftv. 1. sz. melléklete meghatározta az ellátás gerincét adó országos feladat körű speciális intézetek és a súlyponti kórházak körét, valamint az 1-es és 2-es számú mellékletben a 2007. április 1-je után közfinanszírozásban részesíthető aktív és krónikus típusú fekvőbeteg-szakellátás kapacitásának normatíváit. Az Eftv. helyi döntéshozóként a Regionális Egészségügyi Tanácsokat (RET) jelöli meg a 2. sz. mellékletben megjelölt kapacitások felosztására a régiók tekintetében.

A drogbetegek egészségügyi ellátásában a kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztó személyek száma 2007-ben 13 457 fő⁵⁶ volt. Feltételezhető, hogy az említett esetszám elmarad a valós kezelési igénytől, ami az alábbi okokra vezethető vissza:

1. a struktúra-átalakításból adódóan nem volt teljes körű az adatgyűjtés,
2. néhány egészségügyi szolgáltató befejezte a gyógyító tevékenységet 2007-ben⁵⁷ (Pl. OPNI-DMKA, gyöngyösi Támasz-gondozó),
3. a bevezetésre kerülő vizitdíj és a kórházi napidíj kedvezőtlenül befolyásolta a betegek együttműködését és motivációját.

A drogfogyasztók egészségügyi ellátása továbbra is térítésmentes, de 2007. április 1-jétől az egészségügyi szolgáltató a TAJ (társadalombiztosítási azonosító jel) számat igazoló okmány bemutatását követően elektronikus úton (on-line) ellenőrzi, hogy a beteg jogosult-e az egészségügyi szolgáltatásra (OEP 2007). Az ellenőrzés eredményétől függetlenül mindenki megkapja a szükséges egészségügyi ellátást. A drogbetegek egészségügyi ellátásának többségét az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozza, de ez még mindig nem teljes körű. A nem OEP által finanszírozottak esetén a beteg bár térítésmentesen megkapja az ellátást, de az egészségügyi szolgáltatást, illetve a szolgáltató működését nem az Egészségbiztosítási Alap (E-Alap), hanem az egyház, civil szervezetek vagy az önkormányzatok finanszírozzák.

Az alábbi táblázat a 2007. évi adatok alapján mutatja be, hogy az egyes intézménytípusok a kezelt betegek mekkora hányadát látták el. Az adatokból kitűnik, hogy a drogambulanciák még mindig kétszer annyi kezeltet látnak el, mint az addiktológiai gondozók, összességében a betegek több mint 40%-át, az új kezelteknek pedig több mint 50%-át.

A fekvőbeteg-ellátás szintén nagy részt vállal a kezelték ellátásából,

⁵⁶ Az ehhez fűződő magyarázatot lásd a 4.2 fejezetben.

⁵⁷ Ennek okairól pontos információval nem rendelkezünk.

az alábbi csoportosításban azonban nincs alternatívája a pszichiátriai és addiktológiai osztályokon kívül, szemben a járóbeteg addiktológiai gondozókkal és drogambulanciákkal. Az egyetlen kivétel a budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Sürgősségi Belgyógyászati és Klinikai Toxikológiai Osztálya, amely detoxikálást végez.

Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2007-ben

Intézménytípus - 2007	Összes kezelt		Előzőből új betegek	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	2 807	20,9	728	18,0
Drogambulanciák	5 641	41,9	2 115	52,4
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók	9	0,1	8	0,2
Pszichiátriai gondozók	288	2,1	146	3,6
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	1 161	8,6	278	6,9
Egyéb (toxikológia)	3 551	26,4	761	18,9
Összesen	13 457	100,0	4 036	100,0

Forrás: EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy a járó- és fekvőbeteg-ellátásban részesültek számának pontos megadását az OSAP adatgyűjtés módszertana nem teszi lehetővé, mert a pszichiátriai és addiktológiai osztályok a hozzájuk kapcsolódó szakambulanciák adataival együtt jelentik a betegszámot, esetleges duplikációt okozva.

Szakmai protokollok

Az Országos Addiktológiai Intézet a Pszichiátriai Szakmai Kollégium Addiktológiai Albizottságával együttműködve 2006-ban kezdte meg az alább felsorolt szakmai protokollok előkészítését, de azok 2007-ben átdolgozásra kerültek annak érdekében, hogy megfeleljenek a vizsgálati és terápiás eljárásrend kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről szóló 23/2006. (V. 18.) EüM. rendeletben foglaltaknak.

Az alábbi szakmai protokollok végül 2008 elején az Egészségügyi Közlöny III. számában kerültek kihirdetésre:

- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiáthasználattal kapcsolatos betegségek kezeléséről
- Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a metadonkezelésről

- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetaminhasználattal összefüggő kórképek kezeléséről
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a kannabiszhasználattal kapcsolatos zavarokról

Pályázatok

- 2006-ban a Szociális és Munkaügyi Minisztérium az Egészségügyi Minisztérium szakmai együttműködése mellett nyilvános pályázatot hirdetett a drogbetegek egészségügyi ellátásának javítására és a szenvedélybetegeket ellátó egészségügyi ellátórendszer működési költségeinek kiegészítő támogatására. A pályázat során a szenvedélybetegek egészségügyi ellátásával foglalkozó intézmények, szervezetek működésének támogatására; a diagnosztikus lehetőségek bővítésére; új ellátási szükségletek (pl. kettős diagnózisú betegek) kielégítését célul tűző, beruházás nélküli fejlesztésekre; a magasabb színvonalú egészségügyi rehabilitációs szolgáltatások (pl. pszichoterápia, testi szövődmények gyógyítása stb.) megteremtésére és a komplex szolgáltatások kialakításához szükséges humánerőforrás-igények támogatására lehetett pályázni. A pályázatra 30 millió forint ált rendelkezésre. A pályázat értékelése és a nyertesek kihirdetése 2007-ben történt meg.
- Az Országos Addiktológiai Intézet (OAI) 2006–2007-ben elkészítette az addiktológiai ellátás minőségügyi rendszerét célzó képzési anyagot és programot. A program megvalósításával az OAI jelentős mértékben hozzájárult az addiktológiai ellátás helyi szakmai színvonalának emeléséhez, a korszerű intézményvezetési és szervezési gyakorlatok elterjedéséhez.

Drogrerápiás intézmények

Az egészségügyi szakellátás mellett a szociális ellátás keretében működő drogrerápiás rehabilitációs otthonok biztosítják a drogbetegek rehabilitációját. Az otthonok az egész országból fogadják a betegeket. Elhelyezkedésüket tekintve megtalálhatóak a közép- és dél-dunántúli, a közép-magyarországi, valamint a dél-alföldi régiókban (NUTS 2 szint). A 19 megye + Budapest körből pedig 8-ban (NUTS 3 szint). A REGIONÁLIS EGÉSZSÉGÜGYI TANÁCS (RET) döntésének értelmében (lásd: Éves Jelentés 2007, 5.1 alfejezet) a Kovácsszénája Drogrehabilitációs Otthon 2007. április 1-jétől nyert befogadást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által támogatott intézmények körébe, míg a Paraklisz Drogellenes Alapítvány befogadása megtörtént, de nem kötött OEP finanszírozási szerződést. 2007-ben ezenkívül egy intézmény, a Segély Helyett Esély Alapítvány nyert befogadást a

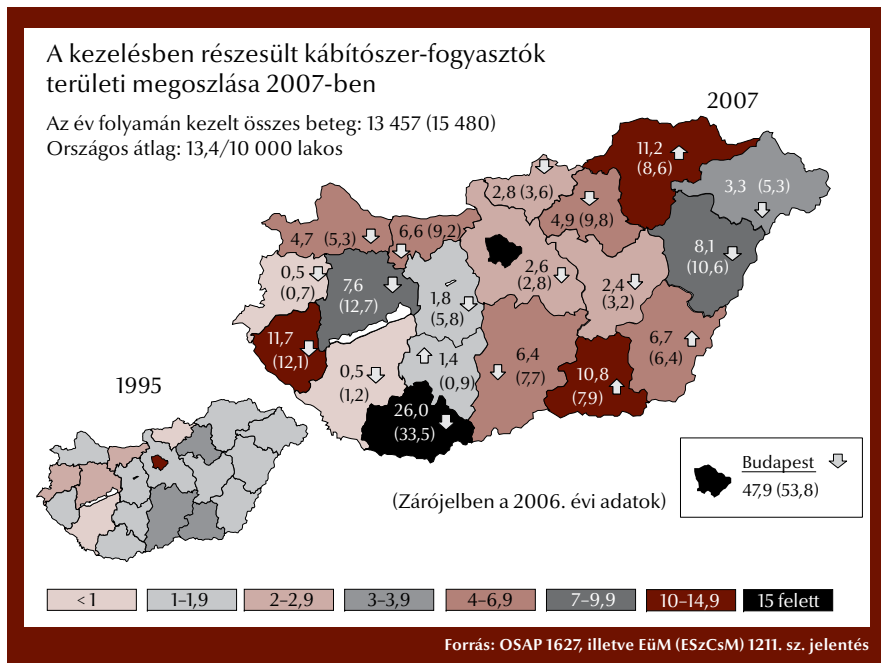
tartós bentlakásos elhelyezést nyújtó ellátások közül az Irányított Területi Kiegyenlítő Rendszerbe (ITKR).

2007-ben 260 ágyra volt szerződése az országban működő rehabilitációs otthonoknak, mely ágyszám 12 intézmény között oszlott el. Ezeket egészíti ki az az 5 intézmény, amelyek összesen 90 férőhellyel rendelkeznek, de nem szerződtek az OEP-pel. Az OEP adatai szerint a drogoterápiás rehabilitációs otthonok átlagos ágykihasználtsága 79,5%-os értéket mutat.

Területi különbségek az ellátásban

2007-ben két új egészségügyi szolgáltató létesült. Az egyik a Baptista Szeretetszolgálat miskolci állandó telephelyű túcsere-szolgáltatást (is) nyújtó intézménye, a másik egy kaposvári drogambulancia, melyet az év folyamán az INDIT Közalapítvány üzemeltetett. Mindkettő rendkívül fontos a területi lefedettség javításának szempontjából.

Annak ellenére, hogy az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény egyik deklarált célja a területi egyenlőtlenségek csökkentése volt, ez a szándék az addiktológiai/pszichiátriai szakterületen csak részben valósult meg, így jelenleg nincs olyan régió az országban, ahol az addiktológiai/pszichiátria terület teljes spektruma működne. A területi megoszlásra vonatkozó adatok a jelenlegi egészségügyi drogstatistikában továbbra is, minden esetben a kezelő intézmények helyéhez kapcsolódnak. Az adott megye forgalmát jelentősen befolyásolja az, hogy működik-e a területén drogambulancia. A magyarországi 19 megyéből 4-ben (Vas, Fejér, Tolna és Jász-Nagykun-Szolnok megye) 2007-ben ez még mindig nem valósult meg. A térképen is jól látszik, hogy mely megyékben nem (Vas, Fejér, Tolna megye), vagy csak 2007 második felétől (Somogy megye) működik OSAP jelentésre kötelezett drogambulancia.



Budapesten az utóbbi évek tendenciáját megtörve 2007-ben először csökkent a 10 000 lakosra jutó kezelt betegek száma a 2004. évi értékek alá. Pest megyében folytatódott az évek óta tartó csökkenés, és csak 4 megyében találunk növekedést a kezelték számában (Tolna, Csongrád, Békés és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében).

Budapesten 7 drogambulancia működik⁵⁸, Pest megyében egy sem. Kisebb mértékben, de a főváros és Pest megye kapcsolatához hasonló jelenség tapasztalható Baranya megye (Pécs) vonatkozásában is, ahol szintén van jól működő, nagy forgalmú drogambulancia, amely a környező megyékből is vesz fel betegeket. 2006-ban ugyanez volt elmondható Csongrád megyéről (Szeged) is, azonban itt 2006-ban az előző évhez képest majdnem harmadára esett vissza a forgalom. 2007-ben azonban itt ismét növekedés mutatkozott, bár még mindig fele annyi kezeltet láttak el, mint 2005-ben.

A kezelőhelyek körzetébe tartozó lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számát tekintve 2006-ban nőtt a Dunától nyugatra, és csökkent az attól keletre lévő kezelőhelyek forgalma. Ez a folyamat azonban

⁵⁸ Ezek közül 2007-ben megszűnt az OPNI Drogambulanciája.

2007-ben megszűnt. A kiugró különbség Budapest és vonzaskörzete, illetve az ország többi része között mutatkozik.⁵⁹

Az addiktológiai terület változatlanul két legsúlyosabb hiányterülete az addiktológiai problémával küzdő gyermekek és serdülők egészségügyi ellátása, illetve a szakemberhiány. A gyermek- és ifjúkorúak pszichiátriai ellátása országosan 2007-ben 140 ágyon zajlott, így a tényleges gyermek-pszichiátriai ellátásra fordított aktív ágykapacitás a struktúraváltás előtti állapothoz képest növekedést mutatott (2006-ban 116 ágyon történt az ellátás). Gyermekepszichiátriai aktív ellátás az országban 6 helyen zajlott. A gyermek- és ifjúságpszichiátria jelenleg – az aktív ellátás ágyszám emelkedése ellenére is – messze az ellátási igények alatt van, a hozzáférés rendkívül nagy területi különbségeket mutat.

2.2 Gyógyszermentes kezelés

A 2006-ban kezdődött és napjainkban is zajló egészségügyi reform sok vitát vált ki. A szakma és a politika is másképpen értékeli a változásokat, ezért fontosnak tartjuk bemutatni a két oldal különböző véleményét.

FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS (AKTÍV ÉS KRÓNIKUS)

Az Eftv. 1. és 2. számú melléklete határozza meg 2007. április 1-jétől a közfinanszírozható aktív és krónikus típusú (ezen belül a rehabilitációs) kapacitás normatíváit.

A pszichiátriai aktív fekvőbeteg-szakellátásban megállapított törvényi norma alapján a pszichiátriai aktív ellátás (beleértve az addiktológiai aktív ágyak számát is) kapacitása 22,2 %-kal csökkent. (A 2006. év őszen meghirdetett struktúra átalakítási pályázat keretében maguk az intézmények mondtak le 207 aktív ágy működtetéséről, amelyeket a törvényi normatívák kialakításánál kötelezően figyelembe kellett venni.) Ugyanakkor az Egészségügyi Minisztérium, illetve az OEP adatai (Székely 2008) szerint a struktúraváltást követő, azaz a 2007. finanszírozási év második felének összesített teljesítményadatai alapján az aktív pszichiátriai ellátásban országosan 79,4%-os, az aktív addiktológiai ellátásban pedig 71,7%-os volt az ágykihasználtság.

A szakma véleménye szerint az Országos Pszichiátriai és Neurológiai

⁵⁹ A kiugró különbséghez az is hozzájárul, hogy a fekvőbeteg-szakellátásra szorulóknak döntő többségét a budapesti Péterfy Sándor utcai kórház látja el sürgősségi ellátás keretében (2007-ben ez az országban kezelt összes beteg 26, az első kezelésben részesültek 19%-a volt, és az előző évhez képest növekedett).

Intézet bezárására szakmailag nem kellően megfontolt előkészítést követően került sor. A drog-pszichoterápiás és más kiegészítő osztályok felszabadult kapacitásainak átadása és a betegek elhelyezése sem valósult meg zökkenőmentesen. Biztonsággal megállapítható, hogy a struktúraátalakítás a pszichiátriai/addiktológiai aktív ágyak jelentős csökkenését eredményezte (amint azt a 4.2 alfejezetben is említettük), jelenleg azonban még nem ismert, hogy ezen ágyak közül mennyi szolgálja kifejezetten az addiktológiai, azon belül is a drogbetegellátást. Szintén nem körvonalazódott teljes mértékben a területi ellátási kötelezettség, illetve az országos lefedettség biztosításának kérdése sem.

Az egyes szolgáltatók a különböző típusú kábítószer fogyasztása miatt keletkezett problémával náluk jelentkező klienseik után különböző mennyiségű támogatást kapnak, az intézménynek járó alajárulékon kívül. Ezt a támogatási összeget egy (az eset súlyosságát kifejező) dependenciaszorzóval megszorozva kapja meg a végső összeget az adott kliensre vonatkozóan (pl.: a kannabisz dependenciaszorzója 0,72406, míg az opiáté 0,68314⁶⁰). A dependenciaszorzók különbsége nem feltétlenül tekinthető hibának. Az aktív ágyra kerülő kannabiszfüggő lehet pszichotikus állapotú (különben vélhetően nem kerülne aktív ágyra), az opiátfüggőknél az elvonás jelent sajátos problémát. Adott esetben a pszichózist, mint problémát kellene összevetni a megvonással (amely akár intenzív osztályon is történhet, külön finanszírozás szerint). Több szakértő véleménye azonban, hogy a dependenciaszorzók nem megfelelően kerültek kialakításra, nem tükrözik tökéletesen az adott probléma súlyosságát, amely kihat az ellátási rendszer tervezhetőségére, működésének és hatékonyságának átláthatóságára és fenntarthatóságára is.

A krónikus fekvőbeteg-szakellátásban a pszichiátriai (13,1%-kal) és az addiktológiai (8,6 %-kal) krónikus ágyak száma növekedett. A pszichiátriai ellátás esetében 2007-re vonatkozóan 79%-os, nevesítetten drogbeteg ellátásban 78,1%-os, és nevesítetten addiktológiai ellátásban 88,8 %-os volt az ágykihasználtság országos szinten.

Ezzel ellentétben, a napi gyakorlatban dolgozó szakemberek úgy látják, hogy a rehabilitációs fekvőbeteg-kapacitás sem tisztázható, mert az ágyak nem szakma-specifikusan kerültek az ellátóhelyekhez. A törvény szerint a helyi érdekeknek kellett eldöntenie, hogy pl. a pszichiátriai rehabilitációs ágyakból milyen ellátás legyen. Ez jól nyomon követhető az OPNI rehabilitációs kapacitásának fellelhetetlenségében, valamint abban, hogy a tény-

⁶⁰ A 2007. évre vonatkozó HBCs számokat a 9/1993. NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről 3. melléklete tartalmazza.

legesen működő aktív és krónikus ágyak száma 2007 végén még nem volt pontosítva.

JÁRÓBETEG- (AMBULÁNS) ELLÁTÁS

Az Eftv. 2§ (1) bekezdés c) pontjában foglaltak alapján a járóbeteg-szakellátási kapacitások mértéke megegyezik a 2006. december 31-én lekötött kapacitások mértékével. Ennek oka, hogy az Eftv. a 16. § (10) bekezdésében lehetőséget biztosított arra, hogy a Regionális Egészségügyi Tanácsok javaslatot fogalmazzanak meg a fekvőbeteg aktív kapacitások csökkentéséből felszabaduló kapacitások 20%-ának járóbeteg-szakellátássá történő átalakítására és annak felosztására, azonban a RET-ek nem éltek törvény adta jogukkal, így a kapacitások a 2006. december 31-én lekötött kapacitásokkal azonosak maradtak (lásd: 5.2 alfejezet). Ennek következtében az addiktológiai/pszichiátriai járóbeteg-szakellátásban, illetve a gyermekpszichiátriai járóbeteg-szakellátásban nem történt kapacitásváltozás a szakorvosi és a nem szakorvosi órák vonatkozásában.

Az OPNI bezárása a járóbeteg-ellátásban is éreztette hatását, ugyanis ennek eredményeképpen megszűnt a Budai drogambulancia is, 7-ről 6-ra csökkentve a fővárosi drogambulanciák számát, a budai oldalon elérhetőket pedig 2-re (a Kék Pont békásmegyeri drogambulanciája, valamint a Thalassa Ház drogambulanciája Budatétényben).

A 2007-ben történt finanszírozási jogszabály-változások hatása az addiktológiai járóbeteg-ellátásra

2006-ban az addiktológiai járóbeteg-ellátás teljes költsége 1250 millió Ft volt, 2007-ben 750 millió Ft, ugyanakkor ismételten meg kell jegyeznünk, hogy ezekből az adatokból nem lehet megállapítani, hogy az addiktológiai ellátáson belül a drogbetegek ellátása hogyan alakult, de a csökkenő tendencia valószínűleg esetükben is érvényes.

A kábítószer-használó személyek járóbeteg-ellátásának finanszírozása az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) Népjóléti Miniszteri (NM) rendelet alapján, illetve az említett jogszabály 2. számú mellékletében felsorolt Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO) és az ott megadott pontszámok alapján történik, az egyéb szakmai és szabálykönyvi leírások szerint.

2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix díjazás az előző évi 50%-ára csökkent. Ugyan a fix díjazás csökkentésével egyidejűleg az érintett szolgáltatók az elveszített fix díjjal azonos mértékű teljesítmény-volumen korlát (TVK) növekményt kaptak, a teljesítményelvű

finanszírozásra történő áttérés azonban eltérő módon érintette az egyes járóbeteg-szolgáltatókat.

A szakértők szerint a járóbeteg-ellátó rendszerek gondozási feladatainak várható növekedése (a fekvőbeteg-intézmények kapacitáscsökkenése következtében) nem korrelál a finanszírozás új szabályaival. A gondozás fix díja az alábbi lépések nyomán a 2001-es szint 36%-ára csökkent.

- a 257/2001. (XII. 19.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet módosításáról 20%-kal,
- a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól tavalyi módosítása a maradék újabb 10%-ával,
- 2007-re vonatkozóan pedig az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet módosításáról szóló 318/2006. (XII. 23.) Kormányrendelet 15.§-a, a 2006-ban kiutalt összeg 50%-ával csökkentette a gondozói fix díjakat.

Az eltelt időszak tapasztalatai alapján megállapítható, hogy a korábbi 20 és 10%-os fix díj csökkentések a 45/2001. (XII. 22.) EüM rendelettel létrehozott, és a 19/2002. (IV. 25.) EüM rendelettel módosított gondozói pontrendszer alkalmazásával – megfelelő betegszám esetén – sem voltak teljesítmény oldalon visszapótolhatók, különösen nem a TVK bevezetése óta.

A 2007. évi csökkentés kompenzálására az Egészségügyi Minisztérium javítani próbált a helyzeten a már fent említett módon, de sem az addiktológiában, sem a pszichiátriában nem pótolja a TVK emelése a forrásvesztéséget. Ennek oka többek között a tevékenységek alacsony pontértéke, a hozzárendelt idő és az ellátandó populáció együttműködési sajátosságai között keresendő.

Tekintve, hogy az addiktológiai betegek kevésbé mobilizálhatóak, és nehezebben tarthatóak kezelésben, mint más gondozási tevékenység esetén, valamint hogy a betegcsoportba tartozó személyek együttműködési készsége a betegség természetéből adódóan nem mindig kielégítő, kezelésben tartásuk gyakran jelentős ellátói aktivitást igényel. Vagyis ahol a kezelésben lévő betegek megtartása, esetlegesen a teljesítménynövelés viszonylag kevesebb nehézséggel volt megvalósítható (pl. a szubsztitúciós kezelésben részt vevő opiátfüggők), a csökkenés hatásai kevésbé okoztak problémát, mint az alacsonyabb forgalmú, főleg alkoholbetegeket kezelő gondozók esetében. Ezen felül, a betegek együttműködési készségét jelentős mértékben rontotta az átmeneti időszakra bevezetett vizitdíj és kórházi napidíj is.

Az Országos Addiktológiai Intézet adatai szerint ez alatt az idő alatt az ellátott esetek száma 20%-kal csökkent.

Az Egészségügyi Minisztérium érzekelte a fenti problémát, ezért a kialakult finanszírozási probléma kezelése érdekében az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosítását kezdeményezte. A módosítás eredményeképpen a gondozók 2007. július 1-jétől ugyanazokat a beavatkozásokat jelenthetik, amelyeket az ambulanciák. További intézkedésként az egészségügyi tárca a korábban már említett jogszabályi változtatásainak eredményeképpen 2007. július 15-től az alkohol- és kábítószer-függőséggel összefüggő megbetegedések betegcsoportja kikerült a vizitdíj fizetési kötelezettség alól.

2.3 Gyógyszeres kezelés

SZUBSZTITÚCIÓS KEZELÉS

Magyarországon a kórházi fekvőbeteg- és a járóbeteg-ellátás keretében is folytatnak gyógyszerrel támogatott kezeléseket. Ez elsősorban még mindig metadonkezelést jelent, amelynek mindkét formája: az elvonó és a fenntartó kezelés is elérhető a betegek számára. Az elvonási tünetek tüneti kezelésében szorongáscsökkentő és fájdalomcsillapító szerek széles körben használatosak.

Metadon fenntartó kezelés 2007-ben kilenc helyen történt az országban. Budapesten négy helyen (az egyik hely – OPNI – november végéig fogadta a klienseket, de nyílt egy új, a Drogprevenációs Alapítvány működtetésében a Drogoplex ambulancia, mely júniustól üzemelt), vidéken pedig Veszprém, Pécsen, Gyulán, Szegeden és Miskolcon. 2007-ben a metadon fenntartó kezelésben részesülő betegek száma 778–783 fő⁶¹ volt, ami 70–75 fős csökkenést jelent a tavalyi évhez képest.

Metadonkezelésben résztvevők száma (fő) 2007-ben

Drogoplex Amb.	Nyíró Drogamb.	Budai - OPNI	Soroksár	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged	Miskolc
28	359	65-70	140	11	33	28	67	47

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

⁶¹ 8 szolgáltatótól pontosan 713 főről kaptunk jelentést, ezen kívül az OPNI drogambulanciája 65–70 főt regisztrált, de pontos adatot a bezárás miatt már nem szolgáltatott.

Metadonkezelésben résztvevők havi megoszlása (fő) 2007-ben

Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
439	447	458	455	459	492	496	480	469	462	453	466

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

Az opiátfüggők szubsztitúciós kezelésében megkezdődött a buprenorfin-naloxon keverék hazai alkalmazása. Az év során 4 intézmény: a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája, a Soroksári Addiktológiai Centrum, az INDIT Közalapítvány, valamint a Kék Pont Alapítvány nyújtott buprenorfin-naloxon kezelést összesen 33 betegnek⁶². A készítmény OEP által történő befogadása 2007 folyamán még nem történt meg.

Buprenorfin-naloxon kezelésben résztvevők száma (fő) 2007-ben

Nyíró Drogamb.	Soroksár	Kék Pont Drogamb.	Pécs
26	1	2	4

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

A két eltérő típusú szert alkalmazó szubsztitúciós kezelésben összesen tehát 802–807 fő⁶³ vett részt az év folyamán.

2009-től a büntetés-végrehajtás intézményeiben is tervezik megkezdeni a buprenorfin-naloxon keverékének alkalmazását, mivel szemben a metadonnal ezzel a szerrel kisebb a visszaélések esélye.

ELVONÓ KEZELÉS

A betegek detoxikálása elsősorban a pszichiátriai osztályokon történik, annak ellenére, hogy a szakmai állásfoglalások a sürgősségi ellátást igénylő esetek között látják megnyugtatónak a betegek ellátását. A túladagolt betegek ellátásában továbbra is jelentős szerepet vállal a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztálya.

Következtetések

Összességében az addiktológiai betegellátás helyzete kedvezőtlenül módosult az elmúlt év folyamán. A szakemberek hiánya és az ellátórendszer egyenlőtlenségei kedvezőtlen kiindulási helyzetet teremtettek a reformintézkedésekhez, miközben a szakterület finanszírozási környezete a járóbetegek-ellátók hátrányára változott. A kialakult helyzetet tovább nehezítette az ellátók fennmaradásának esetleges bizonytalansága, vagy megszűnése.

⁶² Novemberben összesen 18, majd decemberben összesen 31 főnek.

⁶³ A buprenorfin-naloxon kezelésben résztvett 33 főből 9-en az év első felében metadonkezelésben vettek részt.

A megváltozott finanszírozási feltételek, illetve a jogalkotó teljesítmény-finanszírozás melletti elkötelezettsége új beavatkozások és új szolgáltatások előmozdítását igényelheti az addiktológiai ellátórendszerből.

Metadon szubsztitúciós kezelést 9 helyen végeztek az országban, a kezelték száma azonban több mint 8%-kal csökkent a tavalyi évhez képest. 2007-ben a szubsztitúciós kezelésben a metadon mellett megjelent a buprenorfin-naloxon keveréke is. Így helyettesítő kezelésben összesen 802–807 fő vett részt az év folyamán.

3. A drogfogyasztás szövődményei – egészségügyi következmények⁶⁴

3.1 Drogfogyasztással összefüggő halálesetek és halandóság a drogfogyasztók körében

A magyarországi kábítószer-használattal összefüggő halálozás adatgyűjtése 2007. évben is az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program⁶⁵ keretében készült jelentések alapján történt. Az adatok korrigálását az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet végezte el. Ebben az évben a Megyei Rendőr-főkapitányságok részéről az adatszolgáltatás hiányos volt⁶⁶, mely részben visszavezethető a 282/2007. (X. 26) Kormányrendelet bevezetésére, amely 2008. január 1-jétől kizárja a rendőrorvosok részvételét a hatósági és igazságügyi boncolások végzéséből.

Drogfogyasztással összefüggő halálozáson egyrészt a direkt mérgezés, vagyis a közvetlen túladagolás eseteit; másrészt a közvetett droghasználattal összefüggésbe hozható erőszakos vagy természetes okú halálozást értjük.

⁶⁴ A fejezet szerzői: Dr. Csohán Ágnes, Dr. Horváth Mónika Csilla, Nádas Eszter, Sógorka Ildikó, Tarján Anna.

⁶⁵ Az adatokat az Igazságügyi Orvosszakértői Intézetek, a Megyei Rendőr-főkapitányságok és az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szolgáltatták.

⁶⁶ Ennek következményeképpen az ez évi jelentést a négy Orvosi Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézete, illetve a Pest, Békés, Zala, Fejér, Bács-Kiskun, Hajdú-Bihar, Somogy, Vas, Tolna és Nógrád Megyei Rendőr-főkapitányságok által szolgáltatott adatokból állítottuk össze.

KÖZVETLEN TÚLADAGOLÁS OKOZTA HALÁLESETEK

Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2007-ben			
	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	16	1	17
Metadon	1	0	1
Morfin	1	0	1
Szintetikus fájdalomcsillapító	1	0	1
Egyéb opiát	2	0	2
Hallucinogén	0	0	0
Amfetamin származékok	0	1	1
Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)	0	0	0
Kokain	0	0	0
Egyéb kábítószer	1	0	1
Heroin+kokain	1	0	1
Illegális szer összesen	23	2	25
Szerves oldószer	1	1	2
Nyugtató-altató	61	89	150
Politoxikománia	7	3	10
Összesen	92	95	187

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

Illegális szerek okozta halálozás

Az előző évekhez képest 2007-ben az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma nem változott⁶⁷.

Illegális szerek okozta balesetszerű túladagolásokat ebben az évben csak a fővárosból jelentettek. Az illegális szerek miatti túladagolások túlnyomó részéért az opiátok, főként a heroin volt felelős. Egy esetben történt heroin+kokain által okozott kombinált mérgezés, és egy esetben történt amfetamin túladagolás. Egy esetben jelentettek a fővárosból heroin okozta öngyilkossági szándékú túladagolást, mely egy 31 éves férfi halálához vezetett. Morfint, szintetikus kábító fájdalomcsillapítót és egy esetben egyéb opiátokat 55 év feletti férfiak használtak öngyilkossági szándékú túladagolás során.

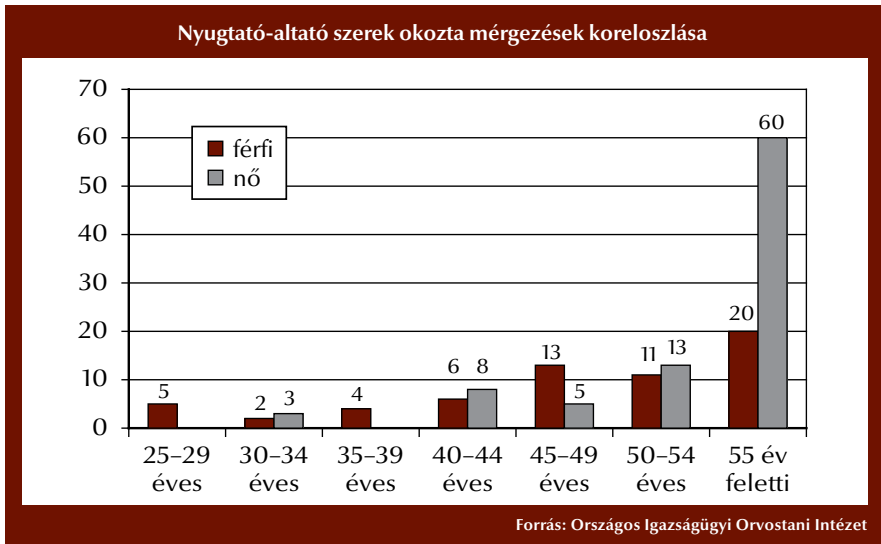
A heroin okozta túladagolások miatt bekövetkezett halálesetekben az átlagéletkor 30,7 év volt, az egyedüli női áldozat 22 éves volt. A heroin és kokain túladagolás áldozata egy 37 éves férfi, míg az amfetamin túladagolás

⁶⁷ Azonban figyelembe kell venni azt is, hogy a hiányos adatszolgáltatás miatt nem rendelkezünk országos lefedettségű adatokkal, így nem zárható ki, hogy a valóságban ez a szám magasabb.

áldozata egy 36 éves nő volt. A heroin túladagolás áldozatai közül hárman hajléktalanok voltak, egy fő pedig külföldi állampolgárságú. Kilenc esetben áll rendelkezésre hozzávetőleges információ a megelőző kábítószer-használat hosszúságára vonatkozóan ebben a csoportban, ez átlagosan 11,5 év volt⁶⁸. A metadon túladagolásban elhunyt férfi kezelési státusáról nincs információ, az illető grúz állampolgárságú volt.

Legális szerek okozta halálozás

A nyugtató-altató szerek okozta túladagolások száma az előző évihez képest csökkent, amiért nagy valószínűséggel a hiányos adatszolgáltatás a felelős. Az előző évhez képest ugyancsak csökkent a szerves oldószer okozta mérgezés is, azonban Budapest területéről jelentették 1 fiatal (16 éves) férfi balesetszerű, bután okozta mérgezését. A nyugtató-altató szerek okozta mérgezések és az egyik szerves oldószer mérgezés öngyilkossági szándékú túladagolások eseteiben kerültek kimutatásra.



A halálos nyugtató-altató mérgezéseknél a férfiak 50%-át 40 év feletti elhunytak képezik, míg a nőknél ez 96%-ot tesz ki. A legális szerek okozta mérgezések az életkor előrehaladtával emelkedő tendenciát mutatnak.

⁶⁸ A megelőző kábítószer-használat hosszúságára vonatkozó információkat az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet gyűjtötte össze a boncoláskor rendelkezésre álló orvosi kórdokumentáció vagy hatósági adatgyűjtés alapján.

KÖZVETETT (INDIREKT) HALÁLOZÁS A KÁBÍTÓSZER- FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGÉSBEN

A kábítószer-fogyasztással közvetetten összefüggő halálesetek közé azokat az eseteket soroljuk, amelyek nem direkt túladagolás miatt következtek be. Egyrészt ide tartoznak az erőszakos halál esetei (baleset, öngyilkosság, életellenes bűncselekmények stb.), amikor nem balesetszerű kábítószer-túladagolás a halálok, azonban pozitív toxikológiai eredményt kapunk; másrészt a droghasználattal összefüggésben kialakult betegségek miatt bekövetkezett természetes okú halálesetek. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint a rendkívüli halál esetén hatósági eljárást kell lefolytatni, és az elhunyt hatósági boncolását el kell rendelni. Ennek következményeképpen a legtöbb erőszakos haláleset hatósági vagy igazságügyi boncolásra kerül, ahol lehetőség van toxikológiai vizsgálat elvégzésére. Ugyanakkor természetes halál bekövetkezésekor általában kórboncolásra, vagy egyes esetekben akár a boncolás mellőzésére is sor kerülhet, így ezen esetek nagy része nem kerül felderítésre. Ebben az évben indirekt, kábítószerrel összefüggésben bekövetkező haláleseteket csak Budapestről jelentettek.

**Közvetett kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek
az erőszakos halálesetekeken belül**

	férfi	nő	összesen
opiát	2	0	2
heroin+kokain	1	0	1
amfetamin	2	0	2
kokain	1	0	1
összesen	6	0	6

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

Az opiátok, amfetamin, heroin+kokain hatása alatt levő személyek közlekedési balesetek során haltak meg (gyalogos gázolás személyautó, HÉV, vonat által).

Budapesten négy esetben vizsgáltak olyan természetes halálesetet, ahol az elhunyt kábítószer-fogyasztó státusa ismert volt. Egy esetben szívbeltárgy-gyulladás – ami az intravénás kábítószer-fogyasztásnak a szövődménye – egy esetben dilatatív kardiomiopátia, egy esetben koszorúverőér rögösödés, egy esetben pedig szív eredetű hirtelen halál volt a halál oka. Mind a négy elhunyt férfi volt, átlagéletkoruk 34 év volt.

Az összes kábítószerrel kapcsolatos halálesetet vizsgálva 12 esetben áll

rendelkezésre hozzáférhetőleg információ a megelőző kábítószer-használat időtartamára vonatkozóan⁶⁹, ez átlagosan 9,7 év volt.

3.2 Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek

2007-ben Magyarországon az intravénás kábítószer-fogyasztók 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.

Az intravénás kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) prevalenciájának mérésére az Országos Epidemiológiai Központ a 2006. évihez hasonlóan szárított vérminta használatán alapuló, sentinel szűrővizsgálatokat szervezett. 2007. október 15. és december 31. között ismételt multicentrikus vizsgálat keretében 567 intravénás kábítószer-fogyasztótól gyűjtöttek vérmintát. A forrásokat az Egészségügyi Minisztérium célzott projektfinanszírozásból biztosította.

HIV/AIDS

2007-ben Magyarországon másfélszer több HIV-pozitív esetet (119) jelentettek, mint az előző évben (81). Az incidencia 11,9 eset/1millió lakos értéknek felelt meg. Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek mindössze kétharmadánál volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoportba tartozó HIV-fertőzöttek közül három külföldi állampolgár (3,7%) volt intravénás kábítószer-használó. 2007-ben 22 AIDS megbetegedést diagnosztizáltak, ebből egy beteg tartozott az intravénás kábítószer-fogyasztók rizikócsoportjába.

⁶⁹ A megelőző kábítószer-használat hosszúságára vonatkozó információkat az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet gyűjtötte össze a boncoláskor rendelkezésre álló orvosi kórdokumentáció vagy hatósági adatgyűjtés alapján.

A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása

	1985-2002	2003	2004	2005	2006	2007	Összesen
Homo/biszexuális	518	34	45	55	38	60	750
Heteroszexuális	182	18	13	21	14	14	262
Hemofiliás	32	0	0	0	0	0	32
Transzfúziós recipiens	22	0	0	0	0	1*	23
Intravénás kábítószer-fogyasztó	12*	1*	2*	2**	0	3*	20
Nosocomialis	12*	0	0	3*	0	1	16
Maternalis	3	0	0	2	0	2	7
Ismeretlen	260	10	15	23	29	38	375
Összesen	1041	63	75	106	81	119	1485

* Importált esetek, ** Importált esetekkel együtt

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2008b)

Akut Hepatitis B

2007-ben 81 akut megbetegedést jelentettek be, az incidencia 0,8‰-nek bizonyult, nem változott az előző évihez viszonyítva.

Az intravénás (iv.) kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között

Évek	Bejelentett akut HB betegek		
	száma	közül iv. kábítószer-fogyasztó	
		szám	%
2000	130	-	-
2001	159	6	3,8
2002	159	6	3,8
2003	143	7	4,9
2004	131	6	4,6
2005	119	1	0,8
2006	83	-	-
2007	81	2	2,5

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2008b)

A fertőzés terjedési módja az esetek kb. 39,5%-ában volt ismert. Az ismert rizikócsoportú betegek közül két budapesti férfi volt intravénás kábítószer-használó. Az egyik a 25 éven aluli, a másik a 25–34 évesek korcsoportjába tartozott. Az 1999-ben bevezetett serdülőkori kötelező védőoltások hatásá-

nak köszönhetően 2007-ben a 14 évesnél idősebb és a 23 évesnél fiatalabbak gyakorlatilag védettek voltak a betegséggel szemben.

Akut Hepatitis C

A 2007. évben 22 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek. A bejelentések száma alacsonyabb volt a megelőző 5 évre jellemző átlagos megbetegedési számnál. A betegek közül 5 fertőződött intravénás droghasználat révén. Az ismert rizikó csoportba tartozók aránya 68,2% volt.

A betegek közül 4 férfi és 1 nő volt. A nő 25 éven aluli volt, a férfiak a 25–34 évesek korcsoportjába tartoztak. Az akut C hepatitiszes, intravénás kábítószer-fogyasztó betegek közül három budapesti, egy-egy pedig Pest illetve Tolna megyei lakos volt.

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

Évek	Bejelentett akut HC betegek		
	száma	közül iv. kábítószer-fogyasztó	
		szám	%
2000	59	5	8,5
2001	43	5	11,6
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
2007	22	5	22,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2008b)

HIV, HBV, HCV PREVALENCIA AZ INTRAVÉNÁS DROGHASZNÁLÓK KÖRÉBEN

Az Egészségügyi Minisztériummal 2006-ban kötött megállapodás keretében az Országos Epidemiológiai Központ 2007-ben is megismételte az előző évben sikeresen megkezdett szűrővizsgálatot, amelynek célja az intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések HIV, HBV, HCV évi prevalenciájának felmérése volt. A szűrővizsgálat során ismét az ujjbegyből történő vérvételt követően szárított vérminta felhasználására került sor. Az előző évi tapasztalatokat felhasználva az volt a cél, hogy növeljék a mintaszámot és a területi reprezentativitást. Ennek érdekében a 2007. október 15. és 2007. december 31. között lezajlott szűrőprogramban összesen 15 szervezet (Budapesten három túcserállomás és két kezelőhely, vidéken hét keze-

lőhely, három tűcsereállomás) vett részt. A program során 567 intravénás kábítószer-fogyasztótól vettek vérmintát.

A HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálatban résztvevő szervezetek		
	Szervezet neve	Szűrővizsgálatok száma
Budapest	Drogprevenációs Alapítvány	100
Budapest	Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ	70
Budapest	Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Alapítvány	80
Budapest	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addiktológiai Centrum	40
Budapest	Baptista Szeretetszolgálat Utcafront tűcsere szolgálat	30
Miskolc	Semmelweis Kórház, Drogambulancia	30
Pécs	Drogambulancia	60
Szeged	Ifjúsági Drog-centrum	50
Kecskemét	RÉV Szolgálat	20
Szekszárd	RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	15
Veszprém	Alkohol-Drogsegély Ambulancia	15
Debrecen	Kenézy Kórház, Drogambulancia	24
Debrecen	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet	15
Nyíregyháza	Addiktológiai szakrendelés, drogambulancia	2
Gyula	Független Egyesület	16

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2008a)

A vizsgálatba olyan személyek kerültek, akik a mintavételi periódusban megjelentek a fenti intézmények valamelyikében, intravénás kábítószer-használónak vallották magukat, vagy emlékeztek arra, hogy valaha intravénás szert használtak, függetlenül attól, hogy valaha vettek-e részt HIV, HBV vagy HCV szűrővizsgálaton.

A kiválasztás, a mintavételi eljárás, a kódolás, illetve a minták vizsgálata az előző évivel megegyező módon történt.⁷⁰

Eredmények és következtetések

A vizsgálati periódusban, 2007. október 15. és 2007. december 31. között a 15 drogambulancián, illetve tűcsereállomáson 567 intravénás kábítószer-fogyasztónál történt vérvétel és adatfelvétel.

A laboratóriumi vizsgálatok során az alkalmazott módszerekkel mind az 567 vizsgált személy esetében megbízható eredmény volt kiadható a HIV fertőzöttséget illetően. A vírushelyzet kimutatására irányuló

⁷⁰ Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2 fejezet, 58. oldal.

ellenanyag-vizsgálatok hepatitis B vírus esetében három, hepatitis C vírus esetében 19 esetben kétes eredménnyel zárultak, így ezeket az eseteket a feldolgozásból kizárták.

Az 567 vérminta mindegyike negatívnak bizonyult HIV-fertőzés tekintetében, tehát a vizsgált intravénás kábítószer-használók között a korábbi évekhez hasonlóan, HIV-pozitív személyt nem derítettek fel. 141 személynél (25,7%, 95% megbízhatósági szinten konfidencia intervallum: 22,1%–29,4%) mutattak ki hepatitis C vírus elleni ellenanyagot, és 2 esetben (0,4%) hepatitis B felületi antigént. A két hepatitis B vírus hordozó közül az egyikük bizonyult egyidejűleg anti-HCV ellenanyag pozitívnak is.

A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége korcsoportok szerint

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	74	0	74	0	0,0	74	15	20,3
	nő	37	0	37	0	0,0	35	10	28,6
25–34 év	férfi	257	0	256	1	0,4	247	59	23,9
	nő	73	0	72	1	1,4	73	13	17,8
> 34 év	férfi	96	0	95	0	0,0	90	29	32,2
	nő	30	0	30	0	0,0	29	15	51,7
Összesen	férfi	427	0	425	1	0,2	411	103	25
		140	0	139	1	0,7	137	38	27,7
	Ffi+nő	567	0	564	2	0,4	548	141	25,7

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2008a)

A vizsgálatba bevont 567 személy között 427 (75,3%) férfi és 140 (24,7%) nő volt. A 25–34 év közöttiek korcsoportjába tartozott a vérmintát szolgáltatók több mint a fele (330, 58,2%), a 34 év felettek köréből került ki a vizsgálatban részt vevők 22,2%-a (126), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 111 fővel (19,6%).

Össességében a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában az eltérés nem volt szignifikáns ($p > 0,5$). Azonban kiugróan magas, az átlagos prevalencia érték közel kétszerese (51,7%) volt megfigyelhető a 34 évesnél idősebb nők körében. (A két arány közti különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten.)

A kutatás során azt is vizsgálták, van-e összefüggés a hepatitis C fertőzöttség kialakulása és az intravénás droghasználat kezdete óta eltelt idő között. Az intravénás kábítószer-használat kezdetének négy intervallumot

lehetett megjelölni (< 2 év, 2–4 év, 5–9 év, > 10 év). Az 567 főből 16 személy nem tudta megmondani, mikor kezdett intravénásan kábítószer használni. Intravénás kábítószer-használat tekintetében, a mintát adó személyek 40%-a (233) úgy nyilatkozott, hogy több mint 10 éve használ kábítószer intravénásan. A vizsgált személyek 27%-a (153) 5–9 éve használ intravénás kábítószer, míg a 2–4 éve (14,3%, 81), és a kevesebb mint két éve (14,8%, 84) intravénás kábítószer használók száma közel megegyezett.

A hepatitis C fertőzöttség aránya legmagasabb (32%) volt azok körében, akiknél 2–4 éve történt az első injektlás. Azon intravénás kábítószer-használók csoportjában, akiknél az első injektlás 10 évnél régebben történt, 31,3%-os volt a HCV fertőzöttség aránya. Amennyiben az első szerhasználat 5–9 éve történt, a pozitivitási arány 26,4% volt, míg az új kábítószer-használók közül csak heten (8,4%) fertőződtek a vírussal.

A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint

Az intravénás kábítószer-használat kezdete	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
< 2 év	83	1	1,2	83	7	8,4
2 – 5 év	80	0	0,0	78	25	32
5 – 10 év	153	0	0,0	151	40	26,4
10 évnél régebben	232	1	0,4	220	69	31,3
Összesen	564	2	0,4	532	141	26,5

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2008a)

A 141 hepatitis C pozitív személy közül 109 kábítószer-használó opiátfogyasztónak vallotta magát. Az alábbi táblázatból kitűnik, hogy az opiátfogyasztó intravénás kábítószer-használók 27,5%-a, a nem opiátfogyasztók 21,2%-a fertőződött hepatitis C vírussal. (A két arány közti különbség szignifikáns a $p < 0,05$ szinten.)

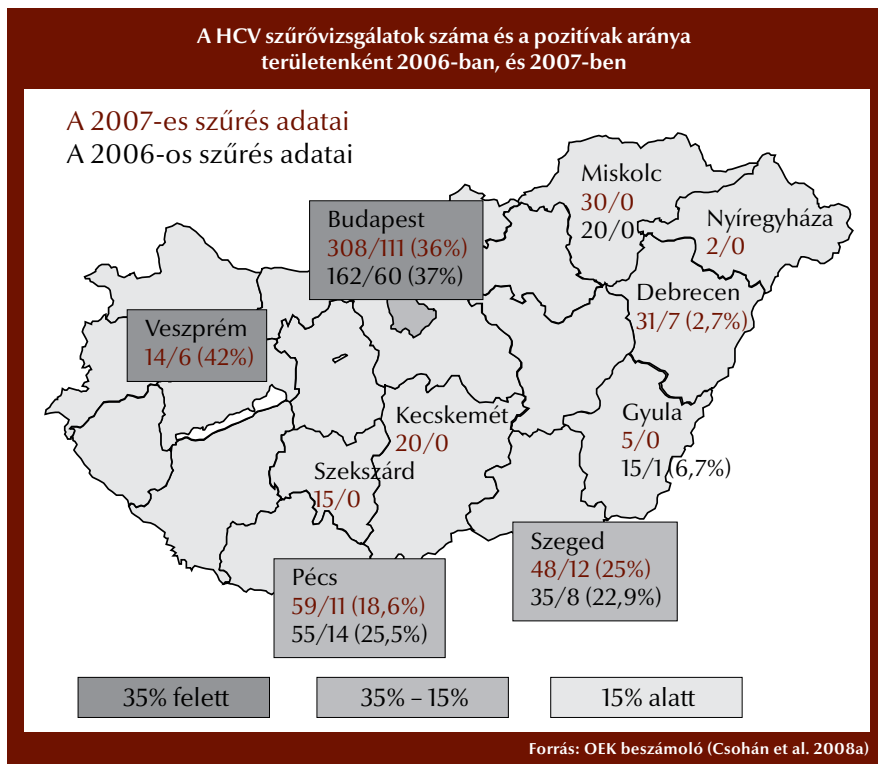
Az eredményt feltételezhetően az magyarázza, hogy az opiát típusú szerek intravénás kábítószer-használatával magas rizikójú magatartásformák (közös tűhasználat, promiszkuitás, szexuális szolgáltatás nyújtása kábítószerért cserébe) járnak együtt, de ezt a vizsgálat a 2007-es év során még nem mérte fel.

**A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók 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	412	1	0,2	397	109	27,5
más, nem opiát	152	1	0,7	151	32	21,2
Együtt	564	2	0,4	548	141	25,7

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2008a)

Budapest és vidék tekintetében elmondhatjuk, hogy a 308 fővárosi intravénás kábítószer-használó közül 111 bizonyult hepatitis C pozitívnek, ami 36%-ot jelent, ezzel szemben a 240 vidéki lakos 12,5%-a bizonyult HCV pozitívnek. Vidéken a Veszprémből származó adatok hívják fel magukra a figyelmet, ahol a beérkezett minták 42,9%-a volt hepatitis C pozitív, bár a feldolgozott mintaszám statisztikai szempontból alacsonynak számít ($n = 14$), így a következő szűrővizsgálat alkalmával a Veszprémből érkező minták számának emelése a cél ($n = 20$). Szeged és Pécs tekintetében statisztikai szempontból elég minta került feldolgozásra ahhoz, hogy a szegedi intravénás szerhasználók 25%-os, a pécsi intravénás szerhasználók 18,6%-os HCV prevalencia értéke validnak legyen tekinthető. Az eredmények alapján úgy látszik, hogy azokban az intravénásan kábítószerrel használó populációkban (Budapest, Szeged, Pécs, Veszprém), amelyekbe valamilyen úton bekerült a hepatitis C vírus, a használók 25–40%-a rövid időn belül fertőződik a vírussal. Több vidéki intravénásan kábítószerrel fogyasztó populációba (Miskolc, Kecskemét, Szekszárd, Gyula) viszont úgy tűnik, hogy mindeddig szerencsére nem került be a vírus, így nem alakult ki a fertőzés továbbterjedése.



A két HBsAg pozitív személy közül egy Budapesten, egy pedig Nyíregyházán került kiszűrésre.

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

Terület/város	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
Budapest	319	1	0,3	308	111	36,0
Szeged	50	0	0,0	48	12	25,0
Pécs	59	0	0,0	59	11	18,6
Miskolc	29	0	0,0	30	0	0,0
Gyula	16	0	0,0	15	0	0,0
Kecskemét	20	0	0,0	20	0	0,0
Szekszárd	15	0	0,0	15	0	0,0
Veszprém	15	0	0,0	14	6	42,9
Debrecen	39	0	0,0	37	1	2,7
Nyíregyháza	2	1	50	2	0	0,0
Vidék összesen	245	1	0,4	240	30	12,5
Összesen	564	2	0,35	548	141	25,7

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2008a)

TBC ÉS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT

A 2007-es szűrővizsgálatok során csak 1 fő új TBC-s beteget találtak, aki kábítószer-fogyasztónak vallotta magát. A legjelentősebb rizikótényezők továbbra is az alkoholfüggőség, a hajléktalanság és az elmagányosodás (Jónás et al. 2008).

TBC-s betegeknél talált rizikótényezők 2007-ben

Rizikótényező	Betegek száma	Betegek %
%-a	12	25,0
Alkoholfüggő	285	16,3
Hajléktalan	154	8,8
Kontakt személy	65	3,7
Immigráns	12	0,7
Egészségügyi dolgozó	16	0,9
Magányosan élő	107	6,1
Diabeteses	68	3,9
Szteroid kezelt	17	1,0
Zárt közösség ⁷³	48	2,7
Kábítószer-használó	1	0,1
HIV fertőzött	4	0,2
Börtön	11	0,6
Nincs rizikótényező	1207	68,9
Incidencia:	1752	
Összesen	1995*	114%*

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

Forrás: OEK beszámoló (Csohán et al. 2008a)

FERTŐZŐ BETEGSÉGEK SZŰRÉSE A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI INTÉZETEKBEN⁷²

A büntetés-végrehajtási (továbbiakban bv.) intézetekben 828 fő jelentkezett önkéntesen HIV szűrésre, akik között nem találtak fertőzött személyt. 2007-ben 11 761 személy esetében történt tüdőszűrés, közülük 10 fő volt új TBC-s beteg.

2007 áprilisában a hepatitis C vírus okozta fertőzések felderítése céljából egy kereskedelmi cég és egy civil szervezet közreműködésével kampány szűrővizsgálatok kezdődtek meg a bv. intézetekben. 2007 végéig 7 bv. intézet vett részt a programban, amelynek során 2151 személytől vettek vérmintát. A minták vizsgálatát az Országos Epidemiológiai Központban végezték el. A megszürt fogvatartottak közül 99 személy vérében állapították meg HCV ellenanyag jelenlétét, közülük 61 személy Hepatitis C vírus-hordozó is volt. A mintákon elvégezték a HIV szűrővizsgálatot is, 1 pozitív eset került felderítésre.

⁷¹ Szociális-, betegotthon, gyermekotthon.

⁷² A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és az Országos Epidemiológiai Központ beszámolója alapján.

3.3 Pszichiátriai komorbiditás

2007 tavaszán készült Magyarországon először kutatás (Gerevich 2007) a kábítószer-függőség pszichiátriai komorbiditásáról. A vizsgálat a pszichiátriai komorbiditás prevalenciaértékeit a kábítószerfüggő páciensek 200 fős ambuláns klinikai mintáján⁷³ mérte fel. A kutatásban részt vevő 10 ambulancia⁷⁴ nagy betegforgalommal rendelkezik, területileg lefedte az országot, így elegendő volt ahhoz, hogy megfelelően reprezentálja a területi sajátosságokból adódó egyes betegcsoportok közötti sokféleséget.

A megkérdezett kliensek 76%-a férfi, 24%-a nő volt. Koreloszlásuk az alábbiak szerint alakult: 19 éves vagy annál fiatalabb a minta 18%-a, 20–24 év közötti 29%-uk, 25–29 év közötti 26%-uk, 30–34 év közötti 24%-uk és 35 vagy annál idősebb a minta 12%-a volt.

A minta 46%-a heroint, míg 39%-a marihuánát fogyasztott elsődleges szerként. A harmadik helyen lévő elsődlegesen fogyasztott szer, az amfetamin, a megkérdezettek 5%-át érintette. Intravénásan a páciensek megközelítőleg kétharmada használt már szert.

A megkérdezettek pszichológiai állapotát a kutatás két aspektusból vizsgálta. Egyrészt elemezte a páciensek utolsó 30 napjában felmerülő hétköznapi pszichológiai problémákat. Ezek közül leginkább az unalomérzés, a szomorúság vagy kisérték lehangozottság, illetve a szorongás vagy erős aggodalom jelentették a legnagyobb problémát a kliensek életében. Az utolsó 30 napban a páciensek több mint fele (57%) tapasztalt valamilyen pszichológiai, érzelmi problémát. Bevallásaik alapján kb. egytizedük problémái 1-2 napig tartottak, egyharmaduk esetében ezek a tünetek hosszabb ideig – 3-7 nap – is fennálltak. A páciensek körülbelül egyharmadának esetében a problémák a hónap minden napján végigkísérték őket.

⁷³ A kétlépcsős mintavétellel kiválasztott mintába azok a 2007 márciusában és áprilisában a magyarországi nagyobb forgalmú drogambulanciákon kezelt drogfüggő páciensek kerültek, akik névtelenül hozzájárultak a kutatásban való részvételhez. A vizsgálat mérőeszközei a Serdülőkorú Problémák Értékelő Interjúja (EuroADAD), A Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAK), a Beck Depresszió Kérdőív (BDK), az ADHD Szűrőteszt (ASRS-VI.1.) voltak. A minta tervezett elemszáma 200 fő volt, ami nagyjából a függő betegekre vonatkozó forgalom nagyságának megfelelően oszlott meg az egyes kezelő intézmények között.

⁷⁴ Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ, Budapest; OPNI Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia, Budapest; Soroksári Addiktológiai Centrum, Budapest; Alkohol-Drogsegély Ambulancia, Veszprém; Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház Drogambulancia, Gyula; HBM Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Drogambulancia, Debrecen; INDIT Közalapítvány Drogambulancia, Pécs; Miskolc MJV Önkormányzata Semmelweis Kórház Drogambulancia, Miskolc; Szeged MJV Önkormányzata „Dr. Farkasinszky Terézia” Ifjúsági Drogcentrum, Szeged; Zala Megyei Kórház Drogambulancia, Zalaegerszeg.

Hétköznapi pszichológiai problémák előfordulásának gyakorisága az utolsó 30 napban

Hétköznapi pszichológiai problémák	jellemző a kliensek %-ára
unalomérzés	52,8
szomorúság vagy kifokú lehangoltság	74,1
szorongás vagy erős aggodalom	49,2
szégyenérzés	31
kontrollálatlan indulat	40,1
sértettség, megbántottság érzése	40,6
fizikai bántalmazástól való félelem	11,2
őrült gondolatok	39,6
paranoid gondolatok	27,9
„agybaj” érzés	24,4
a viselkedéskontroll elvesztésétől való félelem	29,4
derealizációs érzések	15,7
az élet befejezésével kapcsolatos gondolatok	29,4
jövőre vonatkozó reménytelenség érzése	42,6
értéktelenség érzése	37,1
erős féltékenység érzése	17,8
megalázottság-ézés	12,7
„kiboríthatóság” érzése	44,7

Forrás: Gerevich 2007

Másrészt a kutatás felmérte a pszichopatológiai tünetek, tünetcsoportok élettartam prevalenciáját. Több mint 50%-os prevalenciát a súlyos, legalább két hétig tartó depresszió, a súlyos szorongásos állapot, illetve a tartós kognitív funkciózavar eseteiben figyeltek meg. A súlyos depresszió prevalenciája a heroint elsődleges szerként fogyasztók körében 70%-os volt, míg a marihuánát elsődleges szerként fogyasztók esetében csak 44%. Hasonló arány figyelhető meg a súlyos szorongásos állapot tekintetében is.

A páciensek 30%-a közepesen vagy súlyosan bizonyult depressziósnak a vizsgálat időpontjában. Az életkor előrehaladtával nő a depresszió aránya. Ezenkívül a nemek szerint is jelentős különbség figyelhető meg, amennyiben a nők inkább depressziósnak mutatkoztak.

Agresszív személyiségvonás („vonás-agresszió”) a vizsgálati személyek 60%-át jellemezte (36 % közepes, 25 % súlyos). Azoknál a pácienseknél, ahol a heroin volt az elsődlegesen fogyasztott szer, a vonás-agresszió magasabb volt, mint azoknál, akik marihuánát fogyasztottak elsődleges szerként. Az agresszió növekedésével a depresszió súlyossága szintén jelentős növekedést mutatott. A pácienseknek csaknem fele, 49%-a szedett már orvos által felírt gyógyszert pszichológiai, érzelmi problémáira.

A pszichopatológiai tünetek élettartam prevalenciája

Pszichopatológiai tünetek	Előfordult a kliensek %-ánál
súlyos depressziós állapot	58,9
súlyos szorongás vagy feszültség	56,9
kognitív funkciózavarok	54,3
erőszakos viselkedés kontrolljának zavara	34
súlyos öngyilkossági gondolatok	29,9
öngyilkossági kísérlet	21,8
hallucinációk	24,4
poszttraumás stressz-betegség	39,6
szándékos fizikai önbántalmazás, öncsonkítás	20,3
érzelmi problémákra felírt gyógyszerek szedése	48,7

Forrás: Gerevich 2007

A megkérdezettek családjainak 25%-ánál fordult elő valamilyen pszichiátriai betegség. A szülők tekintetében elmondható, hogy az anyák 14%-a, míg az apák 7%-a szenvedett már valamilyen pszichiátriai betegségben.

A mintát megvizsgálták egészségügyi problémák, illetve kockázati magatartások szempontjából is. A páciensek valamivel több mint a fele (53%) saját értékelése szerint jelenlegi egészségi állapotát közepesnek (36%) vagy egyértelműen rossznak (17%) ítélte meg. Kitűnően 8%-uk érezte magát. A páciensek 28%-a tett említést arról, hogy van olyan hosszú ideje fennálló krónikus fizikai problémája, amely folyamatosan kellemetlenséget okoz, vagy megnehezíti az életét, és csaknem ugyanennyi páciensnek (29%) írtak fel a közelmúltban gyógyszert valamilyen fizikai betegségére. A leggyakoribb probléma, az evési probléma, a kérdezettek egyharmadát érintette.

A megkérdezettek bemondása alapján, néhány súlyosabb egészségi probléma közül egy fő esetében fordult elő HIV fertőzés, és egy fő esetében tuberculosis. A hepatitis B infekció a megkérdezettek 4%-át, a hepatitis C pedig egytizedét érinti. Nemi úton terjedő betegségben szenved a páciensek 12%-a. A nőknek több mint 50%-a esett át abortuszon/vetelésen.

A szexuális életet élők 46%-a soha nem használ fogamzásgátlót, és 48%-uk soha nem használ gumióvszert. 26% azoknak az aránya, akik néha használnak fogamzásgátlót, és 29% azoké, akik minden egyes alkalommal; a gumióvszer esetében ennél magasabb a csak néha védekezők aránya (30%), és alacsonyabb (22%) a minden egyes alkalommal gumióvszert használóké. A gumióvszert soha nem használók aránya magasabb az átlagnál a 19 éven aluliak csoportjában (56%), ennél jóval alacsonyabb a 20–25 évesek csoportjában (34%), és a többi korcsoport esetében pedig az figyelhető meg, hogy minél idősebb valaki, annál valószínűbb, hogy soha nem használ gumióvszert. A 35 éven felüliek 68%-a nem használ gumióvszert.

3.4 A drogfogyasztás egyéb egészségügyi következményei

KÖZÚTI BALESETEK

2007-ben a Rendőrség 97 közúti baleset során vett vizeletmintát küldött az Országos Toxikológia Intézetbe további szakértői vizsgálatra vezetési képességre hátrányosan ható szer szervezetben való jelenléte gyanújával, mivel az előszűrő teszt pozitív eredményt adott. A 97 esetből 4 halálos kimenetelű baleset volt.

A Toxikológiai Intézet a 97 mintából 61 esetben állapított meg pozitívítást, amelyek közül 27 minta esetében vérben is bizonyítható volt a kábító-szer jelenléte.

Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban

Hatóanyag	Esetek száma
THC	24
Amfetamin	13
Kokain	2
Morfin (Heroin)	2
Amfetamin + THC	8
Morfin (Heroin) + THC	3
MDMA + THC	2
Amfetamin + kokain	1
Amfetamin + kokain + THC	2
Morfin + kokain + THC	1
Morfin + amfetamin + THC	1
Benzodiazepinek	2
Összesen	61
A vérben is bizonyítható volt	27

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

A VÁRANDÓSSÁG ALATTI DROGHASZNÁLAT HATÁSA, MAGZATI SZINDRÓMA

A Semmelweis Egyetem I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika⁷⁵ 2006–2007-es adatai alapján a következő megállapításokat tehetjük a kábítószer-fogyasztással kapcsolatban.

A Genetikai Tanácsadáson a 2006–2007 közötti időszakban 31 fő jelezte, hogy terhessége alatt kábítószer-t fogyaszt, vagy alkalmasszerűen fogyasztott. A várandós nőket a tanácsadást követően a területileg illetékes kórházakban látják el, bár sok esetben nem jelennek meg további vizsgálatokon, terhesgondozáson, így nyomon követésükre nincs lehetőség. Az adatokat tovább torzíthatja az a tényező is, hogy sok esetben a terhesség-megszakításra vonatkozó törvényi szabályozásban előírt határidőt túllépve, drogfogyasztásra hivatkozva próbálják meg a beavatkozást elvégeztetni.

A tanácsadást követően 10 alkalommal került sor terhesség-megszakításra.

A klinikán további 13 esetben a szülést követően került felismerésre a terhesség alatti kábítószer-használat, melynek háttérében a gondozatlan terhességek magas aránya áll (csupán 3 fő vett részt terhesgondozáson). A szülő nők átlag életkora 26 év (legfiatalabb 19 éves, legidősebb 36 éves).

A szerhasználat tekintetében 2 esetben heroin-, 3 esetben amfetamin-, 2 esetben Speed-, LSD-, 2 esetben szipu-, 2 esetben alkohol-, 1 esetben gyógyszerfüggőséget (Andaxin, Convulex), illetve 1 esetben heroin- és gyógyszerfüggőséget (Rivotril) tapasztaltak.

A 13 esetből 10 esetben az újszülött intenzív ellátást, megfigyelést igényelt. A terhességi kor alapján 5 esetben történt koraszülés, míg további 5 esetben a méhen belüli növekedési elmaradás miatt a terhességi héthez képest jóval kisebb súllyal jöttek világra az újszülöttek. Két esetben fejlődési rendellenességet diagnosztizáltak (lábfejlődési rendellenesség, corpus callosum dysgenesis).

Ezen esetekben rendkívül hangsúlyosak a kábítószer-használattal összefüggő szociális problémák is. 1 esetben a büntetés-végrehajtási intézetből került felvételre a szülő nő, 6 fő hajléktalan volt, 1 fő állami gondoskodást követő utógondozás alatt, 2 fő pedig pszichiátriai betegség miatt gondnokság alatt állt.

Csupán 1 esetben nyílt lehetőség arra, hogy az újszülöttet gyermekvédelmi hatósági intézkedés nélkül otthonába bocsátották, illetve 2 esetben anyaothtoni elhelyezésre került sor. 1 esetben az újszülött pár órában exitált, 2 esetben az újszülött védelembe vételét, 5 esetben ideiglenes

⁷⁵ Budapest egyik legfrekvenciáltabb klinikája. Az adatok nem országosak, illetve a fővárost sem fedik le teljesen (azaz nem tekinthetők reprezentatívnak).

hatályú elhelyezését kezdeményezték, 1 esetben titkos, és szintén 1 esetben nyílt örökbeadásra került sor.

KÁBÍTÓSZER-MÉRGEZÉSI ESETEK

Az elmúlt évhez hasonlóan a 2007-es évben is a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán keletkezett adatokat⁷⁶ közöljük a kábítószer-mérgezési esetekkel kapcsolatosan.

Az elmúlt évhez képest az osztályon kezelték száma lényegében nem változott (2006-ban 670 fő, 2007-ben 672 fő), a legnagyobb számban 2007-ben is opiát típusú szerek⁷⁷ fogyasztása miatt kerültek az osztályra a kliensek, főleg heroinfogyasztás miatt (154 férfi, 47 nő). A heroin túladagolás miatt kezelésre szorulóak száma a 2006-os számhoz képest mind a férfiak, mind a nők körében nőtt. Az opiátok után a második leggyakoribb az amfetamin típusú szerek túladagolása, itt azonban az esetek 64,6%-ában nem ismert a szer pontos típusa. Ezen esetek jellemzően időskori betegségekre felírt stimuláns tartalmú gyógyszerek miatt következtek be.⁷⁸

Míg az amfetamin okozta nem halálos túladagolások gyakoribbak voltak a férfiak körében (32 férfi, 26 nő), addig az ecstasy túladagolás inkább a nőkre volt jellemző (8 férfi, 25 nő).

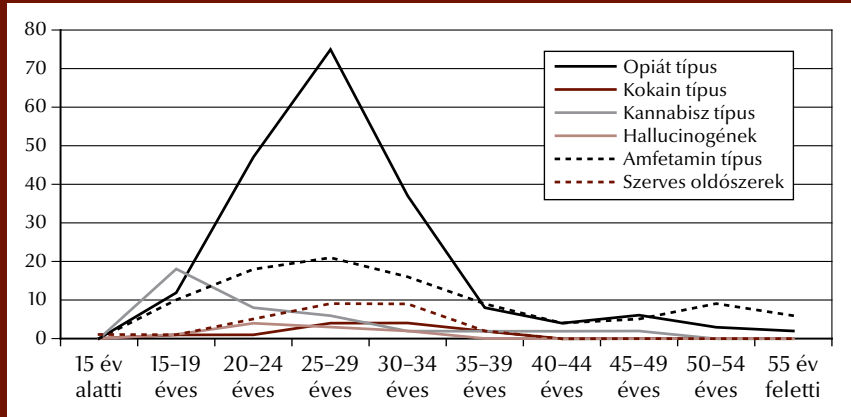
Az életkori megoszlásokat vizsgálva a nőknél a fiatalabb korcsoport felé való eltolódás figyelhető meg. Míg a férfiaknál a 25–29 éves korosztályban történt a legtöbb nem halálos kábítószer-túladagolás, addig a nőknél a 20–24 éves korosztályban. A férfiaknál a fiatalabb, 20–24 éves korosztály áll a második helyen, a nőknél szintén a fiatalabb, 15–19 korosztály.

⁷⁶ Az adatgyűjtés problémáiról lásd: Jelentés a magyarországi kábítószer helyzetről 2007 <http://drogfokuszpont.hu/?pid=96>

⁷⁷ Opiát típusú szerek: ópium, heroin, morfin, egyéb opiátok, szintetikus kábító fájdalomcsillapítók, metadon, opiát külön megjelölés nélkül; kokain típusú szerek: kokain (só), kokain bázis (crack), kokain külön megjelölés nélkül; kannabisz típusú szerek: marihuána, hasis, kannabisz külön megjelölés nélkül; hallucinogének: LSD, hallucinogén külön megjelölés nélkül; amfetamin típusú szerek: amfetamin, metamfetamin, egyéb amfetamin (ecstasy, MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA), amfetamin külön megjelölés nélkül.

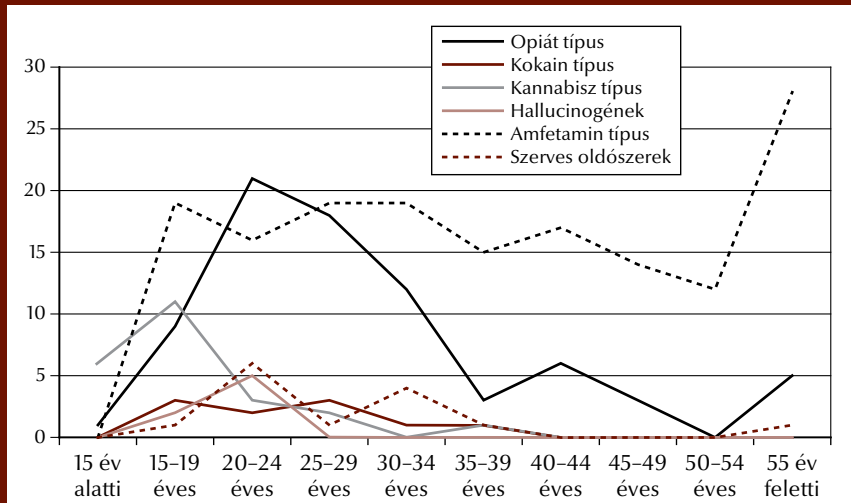
⁷⁸ Pl. Parkinson-kór és Alzheimer-kór kezelésére használt seleginin tartalmú szer (Jumex).

A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drogmérgezés miatt kezelt férfiak, korcsoport szerinti bontásban (N = 381)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

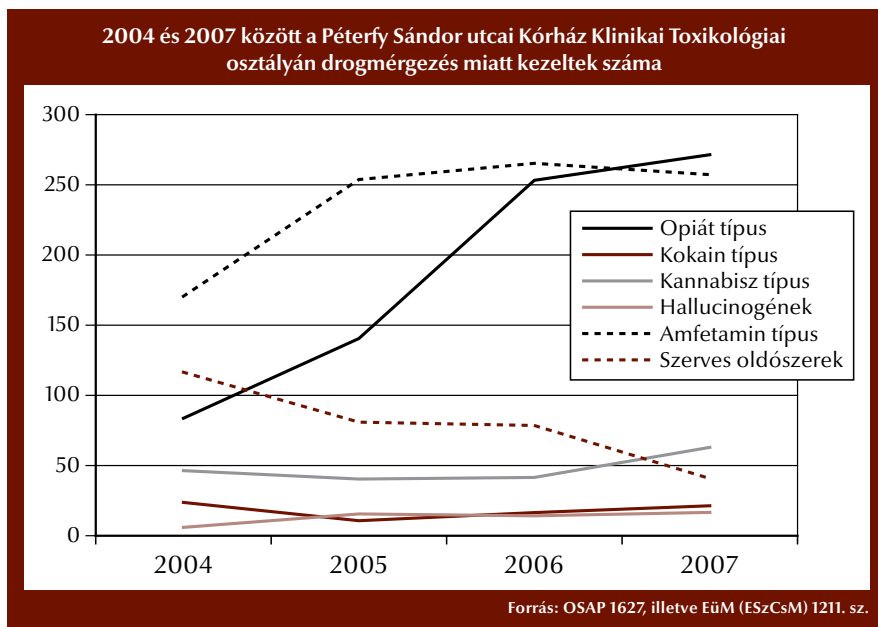
A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drogmérgezés miatt kezelt nők, korcsoport szerinti bontásban (N = 291)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

Az elmúlt évek mérgezéses eseteit tekintve 2007-re lassuló növekedés figyelhető meg. Az opiát, kokain és kannabisz típusú szereknél, valamint

a hallucinogének esetében enyhe növekedés figyelhető meg, az amfetamin típusú szereknél pedig enyhe csökkenés. A legnagyobb csökkenés a szerves oldószerek okozta túladagolások számában jelentkezik.



Következtetések

A 2007-ben kábítószer-fogyasztás miatt bekövetkezett halálesetekről az adatszolgáltatás elégtelensége miatt nem rendelkezünk teljes körű információval. A rendelkezésre álló adatok alapján az elmúlt évhez képest nem történt jelentős változás a kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek számában, a heroin okozta túladagolások száma csökkent.

2007-ben Magyarországon az intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV prevalenciájának mérésére közel kétszer annyi adat állt rendelkezésre az előző évi vizsgálathoz képest. HIV fertőzött 2007-ben sem került felderítésre. A HCV prevalencia tekintetében nem mutattak ki lényeges változást az elmúlt két év eredményeit összehasonlítva (2006: 28,9%; 2007: 25,7%). A budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében mért 2007. évi prevalencia (36%) gyakorlatilag megegyezik az előző évivel (37%), míg a vidékiek között mért 12,5%-os HCV pozitivitás alacsonyabb a 2006-ban megállapított 18,4%-os aránynál. Tekintettel arra, hogy a vidékről begyűjtött minták száma csaknem duplájára emelkedett az előző évhez képest, a

12,5%-os prevalencia közelebb állhat a tényleges helyzethez, mint a 2006. évi. A vizsgálat folytatása a következő években is szükségszerű. Az anyagi keretek függvényében a jövőbeni cél, hogy növeljék a mintába bekerülők számát, még több drogambulanciát, civil szervezetet vonjanak be a munkába, illetve néhány ambulancián megvalósítható az intravénás kábítószer-használók folyamatos, évenként legalább egyszeri rutinszerű HIV és HCV szűrővizsgálatát.

A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása meghaladja a vizsgált kábítószerfüggő populáció ötven százalékát. A komorbiditás patofiziológiai és pszichoszociális hátterének, valamint kezelésének kutatásából levont következtetések a pszichiátriai betegek és szerhasználati zavarban szenvedők körében növelhetik a kezelési eredmények minőségét, csökkenthetik a kórházi kezelések számát, és a súlyos pszichiátriai betegségben szenvedő páciensek kezelésének költség-haszon arányát javíthatják. A nem felismert komorbiditás esetén a drogfüggők kezelésének kimenetele romlik, a páciensek rosszabbul reagálhatnak a gyógyszeres és pszichoszociális kezelésre, romlik a kezelés költséghatékonysága. Az ellenőrizetlen mentális- és szerhasználati zavar együttes előfordulása veszélyeztetheti az egyén életét.

Továbbra sincs egységes adatgyűjtés a várandósság alatti drogfogyasztásról és a magzati drogszindrómával született újszülöttekről. A várandós nők szerhasználata legtöbbször rejtett marad, többek között azért, mert hiányzik egy olyan specializált egészségügyi intézmény az ellátási térképről, ahol a kábítószer-fogyasztó várandós nők addiktológiai kezelése és szülészeti-nőgyógyászati ellátása (különös tekintettel a terhesgondozásra) egy helyen, együttesen valósulna meg.

Budapesten a drogmérgezések miatt kezelésre szorulók száma az előző évhez képest nem változott jelentősen. 2007-ben is heroin túladagolás miatt kerültek a legtöbben kórházba, a heroin túladagolások száma mind a férfiak, mind a nők körében emelkedett valamelyest. Az opiátok után az amfetamin a második leggyakrabban túladagolt szertípus. Az elmúlt évhez képest a legnagyobb csökkenés a szerves oldószerek okozta túladagolások számában volt megfigyelhető.

4. Válaszok a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásaira és következményeire⁷⁹

4.1 A drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek prevenciója és kezelése

PREVENCIÓ

Tűcsereprogramok

Tűcsereprogramok működtetésével 2007-ben 14 szervezet foglalkozott, amelyek közül továbbra is 4 található Budapesten. Az elmúlt két évben nem történt változás a vidéki szervezetek területi eloszlásában sem, az ország északnyugati részének tűcsereprogramokkal történő lefedettsége továbbra sem kielégítő.

Állandó telephelyű programokat két budapesti és hat vidéki szervezetnél vehetnek igénybe az intravénás kábítószer-fogyasztók. Két új program indult Miskolcon és Békéscsabán a Baptista Szeretetszolgálat, ill. a MI-ÉR-TÜNK Prevenció és Segítő Egyesület keretein belül. A nyolc program keretében összesen kiosztott injektorok⁸⁰ száma 151 960 db volt, amely már csak 48%-os növekedést mutat az előző évhez képest (2006-ban 75%-os növekedés). A 2007. évi növekedés több mint 90%-át a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány által kiosztott fecskendők adják, ugyanakkor a többi szolgáltató közül is szinte mindegyiknél szignifikáns növekedés tapasztalható a kiosztott fecskendők számában az előző évi adataikhoz képest. A vidéki városokban az injektor kiadás 40 és 1740 db között változik. A kliensek által visszahozott (visszajuttatott) injektorok aránya országos viszonylatban a fix telephelyű programok esetében valamelyest csökkent, 50% volt.

Az automatak fogalma 2007-ben további 23%-kal nőtt, az öt program (közülük egy budapesti) keretében 27 242 injektor került kiosztásra. Néhány automata közelében elhelyezett speciális hulladékgyűjtőkben 1180 injektort találtak az év folyamán, ami közel 18%-os növekedést mutat az előző évhez képest. Az INDIT Közalapítvány felügyelete alatt levő automata által kiadott fecskendők száma 67,6%-os növekedést mutatott, a Pándy Kálmán kórház automatájából vásárolt fecskendők száma pedig megduplázódott.

⁷⁹ A fejezet szerzője: Daróczy Zita, Tarján Anna.

⁸⁰ Injektor: tű+fecskendő.

Mobil tűcserét a két budapesti szolgáltató mellett a debreceni EFOTT fesztivál miatt a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet debreceni bázisa is biztosított. A kiosztott injektorok száma (16 885 db) a 2006-os adatokhoz képest szinte semmit nem változott, a becserélési arány azonban majdnem 100%-os volt. A kiosztott fecskendők számában tapasztalható stagnálás valószínűleg annak tudható be, hogy az egyik szolgáltató által használt mobil busz kikerült a forgalomból, így a 2007. évi adatok szinte egészét a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront programja jelentette.

A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok száma tovább nőtt, 9-re (Budapesten 3, vidéken 6 program), a gyulai Pándy Kálmán Kórház és a Független Egyesület programjainak kettéválása miatt. 2007-től ez utóbbi folytatja az utcai megkereső programot Gyulán. A programok keretében tavaly 17 687 db injektor került kiosztásra, amely 2003 óta a legalacsonyabb szám. A becserélési arány ugyan valamelyest emelkedett 2006-hoz képest (66,6%-ra), de 2004 óta lassuló ütemben, folyamatosan csökkent az utcai programon belül a kliensek által az utcai programok munkatársaihoz vitt fecskendők száma. Ennek lehetséges oka, hogy a kábítószer-fogyasztók a használt tűket továbbra is inkább beviszik az állandó telephelyekre, vagy a mobil állomásokon adják le. A becserélési arány 11%-os javulásához hozzájárult a közterületeken összegyűjtött használt fecskendők számának 37%-os emelkedése is.

Túcsereprogramok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003-2007

	Fix telephelyű	Mobil túcsere	Utcai megkereső	Túautomata	Összesen
2003					
osztott	19 600	682	28 970	2415	51 667
hozott (+gyűjtött)	7984	695	15 081	5	23 764
becserélési arány	40,7%	101,9%	53,1%	0,2%	46,5%
kliensek száma	490	37	424	-	951
kontaktok száma	2321	912	426	-	3659
2004					
osztott	30 649	2870	38 742	7510	79 771
hozott (+gyűjtött)	18 739	2370	21 384	65	42 558
becserélési arány	61,1%	82,6%	55,2%	0,8%	53,4%
kliensek száma	561	82	471	-	1114
kontaktok száma	3665	1590	1007	-	6262
2005					
osztott	58 804	5500	20 823	20 263	105 390
hozott (+gyűjtött)	32 941	3722	15 343	496	52 502
becserélési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	-	959
kontaktok száma	5172	2148	1380	-	8700
2006 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
2007 osztott	151 960	16 885	17 687	27 242	213 774
hozott (+gyűjtött)	75 498	16 848	11 787	1180	105 313
becserélési arány	49,7%	99,8%	66,6%	4,3%	49,3%
kliensek száma	1333	145	541	-	2019
kontaktok száma	14 570	3158	10 239	-	27 967

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

2007-ben az összes kiosztott injektorok száma az előző évhez képest 30%-kal növekedett, a becserélési arány pedig, követve a 2003 óta kialakulni látszó lépcsőzetes trendet, ismét csökkent. Túcsere-szolgáltatásban az adatok szerint 2019 kliens részesült, ami már csak 14%-os növekedést jelent 2006-hoz viszonyítva. A másodlagos túcserére utaló, 2006-ban az adatgyűjtés kezdete (2003) óta először csökkenő egy főre jutó injektorok száma 2007-ben azonban ismét emelkedett, 106 injektor/fő-re. Ennek egyik oka lehet a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány állandó telephelyű programja kliensszámának két és félszeresére történő ugrása, ami

a kiosztott fecskendők számát is megemelte. Összességében a kliensekkel való találkozások (kontaktok) száma 27 967 volt, ami szintén több mint 2,5-szeres növekedést jelent. Ezen találkozások alkalmával kiosztott steril fecskendők is okozhatták az egy főre jutó injektorok számának növekedését.

TANÁCSADÁS, TESZTELÉS

A 2007. október 15. és december 31. között az Országos Epidemiológiai Központ által szervezett HIV/HBV/HCV kampányszűrés⁸¹ során mintát adó 567 intravénás kábítószer-fogyasztóval közölték a vizsgálati eredményeket a 15 résztvevő drogambulancia, illetve szervezet dolgozóival. Pozitív vizsgálati eredmény esetén megfelelő információval látták el a HBV, HCV fertőzött személyeket, mit tehetnek a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében, és hova fordulhatnak további orvosi gondozásba vétel céljából.

Az Országos Epidemiológiai Központ az AIDS Világnap alkalmából felhívó plakátokat és a betegségről szóló tájékoztató füzeteket készített, amelyet a HIV/AIDS tanácsadókon kívül a 2007-es HIV/HCV/HBV kampány szűrővizsgálaton résztvevő 15 drogambulancia számára is biztosított.

Az AIDS Világnap alkalmából elsősorban a középiskolások körében előadások, konzultációk szervezésére került sor. A programokon civil szervezetek is részt vettek különféle szóróanyagokkal, vetélkedőkkel. Több megyében készült az AIDS megelőzés érdekében kiadvány a Világnap alkalmából, de az év további szakaszában is felhasználható formában, melyet el lehetett juttatni a helyi középiskolákba, orvosi rendelőkbe.

Két napos HIV/ AIDS Counselling tanfolyamra került sor 2007 szeptemberében, amelyen 26 bőr-és nemibeteg gondozó intézetben dolgozó munkatárs vett részt. A speciális továbbképzés célja naprakész elméleti ismeretek nyújtása és gyakorlati oktatás volt, szituációs tréning keretében. A tréning elsődleges célja annak elősegítése volt, hogy az orvosok kötetlenül tudjanak kényes kérdésekről beszélgetni azokkal, akiknél egy esetleges HIV-fertőzés áll fent.⁸²

2007 októberében létrejött egy internetes oldal, ahol a Hepatitis vírus okozta betegségekről, a megfertőződés veszélyeiről, illetve a kezelésről lehet információt szerezni. Az oldalon keresztül szakértő orvos véleményét, tanácsát is ki lehet kérni, anonim módon.

A kezdőoldalon egy tesztet lehet kitölteni, amely a megfertőződés módjaival, illetve a májgyulladás tüneteivel kapcsolatban tesz fel kérdéseket. Ezután az oldal kiértékeli az eredményt, és jelzi, ha a kérdőívet kitöltőnek

⁸¹ A 2007-es vizsgálat eredményeit lásd: 6.2 fejezet.

⁸² Az Egészségügyi Minisztérium beszámolója alapján.

további konzultációra van szüksége. A megfertőződés rizikófaktorai között a problémás kábítószer-fogyasztás (intravénás szerhasználat, kokainszipantás) is feltüntetésre került. 2007 végén (november végétől december végéig) 8763 személy töltötte ki a kérdőívet, amelyek közül 586 fő jelölte be a kábítószer-fogyasztást, mint rá jellemző kategóriát.⁸³

2007-ben a bv. intézetekben egy kereskedelmi cég és egy civil szervezet közreműködésével végzett HCV kampány szűrővizsgálatok egy előzetes félérás felvilágosító előadással kezdődtek. Az előadás után a fogvatartottak önkéntes módon vehették igénybe a szűrővizsgálatot (részleteket és szűrési eredményeket lásd: 6.2 fejezet).

A 61 kiszűrt fogvatartott közül a terápiás kritériumoknak megfelelő, önként vállalkozó betegek korszerű, gyógyszeres kezelése megkezdődött a területi hepatológiai centrumoknál, a többieket gondozásba vették.

4.2 A pszichiátriai komorbiditás kezelése

A 2007-ben végzett komorbiditás kutatás (Gerevich 2007) (lásd: 6.3 fejezet) kimutatta, hogy a válaszadók 55%-a tartja fontosnak, hogy segítséget, tanácsot kapjon érzelmi, pszichológiai problémáira; 40%-uk meglehetősen vagy nagymértékben érzi ezt fontosnak.

Érzelmi vagy pszichológiai problémák miatt ambuláns kezelésben a megkérdezett páciensek kb. kétharmada részesült már. (A kezeléseket alatt nem a látogatások számát, hanem a kezelési periódusokat kell érteni.) A kezelésen résztvevők fele 1-2 alkalommal, egynegyedük 3-5 alkalommal, míg további egynegyedük ennél többször fordult segítségért valamilyen ambuláns ellátó intézményhez. Szintén érzelmi vagy pszichológiai problémái kapcsán a páciensek 38%-a már kórházi ellátásban is részesült, 61%-uk 1-2 alkalommal vett igénybe kórházi kezelést, míg 16%-uk 5 alkalomnál többször.

⁸³ Duplikációkat tartalmazhat.

4.3 Más egészségügyi vonatkozások és következmények kezelése

KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ KÖZÚTI BALESETEK MEGELŐZÉSE

Magyarország 2007-ben is részt vett a TISPOL nemzetközi közúti ellenőrző akciójában, amely kampány célja az ittas és bódult állapotban történő járművezetés visszaszorítása. Az ellenőrzés júniusban 3 napig, decemberben 2 napig tartott, napi 8 órán keresztül, és az ország egész területére kiterjedt. Az előző év eredményeivel megegyezően, a kábítószer-fogyasztásra utaló anyagok jelenlétét kimutató vizeletminta előszűrő vizsgálat (gyorsteszt) júniusban 3 esetben mutatott pozitív eredményt, míg decemberben az 1798 vizsgálat közül mindegyik negatív lett.

KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓ VÁRANDÓS ANYÁKAT ÉS GYERMEKEIKET ÉRINTŐ BEAVATKOZÁSOK

A 2006-ban megalakult Józan Babák informális önszervező csoport létrehozta saját honlapját, ahol a klub eseményeiről, illetve a kábítószer fogyasztó/fogyasztott várandósok ellátásával kapcsolatos fejleményekről, eseményekről nyújt rendszeres tájékoztatást. Az internetes portálon 1200 fő vette fel a kapcsolatot a csoporttal, ebből mintegy 800 fő volt szakember (védőnők, szociális területen dolgozók, jogászok és orvosok).

A csoportot saját, személyes problémával 30 esetben keresték meg. A 30 nő többsége legfeljebb két hete értesült várandósságáról és a fogantatáskor, vagy azt követően kábítószerrel fogyasztott. A csoport az őket felkeresőknek szakmai tanácsot nem adott, kérés esetén hozzájárult a szakmai segítség eléréséhez – együttműködve egészségügyi, szociális és jogi szolgáltatókkal –, felajánlva a segítséget kérőnek a folyamatos kapcsolattartás lehetőségét.

A Józan Babák csoport a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (MEJOK) ügyfélszolgálatán is megtalálható. Az utóbbi szervezet a kábítószerrel fogyasztó/fogyasztott várandósok számára nyújt speciális jogi és szociális szolgáltatásokat – addiktológiai konzultáció, családi konzultáció, közterületi megkereső munka, közösségi programok, életvitelt támogató szolgáltatások – 2006-tól jogsegélyszolgálatán, illetve 2007-től szenvedélybetegek alacsony küszöbű ellátása szociális alapszolgáltatásán belül. A szolgáltatások fontosságát az ügyfélszolgálat eddigi tapasztalatai is alátámasztják. 2007 végéig 15 már gyermeket szült, valaha vagy aktuálisan is kábítószerrel fogyasztó nő vállalta, hogy beszél várandósságáról. Szerfogyasztásuk egészségügyi dolgozók előtt való elhallgatásának egyik oka

a jogi ismeretek hiánya, bizonytalansága volt az egészségügyi dolgozók titoktartására, illetve a magzati élet védelmére vonatkozóan. Tapasztalataik szerint a szociális és egészségügyi szolgáltatások területén hiányzik a megfelelő tájékoztatás és ismeretterjesztés, illetve a szakemberek képzése a kábítószer-fogyasztó várandós nők ellátásával kapcsolatban.

2007-ben a MEJOK speciális szolgáltatásaihoz szakmai együttműködési megállapodáson keresztül kapcsolódott az Országos Addiktológiai Intézet Liget utcai TÁMASZ rendelője, amely intézmény munkatársai a MEJOK ügyfélszolgálatán kihelyezett pszichiátriai, gyermekpszichiátriai és addiktológiai rendelést tartanak.

Következtetések

Bár a túcseriprogramok adatai szerint az egy főre jutó injektorok száma ismét emelkedett, emelkedést tapasztalunk a kliensszámban és a kontaktszámban is. Az utóbbi két változó emelkedésének zömét az állandó települési programok adataiban találjuk.

5. A drogfogyasztás szövődményei – szociális vonatkozások és következmények⁸⁴

Háttér, előzmények

Magyarországon a 2007-es évben három olyan kutatás folyt, amely adalékokkal szolgál az alábbi fejezet egyes pontjaihoz. Nevezett kutatások egyfelől a fővárosi hajléktalan populáció drogérintettségét (Paksi et al. 2008), a kezelésben lévő drogfüggők pszichiátriai és addiktológiai komorbiditásának prevalenciáját, egyúttal az addiktív és pszichiátriai tünetekkel összefüggést mutató socio-demográfiai, pszichoszociális változókat (Gerevich 2007), valamint a droghasználók társadalmi megítélését és kirekesztettségét (Busa et al. 2008) vizsgálták. Ezekon kívül az Addiktológiai Kutató Intézet végzett egy összehasonlító elemzést (Hajdu 2008) a „Veszélykereső és veszélyeztetett fiatalok pszichoszociális problémái és támogatási szükségletei”⁸⁵, valamint a „Drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása”⁸⁶ című kutatások összevetésével.

E kutatásokon kívül a fejezet háttérét, a kezelést igénylő és a kezelő-ellátó

⁸⁴ A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Gerevich József, Hajdu Gábor, Kun Gábor, Ritter Ildikó, Tarján Anna.

⁸⁵ Támogató: NKTH 2005–2008, témavezető: Dr. Gerevich József.

⁸⁶ Támogató: SzMM, kutatásvezető: Dr. Gerevich József.

rendszerben, illetve az elterelés rendszerében megjelenő, azt igénybe vevő kliensekről rendszeres és egységesített adatok biztosítják (TDI).

5.1 Társadalmi kirekesztettség

A TDI-adatbázisból származó szocio-demográfiai adatok

Jelen fejezetben a drogfogyasztók szociális kirekesztettsége mértékének változásai elsősorban a TDI-adatbázis alapján kerülnek bemutatásra. A TDI-adatbázis jelenlegi feldolgozottság mellett 90%-osnak tekinthető, így az alábbiakban megfogalmazott, TDI-adatbázison alapuló megállapításokat nem tekinthetjük véglegesnek⁸⁷. Az így kapott eredmények, amennyiben módszertanilag lehetséges, kiegyezésre, összehasonlításra kerülnek a fent nevezett kutatások eredményeivel.

2007-ben 1185⁸⁸ kliens TDI-adatait jelentették⁸⁹ a szolgáltatók az OAI-nek (a kezeltek jellemzőinek bővebb ismertetését lásd a 4.2. fejezetben). A mintában szereplők átlagéletkora 28,7 év (2006-ban 28,5 év) volt.

Az adatbázisban a nemek aránya gyakorlatilag nem változott. 2007-ben is túlnyomórészt férfiak szerepeltek, arányuk 78,6% (929 fő), míg a nők aránya 21,4% (253 fő)⁹⁰ volt.⁹¹ Szerhasználat tekintetében elmondható, hogy elsődleges szerként legnagyobb arányban változatlanul a kannabisz-származékok fogyasztása volt a jellemző (36,1%), melyet az opiátok (kimagaslóan a heroin) követett (28,8%). Elsődleges szerként a minta 11,5%-a használt altatókat és nyugtatókat. 2007-ben mind a stimulánsok, mind a visszaélészerű gyógyszerhasználat átlépte a 10%-os határt. A kokain (összes) 3%-os, a stimulánsok (összes) 13,9%-os, a hallucinogének (összes) 0,9%-os, az inhalánsok 2,2%-os, az egyéb anyagok (összes) 4,6%-os arányban szerepeltek elsődleges szerként a mintában⁹².

⁸⁷ Az adatbázis további jellemzőit lásd a 4.2 fejezetben.

⁸⁸ 2006-ban összesen 1472 fő adatait jelentették.

⁸⁹ Az elterelés kapcsán kezelésbe kerültek adatait nem tartalmazza.

⁹⁰ A kiegészítő 3 fő esetében nem került rögzítésre a neme.

⁹¹ A nemek közötti eltérés olyan nagyarányú, hogy azt a hiányzó adatok sem egyenlíthetik ki. Jelen esetben a 2006. és 2007. év összehasonlíthatóságára is érvényes ez a megállapítás.

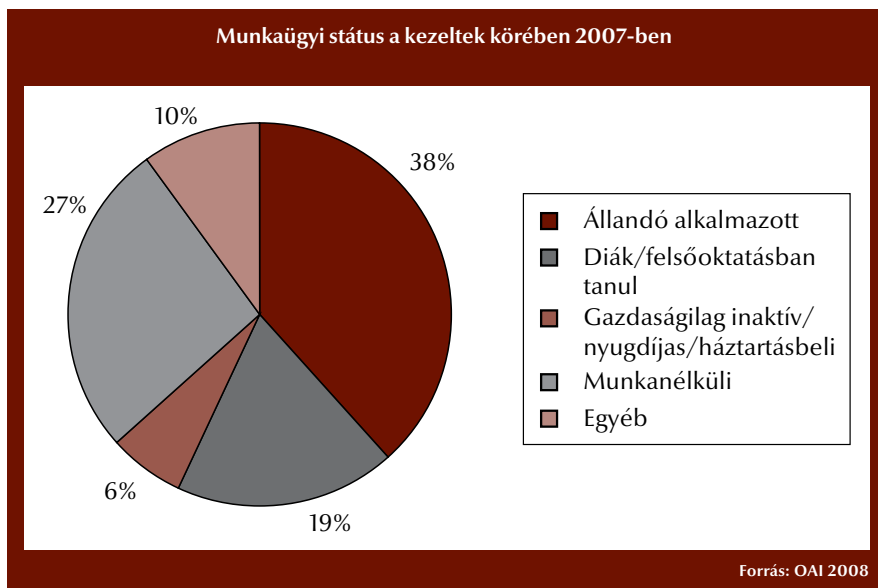
⁹² A kokain összes csoportba: kokain, crack, egyéb származékok; a stimulánsok összes csoportba: amfetaminok, MDMA és származékai, egyéb stimulánsok; a hallucinogének összes csoportba: LSD és egyéb származékok tartoznak.

MUNKANÉLKÜLISÉG

A TDI-adatok alapján a kezelésbe kerültek 38,4%-a (441 fő) állt állandó munkaviszonyban.⁹³ 2006-ban ez az arány 30,1% (422 fő) volt. Az elmozdulás okát pontosan nem tudjuk. A mintában a munkanélküliek aránya 26,7%. A foglalkoztatottak és a munkanélküliek 2006-ban közel azonos arányban szerepeltek a mintában, azonban 2007-ben 11,7%-os eltérés mutatkozik az állandó alkalmazottak javára.

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2006. I–IV. negyedév adatai alapján a munkanélküliségi ráta 7,5% volt (KSH 2007). Ugyanebben az időszakban a munkavállalási korúak (15–60 éves nők és 15–61 éves férfiak) körében a munkanélküliségi ráta szintén 7,5%. Ugyanezen adatokat 2007-re megvizsgálva az látható, hogy az I–IV. negyedévben a munkanélküliségi ráta 7,4%, a munkavállalási korúak körében tapasztalt munkanélküliségi ráta pedig 7,5% volt (KSH 2008).

A TDI 2007. évre vonatkozó adatbázisában szereplő populáción belül – a korábbi évhez viszonyított kedvező irányú elmozdulás mellett is – látható, hogy a munkanélküliségi ráta három és félszerese volt az országosénak.⁹⁴



⁹³ 1185 főből 38 esetben nem ismert a munkaügyi státusz.

⁹⁴ A 2007. évi TDI-adatbázisban mindössze 3 fő fiatalabb 15 évesnél, mely az összehasonlíthatóságot számottevően nem befolyásolja.

Foglalkoztatási státus szerinti besorolás alapján a *Drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása*⁹⁵ című kutatás (Gerevich 2007) három kategóriát nevesített, úgymint: iskolába jár (21%), dolgozik (beleértve a feketemunkát is) (44%), egyéb (munkanélküli, jelenleg nem folytat iskolai tanulmányokat – 35%).

A munkanélküliek aránya 31 év felett volt a legmagasabb, 30–34 év között 40%, 35 év felett 52%. Azok, akik a kérdezés időpontjában rendelkeztek munkaviszonnyal, átlagosan heti 24,6 órát dolgoztak. Az átlagosan ledolgozott heti óraszám tekintetében a nemek között nem volt szignifikáns különbség. Ezzel szemben az életkor már meghatározóan hatott a munkával töltött heti átlag óraszámra. Minél idősebb volt valaki, egészen a 25–29 éves korcsoportig, annál többet dolgozott. Ez az említett korcsoportban 37,7 óra. 30 év felett valamelyest visszaesett az óraszám (36,3), majd 35 év felett a megkérdezettek már közel 6 órával dolgoztak kevesebbet hetente (31,9 óra).

ISKOLÁBÓL VALÓ KIMARADÁS

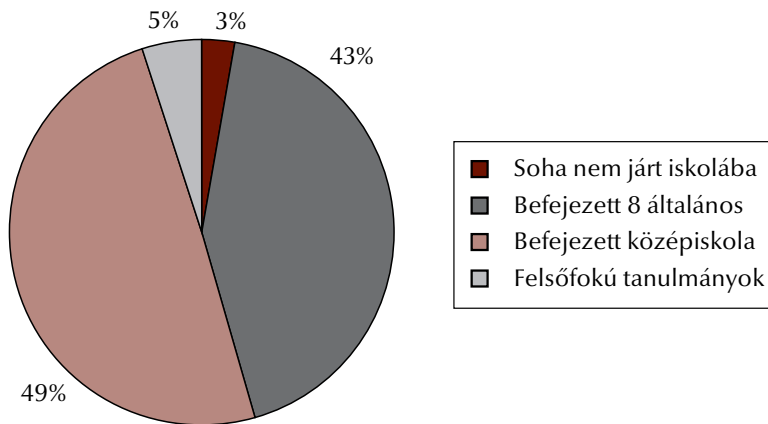
A TDI-adatok alapján a kezelték 42,7%-nak a legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú iskolai végzettség, 2,7% soha nem járt iskolába, illetve nem fejezte be a 8 általánost. Felsőfokú tanulmányait 5% (57 fő), középiskolai tanulmányait 49,6% (559 fő) fejezte be.⁹⁶ A válaszoló szerhasználók 18,5%-a (213 fő) tanuló/hallgató volt a kérdőív felvételének idején.⁹⁷ A 2006-os és a 2007-es év adatai közelítenek egymáshoz.

⁹⁵ A módszertani különbségekből adódóan a kutatás eredményei nem, vagy csak részben hasonlíthatók össze a TDI-adatbázis eredményeivel.

⁹⁶ 1185 főből 57 esetben nem ismert az iskolai végzettség, így 1128 fő lett a százalékok alapjául véve.

⁹⁷ A tanulói, hallgatói viszony a munkaügyi státusra vonatkozó kérdés keretében került megjelölésre, ahol 1185 főből 35 esetében nem ismert a munkaügyi státus, így 1150 fő lett a százalék alapjául véve.

Befejezett iskolai végzettség a kezeltek körében 2007-ben



Forrás: OAI 2008

A komorbiditás kutatás során vizsgált minta 21%-a járt iskolába az adatfelvétel időpontjában. Az iskolába járók egyharmada 19 év alatti, 43%-uk pedig a 20–24 év közötti korosztályból került ki. A megkérdezettek 42%-a ismételt osztályt a tanulmányai során. Sem az életkor, sem a nemek tekintetében nem állt fenn szignifikáns kapcsolat az osztályismétléssel. A kutatás az iskolai végzettséget a befejezett iskolai évek számával mérte. A 197 fős minta átlag 11,7 iskolai évet fejezett be. 13% 8 általánost, 35,5% 9–11 évet, egyötödük pedig 12 évet fejezett be. A minta egyharmada 13 vagy annál több befejezett iskolai évvel rendelkezett.

A válaszadók 36%-a nyilatkozott úgy, hogy viselkedési problémák miatt átmenetileg szándékoztak abbahagyni tanulmányaikat, 28%-uk pedig véglegesen szeretne volna megszakítani tanulmányait. Az osztályismétlés nagymértékű hatást gyakorolt a tanulmányok felfüggesztésére vagy végleges abbahagyására. Az osztályismétlők több mint 20 százalékponttal nagyobb arányban fogalmazták meg ezen szándékukat, szemben az osztályt nem ismétlőkkel. A mintában szereplők 64%-a tanulmányai utolsó évében átlagos eredményt ért el, 20%-uk átlag alatt teljesített, 15%-uk pedig átlag felett. A tanulmányaik felfüggesztését vagy végleges abbahagyását szándékozók között nagyobb arányban voltak az átlag alatt teljesítők, mint az átlagos vagy átlag feletti teljesítménnyel rendelkezők. A kutatás a jelenlegi vagy az utolsó iskolai évre vonatkozóan megvizsgálta az iskolai problémák gyakoriságát is 14 iskolai probléma mentén.

Az egyes iskolai problémák előfordulási gyakorisága (%)

Probléma	%	Probléma	%
Bukás az iskolában	33	Az iskola vezetése által történő fegyelmezés, elküldés	41
Rendszeres iskolakerülés	53	Olvasási nehézségek	14
Untat az iskola	64	A betegség felhasználása az iskolából való hiányzásra	56
Az órák túl nehezek	21	Túlzott korlátozás érzése az iskolában	31
Nem vagyok motivált a jó teljesítményben	55	Óra alatti bomlasztó viselkedés	51
Az iskolát nem élvezem	56	Házi feladat elmulasztása	76
Problémák a tanárokkal	45	Speciális órák látogatása	28

Forrás: Gerevich 2007

Egy személynél átlagosan 6,24 probléma jelentkezett. Mindössze csupán a minta 6%-ánál nem fordult elő semmilyen probléma tanulmányai során. Maximum 5 probléma jelentkezett a megkérdezettek 40%-ánál, ugyanakkor a válaszadók 15%-a 10, vagy annál is több iskolai problémát jelölt meg. A legtöbben a „Házi feladat elmulasztása” és az „Untat az iskola” problémákat jelölték meg (76%, ill. 64%). Ezzel együtt a válaszadók több mint 50%-a az utolsó vagy aktuális tanévben rendszeresen kerülte az iskolát, betegséget használt fel az iskolából való hiányzásra, alulmotivált volt, nem élvezte az iskolát, vagy az óra alatt bomlasztó magatartást folytatott. Minél kevesebb befejezett iskolai évvel rendelkezett valaki, átlagosan annál több problémája volt. Az osztályismétlőknél nagyobb arányban jelentkeztek a problémák (átlagosan 7,84 darab), mint azok között, akik nem ismételték osztályt (átlagosan 4,99 darab). A tanulmányaik felfüggesztését vagy végleges abbahagyását szándékozókra szintén jellemzőbb volt a magasabb átlagos problémaszám.

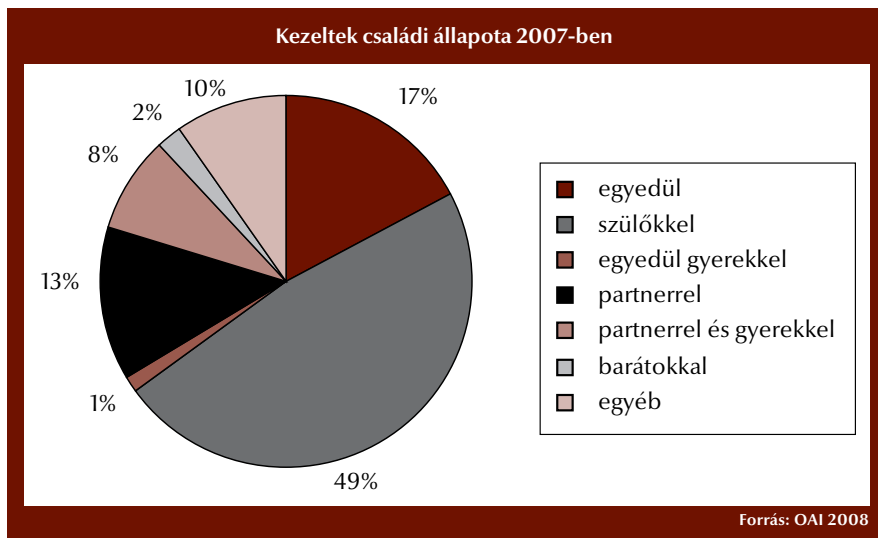
Az átlagos iskolai problémaszám az egyes csoportok esetében

Csoportok	Átlagos problémaszám	N
Osztályismétlők	7,84	81
Osztályt nem ismétlők	4,99	113
Az iskolát ideiglenesen abbahagyni kívánók	7,81	69
Az iskolát ideiglenesen abbahagyni nem kívánók	5,28	125
Az iskolát tartósan abbahagyni kívánók	7,79	54
Az iskolát tartósan abbahagyni nem kívánók	5,56	140

Forrás: Gerevich 2007

CSALÁDI ÉS TÁRSAS KAPCSOLATOK – SZOCIÁLIS TÁMOGATÁS

A TDI-adatok alapján 2007-ben a kezelésben résztvevők 47,8%-a (552 fő) élt a szüleivel⁹⁸. A megkérdezettek átlagéletkora 28,7 év volt. Az egyedül élők aránya 17,4%, a partnerrel kettesben élők aránya 13,3%, a partnerrel és gyerekekkel élők aránya 8,3%, az egyéb kategóriában megjelenők aránya pedig 9,6% volt. A gyerekekkel egyedül élők, valamint a barátokkal élők aránya a mintán belül igen alacsony. Előbbi 1,2%, utóbbi pedig 2,4%.



A kezelésben résztvevők 16%-a említette, hogy a családja részesült már valamilyen segítségben szociális szolgáltatótól.

A komorbiditás kutatás a válaszadók társas kapcsolataira is rákérdezt. A drogfüggők egytizede egyáltalán nem tudhat magáénak ismerősei körében közeli barátot. 72%-uk 1 és 5 közötti közeli barátal rendelkezik, 18%-uk pedig 5-nél is többel. Jellemző, hogy a válaszadók 75%-ának a legjobb öt barátja közül legalább egy alkohol- vagy kábítószer-problémából eredően kapcsolatba került már a rendőrséggel, 12% esetében pedig már mind az öt barát.

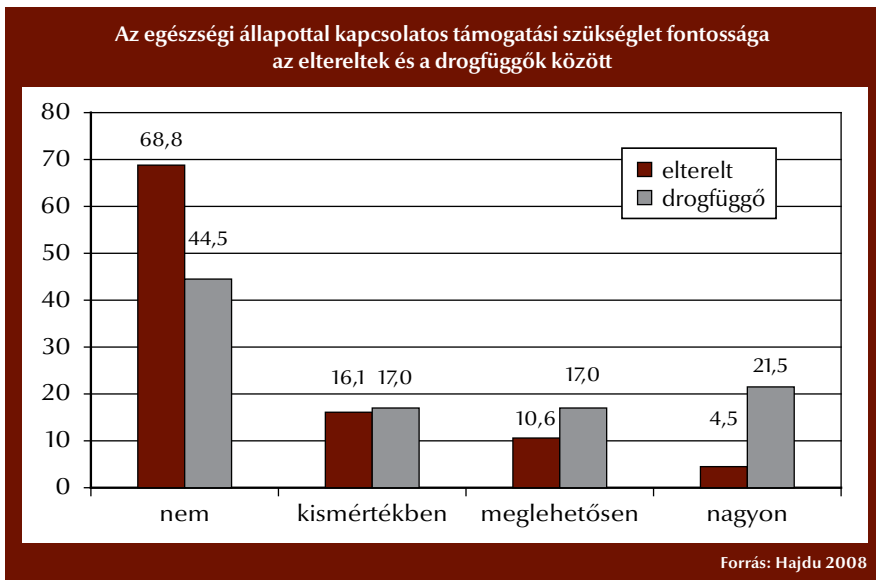
A partnerkapcsolatra jellemző, hogy a vizsgált minta ötödének nem volt az elmúlt 3 hónapban partnerkapcsolata. 58% válaszolt úgy, hogy egy kapcsolata volt. A nők inkább rendelkeztek partnerkapcsolattal, mint a férfiak.

A szociális háló fontosságát mind az eltereltek, mind a függő kábító-

⁹⁸ 1185 fő közül 29 élethelyzetét nem ismerjük.

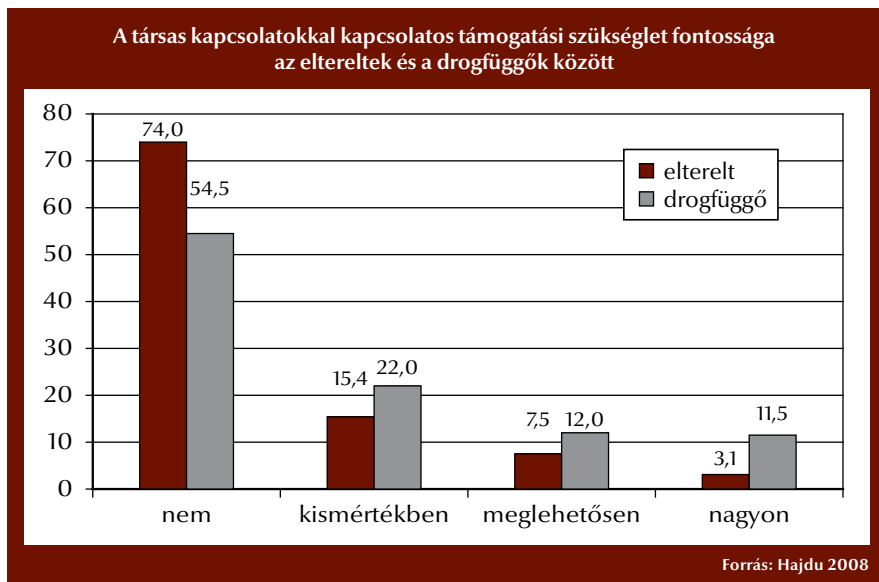
szer-fogyasztók körében a következő kutatás adatai is alátámasztják. Az *Eltereltek és drogfüggők támogatási szükséglete* című összehasonlító elemzés⁹⁹ (Hajdu 2008) keretében az alábbi eredmények születtek.

Egészségi problémák területén a kutatás eredményei azt mutatták, hogy a kábítószerfüggőknek szignifikánsan nagyobb a támogatási szükséglete, mint az elterelésben résztvevőknek, akiknek több mint 65%-a vélte úgy, hogy nem fontos az egészségi állapottal kapcsolatos támogatás.



A társas kapcsolatok változóját tekintve megfigyelhető, hogy az eltereltek 74%-a nem igényelt segítséget, és inkább elégedett társas kapcsolataival, szemben a függőkkel, akiknek majdnem a fele állította, hogy szerintük fontos ennek a területnek a támogatása. Ettől függetlenül mindkét csoportban több mint 40%-ra tehető azok aránya, akik „meglehetősen” elégedettek voltak társas kapcsolataikkal.

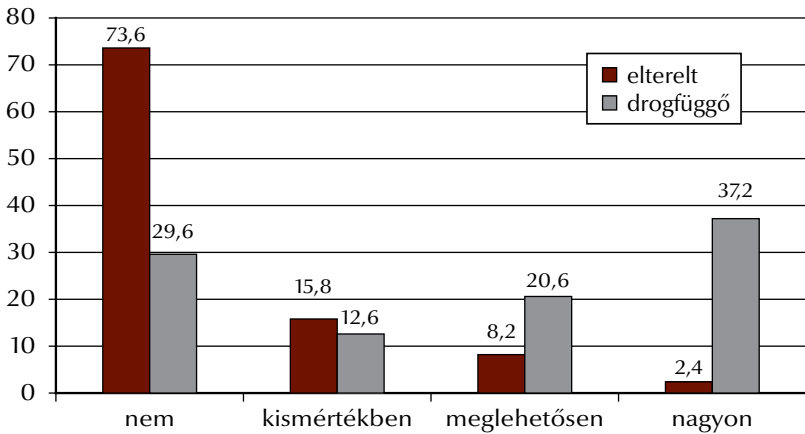
⁹⁹ Az elemzés egyrészt a már említett (Gerevich, 2007) kutatás populációját, másrésztől pedig a *Veszélykereső és veszélyeztetett fiatalok pszichoszociális problémái és támogatási szükségletei* című, szintén Gerevich József és munkatársai által végzett kutatásban résztvevőket (293 fő elterelésben – drogambulancián elterelésben és megelőző-felvilágosító szolgáltatás keretében megvalósuló elterelésben – résztvevő kábítószer-fogyasztó) hasonlította össze. Az összehasonlító elemzést az EuroADAD teszt nyolc változója (egészségi állapot, iskola, társas kapcsolatok, család, pszichológiai állapot, jogi helyzet, alkoholfogyasztás és drogfogyasztás) mentén végezték. Jelen fejezetben a teljesség igénye nélkül csak néhány kerül kiemelésre a változók közül.



A családi problémákkal kapcsolatos támogatási szükséglet a két csoportban nagyjából azonosan alakult. Mindkét csoport többsége (76% az eltereltek körében és 58% a függőknél) a „nem fontos” kategóriát jelölte meg, ugyanakkor a függők közül, az eltereltekhez képest, több mint négyszer többen jelezték, hogy szerintük nagyon fontos a támogatás ezen a téren is (3%, ill. 14%). Ezeket a számokat alátámasztja az is, hogy családi konfliktusokkal kapcsolatban az eltereltek kisebb mértékű problémákról számoltak be, mint a függők.

Az eltereltek és a kábítószerfüggők a drogfogyasztással kapcsolatos támogatási szükséglet szerint különböznek leginkább az összes problématerület közül. Míg az eltereltek háromnegyede egyáltalán nem igényelt segítséget, addig a drogfüggők között ez az arány 30%. Ezzel szemben 37%-uk tartotta nagyon fontosnak, hogy segítséget kapjon. Ez az arány tizenötöszer magasabb, mint az eltereltek körében.

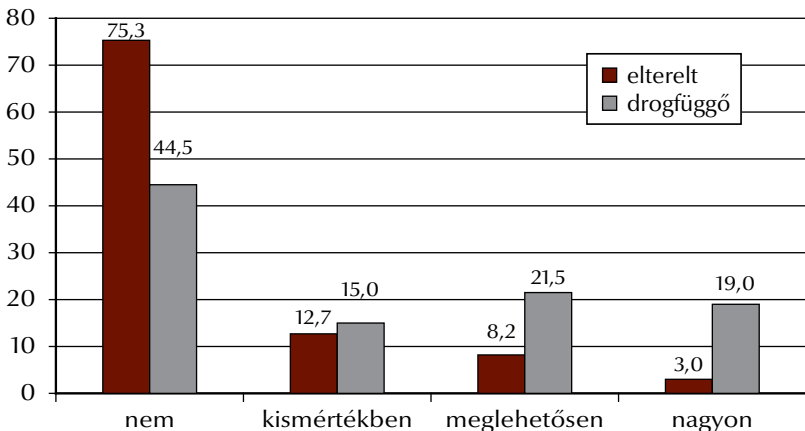
A drogfogyasztással kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az eltereltek és a drogfüggők között



Forrás: Hajdu 2008

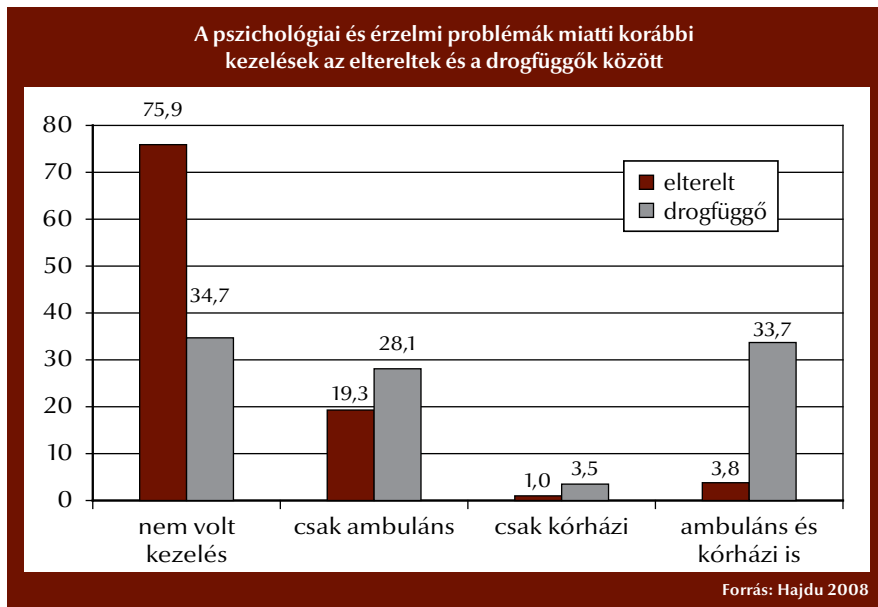
A pszichológiai problémákkal kapcsolatosan a támogatási szükséglet tekintetében nagyon nagy a különbség a két csoport között. Amint az alábbi ábrán is látszik, az eltereltek háromnegyede nem tartotta fontosnak a pszichológiai problémáival kapcsolatos támogatást, míg a függők 40%-a meglehetősen, illetve nagyon fontosnak tartotta azt.

A pszichológiai és érzelmi problémákkal kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az eltereltek és a drogfüggők között

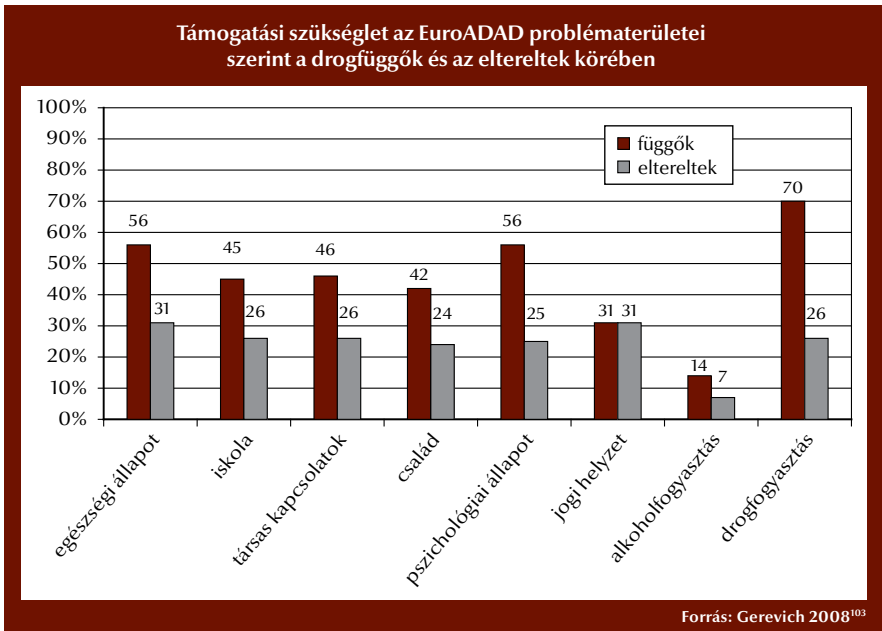


Forrás: Hajdu 2008

A pszichológiai állapotot tekintve az adatok alapján elmondható, hogy míg az eltereltek 75%-a nem részesült kezelésben pszichológiai problémák miatt, addig a drogfüggők 33%-a már részesült mind ambuláns, mind kórházi kezelésben ilyen típusú problémával. Csak ambuláns kezelésben is nagy arányban vett részt mindkét csoport, az eltereltek majdnem 20%-a, a függők több mint 25%-a.



Egyedül a jogi problémákhoz kapcsolódó támogatási szükséglet az, ahol a két csoport szerinti fontosság megegyezett. A segítséget kis mértékben ítélték fontosnak az eltereltek, míg a nagyon fontosnak ítézők csoportjában a függők voltak többségben. Ennek a tanulmány készítői szerint az az oka, hogy a megkérdezetteknek az elmúlt 30 napban nem volt jogi problémája.



PROSTITÚCIÓ

A prostitúció és a szerhasználat összefüggésére vonatkozóan csak a már fent említett komorbiditás kutatásból rendelkezünk adatokkal.

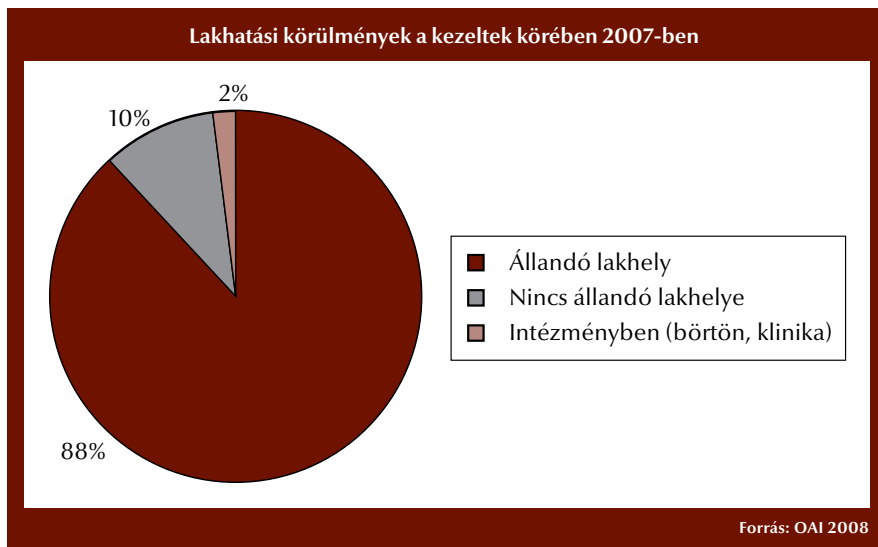
A kutatás során megkérdezettek 92%-a élt szexuális életet. A minta 89%-a saját bevallása szerint élete során egyszer sem létesített szexuális kapcsolatot pénzért, alkoholért, vagy kábítószerért. A nők 27%-a, míg a férfiak 6%-a létesített már szexuális kapcsolatot pénzért, alkoholért vagy kábítószerért. A nők 16%-a gyakran választja ezt a pénzkereseti, illetve drogbeszerzési módot, szemben a férfiak 1%-ával.

HAJLÉKTALANSÁG

A TDI-kérdőív a lakhatási körülményekre („Jelenleg hol él?”) vonatkozó adatai tekintetében nem következett be érdemi változás az előző évi adatokhoz viszonyítva. Az adatbázisban szereplők 88,2%-a rendelkezett állandó lakhellyel, 1,8%-uk intézményben élt, 10%-uk pedig nem rendelkezett állandó lakhellyel a kérdőív felvételének pillanatában.¹⁰¹

¹⁰⁰ Elhangzott „A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása” c. konferencián (2008. május 9.), Gerevich József azonos című előadásának részeként.

¹⁰¹ 1185 esetből 30-nál nem ismerjük a lakhatási körülményeket. 2006-ban a minta lakhatási



Drogfogyasztó hajléktalanok jellemzői

Azok a hajléktalanok, akik életük során használtak már valamilyen drogot¹⁰², 37%-ban nyilatkoztak úgy, hogy az életük során volt már olyan időszakuk, amikor a drogfogyasztás következtében fizikai és/vagy lelki problémáik adódtak, illetve személyes és/vagy intézményes kapcsolataikban kézzelfoghatóvá váltak a szerhasználat káros hatásai (ez az arány az ellátásban részesülő hajléktalanokra vetítve 6%) (Paksi et al. 2008). Jellemzően a problémás esetek több mint felében kettő vagy annál több életdimenzióra is hatással volt a drogfogyasztás.

A legnagyobb gyakorisággal a családi (a drogfogyasztó hajléktalanok 25,5%-nál), illetve a lelki eredetű (a drogfogyasztó hajléktalanok 22,2%-nál) problémák fordultak elő. Az általános népességhez tartozó drogfogyasztókhöz viszonyítva a hajléktalan droghasználók esetében a családi probléma kétszer olyan gyakran jelent meg. Ezzel szemben az egyéb kapcsolatokban megjelenő problémák az ellátásban részesülő drogfogyasztó hajléktalanok körében kevésbé jellemzőek.

A legkevésbé az iskolai, munkahelyi viszonyokra hat negatívan a szerhasználat a hajléktalan droghasználók esetében, az általános népességben tapasztalt arányokhoz képest is kisebb arányban fordultak elő ezeken a

körülmények tekintetében a 2007-es arányokkal megegyező arányokat mutatta. Feltételezhetjük, hogy teljes körű adatszolgáltatás esetén is a megengedett hibahatáron belül maradna az eltérés a két év adatai között.

¹⁰² A kutatás módszertanát és a prevalencia értékeit lásd a 2. fejezetben.

területeken problémák. Ennek feltételezett magyarázata, a hajléktalanok társas kapcsolatok terén mutatkozó eleve kedvezőtlen helyzete, illetve hogy körükben sem az iskolai tanulmányok, sem a munkahely nem jelennek meg hangsúlyosan, esetenként egyáltalán nem.

Drogfogyasztással kapcsolatos problémák előfordulása a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok és a budapesti általános népesség körében (a valaha fogyasztók százalékában)

	Budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok	Budapesti 18–64 éves általános népesség
Testi probléma	18,6	9,4
Lelki probléma	22,2	-
Családi probléma	25,5	12,5
Probléma a kapcsolataiban	12,5	15,6
Iskolai/munkahelyi probléma	7,9	12,1
Problémái voltak a rendőrséggel	16,7	6,3

Forrás: Paksi et al. 2008

TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG

A Kirekesztődés és kirekesztés – a droghasználók társadalmi megítélése és kirekesztettsége a kábítószer-fogyasztók és a társadalmi környezet szemszögéből c. kérdőíves kutatás¹⁰³ (Busa et al. 2008) során megkérdezett válaszadók túlnyomórészt férfiak voltak (79,5%), és mindössze ötödük volt nő (20,5%).¹⁰⁴ A megkérdezettek átlagéletkora 26,5 év volt. Korcsoportai megoszlás tekintetében a minta legnépesebb csoportja a 21–25 év közöttieké (30,3%). Őket követik a 31 éves vagy annál idősebbek (26,4%), a 26–30 évesek (23,1%), majd végül a 15–20 év közöttiek (20,3%).¹⁰⁵ Iskolai végzettség szerint a legfeljebb 8 általánossal rendelkezők és a szakmunkásképzőt, szakiskolát végzettek aránya közel azonos (előbbi 28,6%, utóbbi 28,2%). Az érettségivel rendelkezők százalékos aránya a mintán belül 37,9%, a legalacsonyabb a

¹⁰³ A vizsgálat a Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete és az INDIT Közalapítvány szociális vizsgálata, mely a KAB-KT-07-011 számú SzMM pályázat által támogatott kutatási projekt keretében zajlott, drogambulanciák és szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetek kliensei körében. A kutatás anonim, önkitöltős kérdőívre történő válaszadásra épült, és összesen 18 város (Balassagyarmat, Békéscsaba, Budapest, Debrecen, Eger, Gyula, Kaposvár, Kecskemét, Miskolc, Mosonmagyaróvár, Nagykáló, Nagykanizsa, Pécs, Szeged, Székesfehérvár, Szekszárd, Veszprém, Zalaegerszeg) vett részt a vizsgálatban. A 18 városban összesen 1900 kérdőívet küldtek ki a kutatók, kiküldött kérdőívekből 846 érkezett vissza.

¹⁰⁴ 21 válaszadó a kérdőív kitöltése során nem jelölte meg a nemét.

¹⁰⁵ 27 válaszadó a kérdőív kitöltése során nem jelölte meg életkorát.

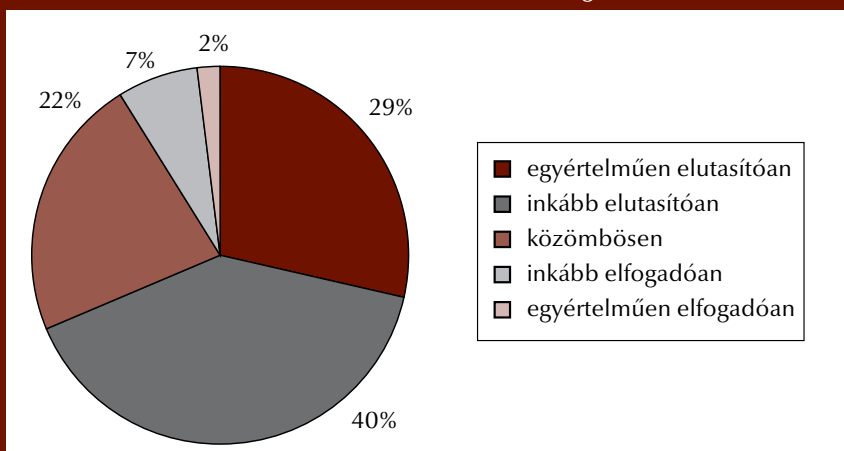
felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya (5,3%).¹⁰⁶ A minta gazdasági aktivitását tekintve közel negyedük tanult, 52,3%-uk dolgozott (beleértve a feketemunkát is). A munkanélküliek aránya 16,8% volt. A minta 7,5%-a egyéb kategóriába tartozik, ami azt jelenti, hogy leginkább dolgoznak és tanulnak egyszerre, vagy rokkantnyugdíjasok.¹⁰⁷

Szerhasználati szokás tekintetében zömében alkalmi szerhasználóként definiálták magukat a válaszadók (30,3%); „csak kipróbálta, de azóta nem fogyaszt”, valamint az „éppen leszokóban van” kategóriákat közel azonos arányban jelölték meg (21,9% és 23,5%). A rendszeresen fogyasztók és az absztinensek szintűgy közel azonos mértékben voltak jelen a vizsgált populációban (11,9% és 12,5%).¹⁰⁸

Kirekesztettség – a szenvedélybetegekhez való viszonyulás

A válaszadók úgy ítélték meg, hogy a magyar társadalom többsége a leszokott drogosokkal kapcsolatban toleránsabb, mint az aktív szerhasználókkal szemben. Aktív szerhasználat vonatkozásában a közvéleményt a kérdezettek 69%-a, a leszokott drogosok tekintetében pedig 36%-a vélte elutasítósnak. Az elfogadó attitűdöt a leszokott drogosok megítélésében a válaszadók 31% tapasztalta/valószínűsítette a társadalom részéről. Ez az arány az aktív szerhasználók esetében mindössze csak 9%.

A „Tapasztalatai szerint, ma Magyarországon az emberek általában hogyan viszonyulnak a kábítószeresekhez?” kérdésre adott válaszok megoszlása (N = 771)



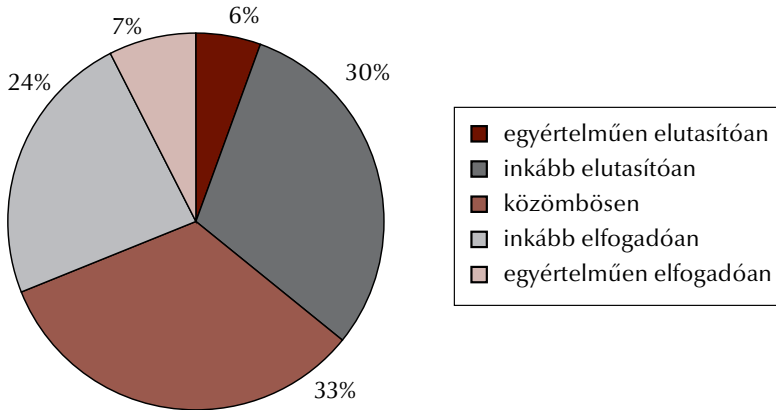
Forrás: Busa et al. 2008

¹⁰⁶ A kutatás során 22 fő nem válaszolt az iskolai végzettségre vonatkozó kérdésre.

¹⁰⁷ Nem válaszolt a kérdésre 30 fő.

¹⁰⁸ Nem válaszolt a kérdésre 11 fő.

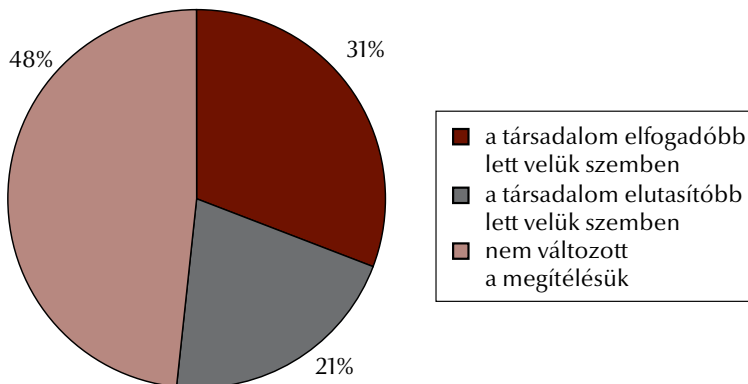
„Mit gondol, az emberek többsége hogyan viszonyul a leszokott drogosokhoz?”
kérdésre adott válaszok megoszlása (N = 718)



Forrás: Busa et al. 2008

Össességében az elmúlt néhány évben a kábítószeresek társadalmi megítélésében a válaszadók 48%-a nem észlelt változást. 31%-ban válaszoltak úgy, hogy a „társadalom elfogadóbb lett velük szemben”, 21%-uk pedig negatívabban látta a jelenlegi társadalmi vélekedést a korábbi évekhez képest¹⁰⁹.

„Ön szerint az elmúlt néhány évben változott-e a kábítószeresek megítélése Magyarországon?” kérdésre adott válaszok megoszlása (N = 691)

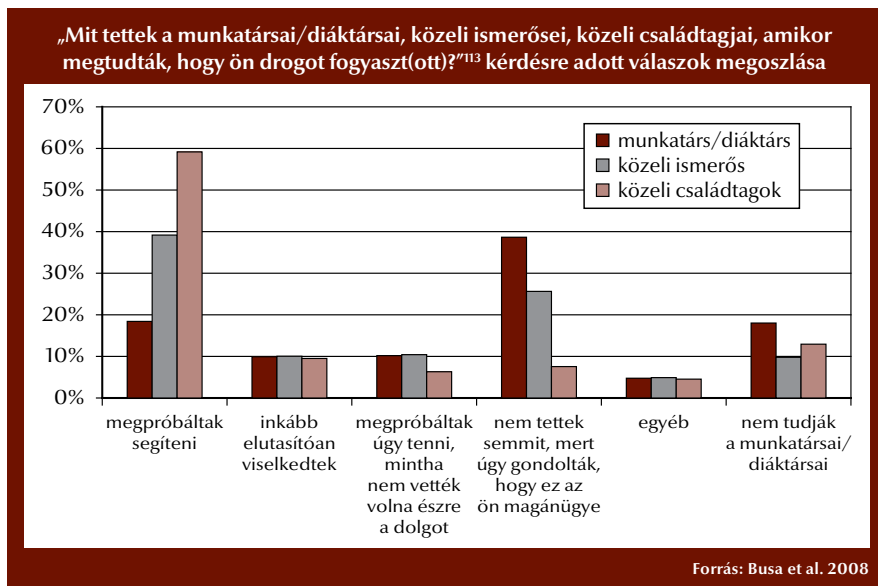


Forrás: Busa et al. 2008

¹⁰⁹ A kérdést a válaszadók számottevő része (155 fő) nem tudta megítélni.

A kutatás eredményei alapján a természetes támaszrendszer, különösen a családi környezet megléte meghatározó a szerhasználat kezelése szempontjából. A droghasználók megítélése szerint a legnagyobb támogatásra a szerhasználók a közeli családtagok részéről számíthatnak. Arra a kérdésre válaszolva, hogy „Mit tettek a közeli családtagjai, amikor megtudták, hogy Ön drogot fogyaszt(ott)?”, a válaszadók 58%-a válaszolta, hogy megpróbálták segíteni.

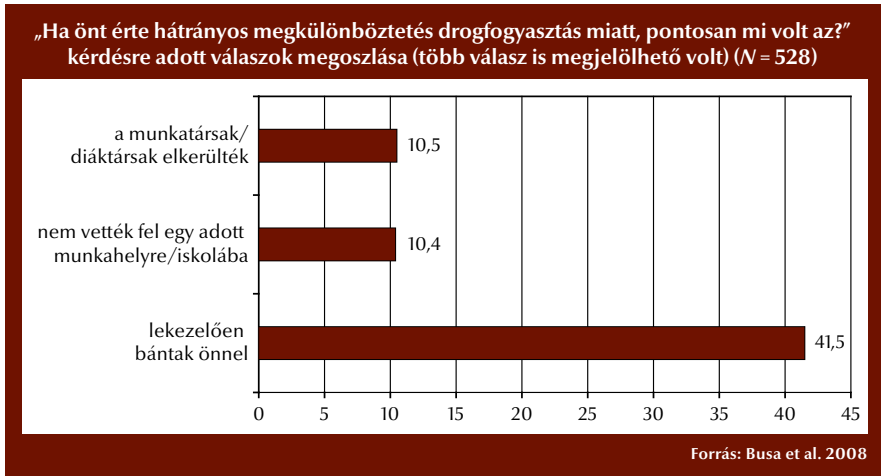
A munkatársak/diáktársak esetében 18%, a közeli ismerősök körében pedig 39% volt a segíteni próbálók aránya. Az elutasítók aránya valamennyi csoportra vonatkoztatva azonos (10%) volt. A leginkább közömbösen viselkedők a szerhasználattal kapcsolatban a munkatársak/diáktársak voltak. A válaszadók 49%-a szerint megpróbáltak úgy viselkedni, mintha nem vették volna észre a szerhasználatot, vagy ha észre is vették, azt magánügynek tekintették, és nem tettek semmit ellene. A közeli ismerősök körében ez az arány 36% volt.



A válaszadók több mint fele (54,4%) jelezte, hogy a szerhasználat miatt érte már hátrányos megkülönböztetés. A drogfogyasztással összefüggő negatív diszkrimináció a kérdezettek 41,5%-át (351 fő) érte oly módon, hogy vala-

¹¹⁰ A három kategória közül az elsőre (mit szóltak munkatársai/diáktársai) 21 fő, a másodikra (mit szóltak közeli ismerősei) 30 fő, a harmadikra (mit szóltak közeli családtagjai) 26 fő nem válaszolt.

mely szituációban lekezelően bántak velem, s 10-10%-uk (89, 88 fő) számolt be arról, hogy droghasználata miatt munkatársai/diáktársai elkerülték, illetve hogy nem vették fel egy adott iskolába vagy munkahelyre.



6. Válaszok a drogfogyasztás szociális vonatkozásaira és következményeire¹¹¹

Háttér, előzmények

Az ellátási lánc elemeiben átfogó változás nem következett be a 2007. évben. Valamennyi szinten található szolgáltatások vagy szolgáltatási kezdeményezések, de mindezek ellenére sem tekinthető a szociális védőháló teljes körűnek. A korábbi hiányosságok változatlanul fennállnak a foglalkoztatás, utógondozás, képzés, oktatás és a lakhatás területén.

A jogszabályalkotás folyamatán túl az egészségügyi rendszerhez kapcsolódó szociális ellátásokon, valamint a pályázati, illetve normatív finanszírozási rendszeren felül az állam nem vállal jelentős mértékű megvalósító szerepet a szenvedélybetegek reintegrációjának elősegítésében.

A megvalósítás változatlanul a nem állami szereplőkre hárul, melyek a jelentékeny társadalmi támogatás és önerő hiányában szinte teljes egészében az állami juttatásoktól függenek.

¹¹¹ A fejezet szerzője: Daróczy Zita, Harsányi Kornélia, Kun Gábor, Tarján Anna.

6.1 Társadalmi reintegráció

LAKÁSKÉRDÉS

A 2006-os évhez képest jelentős változás nem történt a lakás, lakhatás kérdéskörében, számottevően nem gyarapodtak a lakhatási, félutas programok.

A Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részlege 2007-ben 50 férőhellyel bővítette budapesti hajléktalanszállóját, mely speciálisan hajléktalan szenvedélybetegek részére is nyújtja szolgáltatásait.

„*Akiket kezd elveszíteni az élet...*” elnevezésű, a szenvedélybetegek komplex ellátását célzó innovatív EQUAL projekt keretében a Leo Amici 2002 Alapítvány 2 éves programjában egy félutas lakásprogramot valósított meg (Simitz 2007). A projekt támogatott időtartama 2005. június 1-jétől 2007. december 31-ig tartott. A programban konzorciumi partnerként részt vett a Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnázium és Szakközépiskola, a Megálló Ház – szenvedélybetegek nappali és közösségi ellátása, valamint a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány. A program szervesen épült a Leo Amici 2002 Alapítvány komlói hosszúútterápiás (bentlakó) rehabilitációs programjára. A félutas lakásprogram megvalósítási helyszínéül egy Pécs belvárosában található lakás szolgált, melynek közelében Tizenkét Lépéses önszolgáltató program is működik.

A Leo Amici 2002 Alapítvány félutas programjának célcsoportjába azok tartoztak, akik:

1. élethelyzetükből, szociális támaszrendszerükből adódóan a rehabilitáció lezárultát követően nem tudtak hova menni;
2. valamint azok, akik számára korábbi szociális kapcsolataik elérhetőek maradtak, de az újbóli kapcsolatfelvétel valamilyen okból adódóan veszélyes lett volna számukra.

A kezdetben koedukált, majd szakmai döntés nyomán csak férfiak számára fenntartott program egyszerre 4 fő számára nyújtott szolgáltatást. A program az alábbi szolgáltatásokat nyújtotta:

1. a lakás biztosítása;
2. költségtámogatás (csak tisztasági, vegyi áru);
3. támogatás a komlói rehabilitációs közösségtől;
4. csoportterápia;
5. segítség munkakeresésben, jogi ügyekben stb.;
6. előtakarékosági program.

A programban 2007-ben 6 fő vett részt (két év alatt összesen 13 kliens volt). 1 résztvevőnek szerződészegés miatt kellett elhagynia a programot, a többiek sikeresen befejezték azt, leghamarabb 2, legkésőbb 7 hónap alatt. A félutas lakás 2007. november közepére kiürült. Ebben az időszakban a zárt rehabilitációs kezelésben lévők közül nem volt olyan kliens, aki megérett volna a félutas programra.

Az utánkövetés adatai alapján a 6 fő közül ketten nyúltak újból kábítószerhez, alkoholhoz. Az ő életminőségükben sem következett be olyan mértékű visszaesés, amely indokoltá tette volna, hogy ismételt zárt kezelésbe kerüljenek, megcsúszásukkal együtt is aktív részesei maradtak a pécsi önszolgáltató közösségnek. Négyen a programot követően is absztinensek, józan életet élnek. A 2007-es évben részt vevő hat fő mindegyike Pécssettél albérletben, és bejelentett munkaviszonnyal rendelkezik, valamennyien alkalmazottként dolgoznak.

OKTATÁS, KÉPZÉS

Az Emberbarát Alapítvány 2007. április 30-án sikeresen lezárta „Pszichoszociális gondozás és módszertani ajánlás” című projektjét (Emberbarát 2007). A program 2005. július 1 és 2007. április 30. között zajlott. A program forrása a Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Program (HEFOP) 2.2.1 „A társadalmi befogadás elősegítése a szociális területen dolgozó szakemberek képzésével” című pályázati kiírás volt. A projekt nem közvetlenül a szenvedélybetegeket, hanem a velük foglalkozó szakembereket célozta meg. A megvalósításban az Alapítványon kívül konzorciumi partnerként részt vett a Motiváció Mozgássérülteket Segítő Alapítvány, valamint a Vargabetű Klub-Műhely Egyesület is.

A 190 órás képzés során 40, az ország több pontjáról érkező szakember sajátíthatott el speciális (munkaerő-piaci, képzési, rehabilitációs, reszocializációs, szubkulturális) ismereteket. Az elsajátított tudásról vizsgán kellett számot adniuk a résztvevőknek. 2007 áprilisában záró konferencia keretében került sor a tapasztalatok összegzésére 35, a képzésen is részt vett szakemberrel. A program eredményeként létrejött egy módszertani kézikönyv is.

Szintén HEFOP pályázat keretében „A reintegrációs esélyek komplex, közösségi szemléletű megközelítése” címmel indult 2005-ben képzési sorozat három szervezet – Dél-Dunántúli Regionális Forrásközpont, Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esztergár Lajos Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat, INDIT Közalapítvány – együttes szervezésében. A képzésben elsősorban Baranya megyei családsegítő központokban és gyermekjóléti szolgálatoknál dolgozó szociális szakemberek vettek részt,

de 2007-ben pártfogó felügyelők és baranyai Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok szociális végzettségű munkatársai is csatlakoztak a képzéshez. 2007-ben összesen 100 fő vett részt eredményesen a képzésben¹¹².

A szolnoki Humán Szolgáltató Központ, Drog Konzultációs és Információs Központ 2007-ben szervezett akkreditált képzést a szolnoki kistérségben. A képzés azon szociális munkásokat szólította meg, akik a szenvedélybetegek közösségi ellátásában dolgoznak. A képzésben 21 szakember vett részt, mindannyian eredményesen.

A Belvárosi Tanoda Alapítvány „*Akiket kezd elveszíteni az élet...*” elnevezésű, a szenvedélybetegek komplex ellátását célzó innovatív EQUAL programját 2007-ben is folytatta. A program képzési részében 99 fő vett részt, közülük 52 férfi és 47 nő. A férfiak csoportjában a 25 éven aluliak aránya 53% volt, a többiek 25–45 évesek korcsoportjába tartoztak. A nőknél hasonló volt az arány, 58%-uk a 25 év alattiak kategóriájában, 42%-uk pedig a 25–45 évesek korcsoportjában volt megtalálható.

FOGLALKOZTATÁS

A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány konzorciumi partnereként vett részt az „*Akiket kezd elveszíteni az élet...*” elnevezésű, a szenvedélybetegek komplex ellátását célzó innovatív EQUAL projektben (Lencse és Rác 2008). A 2005 januárjától 2007 decemberéig tartó projekt időszakban 106 fő esetében sikerült javulást elérni foglalkoztatási, munkaerőpiaci helyzetében. A 2007-es évre vonatkoztatva ez a létszám 35 fő.

Közülük 60 fő jutott vissza a munkaerőpiacra, 22 fő átképzéseket, tanfolyamokat kezdett meg, valamint 24 fő általános iskolai, középfokú vagy felsőfokú tanulmányokat kezdett el, vagy folytatta korábban megszakított tanulmányait. Ezenfelül további 11 fő kapott hasznos információkat, melyek segítségével a későbbiekben javíthatja saját maga átképzési, iskolai, valamint munkaerő-piaci esélyeit.

ÉLETVITEL

A MAGADÉRT Drogmentességet Védő Alapítvány 1998 óta végzi absztinens szenvedélybetegek utógondozását, a társadalomba történő reintegrációjuk segítését, fő hangsúlyt az életvitelre helyezve. Józanodó szenvedélybeteg csoportjaikban, melyek a magas küszöbűség elvét vallják, 2007-ben viszonylagos rendszerességgel 213 fő vett részt (MAGADÉRT 2007). A csoport létszáma 10–25 fő között mozog, a résztvevők életkora

¹¹² Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esztergár Lajos Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat; INDIT Közalapítvány.

pedig 15–57 év közé tehető. A nemek eloszlása 68%–32% a férfiak javára. Az Alapítványnál dolgozók legfontosabb célja az utógondozásban résztvevők visszaesésének megakadályozása, életminőségük javítása, a társadalomba való visszailleszkedésük segítése.

Az Alapítvány hazánkban egyedi programjának számító „Női csoport”-ja 2007-ben indult először, az év folyamán kétszer (tavasszal és ősszel) 15 fős csoporttal. A kezdeményezés öngyógyító jelleggel indult, figyelembe véve, hogy többek között az addikció kialakulásának okaiban, a szerválasztásban, a kezelés tekintetében lehetnek nemi különbségek. A program célcsoportja az absztinens szenvedélybetegek, illetve hozzátartozóik csoportjának nőtagjai, céljuk pedig a női identitás megerősítése és a pozitív személyiség-tudat gyakorlatban és hosszú távon történő stabil alkalmazása, csökkentve ezáltal a visszaesés valószínűségét¹¹³.

ALAPVETŐ SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK NYÚJTÁSA

Az ellátórendszerre hatást gyakorló jogszabályi változások 2007. évben is megjelentek. Az 1993. évi III. tv. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban Szt.) 2007. január 1-jével nevesítette a szenvedélybetegek alacsony küszöbű szolgáltatásait az alapellátások közé tartozó közösségi ellátásokon belül, ugyanis korábban az alacsony küszöbű szolgáltatások jogszabályi háttér nélkül működtek. A jogszabályi háttér harmonizálása mind a nevesítés, mind a normatív támogatások nyújtása miatt szükséges volt¹¹⁴.

A jogszabályi környezet változásának eredményeként a 30 000-nél több, állandó lakosú települések önkormányzatainak biztosítania kell a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsony küszöbű ellátást – vagyis az érintett települések önkormányzata számára kötelezően ellátandó feladattá vált a nevezett ellátás¹¹⁵.

Az Addiktológiai Szakértői Munkacsoport¹¹⁶ (ASzM) kidolgozta a szenvedélybetegek nappali ellátása, közösségi ellátása és az alacsony küszöbű szolgáltatások irányelveit. Az irányelvek kidolgozásában az ICsSzEM, az NCsSzI munkatársai, valamint a szűkebb területek szakmai képviselői vettek részt. A három irányelv, bár már korábban elkészült, 2007-ben jelent

¹¹³ MAGADÉRT Drogmentességet Védő Alapítvány, 2007.

¹¹⁴ 9/2006. (XII. 27.) SzMM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet módosításáról; 2006. évi CXXVII. Törvény a Magyar Köztársaság 2007. évi költségvetéséről.

¹¹⁵ Az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételéről rendelet módosítását lásd a 2007. évi Éves Jelentés 9. fejezetben.

¹¹⁶ Lásd: 2006. évi Éves Jelentés 9. fejezet.

meg nyomtatásban a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet gondozásában (Csákiné 2007). Az irányelvek nem jogszabályok, így azok a szakma szereplőire nézve nem kötelező érvényűek.

A korábbiakban már említett „*Akiket kezd elveszíteni az élet...*” elnevezésű, a szenvedélybetegek komplex ellátását célzó innovatív EQUAL projektben 2005 januárjától 2007 decemberéig tartó időszakban a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítványnak sikerült megerősítenie az ambuláns rehabilitációs programját (Lencse és Rácz 2008). A projekt időtartama alatt összesen 610 fő (103 nő, 507 férfi) részére nyújtott elsősorban egészségügyi és pszichoszociális ellátást az Alapítvány. 151 hozzátartozó bevonásával – jelentős részüknél több alkalommal – hozzátartozói konzultációs ülésekre is sor került. 2007-ben a projektbe 176 új kliens lépett be. Ebből 142 férfi volt és 34 nő, valamennyien 16 év feletti.

A projekt teljes időtartama alatt nyújtott szolgáltatások hatására önbevallás alapján 149 fő (a kezelésbe vontak 24%-a) esetében sikerült elérni stabil szermentességet, ami legalább 3 hónapos, folyamatos absztinens időszakot jelent az elsődlegesen használt drog vagy drogok tekintetében, és kizárja a szerváltást. Ugyancsak önbevallás alapján 29 fő esetében (ez a kezelésbe vontak 5%-át jelenti) a kezelés időtartama alatt sikerült jelentős mértékben csökkenteni a szerhasználat gyakoriságát.

2007 márciusában nyitotta meg kapuit Budapest XI. kerületében a „Rév” Szendélybeteg-segítő Szolgálat nappali ellátó intézménye. A nappali ellátás célközönsége a saját otthonukban élő és hajléktalan szenvedélybetegek. Az intézmény az új telephelyen 210 m²-en egyszerre 25 főt tud ellátni.

Az INDIT Közalapítvány 2007 nyarán két hiánypótló szolgáltatást indított Somogy megyében, szűkebben Kaposvárott, hiszen a megyében korábban szinte egyáltalán nem volt elérhető kábítószer-problémával foglalkozó ellátó hely.

A Bulisegély Szolgálat egy speciális ártalomcsökkentő szemléletű megkereső szolgáltatás. Havi három alkalommal két helyszínen partizó fiatalok számára nyújtja szolgáltatásait. A szolgáltatások körébe tartozik: ivóvíz, szőlőcukor, keksz biztosítása a buli alatt, valamint tanácsadás, objektív felvilágosítás, jogi információnyújtás, krízisintervenció, továbbirányítás más szolgáltatásba.

A Szendélybetegek Nappali Ellátója mindenki számára nyújt elérhető szolgáltatásokat, akár szerhasználónak, akár hozzátartozóknak. Egyéni és csoportfoglalkozásokat, tanácsadást egyaránt kínál.

Szolnokon 2007 ősztén jött létre a Szolnoki Kistérség Többcélú Társulása. A Társulás 18 települést tömörít magába, melyekben 2007. október 1-jétől a Humán Szolgáltató Központ, Drogkonzultációs és Információs Központ (HSZK) végzi az alacsony küszöbű ellátást. Ennek keretében Szolnokon a

HSZK új tevékenységként beindította a drop-in szolgáltatást. A szolgáltatás a Nappali Centrumban kapott helyet, ahol tanácsadást, folyadékhoz jutást, mosási, tisztálkodási, pihenési lehetőséget biztosítanak.

2007 januárjában a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet kérdőíves felmérést végzett a szenvedélybetegek számára alacsony küszöbű szolgáltatást nyújtók körében (NDI 2007). Miután az alacsony küszöbű szolgáltatók tekintetében nem rendelkezünk pontos számadatokkal, amely alapján meg tudnánk mondani, hogy hány szolgáltató, mekkora szolgáltatási területen, milyen tevékenységet végez, ezért a kutatásba bevont szolgáltatók nem egy adatbázis, hanem három forrás alapján (2006. évi alacsony küszöbű szolgáltatóknak kiírt pályázat nyertes listája¹¹⁷; Droginfo 2005¹¹⁸; valamint internetes gyűjtés alapján¹¹⁹) kerültek a mintába. A vizsgálat célja az alacsony küszöbű szolgáltatások pályázati finanszírozásának előkészítése, az ország lefedettségének feltérképezése volt. Az adatfelvétel önkitöltős, elektronikus kérdőív visszaküldésével folyt.

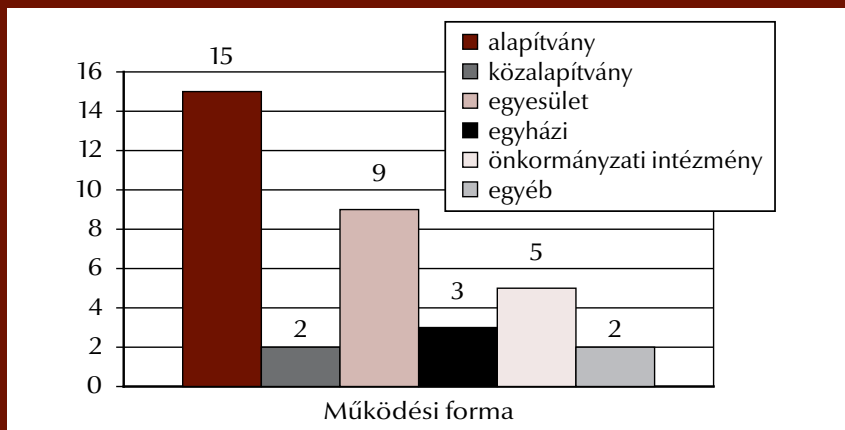
A megkeresett 84 szolgáltató közül mindössze 36 szolgáltató küldte vissza a kérdőívet. A szolgáltatók zömében alapítványi (15 szolgáltató) vagy egyesületi (9 szolgáltató) formában működtek, 5 szolgáltató esetében önkormányzat volt a fenntartó. Ugyanakkor megtalálható még közalapítványi (2 szolgáltató), egyházi (3 szolgáltató) és két esetben egyéb működési forma is.

¹¹⁷ Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium: KAB-AL-06-ABC pályázata.

¹¹⁸ Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára. Budapest: Sziget Droginformációs Alapítvány, 2005.

¹¹⁹ Az interneten saját honlappal vagy bármilyen egyéb módon szereplő szervezetek, melyek alacsony küszöbű tevékenységet végeznek.

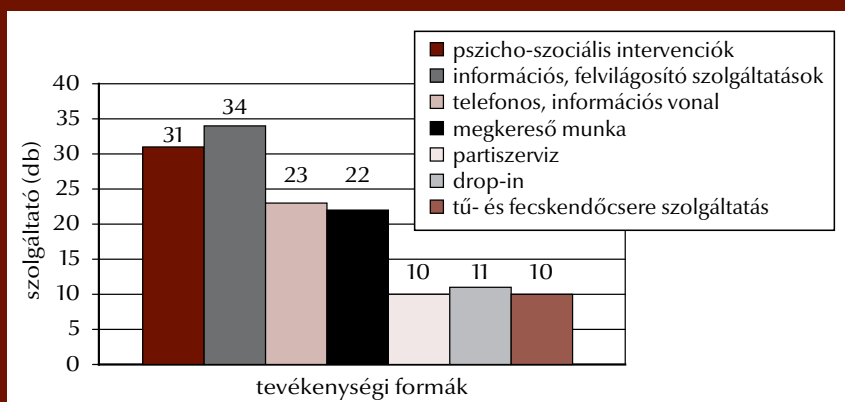
Az alacsony küszöbű szolgáltatók működési formája



Forrás: NDI 2007

A nyújtott szolgáltatások tekintetében szinte kivétel nélkül valamennyi szolgáltató nyújt információs, felvilágosító szolgáltatást és ugyanígy pszichoszociális intervenciót is (34, illetve 31 szolgáltató). Jelentős számban végeznek megkereső munkát (22 szolgáltató) és nyújtanak segítséget telefonon keresztül az érdeklődők számára (23 szolgáltató). Drop-in szolgáltatást 11, míg partiszervíz, valamint tű-, és fecskendőcsere szolgáltatás 10-10 szolgáltató palettáján található meg.

Alacsony küszöbű szolgáltatók által végzett tevékenységi formák



Forrás: NDI 2007

A megkérdezett szolgáltatók jellemzően nem csak alacsony küszöbű ellátással foglalkoznak. 29 közülük az iskolai szinten végzett prevenció munkába is becsatlakozott, de végeznek elterelést (21 szolgáltató), egészségügyi ellátást (8 szolgáltató) és további egyéb szolgáltatásokat (12 szolgáltató) is.



A válaszadók közül a legrégebben két szolgáltató végzi tevékenységét. Ők 1992 óta működtetik alacsony küszöbű szolgáltatásaikat. 1992-től 2006-ig terjedő időszakban összesen két év volt (2001 és 2004) mikor egyáltalán nem indult új alacsony küszöbű szolgáltatás Magyarországon.

A 2001. évi népszámlálási adatok alapján Magyarországon 56 30 000 fő feletti állandó lakosú település van, melyből 20 fővárosi kerület. A kutatás alapjául szolgáló adatbázist és a KSH 2001. évi népszámlálási adatait egybevetve, a lekérdezés pillanatában 24 olyan 30 000 fővel rendelkező állandó lakosú település¹²⁰ volt 2007-ben az országban, ahol sem az önkormányzat, sem más fenntartók nem nyújtottak alacsony küszöbű szolgáltatást. A 24-ből 8 fővárosi kerület, 2 Bács-Kiskun megyei, 1 Békés megyei, 2 Borsod-Abaúj-Zemplén megyei, 2 Csongrád megyei, 1 Győr-Moson-Sopron megyei, 1 Hajdú-Bihar megyei, 1 Heves megyei, 2 Pest megyei, 2 Veszprém megyei és 2 Zala megyei város volt. Az említett megyék közül Zala megyében egyetlen egy alacsony küszöbű szolgáltató sem működött.

Az ország lefedettségét tekintve tehát 2007-ben több olyan város/város-

¹²⁰ Bejelentett állandó népesség: az adott területen bejelentett lakóhellyel (állandó lakással) rendelkező személyek tartoznak a bejelentett állandó népesség körébe, függetlenül attól, hogy van-e máshol bejelentett tartózkodási helyük (ideiglenes lakásuk), vagy hogy az összeírás eszmei időpontjában jelen voltak-e.

rész volt, ahol a törvény akkori álláspontját figyelembe véve még elérhetővé kellett volna tenni az alacsony küszöbű szolgáltatásokat¹²¹.

Következtetések

A korábbi évhez hasonló tendencia figyelhető meg a drogfogyasztás szociális vonatkozásainak, következményeinek vizsgálata során. Az ellátórendszer szolgáltatási palettáján, és annak háttéréül szolgáló jogszabályok soraiban folyamatos a változás, amely azonban nem nevezhető dinamikusnak, sem a felmerülő igényeket kielégítőnek. Továbbra is fontos cél a meglévő alacsony küszöbű szolgáltatás fejlesztése, különös tekintettel azokra a területekre, melyeken egyáltalán nem vagy csak minimális számban működnek szolgáltatók.

A működés jogi követelményeinek változása mellett fontos a szakmai elvárások meghatározása is, amely közvetlen módon az ellátások számszerűségére nem gyakorol hatást, ellenben a minőségére igen. Ennek a követelménynek kívánnak eleget tenni a kidolgozásra került szakmai irányelvek.

¹²¹ A Szt. 2008. évi változásai miatt itt további következtetések levonása nem lehetséges, hiszen 2008-tól más irányelvek szerint alakulnak majd az alacsony küszöbű szolgáltatás nyújtásának szabályai.

IV. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS

1. Kábítószer-bűnözés

Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai rendszer (ERÜBS) feladata a magyarországi bűnözéssel kapcsolatos statisztikai adatgyűjtés. Az ismertett adatok azokra a cselekményekre vonatkoznak, amelyeknél az eljárás 2007-ben fejeződött be.

1.1 A bűncselekmények

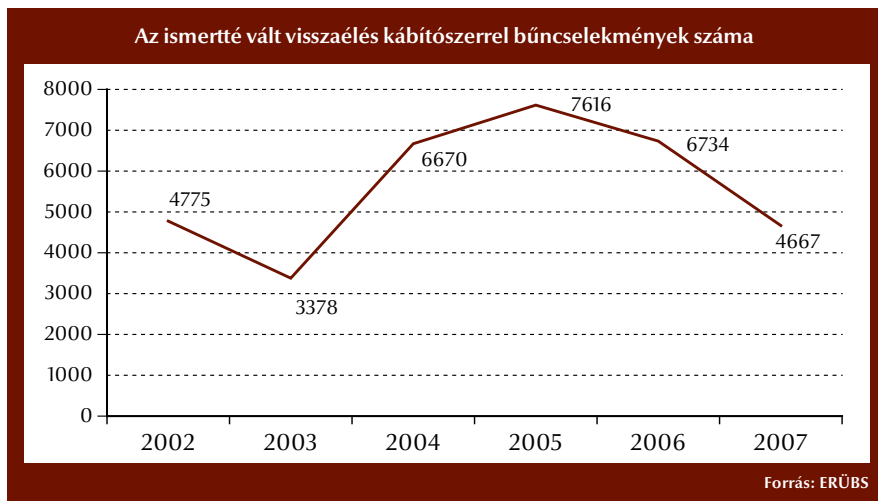
A 2007. évi statisztikai adatok szerint 4667 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

A 2007. évben a korábbi évhez képest jelentős mértékben (30,7%-kal) tovább csökkent az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma.

A csökkenő tendencia 2007-ben sem tudható be jogszabályi változásoknak. Az egyik magyarázó ok a felderítő hatóság érdeklődésének és/vagy kapacitásának csökkenése, amelyet a hatóság éves beszámolója is alátámaszt¹²². Eszerint a kábítószer-rendészeti szakterületen a területi szervek által végzett több ezres ellenőrzések száma csökkent az előző évhez viszonyítva. Ennek alapvető oka, hogy a kábítószer rendészeti feladatokat ellátó állomány mind nagyobb számban kénytelen egyéb rendészeti feladatokat is ellátni.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények össz-bűnözésen belüli aránya 2007-ben 1,1% volt. Elmondható, hogy míg 2005-ben és 2006-ban 100-ból körülbelül 2 ismertté vált bűncselekmény volt kábítószerrel kapcsolatos, 2007-ben mindössze 1.

¹²² Az Országos Rendőr-főkapitányság 2007-ről szóló beszámolója alapján.



AZ ELKÖVETÉSI IDŐ

A 2007-ben lezárult 4667 eljárást megvizsgálva, a bűncselekmények elkövetési idejének évekre lebontott arányszámai nem változtak az előző évhez képest.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés éve szerint

Elkövetés éve	Esetszám	%
2007	744	16,0
2006	2638	56,5
2006 előtt	1285	27,5
Összesen	4667	100,0

Forrás: ERÜBS

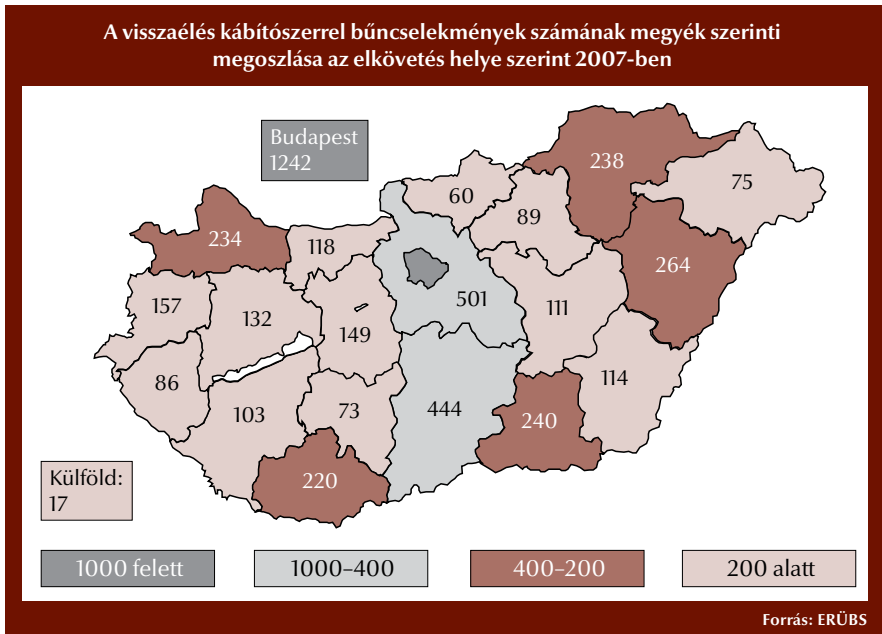
AZ ELKÖVETÉSI MAGATARTÁSOK

91,8% az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között azoknak a magatartásoknak a részaránya, amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak („termel, előállít, megszerez, tart, behoz...”). Ez az arányszám csekély növekedést mutat az előző évek adataihoz képest (2006-ban 89,8%, 2005-ben 90,9% volt). A legjellemzőbb keresleti oldali elkövetési magatartás továbbra is a fogyasztás.

A kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részaránya a felderített esetek egytizedét sem teszi ki (7,5%). Ez az érték hasonló ahhoz, amit 2006-ban detektáltak (7,6%).

AZ ELKÖVETÉS HELYE

A legtöbb visszaélés kábítószerrel bűncselekmény 2007-ben is a fővárosban vált ismertté (26,6%). Emellett még Pest (10,7%) és Bács-Kiskun (9,5%) megye tartozik az első három – e cselekmény vonatkozásában – legmagasabb felderítési mutatóval rendelkező megyék közé.



AZ ELKÖVETŐK

A 2007 során lezárult eljárások körében az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma 3881 fő volt, amely 32,2%-kal csökkent a 2006-ban regisztrált adatokhoz (5725 fő) képest.

A következőkben ezen elkövetők (3881 fő) szocio-demográfiai jellemzői kerülnek bemutatásra (függetlenül attól, hogy büntetettek voltak-e vagy sem).

Nemek szerinti megoszlás

A korábbi évekhez hasonló arányszámok figyelhetőek meg a nem szerinti megoszlás tekintetében. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 90,2%-a férfi, 9,8%-a pedig nő volt. Ez az arányszám megközelíti az összes bűnelkövető körében jellemző nem szerinti megoszlást is.

Életkor szerinti megoszlás

Az elkövetők korösszetételében 2007-ben figyelemre méltó változás történt. Habár továbbra is a fiatal felnőttek (18–24 év) ellen indult legnagyobb számban eljárás, a fiatalok aránya 3,5%-kal, a 18–24 éveseké 4,4%-kal csökkent, miközben a 25–40 évesek részesedése 7,2%-kal nőtt. Az abszolút számokat tekintve látható, hogy az elemszám jelentős csökkenése ellenére is magasabb volt a kábítószer-bűncselekmény miatt eljárás alá vont 31–40 és a 41–50 év közöttiek száma 2007-ben, mint 2006-ban.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2006-ban és 2007-ben

Korcsoportok	2006		2007	
	Eset	%	Eset	%
Gyermekkorú (0–14)	17	0,3	7	0,1
Fiatalkorú (14–18)	836	14,6	433	11,1
18–24 éves	3166	55,4	1980	51,0
25–30 éves	1190	20,8	919	23,7
31–40 éves	439	7,6	459	11,9
41–50 éves	60	1,0	67	1,7
51–60 éves	11	0,2	10	0,3
61 év feletti	6	0,1	6	0,2
Összesen	5725	100,0	3881	100,0

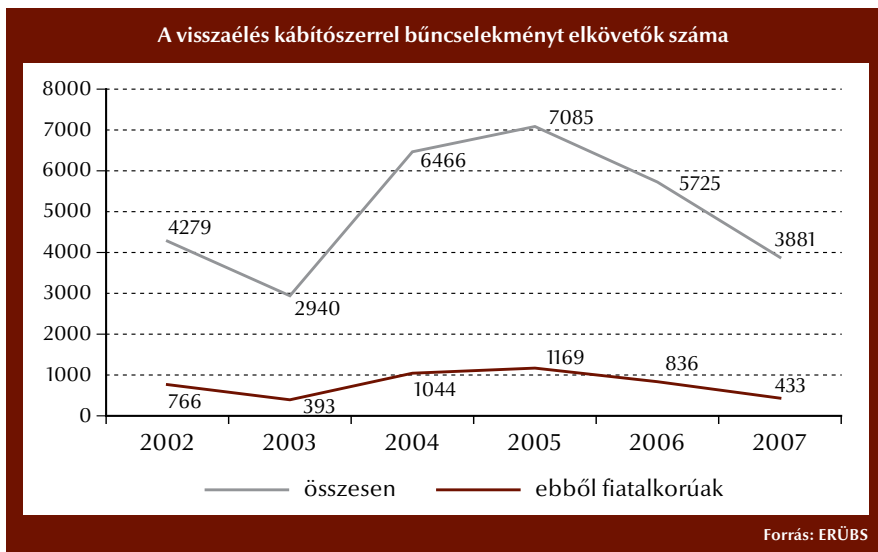
Forrás: ERÜBS

Fiatalkorú elkövetők

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett fiatalkorú bűnelkövetők száma 2007-ben 433 fő volt. Ők alkották az összes kábítószer-bűncselekményt elkövető 11,1%-át. (2006-ban ez az arány 14,6% volt). Gyakorlatilag minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fiatalkorú volt. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalok ilyen alacsony részesedésével 1997 óta nem talákoztunk. Az okok elsősorban azzal magyarázhatók, hogy a hatóság figyelmét és kapa-

citását más típusú bűncselekményekre fordítja. A rendőrség felderítő tevékenységét is jelző kriminálstatisztikai adatok szintén ezt erősítik.

A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben ennek ellenére lényegesen nem változott. E bűncselekménytípust jellemzően fiatalabb korban követik el, mint más bűncselekményeket. Míg a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők 86%-a 2007-ben 30 évesen vagy annál fiatalabban követte el a bűncselekményt, addig a többi bűncselekmény elkövetői között ez az arány nem éri el a 60%-ot.



A grafikon jól szemlélteti az ismertté vált kábítószer-bűncselekményt elkövetők számában történt jelentős elmozdulást. Az elkövetők száma a 2000. évben mért szintre esett vissza (figyelmen kívül hagyva a 2003-ban a jogszabályi környezet változása által erősen befolyásolt elemszámot). Amint az ismertté vált bűncselekmények, úgy az ismertté vált elkövetők száma is 2005-ben volt a legmagasabb. Az elmúlt két évben csökkenő tendencia érvényesült, a csökkenés üteme azonban az elmúlt évben felgyorsult.

Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása

2007-ben a kábítószerrel visszaélők 45,7%-a általános iskolai, 25,4%-a szakmunkás, 23,4%-a pedig valamilyen más középszintű iskolai végzettségű volt. Az általános iskolát be nem fejezettek aránya alacsonynak mondható (0,1%). Egyetemet, főiskolát az eljárás alá vontak 2,1%-a végzett. A 2006. évhez képest az általános iskolát végzettek aránya csökkent, miközben a szak-

munkás végzettségűeké, az érettségizetteké és a felsőfokú végzettséggel rendelkezőké nőtt. Ez az ismertté vált (visszaélés kábítószerrel bűncselekményt) elkövetői kör életkorbeli elmozdulásával hozható összefüggésbe.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetői továbbra is megőrizték iskolázottságbeli előnyüket az egyéb bűnelkövetőkkel szemben. Továbbra is igaz az a megállapítás, hogy az „átlagos” kábítószerrel visszaélő sokkal iskolázottabb az „átlagos” bűncselekményt elkövetőnél.

Előélet szerinti megoszlás

2007-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők egyharmada (32,4%-a) volt büntetett előéletű (2006-ban 33,8%-uk). Közülük minden ötödik (22,2%) volt visszaeső (azaz 3 éven belül újabb szándékos bűncselekményt követett el). 2006-ban a visszaesők aránya alacsonyabb volt, 18,5%.

A büntetett előéletűek jelentős része kábítószerfüggő és korábbi bűncselekményeik is a szerhasználattal vagy a szerhez jutással voltak összefüggésben. Kisebb részük azonban a bűnöző szubkultúrából került ki, ami azt jelzi, hogy a kereskedelmi jellegű tevékenység mellett ebben a körben is jelen van a szerhasználat.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetőinek többsége korábban még nem volt büntetve, azaz első bűntényes. 2007-ben a büntetlen előéletűek aránya 67,6% volt, amely arány magasabb az egyéb bűncselekmények esetében megfigyeltekhez képest.

KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS

2007-ben 14%-kal kevesebben (2761 fő) követtek el bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt, mint 2006-ban. Közülük a legtöbben (63,5%) a kábítószerrel visszaélés bűncselekményt valósítottak meg. Ez az érték 2005-ben 76,2%, 2006-ban 70,8% volt, tehát jelentős elmozdulásról beszélhetünk e változó tekintetében is.

Főbb bűncselekményi csoportokra lebontva: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 23,1%-a, mely az eddig tapasztalt legmagasabb arány. 2006-ban arányuk mindössze 14% volt. Elsősorban a lopások és a csalások száma emelkedett jelentősen, ez pedig azt tükrözi, amit már korábban is jeleztünk a kriminálstatisztikai adatokat elemezve, hogy a bűnözői szubkultúrában egyre több a kábítószerfüggő, illetve növekszik azoknak a függőknek az aránya, akik „beleszúrtak” a szenvedélyszer-használat következményeként a bűnöző szubkultúrába. Ezt erősíti az is, hogy a korábbi éveket meg-

haladó mértékű volt 2007-ben a kábítószerrel visszaélés elkövetése miatt eljárás alá vont kábítószerfüggők aránya. Az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények negyede (25,1%) kábítószerfüggő személy által valósult meg.

Közlekedési bűncselekményt 3,9%-uk (ezen belül abszolút számokban is jelentősen nőtt az ismertté vált bódult állapotban történt gépjárművezetések száma), személy elleni bűncselekményt 4,3%-uk, gazdasági bűncselekményt 1,5%-uk követett el kábítószer hatása alatt. Ezek az arányok mindhárom bűncselekménytípus esetén meghaladják a 2006-ban mért értékeket.

VÁDEMEELÉS ELHALASZTÁSA

2007-ben a befejezett, kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetővel szemben elrendelt vádemelés elhalasztások száma 1519 volt. Míg 2006-ban az összes ismertté vált kábítószer-bűncselekmény miatt eljárás alá vont elkövető 58,7%-ával (3360 fő) szemben került sor vádemelés elhalasztására, addig 2007-ben mindössze 39,1%-ukkal.

A jelentős csökkenés hátterében az állhat, hogy 2007-ben az előző évihez képest jelentősen csökkent az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma. Továbbá több mint ötszörösére nőtt a nyomozás megszüntetésével járó büntetőséget megszüntető egyéb ok megállapítása, amely 2007-ben 557 esetben, míg 2006-ban csak 94 esetben fordult elő. (Ennek hátterében a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény áll, lásd: Éves Jelentés 2006, 1. fejezet.)

Az eljárás befejezési módok tekintetében a vádemelések aránya 6,7%-kal nőtt a 2006-os arányokhoz képest.

Az adatokat magyarázza az is, hogy 2007-ben a vádemelés elhalasztása jogintézményt hazánkban összesen 4296 elkövetővel szemben alkalmazták (ez az összes elkövető 3,5%-a volt), míg 2006-ban az összes vádelhalasztás száma 7338 volt. 2007-ben az összes vádelhalasztás 35,3%-a történt visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetővel szemben, míg 2006-ban ez az arány 45,8% volt.

A vádemelés elhalasztásának csökkenő tendenciáját szintén alátámasztja az az adat, miszerint az elterelő kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent (lásd: 4.2.1 fejezet).

1.2 Kábítószer-használat a börtönben

2007-ben 23 esetben, 20 fő érintettségével találtak kábítószerrel a büntetés-végrehajtás intézményeiben. Legtöbbször kannabisz-származékokat foglaltak le csomagban, beszélőhelyiségben vagy zárkában. 2 főt munkavégzés közbeni bódult állapotuk miatt kivizsgáltak, amelynek során amfetamin-fogyasztást mutattak ki. 3 főt a zárkában találtak bódult állapotban, a vizsgálatok által kimutatott fogyasztott szerek az egyes esetekben: kokain, morfium, illetve fentanil voltak. 1 esetben csomagban találtak 400 db kokain tartalmú tablettát.

A büntetés-végrehajtás intézményeiben szakpszichológusok kidolgoztak egy suicidium felmérési tesztet, amely az öngyilkosságra való hajlamot vizsgálja, ennek kérdései között szerepelt a kábítószer-fogyasztás is. A teszt nem tért ki a kábítószer típusára. A 2007. évben 1519 fogvatartott vallotta be, hogy fogyasztott már életében kábítószerrel. (2007-ben a büntetés-végrehajtás intézményeiben megfordult fogvatartottak átlagléttszáma 14 789 fő volt).

Következtetések

A fejezetben bemutatásra került kutatások során vizsgált, egészségügyi vagy szociális ellátást igénybevevő szerhasználók számára a természetes támasz rendszerének megléte és funkcionális működése meghatározó. A legintenzívebb segítséget a közvetlen családtagoktól várják. A munkatársak/iskolatársak zömében közömbösek a szerhasználat tényével való találkozáskor.

A TDI-adatok alapján a kezelésben lévő szerhasználók lakhatási körülményei jellemzően kedvezőek, 88,2%-uk rendelkezett állandó lakhellyel, 38%-nak volt állandó munkaviszonya és 27% munkanélküli volt a kérdés idején. Ezt kiegészítendő, a *Drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása* című kutatás eredményei szerint minél idősebb volt valaki – egészen a 25–29 éves korcsoportig –, annál többet dolgozott. A TDI-rendszer által rögzített adatok alapján látható, hogy a kezelték csaknem 50%-a élt a szüleivel, 17,4%-a egyedül, míg 13,3%-a partnerrel. A komorbiditást vizsgáló kutatás (Gerevich 2007) szerint a megkérdezettek 58%-nak egy kapcsolata volt az elmúlt 3 hónapban.

A TDI-adatok iskolai végzettséget felmérő kérdése szerint a kezelték 92%-nak befejezett 8 általános vagy befejezett középiskolai végzettsége volt. A komorbiditást vizsgáló kutatás megkérdezettjeinek több mint 70%-a 24 év alatti volt. A kutatás a megkérdezettek körében 14 téma mentén vizs-

gálta az iskolai problémák előfordulását. Az eredmények személyenként átlagosan 6 probléma keletkezését mutatják.

Az eltereltek és a kábítószerfüggők támogatási szükségleteit összehasonlító elemzés két legfontosabb eredménye, hogy a kábítószerfüggők az egészségi problémákkal és a drogfogyasztással kapcsolatos támogatási szükségletet sokkal fontosabbnak ítélik, mint az eltereltek. Egyedül a jogi problémákhoz kapcsolódó támogatási szükséglet esetén egyezett a két csoport szerinti fontosság.

A kirekesztettség vizsgálata folytán a megkérdezettek 62%-a vélte úgy, hogy érte őt hátrányos megkülönböztetés kábítószer-használata miatt.

A drogfogyasztás és a prostitúció összefüggéseire vonatkozóan változatlanul nem rendelkezünk célzott adatokkal. Ugyan egy 2007-es, a drogambulanciák kliensei körében végzett vizsgálat azt jelzi, hogy a droghasználók körében is jelen van a prostitúció, a szexuális munkát végzők drogfogyasztásáról nincsenek adataink.

A fővárosi hajléktalanok reprezentatív mintáján végzett kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy drogérintettségük nem tér el a normál populációtól, azonban a folyamatos szerhasználat szempontjából a vizsgált populáció mindenképpen veszélyeztetettnek tekinthető.

2007-ben jelentős változások történtek a kriminálstatisztikai adatok alapján mind az ismertté vált elkövetői kör, mind pedig a kábítószerfogyasztással összefüggő bűncselekmények tekintetében. Jelentős mértékben csökkent az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények, valamint az ezen bűncselekmény miatt eljárás alá vont személyek száma is. Az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között továbbra is magas, 91,8% azoknak a magatartásoknak a részaránya, amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak. Figyelmet érdemel, hogy minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fiatalkorú volt, az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalkorúak ilyen alacsony részeseését 1997 óta nem detektálták. Az elkövetők korösszetételében is jelentős változás történt. Habár továbbra is a fiatal felnőttek (18–24 év) ellen indult legnagyobb számban eljárás, a fiatalkorúak és a 18–24 évesek aránya számottevően csökkent, miközben a 25–40 évesek részeseése jelentősen nőtt. Emelkedést mutatott a vagyon elleni bűncselekményt kábítószer hatása alatt elkövetők száma is. 2007-ben jelentősen csökkent a vádemelés elhagyásával befejezett ügyek száma, és így a jogintézmény alkalmazásának gyakorisága a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkkel szemben.

2. A kábítószer-bűnözés megelőzése

A FOGVATARTOTTAK SEGÍTÉSE

Prevenció¹²³

19-re emelkedett a büntetés-végrehajtási intézetekben kialakított drogprevenációs körletek száma. Ezek közül 4 helyszínen kifejezetten fiatalkorú és fiatal felnőtt fogvatartottak számára szerveznek különböző programokat, amelyek részben pályázati források, valamint civil szakemberek, szervezetek bevonásával működnek. A speciális kezelésbe vont személyek olyan közösségbe kerülnek, ahol a példamutatás, a közös sors vállalása motivációs erővel segíti az esetleges problémák feldolgozását, megoldását. A tapasztalatok azt igazolják, hogy a viszonylag komfortosabb körülmények, a „védett környezet” is növeli a hatékonyságot.

A gyógyító-nevelő csoportok és a drogprevenációs körletek vezetői, valamint a börtönpszichológusok számára szervezett 2007. évi 2 napos továbbképzés témáinak jelentős része a kábítószer-megelőzés kérdéskörét érintette.

Kezelés a büntetés-végrehajtási intézményekben

A fogvatartottak kábítószer-problémák miatti kezelése – a progresszív betegellátás elvei szerint – több helyszínen történik: az elhelyezésükre kijelölt büntetés-végrehajtási intézetben, vagy – akik pszichiátriai betegségük, állapotuk miatt nem kezelhetők járóbetegként – az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe (IMEI) kerülnek.

Ezen két csoport összesített létszáma 2007-ben a lejelentett TDI-adatlapok alapján 40 fő volt, mindegyikük férfi. 35%-uk az adott időszakban került kezelésbe először élete folyamán. Átlagéletkoruk 28,6 év, korosztályuk 20–49 év közötti, a két leggyakrabban előforduló korcsoport pedig a 20–24 évesek és a 30–34 évesek korcsoportja volt 11, ill. 18 fővel. Iskolázottságukat tekintve 77,5%-uk elvégezte a 8 általános iskolai évet, 10%-uknak nincs iskolai végzettsége, 12,5%-uk pedig középfokú végzettséggel rendelkezik.

A kezelték 52,5%-át életükben először opiátproblémákkal, azon belül is heroinfogyasztással kapcsolatos probléma miatt kezelték. A második legnagyobb csoportot (22,5%) a stimulánsok fogyasztása miatt létrejött gondok következtében kezelték. A heroinfogyasztók 90%-a intravénásan fogyasztotta a szert, a stimulánsokon belül az amfetamint fogyasztók (89%) 78%-a is injektálta az amfetamint¹²⁴. A fogvatartottak 12,5%-a kokaint használt. Az

¹²³ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának beszámolója alapján.

¹²⁴ Az intravénás kábítószer-fogyasztás élettartam prevalenciája az összes kezelt körében 80%-os.

életükben először kezelésbe kerülők több mint 70%-a ugyancsak heroin- és stimulánsfogyasztás miatt került kezelésbe, egyenlő arányban elosztva.

A kábítószer kipróbálásának életkora a heroinprobléma miatt kezelték körében 57%-ban a 15–19 éves korosztályba esett, 14%-uk 15 éves kora előtt, 24%-uk 20 éves kora után próbálta először a heroint. A kokaint fogyasztók nagy része a 20–24 éves kora körül, a stimulánsokat fogyasztók a 15–24 éves korban próbálták ki először az adott szert. A kannabiszt fogyasztóknál szintén ez utóbbi helyzet áll fenn. Az életükben először kezelésbe kerültek között is a 15–24 éves korosztályba tartozók próbálták ki a legtöbben a problémát okozó szert (heroin, kokain, amfetamin, kannabisz).

Másodlagos szerként heroin mellett legtöbben a stimulánsokat (főként amfetamint) és a kannabiszt jelölték meg. A kokain mint elsődleges szer mellett a stimulánsokat és néhány esetben az opiátokat; stimulánsfogyasztás mellett második szerként főleg a kannabiszt; kannabisz elsődleges szer mellett pedig a kokaint és a stimulánsokat jelölték meg a kezelték.

A kezelték TDI-adatlapjának felvételekor egyik fogvatartott sem jelezte, hogy az elmúlt hónapban fogyasztott volna kábítószer. Ezt magyarázhatja az, hogy az adatlapot nem azonnal az intézetbe kerülésük után veszik fel.

Azok a férfi fogvatartottak, akik nem igényelnek kórházi kezelést, de kábítószerfüggők, és a vonatkozó jogszabályok értelmében elterelésben részesülhetnek, az alternatív drogterápiás csoportban kapnak kezelést, mely szintén az IMEI szakembereinek közreműködésével, csoportterápia keretében valósul meg. A kezelésben résztvevők száma 2007-ben a Büntetés Végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) által szolgáltatott adatok szerint 57 fő volt. A BVOP Egészségügyi Főosztályának adatai szerint 2007. évben közülük 34 személy kezelését fejezték be.

A kábítószer-használatot kezelő más ellátást, mint az elterelés egyik lehetséges formáját, az erre kijelölt, megfelelő szakemberekkel rendelkező 11 bv. intézet hajtja végre, különös figyelemmel az előzetesen letartóztatotakra, nőkre, illetve fiatalkorúakra.

Az elterelés harmadik változatát jelentő megelőző-felvilágosító szolgáltatást mindegyik büntetés-végrehajtási intézet köteles nyújtani. Esetükben általános gyakorlattá vált a szakmai együttműködés az adott területen lévő büntetés-végrehajtási intézetek és szerhasználók kezelésével foglalkozó szakmai szervezetek között. A szolgáltatást általában pszichológusok, lelkeszek közreműködésével végzik. Ezek a programok általában motiváló, pszicho-edukációs, önségítő típusú, főleg csoportos, ritkábban egyéni terápiai. Ezek pontos számáról, működéséről adatok nem állnak rendelkezésre, de vannak intézmények, ahol évek óta folyik ilyen munka (pl. INDIT Közalapítvány – Pécs), vagy alkalmi jelleggel történik beavatkozás (Szekszárd, Gyula). Sok, az IMEI-be ugyan nem kerülő, de kezelésre szoruló

(akár előzetes letartóztatásban lévő) szerhasználóval a büntetés-végrehajtás pszichiátere, pszichológusai külön foglalkoznak.

Reszocializáció, reintegráció

A bv. intézetek szoros együttműködésben dolgoznak az Igazságügyi Hivatal Párfogó Felügyelői Szolgálatával, illetve a különböző segítő civil szervezetekkel a szabadulást megelőző időszakban is.

A Sopronkőhidai Fegyház és Börtönben 2007-ben pályázati program keretében a térség egyik civil szervezete megvalósította a „Rácson túl is lehet változni” nevű programot. Az egyedülálló komplex – szociálterápiás, pszichológiai és pedagógiai szempontok szerint kialakított – program¹²⁵ célja a fogvatartottak kábítószer-függőségének feltérképezése, kezelése, konfliktuskezelésük javítása, illetve személyiségük fejlesztése (önbizalom helyreállítása, nyelvi kifejezőképesség finomítása, társadalmi szerepek gyakorlása) volt, hogy mindezekkel segítse a fogvatartottak reszocializációját, a munkaerő-piacra történő reintegrációt, a bűnismétlés elkerülését. A programban 23 valaha kábítószerrel fogyasztó, szabadulás előtt álló férfi fogvatartott vett részt. Az átlagéletkor 31,2 év a legfiatalabb 28, a legidősebb 44 éves volt a vizsgálat idején. A leggyakrabban fogyasztott szer a kannabisz és származékai volt, a minta 91%-a jelezte a fogyasztást, második helyen az amfetamin származékok szerepelnek (73%). Az esetek 100%-ában felfedezhető volt a polidrog fogyasztás. Az első drogfogyasztás életkori átlaga 18,6 év volt. Az első drogfogyasztás átlagosan 3,9 évig tartott. A vizsgált mintából 13 fő (56,5%) ellen indítottak eljárást visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt. Az előzetes felmérés után egy személyre szabott kezelési terv készült, amelyet a fogvatartottak csoportszinten dolgoztak fel. A program végén készített hatásvizsgálatokból arra lehet következtetni, hogy nőtt a részt vevő fogvatartottak helyzet feletti kontrollja, a változtatásra való motiváltság. Közlékenyebbek, empatikusabbak lettek egymással szemben. A düh-elfojtás skála értéke szignifikánsan alacsonyabb lett, így közelebb kerültek az adekvát megküzdési módokhoz.

Ugyanez a szervezet kivitelezte a „Rabságból a Révbe érni” nevű programot a Vas Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetből és a Sopronkőhidai Fegyház és Börtönből szabadulók körében. Az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány támogatásával a büntetés-végrehajtási intézetből szabadulók reszocializációját, munkaerő-piacra történő reintegrációját valósította meg először a 2005/2006, majd a 2007/2008 évben. A szolgáltatás közép-pontjában az AVP tréning (Alternatívák az erőszakkal szemben) állt, célja

¹²⁵ Alkalmazott módszerek: szupportív terápia, szociálterápiás csoport, pszichológus által vezetett tematikus csoport, krízisintervenció, mediáció, pszichológiai tanácsadás, pszichológiai tesztek, hatásvizsgálat.

az erőszakmentes konfliktusmegoldási, -kezelési alternatívák elsajátítása, a felelősségvállalás és az önálló döntéshozatali képesség erősítése. Emellett a program, szabadulás után támogatást (megélhetési, lakhatási) nyújt, segít a szociális ügyek intézésében és a munkahelykeresésben. A munka során szoros együttműködés történik a térségben található bv. intézetekkel, pártfogó felügyeleti szolgálattal, munkaügyi központokkal és a munkáltatókkal. 2005/2006-ban 72 fogvatartott vett részt a programban, melyből 16 fő szabadult. A program közülük 15 főt juttatott jövedelemhez. 2007-ben a programban részt vevő 43 fő közül 6 fő szabadult, akik mindegyike munkához jutott. A 2 ciklusban zajló programban 5 fő vett részt, aki kábítószerfogyasztó múlttal, függőséggel rendelkezett.

A Pest Megyei Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálat a Budapesti Fegyház és Börtönnel, illetve a Fiatalkorúak Tököli Büntetés-végrehajtási Intézetével közösen 2007-ben megkezdte a „Harmonikus szabad életért” című, az Országos Bűnmegelőzési Bizottság pályázati kiírásán nyertes mikroprojektjét. A projekt célja olyan kísérleti program kidolgozása volt, amely a börtönpártfogás, az utógondozás és a családi döntéshozó konferencia módszereinek komplex alkalmazásával teremthet újszerű reszocializációs, reintegrációs lehetőségeket. A büntetés-végrehajtási intézetekből a büntetésüket letöltve, illetve feltételesen szabaduló – előéletükben kábítószer- és/vagy alkoholfogyasztásban érintett, illetve visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett – elítéltek számára a projekt lehetőséget biztosít arra, hogy a családi, illetve kis-közösségi konferenciabeszélgetés módszerének alkalmazásával, az ilyen kapcsolatok mozgósításával a szabadulás, illetve a társadalomba való visszailleszkedés eredményesebb legyen. A konferenciabeszélgetésekbe bevonják a reszocializációt elősegíteni képes szakembereket is annak érdekében, hogy a kliensek a család folyamatos támogatása mellett eljussanak a megfelelő kezelőhelyekre, illetve igénybe vegyék a helyi közösségben működő professzionális és civil segítő szervezetek, egyházi közösségek, munkaügyi központok (stb.) szolgáltatásait.

A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSÉVEL KAPCSOLATOS EGYÉB INTÉZKEDÉSEK

2007-ben az Országos Bűnmegelőzési Bizottság 11 olyan komplex bűnmegelőzési programot támogatott, amelyek kábítószer-prevenációs elemeket is tartalmaznak. A 2007-ben megvalósult támogatott programok legfontosabb kábítószer-bűnözés megelőzésével kapcsolatos módszerei: a kortárssegítés, filmterápia, konfliktus-kezelési képességeket fejlesztő drámapedagógia, illetve alternatív szabadidő-eltöltési módok biztosítása a csellengés,

sodródás helyett; főleg hátrányos helyzetű, illetve veszélyeztetett fiatalok számára.

A kábítószeres tiltott gyártásához is használt vegyi anyagok felhasználásának hatékonyabb ellenőrzéséhez a Vám- és Pénzügyőrség képzési anyagot dolgozott ki, amely a 2006/2007-es tanévben beépítésre került a Rendőrtiszti Főiskola és a Vám- és Pénzügyőri Iskola oktatási tematikájába. A „Prekurzor Kézikönyv” címmel megjelenő segédanyag tartalmazza mind a hazai, mind a nemzetközi szabályozást, valamint a vegyi anyagok jellemzőit és a munkavédelmi előírásokat is. A kézikönyv a Testület valamennyi érintett szervezeti egysége részére kiosztásra került.

3. Kábítószerpiac¹²⁶

Háttér, előzmények

A Magyarországon lefoglalt kábítószeranyagok vizsgálatát a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet laboratóriumai végzik.

A büntetőeljárásról szóló törvény szerint 2007. január 1-jétől büntetőügyekben szakértőként nem járhat el „az ügyben eljáró vagy eljáró bírósággal, ügyészséggel, nyomozó hatósággal alkalmazotti vagy szolgálati viszonyban lévő személy”. A törvény módosításából adódó szervezeti átalakítások keretében az országban működő, korábban a Megyei Rendőr-Főkapitányságokhoz tartozó regionális kábítószer-vizsgáló laboratóriumok szervezetenként integrálódtak a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézetbe. Az átszervezés következtében – a korábban 10 szakértővel működő – 5 regionális laboratóriumban jelenleg 6 szakértő dolgozik.

3.1 Hozzáférhetőség és kínálat

HOZZÁFÉRHETŐSÉG

A Nemzeti Nyomozóiroda információi szerint a kokainnak mind a kínálati, mind a keresleti oldalán 2007-ben szignifikáns növekedés volt érzékelhető. Ennek következtében a kokain beszerzési, „nagybani” ára is csökken, illetőleg könnyebben hozzáférhető az európai nagyelosztók számára, mely folyamat a hazánkhoz hasonló, viszonylag kisebb felvevő országok piacaira is hatással van.

Hasonló elmozdulás tapasztalható a GHB piacán is. Bár lefoglalási adatok

¹²⁶ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Tarján Anna.

ez idáig ezt a folyamatot nem támasztják alá, hírszerzési információk alapján elmondható, hogy a rekreációs környezetben használt kábítószeresek között egyre markánsabb szerepet tölt be az említett szer, mely elsősorban a 18–25 év közötti korosztály körében közkedvelt.

Hozzáférés a középiskolai diákok véleménye alapján

A 2007-es budapesti iskolavizsgálat¹²⁷ során azt kérdezték a diákoktól, hogy véleményük szerint hol tudnának könnyen marihuánához vagy hasishoz jutni (Elekes 2007).

A 8–10. évfolyamos diákok 34,1%-a nem tudott ilyen helyet megnevezni. A többiek legnagyobb arányban a diszkókat, bárókat (41,0%) említették, ezt a díler lakása (25,7%) és az utca, park (24,7%) követték. A megkérdezett diákok mindössze 14,4%-a gondolja azt, hogy az iskolában könnyű marihuánához vagy hasishoz jutni. Legkisebb arányban az internetet (11,9%) és a plázákat (3,8%) nevezték meg.

Az eredményeket összehasonlítva a 2003-as budapesti iskolavizsgálat¹²⁸ eredményeivel megállapítható, hogy kevesebb budapesti diák gondolja úgy, hogy az iskolában könnyű marihuánához vagy hasishoz jutni, azonban több mint 10%-kal nőtt azok aránya, akik szerint a diszkókban, bárókban könnyen beszerezhetők ezek a szerek.

A marihuána helyszín szerinti hozzáférhetősége a 9-10. osztályosok véleménye alapján, 2003-ban és 2007-ben

Hely	Könnyen hozzá tudna jutni	
	2003	2007
utcán, parkban	18,4%	24,7%
iskolában	18,5%	14,4%
diszkóban, bárban	29%	41,0%
a díler lakásán	20,1%	25,7%
plázában	7,2%	3,8%

Forrás: Paksi és Elekes 2003, Elekes 2007

KÁBÍTÓSZER-TERMESZTÉS ÉS ELŐÁLLÍTÁS

A kannabisz növény lefoglalások száma az elmúlt években folyamatosan emelkedett, ami a magyarországi illegális kendertermesztés terjedését mutatja. A lefoglalt növények számának jelentős részét adják a tápkockában

¹²⁷ Módszertant lásd: 1.3 fejezet.

¹²⁸ Budapesti iskolavizsgálat 2003. Reprezentatív minta Budapest iskoláinak 8-9-10. évfolyamán tanuló (14–16 éves) fiatalokra (nettó minta 2453 fő, válaszadási arány: 79,8%), önkéntes kérdőív ESPAD standardok szerint (Elekes és Paksi 2003b).

nevelt palánták, ami a mesterséges körülmények között történő („indoor”) termesztés népszerűségére utal. A marihuána termesztéséhez szükséges magok Hollandiából, míg a technikai felszerelések már hazai „mezőgazdasági” boltoknak álcázott árusítóhelyeken is beszerezhetők.

A hazai ültetvényekkel kapcsolatban megállapítható, hogy azok kialakításában egyre több esetben jelennek meg olyan külföldi, elsősorban holland állampolgárok, akik korábban hazájukban a rendőrség látókörébe kerültek már hasonló tevékenység miatt. Gyakorta ők biztosítják a szellemi és anyagi tőkét, a technológia beszerzési forrását. A hazai elkövetők anyagi forrással és személyes munkavégzéssel (gondozás, betakarítás, értékesítés) vesznek részt a kábítószer előállításában.

2007 folyamán a rendőrség egy illegális kábítószer előállító laboratóriumot foglalt le. A házi laboratóriumban a lefoglaláskor 2C-B előállítás volt folyamatban, mintegy 1,5 kg hígíthatlan hatóanyag került lefoglalásra. A 2C-B mellett további amfetamin-származékok előállítására alkalmas kiindulási anyagokat, valamint mintegy 0,5 kg 2,5-dimetoxi-amfetamin (DMA) vagy 4 bróm 2,5 dimetoxi-amfetamin (DOB) előállítására alkalmas anyagot (köztiterméket) is találtak.

Lefoglalásra került egy olyan illegális laboratórium is, ahol feltételezhetően átitatott hordozóban csempészett kokaint vontak ki és alakítottak vissza – a feketepiacon értékesíthető – por formára. Ebben a laboratóriumban a kokain tartalmú porokon és oldatokon kívül, többek között amfetamin és metamfetamin előállítására alkalmas, nagyobb mennyiségű alapanyagot (benzil-metil-ketont) és reagenseket is találtak.

A heroin hígítására leggyakrabban alkalmazott paracetamolból és koffeinnél álló porkeverékből több alkalommal, általában nagyobb mennyiségű heroin mellett, összesen mintegy 37 kilogramm került lefoglalásra.

Szintén több esetben, kokain mellett, a kokain hígítására gyakran használt komponenseket és a hígított anyag tömbbé préselésére szolgáló eszközöket is lefoglaltak.

A KÍNÁLAT FORRÁSAI, CSEMPÉSZÚTVONALAK¹²⁹

A szintetikus kábítószerek csempészetében és terjesztésében (elsősorban Hollandiában) közreműködő elkövetői körök, illetve a „Balkán-útvonalon” heroin csempészetben résztvevő elkövetői körök tekintetében a 2006-ban jelentett állapotokhoz képest 2007-ben markáns eltérés a kábítószer-kínálat, illetőleg kereskedelem terén nem mutatkozott. A 2006. és 2007. év tapasztalata az volt, hogy a szintetikus kábítószerekkel foglalkozó nagyobb terjesz-

¹²⁹ A Nemzeti Nyomozóiroda, illetve a Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ jelentése alapján.

tői hálózatok teljes vagy részleges felszámolása sem hozhat tartós sikert, amennyiben a hazai csempész és terjesztő hálózatokat ellátó, Hollandiában tevékenykedő kiszolgáló hálózat működhet tovább.

A felderítő munka során információk keletkeztek arra vonatkozóan, hogy az elkövető csoportok a volt szovjet tagköztársaságokban is rendelkeznek kapcsolatokkal, és Ukrajna irányából csempésznek kábítószer Magyarországra, illetve hazánkon keresztül más országokba. Ezt nagy mennyiségű kábítószer lefoglalások is alátámasztják. A Magyarországra irányuló csempészetet kamionokkal, autóbuszokkal, személygépkocsikkal végzik, de vonaton és folyami hajón is szállítanak Magyarországra kábítószer.

A Magyarországon árult kokaint jellemzően Hollandiából, a Holland-Antillákról, illetve Kolumbiából vagy Ecuadorból szerzik be, de az utóbbi két évben elosztóhelyként lépett elő Németország és Románia. Az országba érkező anyag nagy része csomagolásra, majd továbbszállításra kerül olasz, német, illetve angol célállomások felé.

Figyelemre méltó, hogy továbbra is használatos módszer a gyomorban történő „nyeléses” behozatal. A kokaincsempészetben a magyarok mint drogfutárok vesznek részt. A megbízók és szervezők köre jellemzően nyugat-afrikai, elsősorban nigériai bűnszervezetekhez köthető.

A Nemzeti Nyomozóiroda információi alapján az is elmondható, hogy a nemzetközi kokaincsempészetre használt tradicionális hajóútvonalak egyre inkább háttérbe szorulnak, és az Európába áramló kokain jelentős része Afrika – jellemzően „közép-afrikai” vizeken történő kirakodást követően – érintésével érkezik a kontinensre. A jelenséghez továbbá hozzájárul az afrikai térségben megfigyelhető, mindent átfogó korrupció, a rendőri-, vám-, valamint határellenőrzés gyakorlatilag teljes hiánya, illetőleg a folyamatos európai kereslet-növekedés is.

Ezt igazolja az az információ is, miszerint erősödni látszik az a törekvés egyes bűnelkövetői csoportok tekintetében, hogy a kokaincsempész útvonalakat átteszik Dél-Európába, elsősorban Spanyolországba, ahova hajóval érkezik Dél-Amerikából, illetve Észak-Afrikából a kábítószer. Ezeket a jelenségeket alátámasztva tapasztalható, hogy a magyar kábítószer futárok közúton Spanyolországból (a korábbi hollandiai beszerzési forrásokat mellőzve) Magyarországra csempésznek kokaint. A struktúraváltás alapvető oka, hogy a Spanyolországból becsempészett kokain minősége jóval meghaladja a Hollandiában beszerezhető kokain tisztaságát. A fenti új útvonalon keresztül hazánkba csempészett kokain legnagyobb részének végső állomása Nyugat-Európa.

Az Europol szakemberei szerint a határok átjárhatósága miatt Európaszerte egyre nagyobb jelentőséggel bír azon vegyi anyagok előállítás, illetőleg kereskedelme és szállítása, melyekből még közvetlenül kábító-

szer nem állítható elő, azonban jelenlétük szükséges a kémiai folyamatok lejátszódásához.¹³⁰ Ezen tevékenység egyre kevésbé kontrolálható, és ezt a kábítószer előállításban érdekelt bűnözői csoportok is kihasználják. Ebben a típusú illegális kereskedelemben több tagállam adatai szerint Magyarország is erősen érintett, amelyet a rendelkezésre álló hazai információk is részben alátámasztanak.

Magyarországon belül a kábítószer elosztás rendszerében már megszűnt a főváros központúság, a terjesztő hálózatok saját külföldi forrásokkal és hazai termelői kapacitással rendelkeznek. A terjesztésben egyre nagyobb szerepet tölt be az internet felhasználása.

3.2 Lefoglalások

Az alábbi táblázat a – kábítószeres bűnügyekben eljáró – Rendőrség valamint Vám- és Pénzügyőrség által lefoglalt anyagok együttes mennyiségét tartalmazza.

Lefoglalások száma és mennyisége				
Szer típus	2006		2007	
	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség
Marihuána (kg)	1540	266,5	1352	346,6
Kannabisz növény (tő)	50	3529	105	1667 *
Hasis (kg)	67	3,0	55	11,9
Heroin (kg)	144	131,1	154	80,3
Kokain (kg)	113	7,3	134	15,3
Amfetamin (kg)	368	21,8	417	35, 8
„Ecstasy” tableta (db)/ MDMA, MDA, MDE/	145	138 278	152	131 632
LSD (adag)	13	2148	12	71
Összesen	2440		2381	

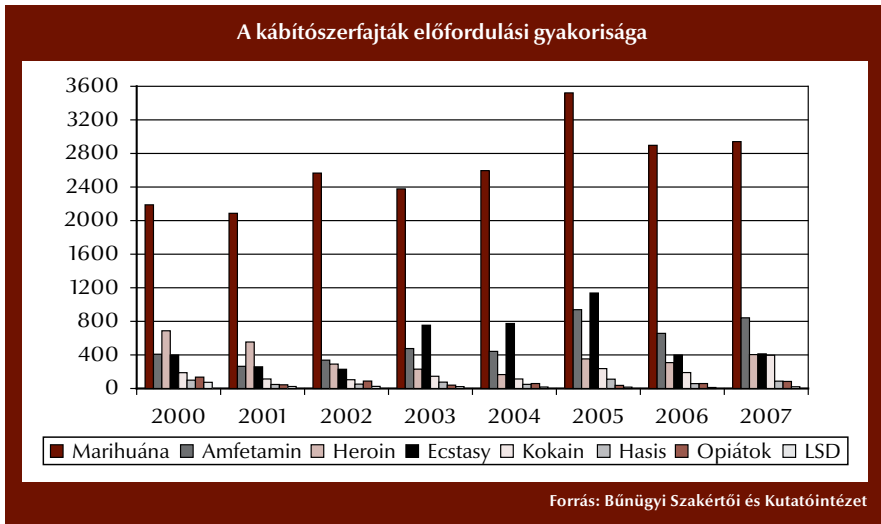
* csak a laboratóriumba küldött reprezentatív minta mennyiségét tartalmazza
 Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség alapján a legelterjedtebb kábítószer továbbra is a marihuána, amelyből a lefoglalt mennyiség az utóbbi években folyamatosan növekszik. Ezt követi az amfetamin, majd a

¹³⁰ Többségében a BMK-n (benzil-metil-ke-ton) és a PMK-n (piperonil-metil-ke-ton) kívüli prekursor anyagokról van szó.

heroin, a kokain és az ecstasy. A lefoglalt ecstasy tabletták mennyisége, az előző évhez hasonlóan, csökkenő tendenciát mutat.

Egyértelmű növekedés tapasztalható továbbra is a kokain lefoglalások tekintetében – különösen a lefoglalt anyagokban és tárgyakon kimutatott hatóanyagok előfordulási gyakorisága alapján –, aminek eredményeképpen a kokain 2007-ben a heroinnal és az ecstasy-val azonos gyakorisággal előforduló kábítószer volt.



A leggyakoribb kábítószereket az előfordulás gyakorisága szerinti sorban 2006-hoz hasonlóan a ketamin követi. Az előző évek növekvő tendenciája folytatódik a – kábítószernek nem minősülő, de a szervezetbe jutva gamma-hidroxi-vajsavvá (GHB) alakuló – gamma-butirolakton (GBL) esetében is: 2007-ben 12 ügyben, közel 7 liter GBL került lefoglalásra, ami a szerrel való visszaélések további terjedésére utal. Fontos megjegyezni, hogy 2007 folyamán egy alkalommal kis mennyiségű, szilárd GHB is lefoglalásra került.

(Lefoglalt illegális laboratóriumok 2007-ben, lásd: 10.1: Kábítószer-termesztés és -előállítás.)

3.3 Ár/tisztaság

KÁBÍTÓSZEREK UTCAI ÁRAI

2007-ben ismét felmérték a kábítószer utcai árait, amelyek az előző évek gyakorlatát követve a kábítószer-fogyasztók által kitöltött kérdőívek alapján kerültek meghatározásra.

A válaszadás arányait tekintve továbbra is a marihuána esetében tudtak a legtöbben választ adni. Ezt az arányt lassan eléri az amfetamin, illetve ecstasy esetében választ adók száma, amely az előző évhez képest tovább nőtt. A kokain áráról is többen rendelkeztek információval a múlt évhez képest. Ez egyrészt alátámasztja a kínálat, illetve a lefoglalások tekintetében szintén megállapított jelenséget, miszerint a kokain elterjedtsége egyre nő a kábítószerpiacon. Másrészt a kokain miatt kezelésbe kerültek számának emelkedésével (lásd: 4.2 fejezet), illetve az átlagpopulációban megfigyelt kokain-fogyasztásra vonatkozó növekvő (18–34 évesek körében) tendenciákkal (2.1 fejezet) is összhangban van.

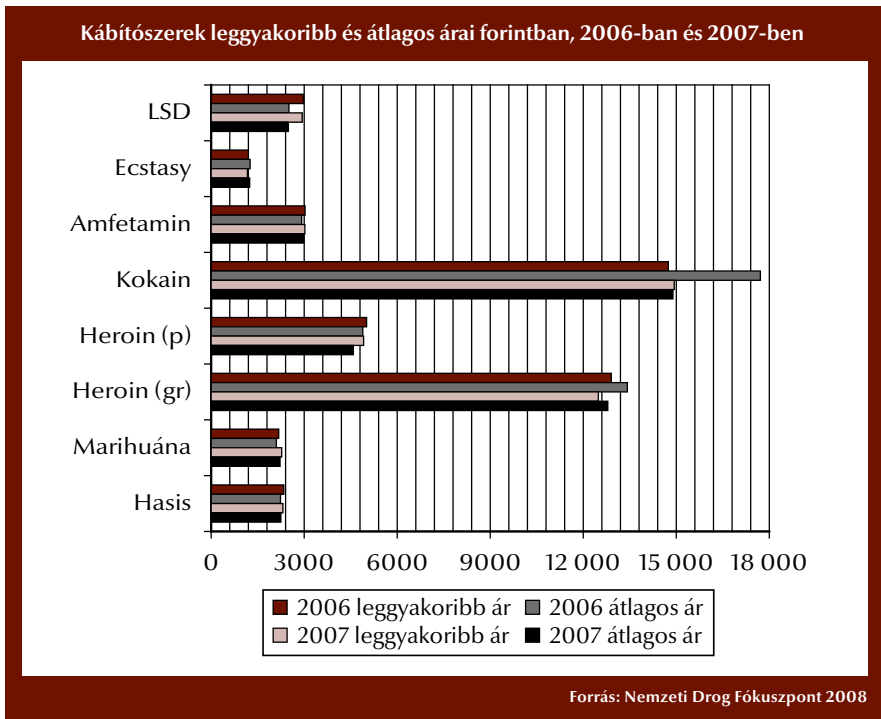
FORINT	Leg- alacsonyabb	Leg- magasabb	Leg- gyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	1880	2804	2308	2342	62
Marihuána (gr)	1770	2582	2274	2176	90
Heroin (gr)	10 531	15 263	12 488	12 897	55
Heroin (pakett)	4022	6000	4910	5011	52
Kokain (gr)	12 648	16 827	14 931	14 738	68
Crack (gr)	11 444	16 667	11 750	14 056	10
Amfetamin (gr)	2468	3573	3014	3020	83
Ecstasy (tabletta)	806	1593	1164	1199	81
LSD (adag)	2458	3500	2930	2979	45
Metadon (20 mg)	1247	1930	1600	1589	37
Metadon (5mg)	472	763	545	617	19

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2008

Az előző évben jelentett árakhoz¹³¹ képest a következő változások figyelhetők meg: Nőtt a hasis, a marihuána, az amfetamin és az LSD átlagos és leggyakoribb ára is. A heroin grammonkénti ára csökkent, azonban pakett kiszereelésben drágult az előző évhez képest mind az átlagos, mind a leggyakoribb ár tekintetében. A kokain leggyakoribb ára nagyon csekély mér-

¹³¹ Az elemzés a forintban megadott árak alapján történt.

tékben nőtt, azonban átlagos ára jelentősen csökkent, ami arra utal, hogy a kokain egyre olcsóbban érhető el a hazai piacon. Ez összhangban van a kínálat és a lefoglalások területén megfigyelt tendenciákkal.

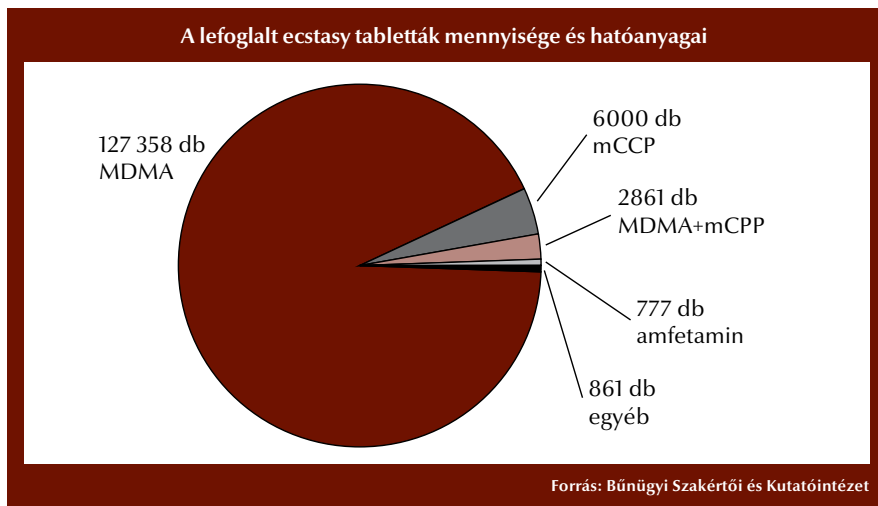


TISZTASÁG

Hatóanyag-tartalom tekintetében, 2007 folyamán a korábbi évhez viszonyítva jelentősebb változás az ecstasy tabletták esetében tapasztalható.

A lefoglalt ecstasy tabletták legtöbbször 2007-ben is MDMA hatóanyagot tartalmazott, de számottevő mennyiségben foglaltak le az MDMA mellett mCPP-t is tartalmazó, illetve kizárólag mCPP hatóanyagot tartalmazó tablettákat is.

A lefoglalásokban új hatóanyagként tűnt fel ecstasy tablettákban néhány alkalommal a DOB nevű amfetamin származék, továbbá több alkalommal foglaltak le kábítószernek nem minősülő piperazin származékokat tartalmazó tablettákat is.



Az MDMA-t tartalmazó tabletták körében – a 2006. évvel ellentétben – a 2007. évben nem fordultak elő kiugróan alacsony hatóanyag-tartalmú tabletták. Az amfetamin hatóanyagot tartalmazó ecstasy tabletták esetében, a korábbi években tapasztalt, jellemzően 430 milligramm/tabletta hatóanyag-tartalomhoz képest, a 2007 folyamán vizsgált tablettákban lévő amfetamin mennyisége egy esetben sem haladta meg a 10 milligrammot.

A klasszikus kábítószeres (marihuána, heroin, kokain) és az amfetamin esetében a hatóanyag-tartalom eloszlásban az előző évhez képest markáns változás nem tapasztalható.

Következtetések

A kínálat területén megfigyelt tendenciák, illetve a lefoglalások adatai alapján, a kábítószerpiacon zajló legjelentősebb változás a kokain-használat több éve tartó folyamatos emelkedése. A lefoglalási adatok szerint a kokain előfordulási gyakorisága 2007-re elérte a heroin és az ecstasy szintjét, ezekkel „holtversenyben” a harmadik legelterjedtebb kábítószerre lépett elő. Ezt alátámasztja az utcai árakat feltérképező kutatás is, amelynek során megnőtt a kokain áráról információval rendelkezők száma, illetve átlagos árának tekintetében jelentős csökkenésről lehet beszámolni.

Az „ecstasy” tabletták körében újabb hatóanyagok (DOB és jelenleg kábítószernek nem minősülő piperazin származékok) jelentek meg.

A felderített, szintetikus kábítószeres előállító illegális kábítószer laboratóriumok, valamint a hígító/feldolgozó helyek működésére utaló lefoglalások a magyarországi feketepiaci ellátó és terjesztő rendszerek strukturális átalakulását, fejlődését jelezheti.

Felhasznált irodalom

- BUSA Cs., TISTYÁN L., FÜZESI Zs., SZEMELYÁCS J. (2008). Kirekesztődés és kirekesztés. A droghasználók társadalmi megítélése és kirekesztettsége a kábítószer-fogyasztók és társadalmi környezet szemszögéből. Kérdőíves szociológiai vizsgálatok a pécsi lakosság és drogambulanciák kliensei körében. Pécs. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.
- CSÁKINÉ K. L. (szerk.) (2007). Szakmai irányelvek a szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásaihoz. *Kapocs füzetek* (5). Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest.
- CSOHÁN Á., DUDÁS M., GYŐRI Z., MINÁROVICS J., RUSVAI E., (2008a). A hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2006–2007. évi prevalenciájának vizsgálata. Országos Epidemiológiai Központ, *Beszámoló a 2007. évi tevékenységről*.
- CSOHÁN Á., KASZÁS K., LENDVAI Gy. (2008b). Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről. Országos Epidemiológiai Központ. Nem publikált tanulmány.
- Droginfo 2005* (2005). Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezete, csoportok információs tára. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.
- ELEKES Zs., PAKSI B. (2000). Drogok és fiatalok. A középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. Ismertető, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért felelős helyettes államtitkárság, Budapest.
- ELEKES Zs. (2004). A középiskolás fiúk és lányok dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások 1992–2003 között. *Addiktológia* 2004 (4) 515–532.
- ELEKES Zs. (2005). A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia* 2005 (4) 345–374.
- ELEKES Zs. (2007). Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. *Addiktológia* 2007 (3) 189–211.

Emberbarát Alapítvány (2007). Hírlevél az Emberbarát Alapítvány „Pszi-cho-szociális gondozás és módszertani ajánlás” c. tananyag készítése, és képzés szervezése a szociális területen dolgozók számára c. projektjéről. <http://www.emberbarat.hu/Items/Projekthirlevel4.html>.

EMCDDA (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA.

FÁBIÁN R., POSTA J. (2008). A régió iskoláiban tanuló diákok egészségkárosító magatartásformák iránti veszélyeztetettsége. Szükségletek és igények az iskolai megelőzési tevékenység iránt. Dél-dunántúli Regionális Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.

GACHÁLYI A. (2008). 2007. évben végzett szűrővizsgálatok. MH EVI Toxikológiai Kutató Osztály, Kábítószer Vizsgáló Laboratóriuma. Nem publikált tanulmány.

GEREVICH J. (2007). A drogfogyasztás pszichiátriai komorbiditása. Addiktológiai Kutató Intézet. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.

GEREVICH J. (2008). A drogfogyasztás pszichiátriai komorbiditása. Addiktológiai Kutató Intézet. Elhangzott: A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása. Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest. (2008. 05. 09.).

GERGÁL T., MÁTÉ Zs. (2008). A „pécsi modell”. *Háló* 2008 (3) 10–13.

HAJDÚ G. (2008). Eltereltek és drogfüggők támogatási szükséglete. Addiktológiai Kutató Intézet. Nem publikált tanulmány.

JÓNÁS J., BARSINÉ F. K., PÉTERFINÉ T. M. (2008). *A pulmonológiai intézmények 2007. évi epidemiológiai és működési adatai*. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2007). Főbb munkaügyi folyamatok, 2006. január–december.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2008). Főbb munkaügyi folyamatok, 2007. január–december.

LENCSE M., RÁCZ J. (2008). EQUAL A/077 PROJEKT, „... akiket kezd elveszíteni az élet ...”. A komplex nappali terápiás és közösségi szolgáltatásrendszer értékelési modelljének bemutatása. Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány, Budapest. Nem publikált tanulmány.

- MAGADÉRT (2008): MAGADÉRT Drogmentességet Védő Alapítvány, *Közhasznúsági Jelentés a 2007. évre*.
- NDI (Nemzeti Drogmegelőzési Intézet) (2007). Az alacsony küszöbű szolgáltatók tevékenységének felmérése. Nem publikált adatok.
- OEP (Országos Egészségpénztár) (2007). Összefoglaló a jogviszony-ellenőrzés területén bekövetkező változásokról.
<http://www.oep.hu/pls/portal/url/ITEM/4061D96AD82DEB1FE040A8C0CB32716F>.
- PAKSI B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Szakmai forrás sorozat. 4. L'Harmattan, Budapest.
- PAKSI B., ELEKES Zs. (2003). A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia* 2003 (3–4) 275–304.
- PAKSI B., ELEKES Zs. (2004). A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa, Balatonfüred. (2004. 10. 21–23.).
- PAKSI B., ELEKES Zs. (2005). A 9-10. évfolyamos középiskolások drogfogyasztása Budapesten 2004-ben. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.
- PAKSI B. (2007). A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In: *Az addiktológia alapjai I*, Demetrovics Zs. (szerk), 379–413. Eötvös Kiadó, Budapest.
- PAKSI B., ARNOLD P. (2007). A magyarországi felnőtt népesség drogérintettsége – új fejlemények. *Addiktológia* 2007 Supplementum 1. p. 49. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007. 11. 22–24.).
- PAKSI B., ARNOLD P., DEMETROVICS Zs., KUN B., RÓZSA S. (2007). A droghasználat társadalmi mintázatának egyes aspektusai a magyarországi felnőtt népesség körében. *Addiktológia* 2007 Supplementum 1. p. 50. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007. 11. 22–24.).
- PAKSI B., GURÁLY Z., SCHMIDT A., ARNOLD P., BREITNER P. (2008). A drogfogyasztás és hajléktalanság. *Addiktológia* 2008 (2). Megjelenés alatt.

- SZÉKELY T. (2008). Addiktológiai ellátás az egészségügyi reformfolyamat tükrében. Tájékoztató a Kábítószerügyi Eseti Bizottság számára. Országos Egészségpénztár. Elhangzott: Magyar Országgyűlés Kábítószerügyi Eseti Bizottsága, Budapest. (2008. 02. 07.).
- SIMICZ F. (2007). EQUAL A/077 PROJEKT, „... akiket kezd elveszíteni az élet ...”, Félutas Lakás Program. Leo Amici 2002 Addiktológiai Alapítvány. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.
- TIHANYI T. (2004). Új feladatok – új szerepek – új státusok az iskolai gyermekvédelemben. Pécs, 2004. Szakdolgozat.