

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről

2009

A SZOCIÁLIS ÉS MUNKAÜGYI MINISZTERIUM
SZAKMAI KIADVÁNYSOROZATA
Budapest, 2009

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

Felelős kiadó: Halmos Ádám
A borítót egy leállt szenvedélybeteg festményének felhasználásával
Kovács Balázs 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
1. KÖZÖSSÉG ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS	15
1.1 Jogi keretek	15
1.2 Jogalkalmazás	16
1.3 Nemzeti akcióterv, stratégia, értékelés és koordináció	17
1.3.1 A nemzeti stratégia megvalósításának intézményrendszere	20
1.3.1.1 Koordinációs intézkedések, változások	20
1.3.1.2 A KKB 2008. évi működése	20
1.3.1.3 A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. évi helyzete és éves tevékenysége a pályázati támogatás tükrében	20
1.3.2 Költségvetés és közkiadások	35
1.3.3 A nemzetközi együttműködés szinterei	37
1.4 A kábítószer-problémával foglalkozó kutatások	42
1.4.1 Drogfogyasztás az iskolás- és fiatalok közötti populációban	42
1.4.1.1 ESPAD 2007	42
1.4.1.2 Ifjúság 2008	47
1.4.2 Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban	50
1.4.2.1 Kábítószer-használat és problémás kábítószer-használat a börtönben	50
1.4.2.2 Katonák	63
1.4.3 Kezelésben nem részesülő problémás fogyasztók jellemzői	63
1.4.4 Problémás amfetamin- és metamfetamin-használat és következményei	69
1.4.4.1 Az amfetamin-használat epidemiológiája	69
1.4.4.2 Trendek és mintázatok az amfetamin-használatban	77

1.4.4.3 Pszichoaktív szerhasználat egy túcsereprogram kliensei körében (Csák 2009)	80
1.4.5 Helyi, regionális kutatások	83
1.5 Attitűdformálás	88
1.5.1 Parlamenti és társadalmi viták a kábítószer-problémáról	88
1.5.2 Rendezvények, megjelenés a médiában	88
1.5.3 A pályázati támogatásban részesült 2007. évi képzési programok áttekintése	91
2. MEGELŐZÉS	95
2.1 Általános prevenció	95
2.2 Célzott prevenció	97
2.3 Javallott prevenció	103
2.4 A 2008-as évben megvalósított prevenciók céljátételezést megfogalmazó pályázati tevékenység áttekintése	105
3. KEZELÉS – ELLÁTÁS	119
3.1 Ellátórendszer	120
3.2 A kezelt betegek jellemzői	130
3.3 Tendenciák a kezelt betegek körében (az OSAP adatok tükrében)	164
3.4 A drogfogyasztás egészségügyi szövődményei	165
3.4.1 Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek	167
3.4.2 Közúti balesetek	191
3.4.3 A várandósság alatti droghasználat hatása, magzati szindróma	191
3.4.4 Kábítószer-mérgezési esetek	192
3.4.5 Túladagolásokkal kapcsolatos tapasztalatok intravénás drogfogyasztók körében	195
3.5 Drogfogyasztással összefüggő halálesetek és halandóság a drogfogyasztók körében	196
3.5.1 Közvetlen túladagolás okozta halálesetek	197
3.5.2 Közvetett (indirekt) kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás	200

3.6 Válaszok a drogfogyasztás egészségügyi szövődményeire és következményeire – kezelés, ártalomcsökkentő beavatkozások és programok	200
3.6.1 Drogfogyasztás okozta halálesetek megelőzése	200
3.6.2 Drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek prevenciója és kezelése	201
3.6.3 Más egészségügyi vonatkozások és következmények kezelése	211
3.7 A drogfogyasztás szövődményei – szociális következmények és azok kezelése	213
3.7.1 Társadalmi kirekesztettség	213
3.7.2 Társadalmi reintegráció	229
3.7.3 Reszocializációs, reintegrációs tevékenység támogatását szolgáló pályázatok rövid áttekintése	229
3.7.4 Alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezetek pályázati támogatása, a pályázati támogatás által lehetővé tett szakmai tevékenység	237
4. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS: KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A KÁBÍTÓSZERPIAC	243
4.1 Kábítószer-bűnözés	244
4.2 Kábítószer-használat a börtönben	251
4.3 A kábítószer-bűnözés megelőzése	252
4.4 Kábítószerpiac	254
4.4.1 Hozzáférhetőség	254
4.4.2 A kínálat forrásai: hazai kábítószer-termesztés és -előállítás, külföldi importálás	257
4.4.3 Lefoglalások	261
4.4.4 Ár/tisztaság	263
4.5 Kannabiszpiac és -termesztés	267
4.5.1 A hazai kannabisztermesztés története és háttere	267
4.5.2 Lefoglalások	279
4.5.3 Bűncselekmények	282
Felhasznált irodalom	284

Miniszteri köszöntő

Tizenegy kötet látott már napvilágot az éves hazai kábítószerhelyzetet bemutató „Jelentés” könyvsorozatban. Az évente összegyűjtött adatok nemcsak a hazai drogpolitika éves áttekintésekor szolgálnak számunkra fontos információkkal, hanem segítenek értékelni hosszabb periódusokat. Így volt 2009-ben, amikor is az első nemzeti drogstratégia megvalósításának végéhez érkeztünk, és értékelnünk kellett közel egy évtized munkáját. Minden értékelés alapfeltétele, hogy kellő mennyiségű és minőségű információval rendelkezünk az adott témakörrel. A kábítószer-probléma különös sajátossága, hogy egyszerre több ágazati körbe tartozó információt szükséges feldolgoznunk ahhoz, hogy átfogó képet kapjunk a hazai drogprobléma változásairól. Ezért is fontos érték, hogy az európai uniós kábítószerügyi információs rendszerhez kapcsolatosan Magyarországon is rendelkezünk egy rendszeres, központi adatgyűjtési mechanizmussal. A Nemzeti Drog Fókuszpont színvonalas adatfeldolgozó munkája révén évről-évre sikerült közelebb jutnunk a témakörrel kapcsolatos szerteágazó információhalmazhoz. A kábítószerügyi koordináció által kiegészített ismertetőkkel a „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről” címet viselő kiadványok hasznos eszköznek bizonyultak az átfogó értékelési munka során.

A stratégia értékelését szolgáló kutatás eredményeinek összegzésekor – a rendszerben lévő hiányosságokra való figyelemfelhívás mellett – meg lehetett állapítani, hogy a 2000-ben elfogadott program eredményeképpen jelentős fejlődés volt megfigyelhető a kábítószer-probléma területén. Az e probléma megoldására kipróbált legjobb nemzetközi gyakorlatok szinte valamennyi eleme megjelent már Magyarországon, és a stratégia jóvoltából megindult azoknak rendszerszerű alkalmazása. A következő drogstratégia lehetséges feladataként fogalmazódott meg a rendszer intenzív fejlesztése: a szolgáltatások minőségének javítása és földrajzi kiterjesztése, valamint valamennyi célcsoport szükséges mértékű elérésének biztosítása. (A 2009-es évben tehát nemcsak értékelnünk kellett, hanem a továbblépés, egy új stratégiai program alapjait megteremteni.) Az Országgyűlés 2009 tavaszán új hazai nemzeti stratégiai program megalkotására kérte fel a kormányt. Az év decemberében az országgyűlés által elfogadott új stratégiai program egyéb szempontok mellett a tényalapú megközelítésmódot fogalmazza meg vezérelvként. Ezen elv alapján a drogproblémára adható hatékony intézményi válaszok meghatározásakor továbbra is elsőbbséget kell tehát élvezniük a tudományosan megalapozott érveknek, bizonyítékoknak és adatoknak. Jelen kötet ebben segíti a területen dolgozó szakemberek, döntéshozók munkáját.

A drogprobléma továbbra is számos vitát kiváltó, súlyos társadalmi szintű probléma Magyarországon, de bővülő tudásunk mindenképpen hozzásegíthet bennünket ahhoz, hogy összehangoltan, tudatosan cselekedjünk a probléma adekvát kezelése, az egyéni sorsok javítása és a társadalmi biztonság megteremtése érdekében. Ahhoz, hogy érdemben mérsékeljük a probléma hatásait és kockázatait, a kábítószerügy területén működő szervezetek közötti együttműködésbe kell bizalmat és energiát fektetnünk.

Köszönöm a kötet létrehozásában működő intézményeknek és szakembereknek, hogy elősegítették e jelentés megalkotását, az olvasóknak pedig kívánom az adatok és információk hasznos tanulmányozását.

Dr. Herczog László
miniszter

Bevezetés

Az éves jelentés a korábbi évek hagyományainak megfelelően a 2008-as esztendő legfontosabb adatait kívánja bemutatni a magyarországi kábítószerhelyzet vonatkozásában. Az adatok ismertetésének formája azonos a 2009 végéig hatályban lévő nemzeti drogstratégia pillérstruktúrájával. A kiadvány a teljes intézményi, jogszabályi spektrum ismertetése helyett hagyományosan az év folyamán bekövetkezett változásokról és intézményfejlesztésekről számol be. Kivételt képeznek ez alól természetesen idén is azok a számadatok, ahol az évenként változó tendenciák bemutatása is cél.

A könyv szándékolt törekvése az, hogy a számok mögött rejlő változások okairól is minél több hasznosítható információt nyújtson az olvasó számára. Több adat vagy jelenség esetében találkozunk még az elemzés korlátaival, de egyre nyilvánvalóbb, hogy ezek a hiányosságok az adatgyűjtési tartalom fokozott bővülésével, a vizsgálati indikátorok további fejlesztésével a jövőben egyre inkább áthidalhatóak lesznek.

Bízunk benne, hogy a jelentés az egyes intézkedések értékelésére is lehetőséget biztosít a szakterületi döntéshozóknak, hiszen közismert tény, hogy az átfogó és összetett értékelések kimenetein lehet megalapozottan kiszágnálni a jövőbeni ellátás-fejlesztési igényeket.

A kötet a nemzeti stratégia megvalósítását szolgáló intézményi feltételekben, jogszabályokban bekövetkezett változások mellett idén nagyobb teret szán a prevenciós beavatkozások értékeléséhez. A megelőző beavatkozások további fejlesztéséhez nyújt segítséget az a kutatás, ami a nem iskolai szintéren megjelenő dropprevenciós programok feltárását végezte el, valamint jelen kiadványban először kerülnek bemutatásra a pályázati úton támogatott prevenciós programok tartalmi értékelésével kapcsolatos információk is.

A kötet legösszetettebb részét a droghasználók kezelésével kapcsolatos fejezet képezi. 2008-ban finanszírozási és jogszabályi változásokra visszavezethetően az ellátórendszer teljesítménye csökkent. Az év második felében az ellátórendszer teljesítménye egyes pontokon már stabilizálódott, bár a kezelt betegek száma az év végére jelentősen még nem növekedett. A kezelésre szorulóknak nagyobb arányú ellátásba vonása tehát sürgető stratégiai célkitűzés ezen a területen, amelyet a teljes kezelési lánc minimálisan regionális szinteken történő kiépítése segíthet elő.

A 2008. évi statisztikai adatok alapján emelkedett a hatóságok előtt ismerthté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A változás okai további vizsgálódást igényelnek, ugyanis a büntetőjogi szabályozás területén jelentősebb változás nem következett be a kapcsolódó időperi-

óduiban. A nyitott kérdések mellett a kötet számos további információval szolgál még a kábítószer-bűnözés elleni fellépés fejleményeiről, a kábítószerpiacot és lefoglalásokat jellemző változásokról.

Összességében az európai uniós országokkal való összehasonlításra is alkalmas mutatók azt tükrözik, hogy a kábítószer-probléma korábbi években tapasztalt hazai karakterisztikájában jelentős változás 2008-ban nem történt. Öröndetes tény, hogy a kábítószer-használat elterjedtségére vonatkozó epidemológiai adatok alapján drámai növekedés a klasszikusnak tekinthető illegális kábítószeres esetében nem érzékelhető. Ugyanakkor szembe kell néznünk a droghasználati formák szélesedő spektrumával, ideértve a legálisan hozzáférhető drogok (alkohol, dohánytermékek) magas használati arányát, az illegális szerek legális szerekkel történő együttes fogyasztásának jelenségét vagy az új szintetikus anyagok megjelenésének problematikáját. Ezek a fejlemények – a meglévő ellátási szükségletekkel együtt – még inkább komplex és átfogó beavatkozásokat, erőteljesebb ágazati együttműködéseket, fokozott információáramlást és komoly erőforrásokat igényelnek. Ezek feltételei, összhangban a 2010-től érvényes új drogstratégiai programmal, remélhetőleg a jövőben rendelkezésre állnak majd.

Ezúton is szeretném köszönetemet kifejezni az érintett intézményeknek az adatszolgáltatásban való részvételért, a Nemzeti Drog Fókuszpontnak és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetnek pedig a kiadvány összeállításába befektetett munkáért. Kívánom az Olvasónak a kötet hasznos tanulmányozását.

Portörő Péter
nemzeti drogkoordinátor

Összefoglalás

A 2007-es évi – 8-10. évfolyamos diákok körében készült – ESPAD-kutatás eredményei alapján a fiatalok szerfogyasztásában jelentős szerkezeti változás nem volt megfigyelhető. Változatlanul a marihuána a legelterjedtebb szer, ettől alig marad el a gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása. Harmadik helyen az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztása áll, ezt a szipuzás követi. Ezek után következik szinte azonos arányban a patron/lufi és az ecstasy használata. Az elmúlt évekhez képest csökkent a kannabisz-fogyasztás előfordulása, azonban az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztásában, az inhalánsok, a patron/lufi és az ecstasy esetében növekedés volt megfigyelhető.

Az Ifjúság 2008 kutatás eredményei szerint a 15–29 éves fiatalok 17%-a kipróbált élete során valamilyen fajta drogot, ez az arány 6%-kal magasabb a 2004-ben mért 11%-nál. A legelterjedtebb szer a marihuána, ezt az altató nem gyógyászati célú fogyasztása, majd a partidrogok követik.

A 2007/2008-as tanévben 94 403 diák, vagyis a 10–18 éves, alap- és középfokú nevelési-oktatási intézményekben tanuló diákok 9,5%-a vett részt valamilyen drogprevenációs foglalkozáson az SzMM–OKM közös, iskolai egészségnevelési és drogprevenációs programok támogatására kiírt pályázatának keretében.

A nem iskolai szintéren tevékenykedő drogprevenációs programok/szolgáltatások feltárása céljából készült kutatás során 162 prevenációs szolgáltatót azonosítottak. Az elérni kívánt célpopulációt tekintve a programok/szolgáltatások legnagyobb arányban a szociális problémákkal küzdő fiatalokat, a problémás családból származó fiatalokat, az általános populációt és a rossz környéken élő fiatalokat említették.

A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő szolgáltatást 2008-ban 6 szervezet nyújtott az ország 8 városában/kistérségében. Az év folyamán a szervezetek összesen 393 eseményen vettek részt, ahol több mint 9400 fiatallal kerültek kapcsolatba.

Összességében az egészségügyi ellátórendszerrel megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg-ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) még nem épült ki, a szolgáltatások terén is a két szektor elkülönülése jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony.

Az OEP adatok alapján 2008-ban az ellátórendszer teljesítménye egyértelműen csökkent, ami elsősorban a finanszírozási jogszabályok változására vezethető vissza. Az OEP adatok szerint az év második felében az ellátórendszer teljesítménye stabilizálódott – egyes pontokon, elsősorban a

finanszírozási területeken növekedés mutatható ki, azonban a kezelt betegek száma még nem növekedett.

Az ellátórendszer belső szakmai környezete egyes pontokon előrelépést mutat, megjelentek olyan szakmai dokumentumok, amelyek az előrelépés feltételei, a gyors változások azonban nem kedveztek az elmúlt években a tudatos szakmai építkezésnek. A szakmai felügyelet és értékelési rendszer fejlődése az előrelépés kulcseleme és feltétele lehet.

A kábítószer-fogyasztás miatt kezelésben lévők száma az OSAP adatok szerint 2008 folyamán összesen 14 353 fő volt, közülük 4635 fő részesült életében először kezelésben. Ez látszólag növekedést mutat a megelőző év adataihoz képest, azonban megvizsgálva a kezelőhelyet, kiderül, hogy a növekedés a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán ellátott betegek számának emelkedéséből adódik.

A kezelésben lévő kannabisz-fogyasztók aránya 2008-ban tovább csökkent, ami részben köszönhető a megelőző-felvilágosító kezelések hatékonyabb kiszűrésének az adatgyűjtésből. Míg a heroint intravénásan fogyasztók aránya csökkenést, addig az amfetamint intravénásan fogyasztók aránya enyhe növekedést mutatott az összes kezelthez viszonyítva. A kokaint és hallucinogéneket fogyasztók aránya lényegében nem változott. A legális szereket (altatók, nyugtatók, szerves oldószerek) visszaélészerűen használók aránya összesítve és nemenkénti bontásban is növekedett.

A 2006-ban 300 intravénás kábítószer-fogyasztó, 2007-ben 567 intravénás kábítószer-használó, 2008-ban 590 intravénás szerhasználó célzott HIV vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók populációjában a korábbi évekhez hasonlóan nagyon alacsony lehet a HIV-fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezelt, illetve a túcserre szolgáltatást igénybevevő intravénás szerhasználók körében 2006-ban 28,9%-os, 2007-ben 25,7%-os, 2008-ban 22,6%-os HCV prevalencia értéket mértek. A hepatitis B prevalencia 2008-ban az előző évek hasonlóan alacsony, 0,5%-os volt.

Az előző évekhez képest 2008-ban lényegében nem változott az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma (2006-ban 25 eset, 2007-ben 25 eset, 2008-ban 27 eset). 2008-ban a túladagolások szinte kizárólag heroinhasználatlal összefüggésben következtek be.

A 2008. évi statisztikai adatok szerint 5459 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévből.

Az ENYÜBS adatai azt mutatják, hogy 2008-ban az elmúlt két évtől eltérően emelkedett a hatóságok előtt ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A növekedés mértéke 17%-os volt. Mindemellát azonban a mennyiségi mutatók elmozdulása nem járt együtt az össz-bűnözésen belüli arányok változásával. A hatóságok előtt ismertté vált

kábítószer-bűncselekmények összes bűncselekményen belüli aránya 2007-ben 1,1%, 2008-ban 1,3% volt.

Az esetszám-növekedés azt jelzi, hogy „normalizálódik” az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma, azaz nem vagy egyre kevésbé befolyásolják a jogszabályi környezet változásai az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények számának alakulását. Továbbá az esetszám egyre jobban közelít ahhoz, amely arányos a hazai rendőrség e bűncselekménytípus üldözésére fordítható anyagi, személyi és logisztikai erőforrásai alapján felderíthető esetenagysággal. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalkorúak 2007-hez és 2008-hoz hasonló alacsony részesedését 1997 óta nem detektálták. Nemcsak az esetszámok, hanem a fiatalkorúak részesedése az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül is jelzi a „normalizálódó” tendenciát. Ez a részesedési arány már közelít az összбүнözésen belül megfigyelt részarányokhoz.

A lefoglalások száma alapján továbbra is a marihuána a legnépszerűbb kábítószer, amelyet az amfetamin követ.

Az ecstasy lefoglalások az előző két év csökkenése után újból növekvő tendenciát mutatnak. A klasszikus, jellemzően MDMA hatóanyagot tartalmazó ecstasy tabletták mellett számottevő mennyiségű (összesen 37 241 db) amfetamin, illetve mCPP hatóanyagú tableta is lefoglalásra került.

A kokain, mind a lefoglalások számát, mind pedig a lefoglalt anyagokban és tárgyakon kimutatott hatóanyagok előfordulási gyakoriságát tekintve megelőzte a heroint, egyértelműen mutatva a szer további térnyerését a fogyasztók körében. A leggyakoribb kábítószerrel szemben kisebb mértékű, de jellemző a ketaminnal és a kábítószernek nem minősülő GBL-lel történő visszaélés.

1. KÖZÖSSÉG ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS

Kábítószer-politika, jogalkotás, a nemzeti stratégia végrehajtása, monitorozása, intézményi háttere és gazdasági elemzés¹

1.1 Jogi keretek

KÁBÍTÓSZER-TÉMÁBAN HOZOTT TÖRVÉNYEK, RENDELETEK, IRÁNYELVEK

a) 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvénynek az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2007. évi CXXI. törvény által módosított szövege nem tartalmazza 2008. január 1-jétől az önkormányzatok kötelező feladatai körében az alacsonyküszöbű, és 2009. január 1-jével hatályosan a közösségi ellátásokat.

2008 júliusában került elfogadásra e módosítás végrehajtási utasításaként a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről szóló 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet, amely új alapokra helyezi a közösségi ellátások, s ezen belül önállóan az alacsonyküszöbű szolgáltatók állami finanszírozását.

A 2009. évtől nem kötelező önkormányzati feladat a közösségi ellátás és az alacsonyküszöbű ellátás. Ezáltal megszűnt az a típusú állami normatív hozzájárulás, mely a működési engedély megszerzését követően jutott a Kincstáron keresztül a szolgáltatókhoz. A szolgáltatások finanszírozására 2009-től kezdődően pályázati úton kerül sor.

b) 42/2008. (XI. 14.) EüM-SzMM együttes rendelet

26/2003. EüM-GyISM együttes rendelet módosításaként 2008 novemberében elfogadásra került, a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 42/2008. (XI. 14.) EüM-SzMM együttes rendelet. Az új rendelet megteremti az összhangot a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvénnyel, amelynek 2006-os módosítása szerint az elterelés már a nyomozati szakban megkezdhető (lásd 2007-es „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről” 1.1 fejezet). A 42/2008. EüM-SzMM

¹ A fejezet szerzői: Dr. Varga Orsolya, Horváth Gergely Csaba.

együttes rendelet értelmében, amennyiben az elterelés törvényi feltételei fennállnak, a nyomozó hatóságoknak a rendeletben meghatározott tartalommal tanúsítványt kell az érintett részére kiállítania. Emellett az eljáró hatóságok felé az elterelést végző szolgáltatók tájékoztatási kötelezettséggel bírnak (elterelés megkezdéséről, megszakadásáról, befejezéséről).

c) 18/2009. (III. 4.) Országgyűlési határozat

Az Országgyűlés 2009. március 4-én egyhangúlag fogadta el a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készítendő új nemzeti stratégiai programról szóló 18/2009. (III. 4.) OGY határozatot, amely szerint a Kormány 2009. szeptember 15-ig készíti elő és terjeszti az Országgyűlés elé a 2010-től esedékes új nemzeti stratégiai programot.

Lásd 1.3 fejezet

d) 59/2007. (XII. 23.) IRM rendelet

Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai rendszer (ERÜBS) az 59/2007. (XII. 23.) IRM rendelet alapján, amely 2008. január 1-jén lépett hatályba, Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Statisztikai rendszer (ENYÜBS) elnevezésre módosult. E rendszerben gyűjtik és dolgozzák fel a feljelentés elutasításáról, illetve a büntetőeljárás megindításáról a nyomozás felfüggesztéséig, a nyomozás megszüntetéséig vagy a vádemelésig a nyomozó hatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikai adatokat. Az egységes bűnügyi statisztika a Be. 63. §-ának (4) bekezdése alapján kiterjed a bűnözés alakulására bűncselekményenként és terheltenként, valamint a nyomozások törvényességi kérdéseire.

1.2 Jogalkalmazás

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2008-ban 2341 személy elítélésére került sor kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény elkövetéséért, akiket összesen 3190 bűncselekmény miatt vontak felelősségre a következők szerint:

- a Btk. 282., ill. 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 1956 főt (83,6%);
- a Btk. 282., ill. 282/A. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 180 főt (7,7%);
- 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 115 főt (4,9%);

- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 90 főt (3,8%).

2008-ban a jogerősen elítélt 2341 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- 819 szabadságvesztés (ebből 331 végrehajtandó, 488 végrehajtásában felfüggesztett);
- 188 közérdekű munka büntetés;
- 746 pénzbüntetés;
- 389 önállóan alkalmazott mellékbüntetés, intézkedés.

1.3 Nemzeti akcióterv, stratégia, értékelés és koordináció

NEMZETI STRATÉGIA

2009-ben új drogstratégia elfogadása vált Magyarország számára aktuálissá. Az Országgyűlés ez év március 4-én fogadta el a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készítendő új nemzeti stratégiai programról szóló 18/2009. (III. 4) Ogy. határozatot, amely alapján a Kormány előkészítette és az Országgyűlés elé terjesztette a 2010-től esedékes nemzeti stratégiai programot. A Parlament 2000-ben fogadta el az első, a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített stratégiai programot. Minthogy az érvényben lévő drogstratégia csak 2009. év végéig ír elő feladatokat, a 2009-es év folyamán megtörtént az új stratégiai program kidolgozása, szakmai és társadalmi megvitatása. A stratégiai programmal kapcsolatban nyilvánvaló elvárás volt, hogy az összhangban legyen az EU 2005–2012 közötti periódusra érvényes drogstratégiájával és akciótervével, valamint az ENSZ érvényes drogpolitikai dokumentumaival. Az EU hatályos kábítószer-ellenes cselekvési tervének első pontja írja elő, hogy a tagállamok, a nemzeti jogszabályi és igazgatási struktúráiknak megfelelő figyelembe vételével, átfogó nemzeti drogstratégiát és/vagy cselekvési tervet fogadnak el.

AZ AKCIÓTERV MEGVALÓSÍTÁSA

A drogstratégia végrehajtását a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat szolgálja, amely 2008–2009. évekre határozza meg a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében végrehajtandó feladatokat. 2008-ban és 2009. év első felében

az alábbi, az akciótervben előírt feladatokkal kapcsolatos tevékenységekre, illetve a tevékenységek támogatására került sor:

- A szórakozók hazajutását megkönnyítő közlekedési szolgáltatások speciális minimumfeltételeit tartalmazó szakmai ajánlás kidolgozása
- A nemzeti stratégia helyi szinten történő érvényesítése érdekében a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési feltételeinek biztosítása, ellátásszervezői szerepének erősítése
- Az aktuális hazai kábítószerhelyzet feltárása érdekében kutatások kezdeményezése
- A prevenció szolgáltatások fejlesztése, egységes szakmai követelmények meghatározása
- A közoktatásban tanulók széles körének bevonása a megelőző programokba
- A kábítószer-kínálat csökkentése céljából a rendvédelmi szervek képzési programjainak biztosítása
- Továbbképzések szervezése házi orvosok, védőnők, tanárok és más, a területen érintett szakemberek részére
- A büntetés-végrehajtási intézetekben tartottak szűrési és gondozási programjának kialakítása, a kábítószer-probléma megelőzésére, kezelésére szolgáló intézkedések biztosítása
- Az elterelés végrehajtására rendelkezésre álló intézményrendszer fejlesztése
- A kábítószer-problémákkal küzdők részére nappali kórházak létesítése, ambuláns ellátások működtetése, a meglévő kapacitás növelése és differenciáltabbá tétele, gyermek-addiktológiai ellátás intézményi szakmai hátterének kialakítása
- A reszocializációt, rehabilitációt szolgáló intézményrendszer fejlesztése

A NEMZETI STRATÉGIA ÉRTÉKELÉSE

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor kutatást (Vitrai 2009)² végzett az Országgyűlés által 2000 decemberében elfogadott „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című stratégiai program megvalósulásának értékelése céljából. Az értékelés elsődleges célja a hazai drogszcénában megfigyelhető változások tudományos vizsgálata alapján megállapítani, hogy a Stratégia megvalósulását elemezve milyen tapasztalatok vonhatók le.

² Az értékelés során négy különböző módszer alkalmazására került sor: dokumentumelemzés, mélyinterjúk döntéshozókkal és szakemberekkel, az értékelés első eredményeinek fókuszcsoporthoz tartozó megbeszélése, problémafa elemzések.

A kutatás során alkalmazott valamennyi eljárás eredményét áttekintve, összességében megállapítható, hogy a 2000-ben elfogadott Stratégiai program megvalósítása eredményeképpen extenzív fejlődés volt megfigyelhető a kábítószer-probléma kezelése területén. Az e probléma megoldására kipróbált legjobb nemzetközi gyakorlat szinte valamennyi eleme megjelent Magyarországon is, és a Stratégia jóvoltából megindult azoknak rendszereszerű alkalmazása. A következő drogstratégia feladata lehet a rendszer intenzív fejlesztése: a szolgáltatások minőségének javítása és földrajzi kiterjesztése, valamint valamennyi célcsoport szükséges mértékű elérésének biztosítása.

A fent említett, elsősorban kvalitatív kutatási módszereket alkalmazó értékelő kutatás mellett, sor került az elmúlt 8 év történéseinek módszeres áttekintésére is a rendelkezésre álló mérhető adatok tükrében. Ennek eredményeképpen került kiadásra a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont együttműködésében a „Drogpolitika számokban” című kötet³, amely az alábbi 12 témakörben vizsgálta a kábítószerhelyzet alakulását a stratégiai célkitűzések fényében:

- A magyarországi drogpolitika keretei és a nemzeti stratégia
- Drogkutatások Magyarországon
- Populációs adatok alakulása
- A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciók tevékenység Magyarországon
- A drogbetegyek ellátása
- Ártalomcsökkentés számokban
- Jogalkotás és jogalkalmazás
- A kábítószer-jelenség bűnügyi vonatkozásai 2000. és 2007. között
- A kábítószer-szabályozással kapcsolatos politikai törekvések a parlamenti felszólalások tükrében
- A drogjelenség a médiában
- A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása
- A nemzeti stratégia vizsgálata néhány szakpolitikai-államigazgatási típusú mutató mentén

A Stratégia értékelésével több ülés keretében foglalkozott a Parlament kábítószerügyi eseti bizottsága is⁴. Az akciótervek értékelése a Kábítószerügyi

³ Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk.): Drogpolitika számokban, L'Harmattan–Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 2009.

⁴ Lásd a Kábítószerügyi eseti bizottság tevékenységéről (2008. december–2009. október) szóló jelentés elfogadásáról szóló 93/2009. (XI. 24.) számú Országgyűlési Határozat.

Koordinációs Bizottság rendes és szakbizottsági ülésein, valamint a nemzeti stratégia most folyó értékelési programja keretében történt meg.

1.3.1 A nemzeti stratégia megvalósításának intézményrendszere

1.3.1.1 Koordinációs intézkedések, változások

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium Szervezeti és Működési Szabályzatának kiadásáról szóló 20/2008. (Mü. K 12.) SZMM utasítás hatályba lépését követően a Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Osztály Igazgatóságga alakult és a szociálpolitikai és esélyegyenlőségi területért felelős államtitkár közvetlen irányítása alatt folytatja tovább tevékenységét, Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Igazgatóság néven.

1.3.1.2 A KKB 2008. évi működése

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2008-ban összesen 4 alkalommal ülésezett. A bizottsági üléseken kívül összesen kilenc munkaértekezlet megszervezésére került sor az alábbi témákban:

- a Legfelsőbb Bíróság kábítószerrel visszaélés bűncselekménye megvalósulásának kritériumairól szóló 1/2007. büntető jogegységi határozattal kapcsolatos drogpolitikai hatások vizsgálata;
- a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállításhoz kapcsolódó feladatok;
- a szórakozók hazajutását megkönnyítő közlekedési szolgáltatások speciális minimumfeltételeit tartalmazó szakmai ajánlás kidolgozása, illetve
- a 2008 nyarán bekövetkezett, a kábítószer-fogyasztókat ért tragikus kimenetelű balesetek okainak feltárása.

1.3.1.3 A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. évi helyzete és éves tevékenysége a pályázati támogatás tükrében⁵

A Fórumok 2008. évi tevékenységéről, aktuális helyzetéről, valamint a helyi közösségben, így az egyes régiókban, a városokban, kerületekben zajló drogüggyel összefüggő eseményekről, a megyei, kistérségi, regionális

⁵ A fejezet KEF-ekkel foglalkozó részét Fehér Richárd készítette.

munkáról elsősorban a KEF-ek pályázati aktivitása alapján rendelkezünk átfogó képpel. A pályázati tevékenység ugyanis bemutatja, hogy valójában hány egyeztető fórum működik és vesz részt aktívan helyi, megyei, regionális és kistérségi szinten, a kábítószer-probléma kezelésében és a kialakított stratégia megvalósításához kapcsolódó tevékenységek lebonyolítása kapcsán.

A pályázati rendszer

A kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium – 2007-től a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (SZMM) – 2001 óta ír ki pályázatokat a KEF-ek megalakulásának, valamint működésük fejlesztésének támogatása érdekében. A pályázati rendszer 2005-ig csupán a KEF-ek koordinációs tevékenységét támogatta. 2006 óta nyílik arra lehetőség, hogy a KEF-ek a kialakított helyi stratégiákban foglalt programelemek megvalósítására is pályázhassanak a minisztérium által biztosított forrásból. A helyi igények és a fejlesztési szükségletek figyelembevételével a 2007. évben a rendelkezésre álló forrás nagysága 100 000 000 forint volt. Ez a pályázati forrás javarészt a 2008-ban aktuálissá váló feladatok megvalósítását tette lehetővé.

A KAB-KEF-07 A/B/C pályázatra kizárólag önkormányzatok, önkormányzati fenntartású intézmények, önkormányzati társulások és regionális KEF esetében civil szervezet nyújthatott be pályázatot.

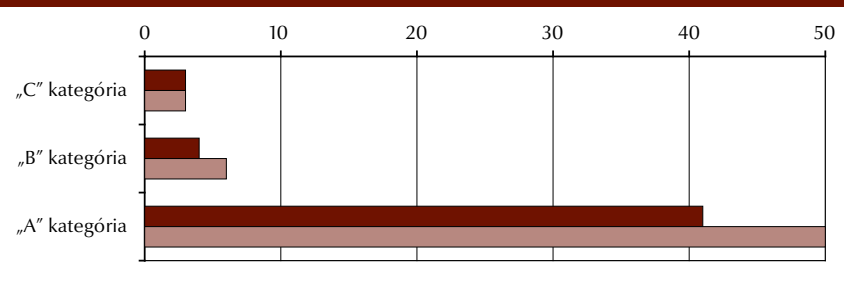
„A” kategóriában azok a KEF-ek pályázhattak, amelyek rendelkeztek helyi stratégiával, és néhány egyéb kritérium mentén igazolhatóan KEF-szerű működést folytattak. Ebben a kategóriában a koordinációs feladatok finanszírozása mellett (egységesen 700 000 forint) forrást igényelhettek a stratégiai programelemek megvalósítására is, a település, terület lélekszámától függően. A 100 ezer főnél nagyobb lélekszámú településeken 2 300 000, az 50 ezer és 100 ezer fő közötti lélekszámú településeken 1 800 000 és az 50 ezer és 20 ezer fő lélekszámú települések esetén 1 300 000 forintra pályázhattak.

A megvalósítandó programelemek között olyan helyi szükségleteknek megfelelő projektek szerepelhettek, melyek összhangban voltak a stratégiai célkitűzésekkel, és elősegítették helyi szinten az egyes pillérek mentén a drogprobléma megelőzése és kezelése kapcsán a szolgáltatások bővülését.

A „B” kategóriában azon KEF-ek nyújthattak be pályázatot, akik már eddig is működtek, de érvényben lévő helyi stratégiával még nem rendelkeztek. A kategóriában egységesen 700 000 forintot igényelhettek a koordinációs tevékenységük ellátására.

A „C” kategória azon KEF-ek számára nyújtott lehetőséget, amelyek már legalább 4 hónapja működtek. Ezen új KEF-ek számára a cél, hogy olyan szervezetekké fejlődjenek, melyek alkalmasak arra, hogy multidiszciplináris teamként, a területen működő intézményekké váljanak, és a helyi közösség bevonásával meghatározzák a helyi szükségleteket, valamint az azokra adandó válaszokat, és mindezek ismeretében kidolgozzák és végrehajtsák saját munkatervüket és feladataikat. A kategóriában 500 000 forint állt rendelkezésre pályázóként.

1. ábra: A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által benyújtott pályázatok kategóriáinként



	„A” kategória	„B” kategória	„C” kategória
■ Támogatott	41	4	3
■ Pályázott	50	6	3

Az előminősítésen megfelelő szintet elérő KEF-ek pályázatainak támogatásáról független bírálóbizottság döntött.

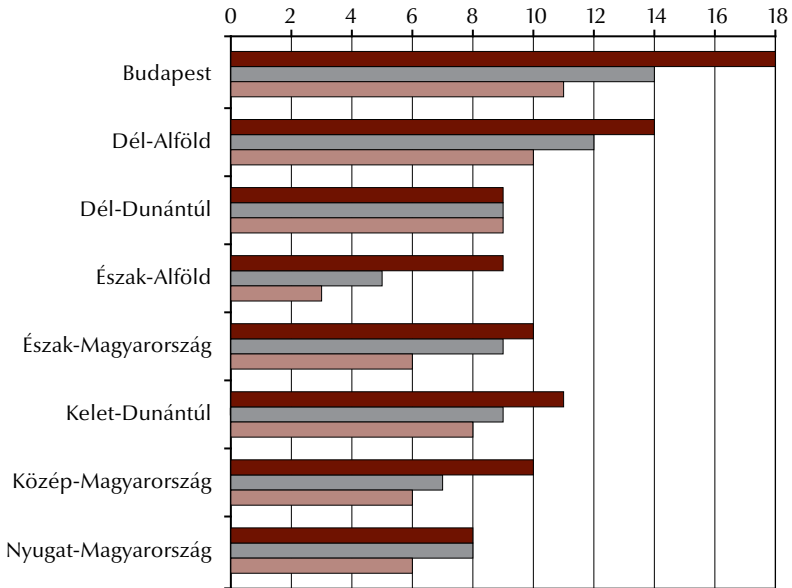
Pályázati aktivitás

2007. évben országos szinten az NDI adatai alapján 89 KEF működött, melyből 16 KEF jelzett a létüket fenyegető működési nehézségeket. Ebben az időszakban a működő KEF-ek közül 73 KEF települési szinten működött, 5 KEF megyei és 9 KEF kistérségi koordinációt végzett, míg csupán 1 KEF fejtette ki tevékenységét regionális szinten. A KEF-ek működésének stabilizációját nagymértékben elősegíthetik vagy nehezíthetik a következő tényezők:

- a tagszervezetek aktivitása, motiváltsága
- az önkormányzatok támogatása vagy háritó magatartása
- az anyagi források megléte vagy hiánya

A KEF működésének aktivitása alapjaiban határozza meg pályázati aktivitásukat, illetve a pályázati követelményeknek való megfelelés képességét. Az aktívan és megfelelő stabilitással működő 73 KEF közül azonban csak 59 nyújtott be pályázatot.

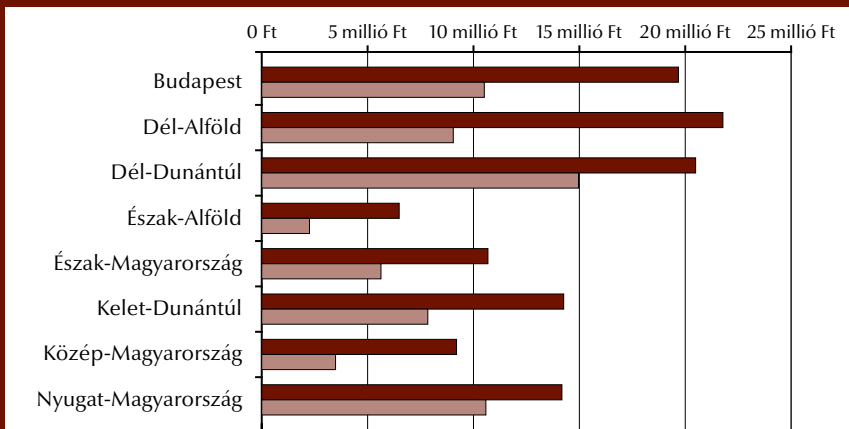
2. ábra: A Kábítóserügyi Egyeztető Fórumok pályázati aktivitása régióinként



	Összes KEF	Működő KEF	Pályázó KEF
Budapest	18	14	11
Dél-Alföld	14	12	10
Dél-Dunántúl	9	9	9
Észak-Alföld	9	5	3
Észak-Magyarország	10	9	6
Kelet-Dunántúl	11	9	8
Közép-Magyarország	10	7	6
Nyugat-Magyarország	8	8	6

A 59 beadott pályázatból az előminősítés és a bírálóbizottság döntései után 48 KEF részesült támogatásban. A beadott pályázatok alapján az összesen igényelt támogatási összeg 116 755 000 forint volt. A formai hibák miatt kiesett pályázatok után a szakmai bírálóbizottság 106 759 000 forintról dönthetett, mely döntést követően a KEF-ek 64 337 000 forintot nyertek el.

3. ábra: A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által igényelt és elnyert összegek régióinként



	Igényelt összeg	Elnyert összeg
Budapest	19 680 000 Ft	10 511 000 Ft
Dél-Alföld	21 779 000 Ft	9 046 000 Ft
Dél-Dunántúl	20 490 000 Ft	14 980 000 Ft
Észak-Alföld	6 490 000 Ft	2 255 000 Ft
Észak-Magyarország	10 682 000 Ft	5 631 000 Ft
Kelet-Dunántúl	14 280 000 Ft	7 843 000 Ft
Közép-Magyarország	9 199 000 Ft	3 486 000 Ft
Nyugat-Magyarország	14 175 000 Ft	10 585 000 Ft

Elnyert és felhasznált összegek

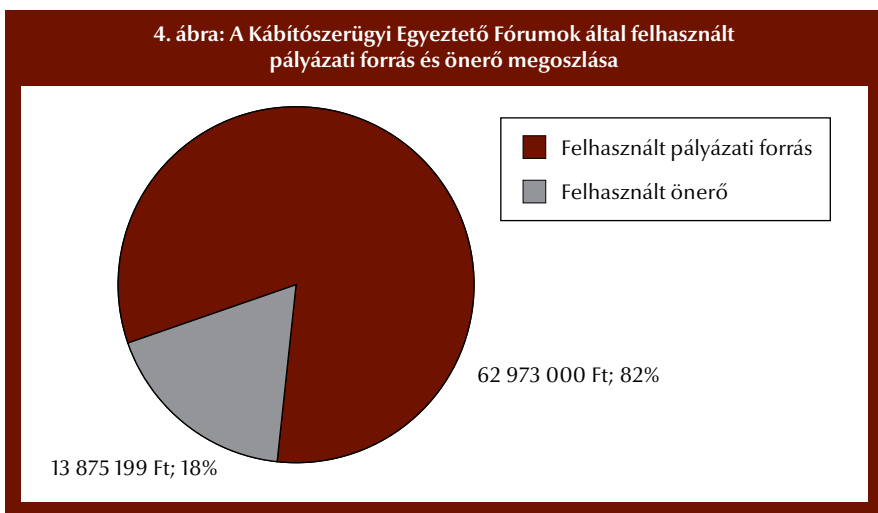
A 48 nyertes KEF közül 2 nem használta fel a rendelkezésére álló összeget. Egy önkormányzat nem kötött szerződést, egy önkormányzat pedig lemondott a megnyert forrásról. Általánosságban látható, hogy a pályázati

rendszerben elnyert összegek elszámolásaproblémát jelentett a KEF-ek számára.

A pályázati programelemek és koordinációs tevékenységek megvalósítása során a programért felelős szervezetek és önkormányzatok igyekeztek felhasználni a támogatási összeget, és az elszámolások tanúsága szerint, jelentős önrésszel járultak hozzá a programok és a koordinációs feladatok zökkenőmentes lebonyolításához.

A pályázati elszámolás adataiból kitűnik, hogy a programok megvalósítása során a KEF-ek saját forrásaikból (önkormányzati kiegészítő támogatás, önerő) közel 14 millió forintot használtak fel, melyből a pályázatkezelő közel 11 millió forintnyi összeg felhasználását hagyta jóvá.

4. ábra: A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által felhasznált pályázati forrás és önerő megoszlása



Fontos megemlíteni, hogy a pályázók nem csupán a kötelező önrész összegéig finanszírozzák tevékenységüket, hanem azon túlmutató mértékben jelentős forrásokat mozgósítanak a programok sikeres megvalósulása érdekében.

Koordináció

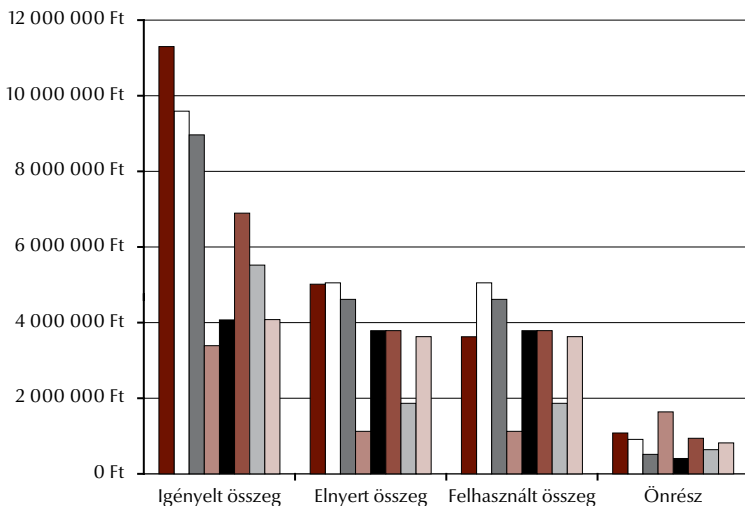
A KEF-ek egyik fő feladata, hogy a hatáskörükbe tartozó területeken (település, kistérség, megye, régió) koordinálják a kábítószerügy területén zajló programokat és aktivitásokat. Ennek érdekében a pályázat központi eleme a koordinációs tevékenység.

A koordinációs tevékenységen belül felmerülő költségekre hasznosítható összeget a napi munkával kapcsolatosan használhatták az ülések meg-

szervezéséhez szükséges kommunikációs költségekre, étkezésre, de fordíthaták szervezetfejlesztő tréningre vagy a koordinációt ellátó személy bér jellegű kiadásainak fedezésére is.

A KEF-ek a koordinációs tevékenységre összesen 53 814 000 forintot igényeltek, melyből a döntést követően 28 877 000 forintot használhattak fel. Az elszámolás vizsgálatából látható, hogy az elnyert összegből 27 514 000 forintot használtak fel 6 956 587 forint önrész mellett.

5. ábra: Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által koordinációs tevékenységre fordított összegek régiónként



Budapest	11 300 000 Ft	5 016 000 Ft	3 626 000 Ft	1 081 000 Ft
Dél-Alföld	9 592 000 Ft	5 052 000 Ft	5 052 000 Ft	912 000 Ft
Dél-Dunántúl	8 965 000 Ft	4 615 000 Ft	4 615 000 Ft	516 880 Ft
Észak-Alföld	3 390 000 Ft	1 125 000 Ft	1 125 000 Ft	1 639 729 Ft
Észak-Magyarország	4 071 000 Ft	3 786 000 Ft	3 786 000 Ft	407 000 Ft
Kelet-Dunántúl	6 895 000 Ft	3 788 000 Ft	3 788 000 Ft	941 000 Ft
Közép-Magyarország	5 521 000 Ft	1 866 000 Ft	1 866 000 Ft	640 000 Ft
Nyugat-Magyarország	4 080 000 Ft	3 629 000 Ft	3 629 000 Ft	818 978 Ft

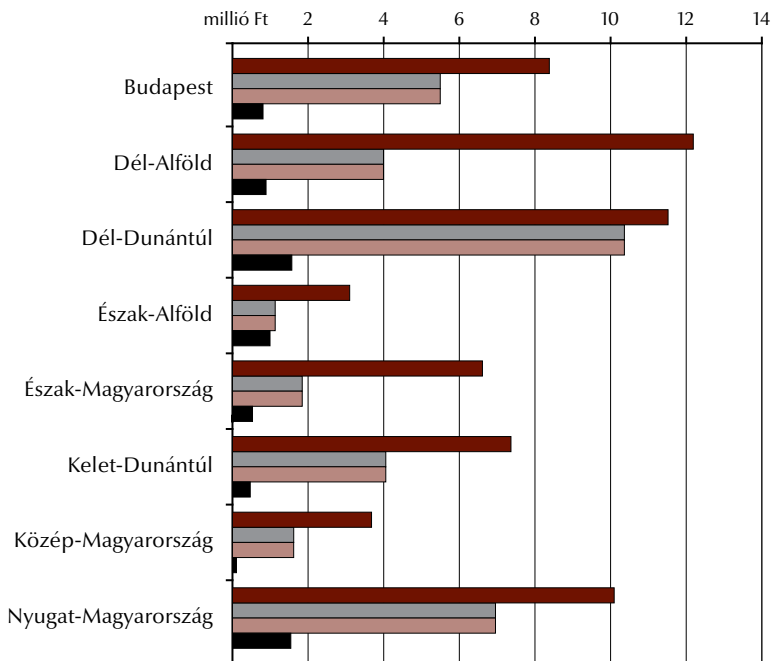
Stratégiai programelemek megvalósítása

A 2007. évi pályázati kiírás értelmében az „KAB-KEF-07-A” kategóriában a rendelkezésre álló keretösszeg terhére, a koordinációs tevékenységen túl 7 programelem megvalósítására nyílt lehetőség. A programelemeknek illeszkedniük kellett a helyi stratégia valamely pilléréhez, és egy-egy programelemért egy szervezetnek kellett felelősséget vállalnia, melyet „szándéknyilatkozat” formájában igazolt a helyi fórum.

A programelemek számát tekintve a stratégiai programelemek megvalósítását célul kitűző KEF-ek összesen 175 programot szándékoztak megvalósítani, melyre 62 941 000 forintot használtak volna fel. A pályázati bírálatot követően a programelemek megvalósítására a bírálóbizottság 35 460 000 forintot hagyott jóvá, melyből 114 programelem valósult meg. A megvalósuló programokhoz az önkormányzatok, önkormányzati fenntartású intézmények és civilszervezetek mintegy 7 millió forinttal járultak hozzá önerő formájában.

A megvalósult 114 programelem közül 86 programelem teljes támogatást kapott, azaz a pályázó által beadott szakmai tartalmat és az ahhoz tartozó költség-igényt a bírálóbizottság teljes egészében támogatta. 27 programelem esetében vagy a szakmai tartalom szorult kiegészítésre, vagy az igényelt költséghez képest kevesebb összeggel valósíthatta meg a pályázó a programelemet.

6. ábra: Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által stratégiai programelemekre fordított összegek régióként



	■ Igényelt összeg	■ Elyert összeg	■ Felhasznált összeg	■ Önrész
Budapest	8 380 000 Ft	5 495 000 Ft	5 495 000 Ft	808 000 Ft
Dél-Alföld	12 187 000 Ft	3 994 000 Ft	3 994 000 Ft	888 223 Ft
Dél-Dunántúl	11 525 000 Ft	10 365 000 Ft	10 365 000 Ft	1 570 370 Ft
Észak-Alföld	3 100 000 Ft	1 130 000 Ft	1 130 000 Ft	992 519 Ft
Észak-Magyarország	6 611 000 Ft	1 845 000 Ft	1 845 000 Ft	530 500 Ft
Kelet-Dunántúl	7 365 000 Ft	4 055 000 Ft	4 055 000 Ft	470 000 Ft
Közép-Magyarország	3 678 000 Ft	1 620 000 Ft	1 619 000 Ft	106 000 Ft
Nyugat-Magyarország	10 095 000 Ft	6 956 000 Ft	6 956 000 Ft	1 543 000 Ft

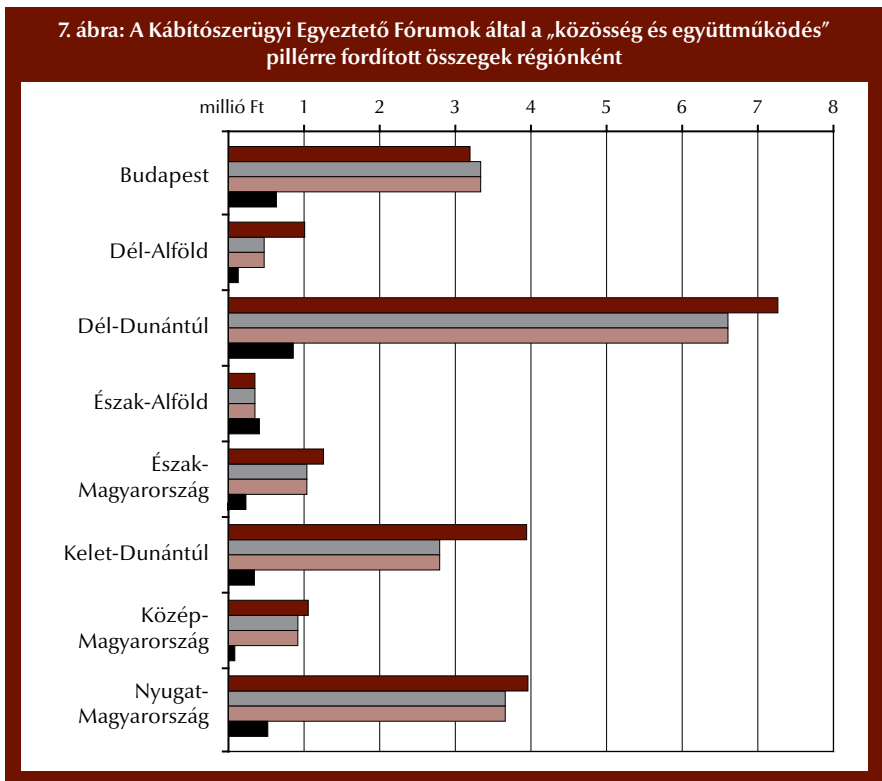
STRATÉGIAI PROGRAMELEMEK – PILLÉREK, TARTALOM,
CÉLCSOPORT



Közösség és együttműködés

A KEF-ek által támogatni kívánt programelemek döntő többségükben a közösség és együttműködés pilléreihez kötődtek. A pályázatok elemzése kapcsán 59 programelemet tudtunk azonosítani, melynek célja a drogprobléma társadalmisítása kiadványokon, rendezvényeken keresztül.

A KEF tagszervezetek ezen programelemeik megvalósításához 22 032 000 forintot igényeltek, melyből 19 170 500 forintot használhattak fel. A programelemek megvalósítása során 3 207 372 forint önrésszel járultak hozzá a programok sikeres lebonyolításához.

7. ábra: A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által a „közösség és együttműködés” pillére fordított összegek régióként



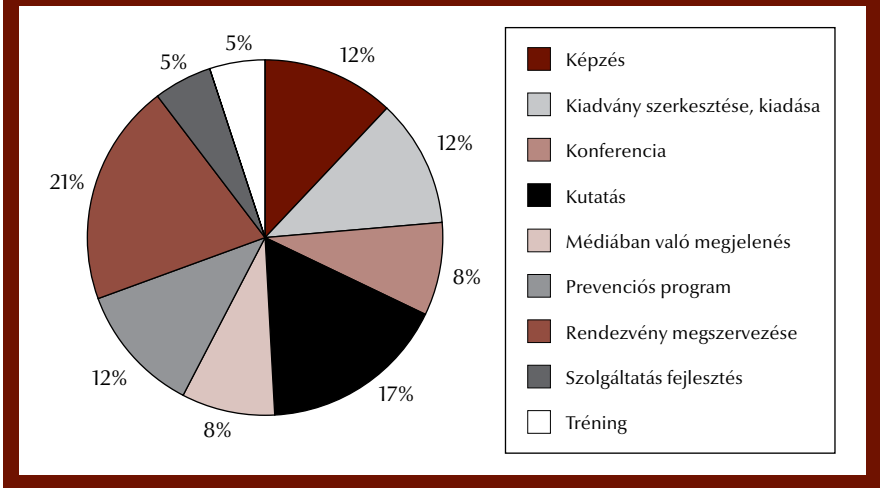
	 Igényelt összeg	 Elyvert összeg	 Felhasznált összeg	 Önrész
Budapest	3 194 000 Ft	3 335 000 Ft	3 335 000 Ft	634 000 Ft
Dél-Alföld	1 008 000 Ft	472 000 Ft	472 000 Ft	128 889 Ft
Dél-Dunántúl	7 265 000 Ft	6 605 000 Ft	6 605 000 Ft	857 310 Ft
Észak-Alföld	350 000 Ft	350 000 Ft	350 000 Ft	409 173 Ft
Észak-Magyarország	1 257 500 Ft	1 037 500 Ft	1 037 500 Ft	231 000 Ft
Kelet-Dunántúl	3 943 000 Ft	2 793 000 Ft	2 793 000 Ft	343 000 Ft
Közép-Magyarország	1 055 000 Ft	918 000 Ft	917 000 Ft	84 000 Ft
Nyugat-Magyarország	3 960 000 Ft	3 660 000 Ft	3 660 000 Ft	520 000 Ft

A pilléren belül azonosítható programelemek közül kiemelkedő jelentőséggel bír az olyan közösségi rendezvények megszervezése, vagy azokon való megjelenés, ahol a KEF vagy annak tagszervezetei bemutatják tevékenységüket a lakosság számára.

Ehhez a pillérhez sorolható a KEF-ek azon törekvése, hogy a helyi médiával tudatosabban működjenek együtt, akár műsorsorozat, akár dokumentum- vagy oktatófilm elkészítése kapcsán. A lakosságot és a szakembereket megszólító kiadványok szerkesztése és kiadása is szép számmal (7) szerepel a megvalósult programelemek között. A közösség és együttműködés pillér keretében megjelenített kifejezetten prevenciós célzatú megjelenések száma is magas (7). A lakosságot megcélzó, ugyanakkor szakmai szolgáltatásfejlesztő hatással is jellemezhető a három esetben azonosított közösségi tér fejlesztési kezdeményezés.

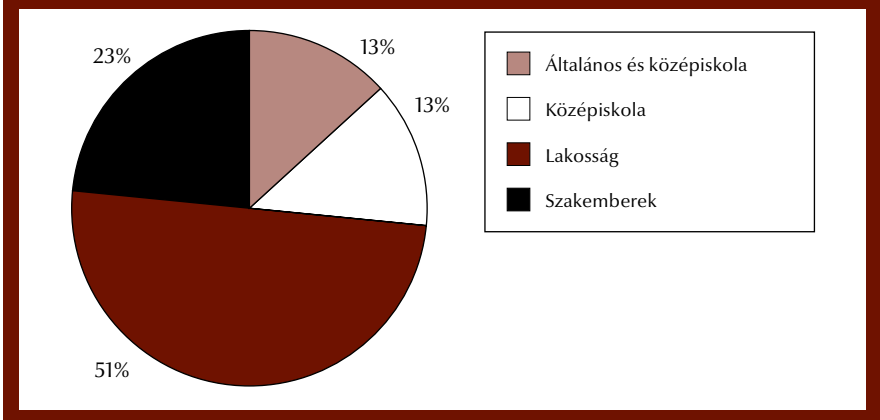
10 esetben azonosítottunk kutatást, melyek elsősorban az általános és középiskolás populációt célozzák. A szakembereket, pedagógusokat a kutatásba egy esetben vonták be, ugyanakkor a szakmai képzések (7), konferenciák (5), tréningek (3) elsősorban nekik szólnak.

8. ábra: A „közösség és együttműködés” pillér kapcsán azonosított programelemek



A pillér kapcsán megvalósuló programok célcsoportjainak kiválasztása lehetővé tette a helyi társadalom különböző szegmenseinek megszólítását, valamint elősegítette a szakemberek közötti együttműködést és párbeszédet, de megszólították az iskolás korú gyerekeket és fiatalokat is.

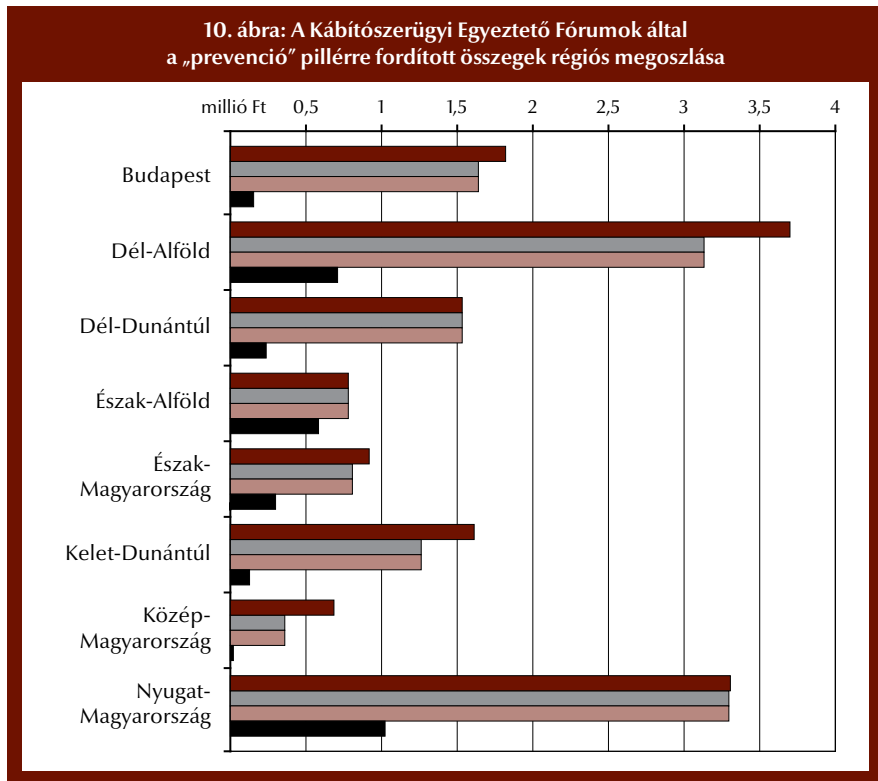
9. ábra: A „közösség és együttműködés” pillér kapcsán azonosított célcsoportok



Prevenció

A preventációs pillérhez kapcsolódóan 57 programelem valósult meg. A programelemek megvalósítására 14 354 200 forintot igényeltek a fórumok a pályázati keretből. A bíráló bizottság a preventációs pillérhez kapcsolódó programokat 12 810 500 forinttal támogatta, melyet a megvalósítók 3 153 180 forint önrésszel egészítettek ki.

10. ábra: A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által a „prevenció” pillérre fordított összegek régiós megoszlása



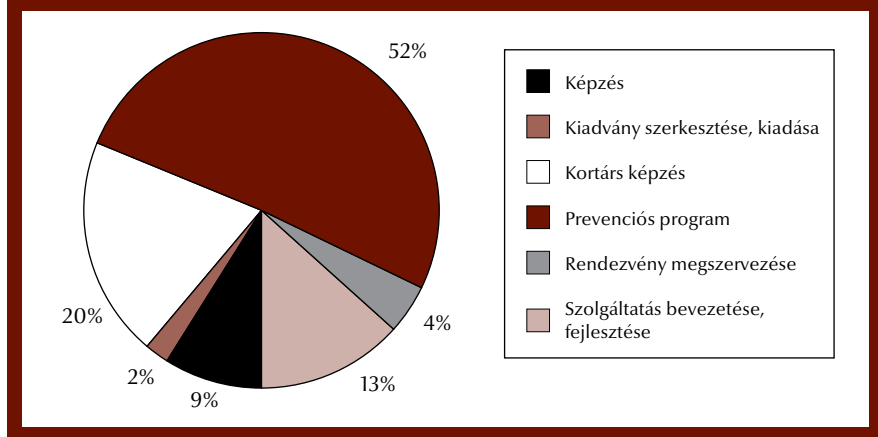
	■ Igényelt összeg	■ Elyert összeg	■ Felhasznált összeg	■ Önrész
Budapest	1 820 000 Ft	1 640 000 Ft	1 640 000 Ft	154 000 Ft
Dél-Alföld	3 700 200 Ft	3 132 000 Ft	3 132 000 Ft	709 334 Ft
Dél-Dunántúl	1 533 000 Ft	1 533 000 Ft	1 533 000 Ft	237 000 Ft
Észak-Alföld	780 000 Ft	780 000 Ft	780 000 Ft	563 346 Ft
Észak-Magyarország	918 000 Ft	807 500 Ft	807 500 Ft	299 500 Ft
Kelet-Dunántúl	1 612 000 Ft	1 262 000 Ft	1 262 000 Ft	127 000 Ft
Közép-Magyarország	685 000 Ft	360 000 Ft	360 000 Ft	20 000 Ft
Nyugat-Magyarország	3 306 000 Ft	3 296 000 Ft	3 296 000 Ft	1 023 000 Ft

A prevenció pillér vonatkozásában a megelőző időszakhoz képest elmozdulást azonosíthatunk, hiszen a prevenció programok (23) között szép számmal jelentek meg azon aktivitások, amelyek nemcsak az általános prevenció szemléletével dolgoztak, hanem megjelent a célzott prevenció eszköze is. Őt olyan programelemet tudunk azonosítani, mely kifejezetten a csellengő és a védelembe vett gyerekek elérését tűzte ki célul. Ebben a szegmensben, természetesen, még mindig megtalálhatóak a vetélkedők, rajzpályázatok ugyanúgy, mint a kampányszerű programelemek.

A szolgáltatás bevezetése és fejlesztése kapcsán ugyancsak előtérbe került a célzott prevenció, hiszen nagy hangsúlyt kapott a szórakozóhelyeken elérhető fiatalok megkeresése és segítése. A programelemek között 6 alkalommal bulisegély szolgáltatás kialakítását vagy fejlesztését kezdeményezték a KEF-ek.

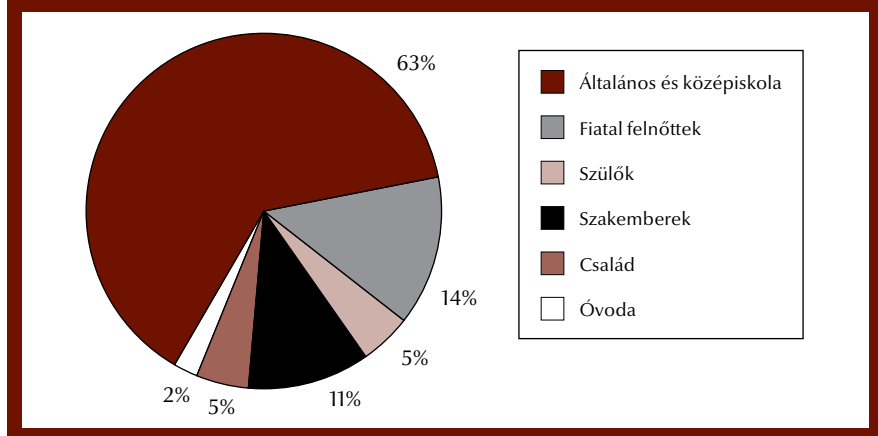
A fent említettek mellett a kortárssegítők képzése (9), intézményen belüli rendezvények, prevenció kiadvány elkészítése középiskolásoknak és szakemberek meghatározott prevenció programban való kiképzése (4) jelenik meg.

11. ábra: A „prevenció” pillér kapcsán azonosított programelemek



A prevenció aktivitások kapcsán, elsődleges célcsoportként az általános és középiskolás korosztályt azonosíthattuk (28), míg fiatal felnőtteket csak 6 program kezelt kiemelt célcsoportként. A programokban a szülők és a család megszólítása viszonylag elenyésző számú.

12. ábra: A „prevenció” pillér kapcsán azonosított célcsoportok



Kezelés és ellátás

A kezelés és ellátás pillérhez kapcsolódóan mindösszesen 8 programelemet tudunk azonosítani. A pillér kapcsán a pályázók 3 584 000 forintot igényeltek, melyből a döntést követően 3 127 000 forintot tudtak hasznosítani.

A programok megvalósítását lebonyolító szervezetek 556 060 forint önrészszel járultak hozzá a programok eredményes végrehajtásához.

A megvalósult programelemek a dél-dunántúli régió 6 települését, a dél-alföldi régió 1 települését és egy budapesti kerületet érintettek. A programelemek kis költségvetésűek, átlagosan 300 000–400 000 forintot igényeltek.

A programok döntő többségben, már meglévő szolgáltatás bevezetéséhez (5) és fejlesztéséhez (2) igényeltek pályázati forrást. A bevezetendő szolgáltatások között a szenvedélybetegek közösségi ellátása, az alacsony-küszöbű programok alapjai és a gyógyulófélben lévő szenvedélybetegek csoportfoglalkozása egyaránt szerepel. A programelemek teljes egészében a szenvedélybetegséggel küzdőket célozzák.

Kínálatcsökkentés

A kínálatcsökkentés területe még kevésbé jelenik meg a programelemek között, mint a kezelés, hiszen itt csupán 2 programelemet azonosíthattunk a pillérhez kapcsolódóan. A két programelemre 647 000 forintot igényeltek, melyből 352 000 forint került kifizetésre a pályázati keretösszeg terhére.

A két programelem a közép-magyarországi és a dél-alföldi régióban valósult meg. Az egyik program egy a rendőrség munkatársainak szülő képzés, a másik egy bűnmegelőzési program bevezetése a településen.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy még a stabilan működő, megfelelő helyi stratégiával rendelkező Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok esetében is a prevenció tevékenység támogatottsága messze meghaladja bármely más terület támogatottságát.

A KEF-ek még mindig nem tudnak kellő hatékonysággal részt vállalni az ellátásszervezési feladatok megoldásában – még mindig vannak olyan KEF-ek, amelyek „hatókörében” semmilyen intézmény, szolgáltatás nem működik, amelyek akár egészségügyi, akár szociális ellátást tudna biztosítani a kábítószer-problémával küzdők számára.

1.3.2 Költségvetés és közkiadások

2008 végén készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás (Hajnal 2009), mely a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások (KÖKK) időbeli változását vizsgálja 2000 és 2007 között, négy vizsgálati évben.

A kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások fogalma az államháztartási rendszert terhelő, pénzben felmerülő, számszaki értelemben vett (bruttó) kiadásokat foglalja magába; a kutatásnak nem volt célja a kábítószer-fogyasztásból eredő szélesebb értelemben vett társadalmi költségek – vagyis a háztartások, az állam és a vállalatok körében felmerülő, pénzben,

természetben és szubjektív tényezőkben is megnyilvánuló károk és elmaradt hasznok – vizsgálata.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő költségvetési kiadások azonosítása egy becslési eljárás eredménye. A becslés alapja a legtöbb költségkomponens esetében:

- egyrészt az adott szervezeti vagy tevékenységi rendszerre jutó éves államháztartási összkiadás,
- másrészt az adott tevékenységi rendszer teljes „esetforgalmából” a kábítószeres esetekre jutó arány.

A kutatás során a bizonytalanság érzékeltetése érdekében intervallumbecsléseket alkalmaztak, ahol erre lehetőség nyílt. A jelen összefoglalásban szereplő számadatok a becsült intervallumon belül a kutató által legvalószínűbbnek ítélt pontbecslés értékek. A kutatás során azonosított kiadási tételek csoportosítása a nemzetközi irodalomban leggyakrabban használt Reuter-féle (2004) klasszifikációt követi.

A Reuter-féle klasszifikáció négy funkcionális csoportra osztja a kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadásokat: a büntető-igazságszolgáltatás; a kezelés; az ártalomcsökkentés és a prevenció és kutatás területén.

A KÖKK tételek időbeli alakulását két területen vizsgálták. Az alábbi ábra egyrészt a négy részterület arányát szemlélteti az összes KÖKK kiadáson belül, másrészt bemutatja az egyes részterületekre fordított kiadások nagyságának változását. A táblázat második részében bemutatott százalékos változások nem nominálértéken, hanem reálértéken szerepelnek.

1. táblázat: A KÖKK nagysága fő funkciócsoportok szerint (pontbecslés, folyó áron)⁶

Funkció	2000	2003	2005	2007
Büntető-igazságszolgáltatás	3892	5421	8748	7382
Kezelés	704	846	1256	1019
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	88	137	362	376
Kutatás és prevenció	656	1793	794	1033
Összesen (millió Ft)	5340	8197	11 160	9810

Forrás: Hajnal 2009

⁶ Az egészségügyi kezelés 2000. évre vonatkozó adatcellájában – a kutatás eredményeként kapott, nagymértékben pontatlan érték helyett – becsült (extrapolált) adat: a 2003-as kiadásoknak 2000-es árakra deflált értéke szerepel.

2. táblázat: A kábítószer-politika időbeli alakulása a kiadási szerkezet tükrében

Funkció	2000	2003	2005	2007
I. Belső arányok				
Büntető igazságszolgáltatás	73%	66%	78%	75%
Kezelés	13%	10%	11%	10%
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	2%	2%	3%	4%
Kutatás és prevenció	12%	22%	7%	11%
Összesen	100%	100%	100%	100%
II. Az egyes KÖKK-csoportok abszolút nagyságának változása (összehasonlító áron, 2000=100%)⁷				
Büntető igazságszolgáltatás	-	116%	169%	127%
Kezelés	-	100%	134%	97%
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	-	130%	311%	287%
Kutatás és prevenció	-	227%	91%	106%
Összesen	-	128%	157%	123%

Forrás: Hajnal 2009

Az adatok alapján megállapítható, hogy a büntető igazságszolgáltatásra vonatkozó tételek a teljes vizsgált időszakban az összes kiadás 2/3, ill. 3/4 közötti részét tették ki, valamint, hogy a költségvetési kiadások szerkezetében határozott változás nem történt. A prevenció, ill. kutatási tételek 2003-as „kicsúcsosodó” értéke nagyrészt a központi kábítószerügyi koordináció más tárcáknak átadott eszközeinek kiugróan magas összegéből adódik. Az egyetlen monoton növekvő trend a legkisebb részterület, az ártalomcsökkentés kiadásokon belüli részesedésének növekedése, de meg kell jegyezni, hogy ez – a rendelkezésre álló adatok korlátai miatt – bizonyos mértékű kezelési kiadásokat is magába foglal, így az ártalomcsökkentés súlya a fenti értéknél minden bizonnyal kisebb.

1.3.3 A nemzetközi együttműködés színterei

ENSZ

Az ENSZ Kábítószer Bizottságának (CND) 51. ülészakára 2008. március 7–14. között került sor Bécsben.

Az ülészakon részt vevő magyar delegációban az Egészségügyi Minisztérium, az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium, a Külügyminisztérium,

⁷ A felhasznált deflációs rátákat a KSH által évente publikált fogyasztói árindexek alapján számították.

a Szociális és Munkaügyi Minisztérium, az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, a Magyar Kereskedelmi és Engedélyezési Hivatal, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, az Országos Rendőr-főkapitányság, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, valamint a bécsi Állandó ENSZ Képviselő munkatársai vettek részt. A delegációt a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet igazgatója és a bécsi Állandó ENSZ Képviselő nagykövete vezette.

Az ülés napirendjén szerepelt a világ kábítószerhelyzetének áttekintése, a vonatkozó nemzetközi egyezmények alkalmazása, a kínálat és a kereslet csökkentése, és a nemzetközi együttműködés erősítése, emellett kiemelt kérdés volt az UNGASS értékelése. Az ENSZ Rendkívüli XX. Közgyűlésén (UNGASS) 1998-ban elfogadott határozat 10 éves végrehajtásának értékelése kapcsán az ülészen egyetértés alakult ki arról, hogy 2009-ben, a következő CND ülés keretein belül magas szintű szegmens keretében foglalkozzanak a jövőbeli irányok meghatározásával. Fontos továbbá, hogy a magas szintű ülés célja egy új politikai deklaráció megfogalmazása lesz. Ebben a folyamatban fontos szerepet szánunk a civil társadalom képviselőinek is.

Az ülészen során a magyar delegáció vezetői kétoldali megbeszélést folytattak az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC) megelőzéssel és kezeléssel foglalkozó egységének vezetőjével, illetve az INCB elnökével, valamint a szerb és a kolumbiai delegáció képviselőivel is.

A CND ülészenekével párhuzamosan, az ENSZ Kábítószer-ellenőrző Szerve (INCB) elnökének vezetésével, a jelentős máktermelő országok (Ausztrália, Csehország, Törökország, India, Spanyolország, Franciaország, valamint Magyarország), továbbá a nagy felhasználók (Irán, Japán, USA és az Egyesült Királyság, Szlovákia, valamint Dél-Afrika) részvételével tartott informális találkozáson áttekintésre került a világ ipari máktermelésének, illetve legális felhasználásának jelenlegi helyzete. A máktermelő országok – hazánk nevében az EEKH – beszámoltak az elmúlt évi ipari máktermelés nagyságáról (vetési terület, learatott mennyiség), az abból kinyert alapanyagok mennyiségéről, a 2007. év végi zárókészletről, továbbá a 2008. és 2009. években vetni, illetve aratni szándékozott mennyiségekről.

Az Európai Unió előzetes egyeztetéseiben az ülészen megnyitása kapcsán elmondott EU hozzászólásba bekerült a Szociális és Munkaügyi Minisztérium által is támogatott, a Vienna NGO Forum által útnak indított „Beyond 2008” globális civil értékelő kezdeményezésre történő hivatkozás. Az EGT országok civil szervezetei részvételével 2008 januárjában Budapesten – a Magyar Addiktológiai Társaság által – került megrendezésre a regionális konzultáció, melyre szintén utalt az EU nevében felszólaló szlovén nagykövet.

Az SZMM a CND 52. ülészakát megelőző, az UNGASS elemzéssel foglalkozó több ülészakközi alkalomra is delegált szakértőt. Az egyeztetési folyamatban a bécsi ENSZ Misszió mellett a nemzeti kábítószerügyi koordináció is aktív szerepet vállalt.

Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegeelőzési Hivatala (UNODC) által szervezett konferenciákon (Párizsi Kezdeményezés 6. konzultációs csoport, Technikai szeminárium a kábítószer prevenció és kezelés témakörében, a kutatástól a gyakorlatig) az SZMM képviselte hazánkat.

EURÓPAI UNIÓ

Hazánk európai uniós csatlakozása óta teljes jogú tagként vesz részt a *Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoport* (HDG) 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 során az Európai Parlament kijelölt bizottságával történő egyeztetése. A szlovén elnökség alatt a HDG az UNGASS-elemzéshez csatlakozó munkacsoportokat állított fel, az SZMM a kereslet-csökkenéssel, illetve az adatgyűjtéssel kapcsolódó csoportba delegált szakértőt. A francia elnökség alatt a munkacsoport – a magyar delegáció aktív részvételével – elfogadta az EU Kábítószerügyi Stratégiájához (2005–2012) csatlakozó második, 2009–2012 közötti időszakra vonatkozó akcióttervet.

A Munkacsoport munkájához kötődő TROIKA találkozók az SZMM képviselte Magyarországot.

Az EU szlovén elnöksége 2008. május 15-én rendezte meg az immár hagyományosnak mondható kábítószerügyi koordinátorok találkozóját Brüsszelben. A konferencia fő témája a helyettesítő terápiák hatékonyságelemzése volt. A francia elnökség 2008. október 20-án Párizsban rendezte meg a találkozót, amelyen a kábítószerügyi médiakampányok, illetve a kábítószer és alkohol stratégiák együthathatása volt a középpontban. A találkozók lehetőséget biztosítottak a legjobb gyakorlatokkal összefüggő tapasztalatok cseréjére, a szakemberek közötti párbeszédre.

EU/EMCDDA

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának Igazgatótanácsa 2008-ban két alkalommal, július 4–6., illetve december 3–5. között ülésezett. Az igazgatótanács a központ működésének legjelentősebb kérdéseit tárgyalta, többek között a következő évre vonatkozó költségvetést. Hazánkat az igazgatótanács magyar tagja, a nemzeti kábítószerügyi koordinátor képviselte az üléseken.

Az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos információ-cseréről, kockázatelemzésről, valamint ellenőrzésről szóló 2005/387/JHA számú Tanácsi Határozat központi szerepet szán a Központ Tudományos Bizottságának. A bizottság szakértői listájára hazai jelöltek is felkerültek.

KÖZPONTI DUBLIN CSOPORT

A Központi Dublin Csoport ülésein az SZMM képviselője vett részt. A Németországgal, illetve Ausztriával folytatott egyeztetéseket követően 2008. július 31-én hazánk bejelentette, hogy 2009. január 1-jétől átvállalja Németországtól a Balkán térség regionális társelnöki szerepét, amelyet Ausztria társelnökeként lát majd el. A regionális elnöki teendők ellátása érdekében a Központi Dublin Csoport főfelelőssége a – KKB Nemzetközi Szakbizottság 2/2009. számú határozatában foglaltaknak megfelelően – átkerült a Külügyminisztérium Konzuli Főosztályához.

EURÓPA TANÁCS POMPIDOU CSOPORT

A Pompidou Csoport munkájában mind az állandó levelezői találkozók, mind a különböző platformokon keresztül részt vesz Magyarország. 2008-ban már mindegyik, (büntető-igazságszolgáltatási, etikai, kezelési, kutatási, prevenciós, repülőtéri) platformba delegált szakértőket a szakterület.

A Pompidou Csoport lengyel elnöksége 2008. november 24–26. között Varsóban rendezte meg elnökségének középideős konferenciáját, ahol a nemzeti kábítószerügyi koordinátor, valamint az állandó levelező képviselte hazánkat.

Az Európai Hálózatot a Kábítószerügyi Frontvonalán Dolgozók Számára (EXASSnet) az Európa Tanács Pompidou Csoportja hozta létre, annak érdekében, hogy lehetőséget biztosítson a kábítószerügyi területén dolgozó gyakorlati szakembereknek az információcserére, a legjobb gyakorlatok megosztására. Ezen találkozók kiváló lehetőséget biztosítanak a fogadó országnak arra, hogy bemutassa a speciális ellátóhelyeket, intézményeket. Az SZMM képviselői részt vettek mind a Frankfurtban 2008. május 26–28-án, mind a Moszkvában 2009. október 30–31-én megrendezett találkozók. Hazánk képviselője Frankfurtban felajánlotta, hogy az EXASSnet 5. találkozóját Budapesten rendezzék 2009 tavaszán.

2008. augusztus 8–22. között először került megrendezésre a Pompidou Csoport anyagi támogatásával és a European Society for Social Drug Research szervezésében a fiatal kutatók kvalitatív drogműködési képzését célzó Nyári Egyetem. A képzésre tizenkét fiatal jelentkező között egy magyar kutató jelentkezését is elfogadták.

KÉTOLDALÚ KÁBÍTÓSZERÜGYI KAPCSOLATOK

Horvátország

2008. április 8–9-én kétoldalú kábítószerügyi megbeszélésre került sor a Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Osztály, illetve a Horvát Köztársaság Kormányának Kábítószer-visszaélés Elleni Irodája között Budapesten.

A megbeszélésen az országos, a helyi, illetve a regionális kábítószer politikák alakításával, a szakirányú adatgyűjtéssel és feldolgozással, valamint a legális, illetve illegális szerekkel kapcsolatos engedélyezési kérdésekre vonatkozó legjobb gyakorlatok cseréjére került sor. A delegációk emellett ellátogattak a Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Missziójának ráckeresztúri rehabilitációs otthonába is.

TAIEX tanulmányút 2009. november 4–6.

Az ENSZ Kábítószer Bizottságának 51. ülészakán az ENSZ Kábítószer Ellenőrző Szervének elnöke a kiemelkedően hatékornak minősített magyar kábítószer ellenőrzési rendszert és annak átvételét javasolta horvát kollégáinknak. A horvát delegáció a magyar kábítószer és prekursor ellenőrzési rendszer tanulmányozására utazott Budapestre, amely tanulmányutat az Európai Bizottság TAIEX programja finanszírozta. A tanulmányút átfogó szakmai programját az Egészségügyi Engedélyezési Hivatal, a Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal, az ORFK Kábítószer-rendészet, valamint az Egészségügyi Minisztérium szakértői biztosították.

Románia

Találkozó Kolozsváron, Romániában

A magyar, illetve a román nemzeti kábítószerügyi koordinátor között Budapesten, 2005. október 28-án megkötött együttműködési megállapodásban foglaltaknak megfelelően, került sor az immár hagyományosnak tekinthető szakmai találkozóra. A találkozón napirendre került a két ország általános kábítószerügyi helyzetképe, a kábítószerfüggők kezelése, a határon átnyúló bűnüldözés, a további közös pályázatok benyújtásának lehetősége, illetve a kábítószer ellenőrzési mechanizmusai. A magyar delegációt a nemzeti kábítószerügyi koordinátor vezette, a delegációban az SZMM, az ORFK, az NDI, valamint a Leo Amici Rehabilitációs Intézet munkatársai vettek részt.

NEMZETKÖZI KONFERENCIA BUDAPESTEN

Budapesten került megrendezésre – az ELTE Addiktológiai Tanszéki Szakcsoport szervezésében – a European Society for Social Drug Research elne-

vezésű tudományos társaság 19. éves konferenciája (2008. október 2–4.). A két és fél napos rendezvényen több magyar kutató is beszámolt eredményeiről.

1.4 A kábítószer-problémával foglalkozó kutatások

1.4.1 Drogfogyasztás az iskolás- és fiatalkorú populációban⁸

1.4.1.1 ESPAD 2007

A 2007-es ESPAD-vizsgálat⁹ keretében a 8–10. évfolyamos, iskolában tanuló diákok országos reprezentatív mintáján készült adatfelvétel eredményei (Elekes 2009) szerint a megkérdezett fiatalok 64,1%-a dohányzott már életében, a napi rendszerességgel dohányzók aránya 21,9% volt. A diákok túlnyomó többsége (a fiúk 92,3%-a, a lányok 92%-a) fogyasztott már élete során alkoholt, az előző hónapban 55,4%-uk ivott, a havi 6 vagy több alkalommal fogyasztók aránya 13,8%. A fiatalok több mint egyharmadával fordult elő legalább egyszer a kérdezést megelőző hónapban, hogy egy alkalommal 5 vagy több italt ivott meg egyszerre, 12,2%-uk 3 vagy több ilyen alkalomról is beszámolt.

A megkérdezett 8–10. évfolyamos diákok 15,9%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert¹⁰ (fiúk: 17,7%, lányok: 14,2%, a nemenkénti különbségek szignifikánsak ($p < 0,001$)). Ennél magasabb, 21,1% azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert¹¹. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia-értéke a fiúknál 23,3%, a lányoknál pedig 19,3%. A különbségek szintén szignifikánsak ($p < 0,001$).

⁸ A rész szerzői: Elekes Zsuzsanna, Nádas Eszter.

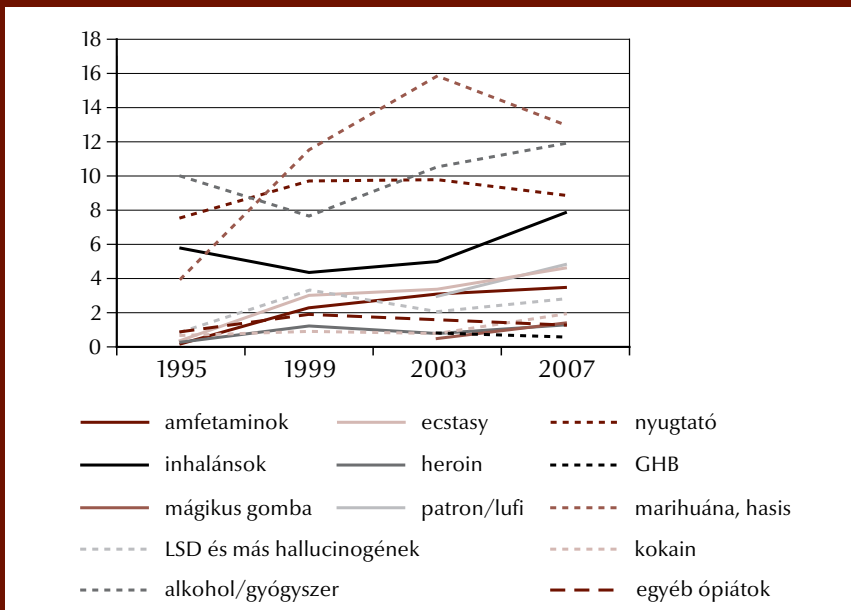
⁹ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete készítette az ECHO Survey Szociológiai Kutatóintézettel együttműködésben. Az adatfelvétel önkéntes, csoportos lekérdezéssel történt külső kutatási asszisztensek közreműködésével a 8–10 évfolyamosok reprezentatív mintáján. Bruttó minta 10 598 fő, nettó minta 8693 fő volt. A kutatást az OTKA (K60709), a Szociális és Munkaügyi Minisztérium, valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatta.

¹⁰ Tiltott szerek: a korábbi ESPAD-beszámolókból tiltott szerek között szereplő drogok: marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

¹¹ Ebben a csoportban szerepelnek az „ESPAD” tiltott szereken kívül a mágikus gomba, GHB, egyéb opiátok (pl. máktea), egyéb drogok, szerves oldószerek, patron/lufi.

Az egyes szerekre vonatkozó életprevalencia-értékek alapján jelentős szerkezeti változás nem volt megfigyelhető a fiatalok fogyasztásában. Változatlanul a legelterjedtebb szer a marihuána (14,1%-os életprevalencia-értékkel), ettől alig marad el a gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása (12,5%). A harmadik-negyedik legelterjedtebb szer szintén legális: az orvosi recept nélküli nyugtatófogyasztás (8,9%) és a szipuzás (7,6%). A patron/lufi használat 2007-ben továbbra is az ötödik-hatodik legelterjedtebb szer a fiatalok szerhasználati szokásaiban, azt az ecstasyval azonos mértékben (4,9%) próbálták már a fiatalok. A marihuánán kívüli tiltott szerek közül hagyományosan az ecstasy, az amfetaminok (4,1%) és az LSD/hallucinogének (3%) a legelterjedtebbek. A többi vizsgált drog fogyasztása változatlanul alig van jelen a 8–10. évfolyamos középiskolások életében.

13. ábra: Tiltott és legális szerek életprevalencia-értéke 1995 és 2007 között a 16 éves diákok körében¹²



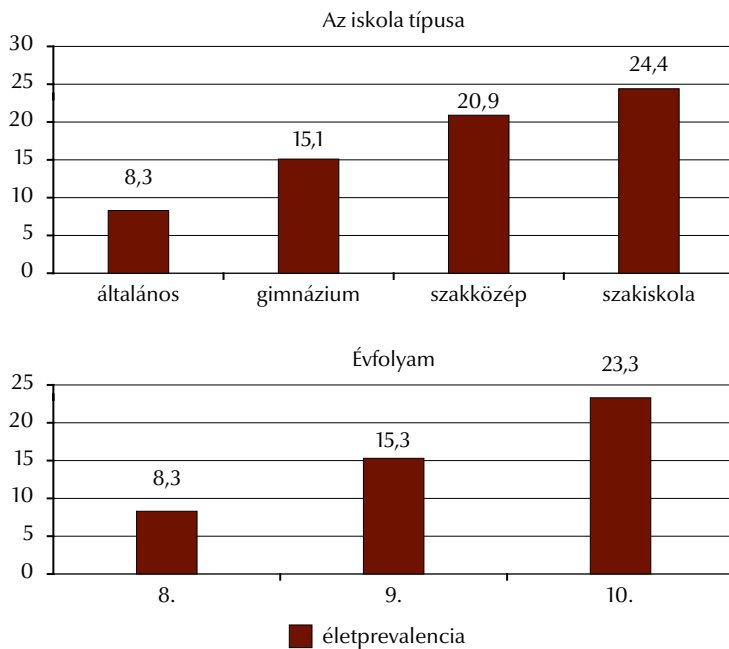
Forrás: Elekes 2009

¹² A szövegben a 8–10. évfolyamos diákok teljes mintájában mért eredmények kerülnek bemutatásra, az idősoros ábra a 16 éves diákok vonatkozásában mutatja be az életprevalencia-értékek változását.

Társadalmi státus

A kutatásban a megkérdezett diákok társadalmi státusa és a szerfogyasztás közötti kapcsolatot is vizsgálták. A tiltott szerek életprevalencia-értékei iskolatípusonként szignifikáns ($p < 0,001$) különbséget mutattak. A prevalenciaértékek az általános iskolákban a legkisebbek, ezt követik a gimnáziumok, a szakközépiskolák, végül pedig a szakiskolák. Az iskolatípusonkénti különbségben részben kifejeződik az iskolák eltérő presztízse (legmagasabb a prevalenciaérték a legalacsonyabb státusú iskolatípusban), valamint az, hogy az általános iskolákban tanulnak a legfiatalabb diákok. A három vizsgált iskolai év során közel megháromszorozódik a tiltott szereket valaha használók aránya. Ez a növekedés elsősorban a marihuána életprevalencia-értékében bekövetkezett több mint háromszoros növekedésnek tudható be (6,6%-ról a 8. évfolyamon, 21,6%-ra a 10. évfolyamon), míg a marihuánán kívüli tiltott szerek csupán megkétszereződtek (4,8%-ról 10,2%-ra nőttek a 8–10. évfolyam között).

14. ábra: A tiltott szerek életprevalencia-értéke iskolatípusonként és az iskola évfolyama szerint a 8–10 évfolyamon tanulók között



Forrás: Elekes 2009

A szülők iskolai végzettsége alapján a tiltott szerek kipróbálása nem különbözik jelentősen az alacsonyabb és magasabb iskolai végzettségűek gyerekei között, bár egyértelműen veszélyeztetettnek tűnnek a befejezetlen felsőfokú végzettségű szülők gyerekei, és valamelyest elterjedtebb a tiltott szerek kipróbálása a legmagasabb, mint a legalacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekei között. A szülők feltételezett anyagi helyzete nem mutat kapcsolatot a tiltott drogok kipróbálásával.

Az iskola székhelye és a család lakóhelye is arra utal, hogy a tiltott szerek használata elterjedtebb Budapesten és a nagyobb városokban.

A fiatalok társadalmi-gazdasági státusát jelző mutatóknál erőteljesebb összefüggés található a tiltott szerek kipróbálása és a családi-iskolai élet minőségi mutatói között. A 2007. évi magyar adatok a nemzetközi tapasztalatokhoz és a korábbi hazai eredményekhez hasonlóan is azt bizonyítják, hogy az iskolai lógás és a gyengébb tanulmányi eredmény nagyobb mértékű drogfogyasztással jár együtt. Azok, akiket az édes szülők együtt nevelnek, akik elégedettek a szüleikhez fűződő viszonyukkal, és ahol a szülők kontrollálják gyerekeik szabadidős tevékenységét, ott a fiatalok kisebb valószínűséggel lesznek rendszeres droghasználók. Édes szülő nélkül, vagy gyenge szülői kontroll mellett nevelkedők, vagy akik elégedetlenek szüleikhez fűződő viszonyukkal, egyértelműen a legvesélyeztetettebbek közé tartoznak.

Fogyasztói csoportok

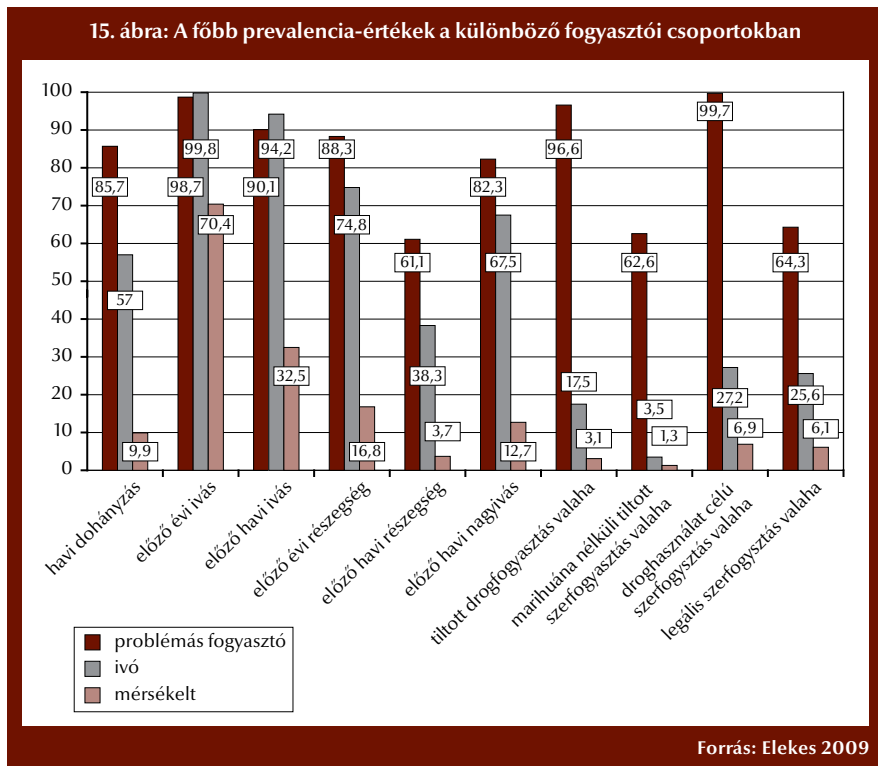
A tiltott és legális szerek egyidejű fogyasztásának vizsgálatára készített klaszterelemzés¹³ eredményei azt mutatják, hogy a különböző visszaélésre alkalmas szereket a diákok gyakran egyidejűleg fogyasztják, és a különböző szerek kipróbálása vagy rendszeres fogyasztása növeli más szerek kipróbálásának vagy rendszeres fogyasztásának a valószínűségét. A diákok 8,7%-a tekinthető problémás fogyasztónak¹⁴. Ők használtak már valamilyen tiltott szert, és nem csak marihuánát, kétharmaduk használt gyógyszert orvosi javaslat nélkül, háromnegyed részük napi rendszerességgel dohányzik, rendszeresen fogyasztanak alkoholt, elterjedt közöttük a lerészegedés és a nagyívás. A diákok egy másik csoportjára (28,5%) inkább a rendszeres alkoholfogyasztás és dohányzás jellemző (ívók). Közöttük is gyakori a nagyívás és lerészegedés, de sokkal ritkább a tiltott szerek kipróbálása, és az is inkább csak a marihuánára korlátozódik. A diákok közel kétharmada csupán mérsékelten fogyasztja a vizsgált szereket. Alkalmanként fogyasztanak ugyan

¹³ A klaszterelemzés listwise módszerrel történt, a dohányzás, alkoholfogyasztás és az egyéb szerfogyasztás főbb mutatóinak bevonásával.

¹⁴ Nem az EMCDDA által ajánlott problémás szerhasználati definíció értelmében.

alkoholt, de nem jellemző a problémás ivás. Ritkán dohányoznak, és nem nagyon próbálkoznak egyéb drogok fogyasztásával.

15. ábra: A főbb prevalencia-értékek a különböző fogyasztói csoportokban



A klaszterelemzés során elkülönített problémás fogyasztói csoport a legtöbb mutató alapján különbözik a többi diáktól. Közöttük nagyobb a fiúk aránya, a többiekénél idősebbek, nagyobb arányban tanulnak szakközépiskolában és szakiskolában, több közöttük a Budapesten vagy más városban lakó. Családi életük minőségi mutatói kedvezőtlenebbek a többiekénél, pszichés állapotuk mutatói is rosszabbak az átlagnál. A többiekhez képest sokkal elterjedtebbek közöttük a különböző problémás viselkedési formák. Az elmenős szabadidő eltöltési forma jellemzi őket, és kortárs kapcsolataikban is elterjedt a dohányzás, a problémásabb alkoholfogyasztás és a droghasználat. Az összetétel hatások kiszűrése után elsősorban a nem, az életkor, a szabadidő, a szerfogyasztó barátok és más problémás viselkedést jelző mutatók különítik el őket a többiektől.

1.4.1.2 Ifjúság 2008

A 15–29 éves korosztály életmódját, szokásait vizsgáló kutatás (Bauer és Szabó 2009)¹⁵ keretében a szerhasználati szokásokról is kérdezték a fiatalokat. A válaszadók¹⁶ 17%-a (fiúk 19%-a, lányok 15%-a) jelezte, hogy élete folyamán próbált már valamilyen drogfajtát¹⁷, 2004-ben ez az arány 11% volt. 2008-ban, 2004-hez hasonlatosan a marihuána volt a legelterjedtebb kábítószer. A válaszadók 12%-a állította, hogy kipróbált már élete során marihuánát, ezen válaszadók fele az elmúlt évben is legalább egyszer használta ezt a drogot. A 15–29 évesek körében a második legelterjedtebb drogfajta az altatótabletták nem gyógyászati célú használata volt (5% próbálta). A partidrogokat¹⁸ kipróbálók aránya 3%, kétharmaduk az elmúlt évben is legalább egyszer használt ilyen szert. Ezekon a drogokon kívül még a hallucinogének, a szipuzás, a máktea és a kokain használata is mérhető arányban van jelen a fiatalok körében. A fiatalok 35%-a állította, hogy ismerősei, barátai között van olyan személy, aki kipróbált már valamilyen kábítószeret. Ez valamivel kisebb arány a négy évvel korábban mértnél (43%).

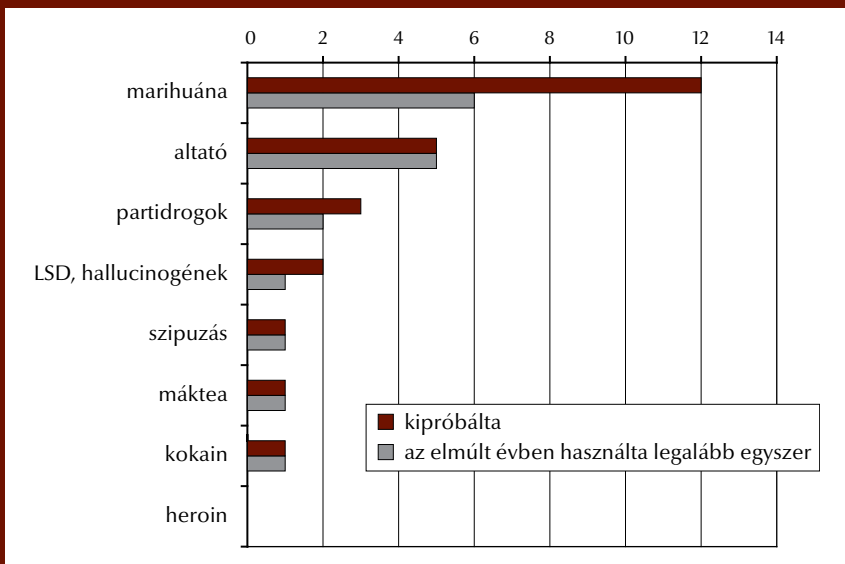
¹⁵ Az Ifjúság 2008 kutatást a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet készítette a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megbízásából. A survey vizsgálat a 15–29 éves korosztály nemre, életkorra, településnagyságra reprezentatív mintáján történt, a nettó minta 8076 fő volt. Az adatfelvétel személyes interjú és önkitöltős kérdőív segítségével történt. A drogokkal kapcsolatos kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel történt. A kutatás módszertana megegyezik az Ifjúság 2004 kutatás során alkalmazottal.

¹⁶ A szerfogyasztásra vonatkozó kérdés esetében a válaszmegtagadás aránya 10% volt.

¹⁷ A következő szerekre kérdezték a kutatás: altató, nyugtató nem gyógyászati célból; marihuána, hasis (fű, spangli); LSD, gomba, meszkalin, más hallucinogének; amfetamin, metamfetamin (partidrogok, ecstasy stb.); kokain; máktea; morfium, heroin; szerves oldószer (szipu); egyéb szer.

¹⁸ Partidrogok: ecstasy, különféle amfetamin- és metamfetamin-származékok.

16. ábra: Az adott drogot kipróbálók, illetve az adott drogot az elmúlt évben legalább egyszer használók aránya (%)



Forrás: Bauer és Szabó 2009

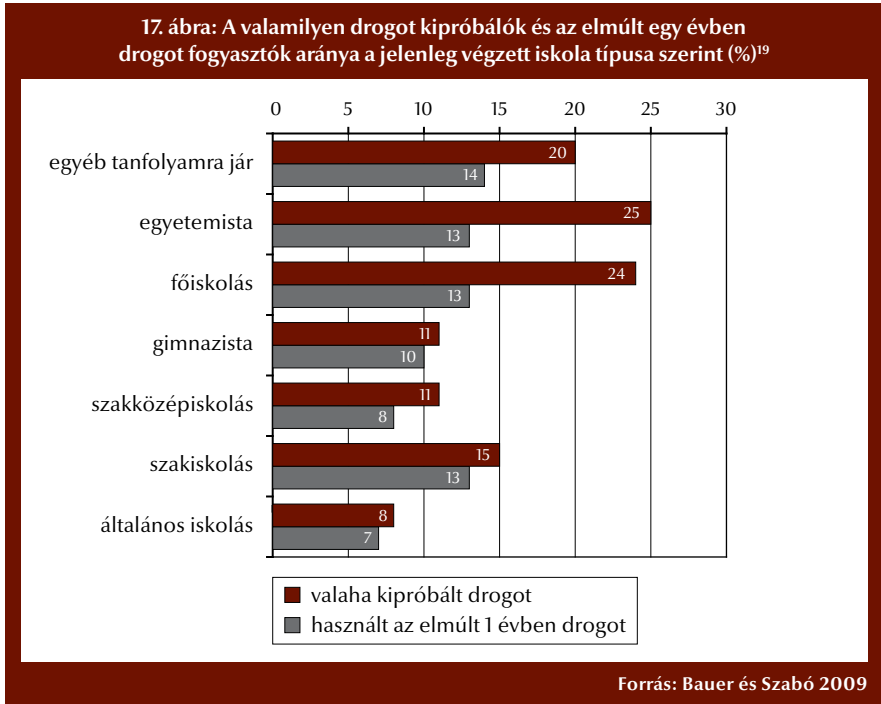
Szociodemográfiai mutatók alapján vizsgálva a drogkipróbálás jellegzetességeit, érdemi különbségek mutatkoztak az egyes ifjúsági csoportok között.

Az életprevalencia-érték a 22–23 éves korcsoportban a legmagasabb – ebben a korosztályban meghaladja a 22%-ot –, az idősebb korcsoportokban viszont stagnálás, illetve csökkenés figyelhető meg. E jellegzetesség mögött leginkább az iskolai státus meghatározó szerepe mutatható ki. A drogkipróbálás ugyanis – a kutatás eredményei szerint – a felsőoktatási intézményrendszerbe való bekerülés időszakában növekszik meg.

Az adatfelvétel idején általános iskolába járók 8%-a jelezte, hogy kipróbált valamilyen drogfajtát, és ez az adatok alapján nagyjából az elmúlt egy esztendőre tehető. A középfokú tanintézményekbe járó fiatalok közül a drogfogyasztás által legvesélyeztetettebb réteg a szakiskolások csoportja, akik közül minden hetedik (15%) kipróbált már valamilyen kábítószer, illetve 13%-uk az elmúlt egy évben is használt drogot. A szakközépiskolások és gimnazisták körében az adatok hasonlatosak, saját bevallásuk szerint 11%-uk próbált már valamilyen kábítószer. Az adatfelvétel idején valamilyen felsőfokú intézménybe járók mintegy negyedének (25%) volt

már kábítószeres tapasztalata, míg az elmúlt egy évben 13%-uk fogyasztott valamilyen szert.

17. ábra: A valamilyen drogot kipróbálók és az elmúlt egy évben drogot fogyasztók aránya a jelenleg végzett iskola típusa szerint (%)¹⁹

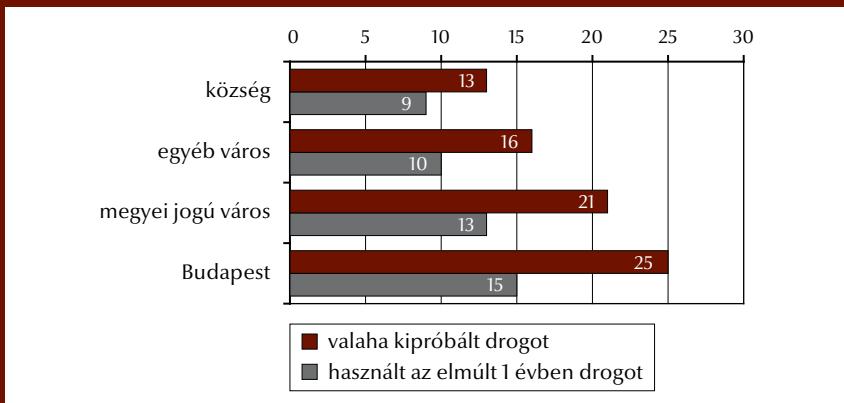


Szignifikáns összefüggést mutat az anya iskolai végzettsége és a gyermek drogkipróbálása és drogfogyasztása.

A drogkipróbálás és a drogfogyasztás jellegzetességeit az állandó lakhely szerinti település típusa is tovább árnyalja. A kábítószer kipróbálók és/vagy fogyasztók között felülreprezentáltak a Budapesten, illetve részben a megyei jogú városokban lakó magyar fiatalok. Míg a községben lakó 15–29 évesek 13%-a, addig a fővárosiak 25%-a próbált már valamilyen drogfajtát. Ez utóbbi adatsor lényegében megegyezik a főiskolások és egyetemisták adataival. Hasonló különbségek mutathatók ki az elmúlt évre vonatkozó fogyasztás tekintetében is: az elmúlt egy évben kábítószer fogyasztók aránya a fővárosban élők körében 15%, míg a községben lakók körében kevesebb mint 10%.

¹⁹ Főiskolás, aki régi típusú főiskolai képzésre vagy BA képzésre jár; egyetemista, aki régi típusú egyetemi képzésre, vagy MA, vagy Ph.D. képzésre, vagy másoddiplomás képzésre jár.

18. ábra: A valamilyen drogot kipróbáltak és az elmúlt egy évben drogot fogyasztók aránya az állandó lakhely szerinti település típusa szerint (%)



Forrás: Bauer és Szabó 2009

A magyar fiatalok drogkipróbálási szokásai és a háztartás szubjektív anyagi helyzete között alig mutatható ki érdemi kapcsolat. A legjobb szubjektív anyagi helyzetben lévő, azaz pénzt félre tenni tudók, gondok nélkül élők között ugyan kétségtelenül magasabb a kábítószer kipróbálók aránya, de a legalacsonyabb szubjektív státusúaknál is viszonylag magas ez az arány.

1.4.2 Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban²⁰

1.4.2.1 Kábítószer-használat és problémás kábítószer-használat a börtönben

2008-ban kutatás²¹ (Paksi 2009a) készült a jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer-használatáról. A kutatás célpopulációját a vizsgálat idején a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott, magyar állampolgárságú, felnőtt korú elítéltek²² képezték.

²⁰ Alfejezet szerzői: Nádás Eszter, Paksi Borbála, Tarján Anna.

²¹ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ készítette a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet finanszírozásával és a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának támogatásával.

²² Az országos intézetek esetében az egyes intézetekben az aktuális fogvatartott listák alapján, SPSS programmal a helyszínen, egyszerű véletlen mintavételi módszerrel, arányos, a férfiak esetében 5%-os, nők esetében pedig – elemezhető számú megkérdezett biztosító felülreprezentálással – egyharmados mintát vettek a kutatás során. A megyei letöltőházak

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést megelőző időszak drogfogyasztása

A magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott populáció 43,8%-a²³ kipróbált már bekerülése előtt valamilyen tiltott drogot²⁴. A valaha fogyasztók több mint kétötöde, azaz minden ötödik-hatodik fogvatartott (18,2%) kinti életében pedig volt olyan periódus, amikor legalább heti rendszerességgel élt valamilyen tiltott szerrel.

A büntetés megkezdését megelőző évben minden harmadik, az utolsó kint töltött hónap során pedig minden ötödik, jelenleg fogvatartott, használt valamilyen tiltott drogot. A valaha használók körében a folyamatos fogyasztási ráta 76% volt a bekerülésük előtt, és az aktuálisan is használók aránya megközelítette a valaha fogyasztók háromötödét (58,3%).²⁵

esetében a mintavétel két lépcsőben történt: régióként egy-egy, szakértői mintavétellel kiválasztott helyszínen, a régiókban fogvatartottak létszámával arányos véletlen minta került kiválasztásra. A minta összességében 700 főre volt tervezve. A kérdéses során a tervezetthez képest 93%-os, 652 fős mintát sikerült megvalósítani. A nemként arányos országos minta előállításához a nők adatait kisebb súllyal (0,1534) vették figyelembe, az így kapott országos minta nagysága 503 fő. Szociodemográfiai háttérrel, drogfogyasztáson kívüli szokásokkal, illetve a kérdezett jelenlegi objektív büntetés-végrehajtási státusára és előéletére vonatkozó kérdéseket tartalmazó, ún. „A” kérdőív face to face technikával került felvételre. A börtönbe kerülés előtti és a fogvatartás alatti drogfogyasztással kapcsolatos célváltozók, illetve néhány viselkedési addikcióval foglalkozó kérdéssor felvétele pedig önkitöltős technika felajánlásával történt. Az önkitöltős blokkot a kérdezettek közel háromnegyede (71,6%) alapvetően önállóan töltötte ki. A kérdezettek 28,4%-a esetében azonban az önkitöltős részek is face to face technikával kerültek felvételre. A kérdezők a válaszok megbízhatóságát az „A” kérdőívek felvétele során szerzett benyomásai alapján 3 fokozatú skálán értékelték. Eszerint a tízből hét kérdőív esetében a kérdezők nem érzékeltek olyan problémákat a kérdéses során, melyek az adatok minősége szempontjából problémát jelentének. Mindössze a megkérdezettek 6%-a esetében tapasztaltak a kérdezők nagyfokú megbízhatatlanságára utaló jeleket a kérdéses során. Az adatfelvétel 2008. október 14. és december 12. között történt.

²³ A mért érték maximum $\pm 3,8\%$ hibát tartalmaz.

²⁴ A kutatás során a tiltott drogok közé az alábbiakat sorolták: kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, egyéb opiát, LSD, mágikus gomba, crack, GHB, bármilyen drog intravénásan, herbál drogok, rush, angyalpor, I-por (ketamin).

²⁵ A folyamatos használók aránya azt fejezi ki, hogy a valaha fogyasztók között milyen arányban (%) vannak azok, akik az elmúlt évben, azaz a közelmúltban is fogyasztottak drogot (recent continuation rate). Az aktuálisan használók aránya a valaha fogyasztók körében azokat jelöli, akik az elmúlt 30 napban is fogyasztottak valamilyen drogot.

3. táblázat: A tiltott szerek különböző idejű összesített prevalenciaértékei (%) a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatva (N=503)

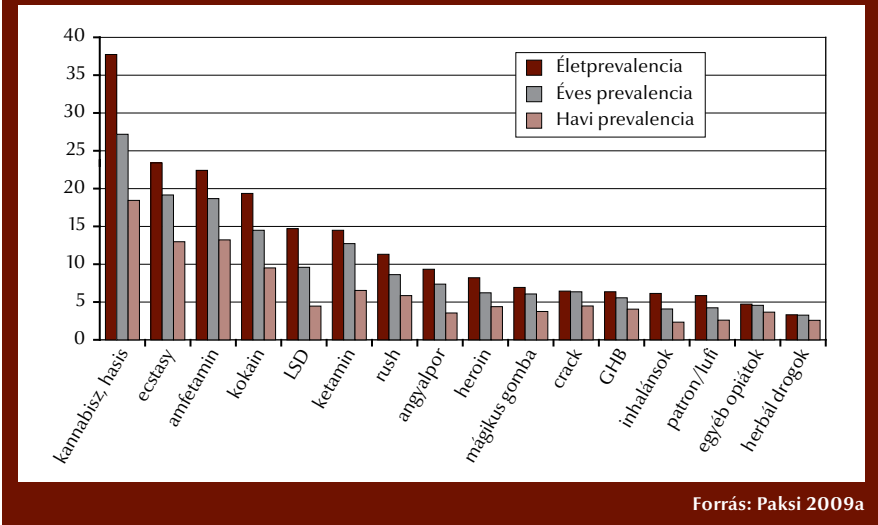
A tiltott szerfogyasztás prevalenciaértékei	A válaszolók száza- lékában	A valaha fogyasztók százalékában
életprevalencia-érték	43,8	-
éves prevalenciaérték	33,5	76,0
havi prevalenciaérték	25,7	58,3
rendszeres használat életprevalencia-értéke	18,2	41,6

Forrás: Paksi 2009a

A fogvatartottak 37,8%-a, azaz a valamilyen tiltott drogot valaha használók döntő többsége (85,7%-a), használt már életében marihuánát vagy hasist. Az összes többi szer előfordulási gyakorisága – bár szintén jelentős – ennél jóval kisebb gyakoriságot vesz fel. A második-negyedik helyen az ecstasy, az amfetaminok, illetve a kokain található, melyek elterjedtsége között gyakorlatilag nincs különbség, minden negyedik-ötödik fogvatartott fogyasztási struktúrájában megjelenik. 10% fölötti életprevalencia-értékkel rendelkezik a fogvatartottak körében még az LSD és a ketamin, valamint a rush. A többi tiltott drog és az inhalánsok életprevalencia-értéke nem éri el a 10%-ot²⁶. A fogvatartottak egytizede (10,4%) használt már életében valamilyen drogot intravénásan. A rövidebb idejű prevalenciaértékek alapján ehhez képest nem található markáns eltérés a szersorrendben.

²⁶ A dummy-drogként használt, a felülbecslés mérésére alkalmazott „relewin” életprevalencia-értéke a vizsgálatban 1,6% volt.

19. ábra: A szerenkénti prevalenciáértékek (%) a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkozóan (a válaszolók százalékában, N=503)



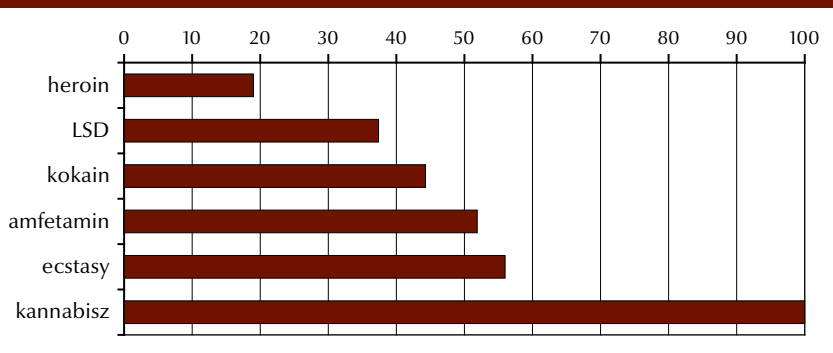
A fogvatartott populáció prevalencia értékeit – a fogvatartottak körében való dominanciájuk következtében – a férfiak fogyasztási szokásai határozzák meg. Az összesített prevalencia-értékek a nők körében szignifikánsan²⁷ alacsonyabbak. A szerenkénti értékek esetében azonban ez a nemenkénti különbség csak a kannabisz-származékok, az ecstasy és az LSD esetében mutatkoznak meg szignifikánsan. Tendencia jelleggel kisebb még a nők érintettsége a kokain-, az angyalpor-, a ketamin- és a patron-/lufihasználat tekintetében. A mért értékek ugyan az összes többi drog vonatkozásában is magasabbak a férfiak esetében, azonban a különbség ott nem szignifikáns.

A különböző szerhasználatok kapcsolódásának kifejezését ún. „tiltott-drog-fogyasztási piramis”²⁸ szemlélteti, amely azt mutatja, hogy azok, akik kinti életük során valaha fogyasztottak kannabiszt, milyen arányban fogyasztottak e mellett más szereket is. A kannabisz-használókra számított életprevalencia-értékek – a piramisszámítás során szokásosan vizsgált szerek esetében – a fogvatartott populáció egészére kapott értékeknek kétszeresét, két és félszeresét teszik ki. Tehát azoknak a fogvatartottaknak, akik jelenlegi büntetésük letöltésének megkezdése előtt kipróbálták a marihuánát vagy hasist, általában több mint kétszeres volt az esélye más tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülésre, mint az átlagos fogvatartottaknak.

²⁷ Szignifikáns: $p < 0,05$; tendencia jellegű kapcsolat: $0,05 \leq p < 0,1$.

²⁸ EMCDDA (1999) 77–79. oldal.

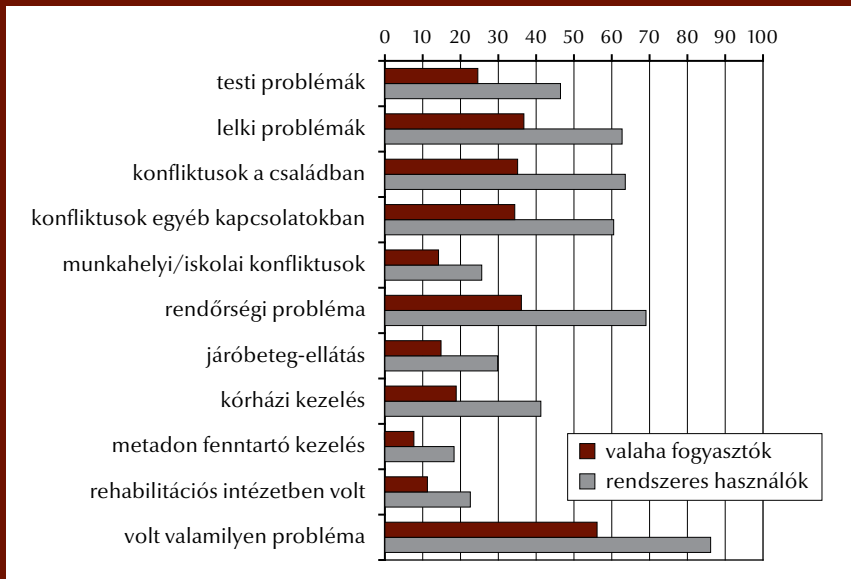
20. ábra: Tiltottdrog-fogyasztási piramis a bv. intézetbe való bekerülést megelőzően (a különböző szerek életprevalencia-értéke a kannabisz-kipróbálók százalékában)



Forrás: Paksi 2009a

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülés előtti időszakban valaha tiltott drogot fogyasztó fogvatartottak több mint felének (56,1%) az életében volt valamilyen – egészségi és/vagy lelki és/vagy kapcsolati és/vagy munkahelyi és/vagy rendőrséggel kapcsolatos – konfliktusa/problémája a drogfogyasztással összefüggésben. A rendszeres használat a problémák megjelenésének kockázatát összességében 30 százalékponttal növelte, s a problémák halmozódása is valamelyest gyakoribb volt körükben. Leginkább a lelki problémák, valamint a kapcsolati, illetve rendőrséggel való konfliktusok megjelenése volt jellemző, ezekről a problémákról a valaha használók több mint egyharmada, a legalább heti rendszerességgel használóknak pedig közel kétharmada számolt be. A büntető igazságszolgáltatással való együttműközések a valaha használók és a rendszeres használók esetében is, leginkább kábítószerrel való visszaélés miatti rendőrségi eljárások (valaha használók esetében 30,2%, rendszeres használók esetében 59,3%) vagy drog hatása alatt elkövetett bűncselekmények (18,5%, illetve 40,2%) voltak. A terjesztői típusú, illetve a drog megszerzése céljából elkövetett bűncselekmények előfordulása ezeknél jóval ritkább (11,8%, ill. 26,4%) volt. A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülés előtt a valaha használó fogvatartottak 23,9%-a, a rendszeres használók közel fele (48,8%), vett részt drogfogyasztása miatt valamilyen (ambuláns, kórházi, rehabilitációs vagy fenntartó) kezelésen.

21. ábra: A különböző drogfogyasztásra visszavezethető problémák előfordulása a bekerülést megelőző időszakban, a valaha fogyasztók, illetve a rendszeres fogyasztók százalékában

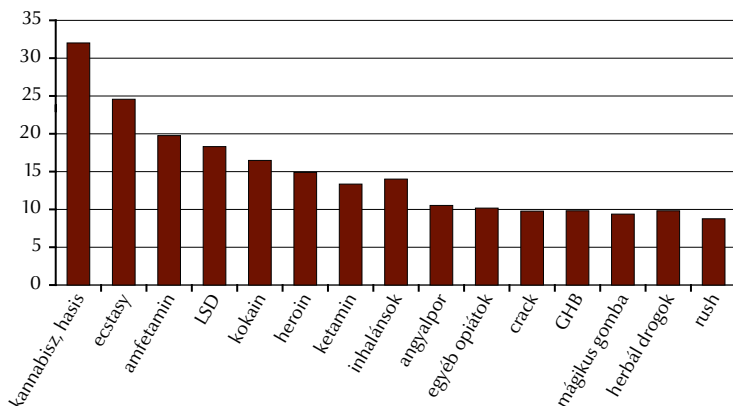


Forrás: Paksi 2009a

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést követő időszak drogfogyasztása

A fogvatartottak egyharmada (33,8%), a bekerülés előtt valaha valamilyen drogot fogyasztók fele (50,7%), a rendszeres használóknak pedig 70,6%-a úgy gondolja, hogy ha akar, a büntetés-végrehajtási intézetekben hozzáférhet valamilyen tiltott droghoz – leginkább valamilyen kannabiszszármazékhoz. A különböző visszaélésre alkalmas egyéb szerek közül a fogvatartottak percepciói alapján a Rivotril a leginkább hozzáférhető (45,7%) szer a börtönökben, de a „dobi” (erős teafőzet) hozzáférhetősége is meghaladja a tiltott szerek elérhetőségét. A különböző szerek hozzáférhetőségével kapcsolatos percepciók tekintetében szignifikáns ($p < 0,001$) különbség mutatkozott a női és a férfi fogvatartottak között. Míg a férfi fogvatartottak 35%-a vélekedik úgy, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben, ha akarná, hozzáférhetne valamilyen tiltott droghoz, addig a nők körében ez az arány mindössze 11,5%.

22. ábra: Az egyes szertípusok percipiált hozzáférhetősége a bv. intézetekben (a válaszolók százalékában, N=503)²⁹



Forrás: Paksi 2009a

A fogvatartottak 14,3%-a, a bekerülés előtt valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztók 29,4%-a, a bekerülés előtt rendszeresen használóknak pedig közel fele (46,3%), használt valamilyen tiltott drogot a fogvatartási időszak alatt. A valaha valamilyen drogot fogyasztók túlnyomó többsége (90,9%) már korábban, a bekerülés előtt is használt valamilyen tiltott drogot. A fogvatartás ideje alatti drogfogyasztás tekintetében is szignifikáns ($p < 0,001$) nemi különbségek figyelhetők meg. Míg a férfiak 15%-a esetében kaptunk fogyasztás-bevallást a benti időszakra vonatkozóan, addig a nők esetében ez az érték mindössze 1,2%. A bekerülés előtt használók fogvatartás alatti fogyasztása tekintetében hasonló nemi különbség mutatkozott: míg a bekerülés előtt valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztó férfiak 30,3%-a használt a fogvatartás alatt is valamilyen tiltott szert, addig a nők körében ez az érték csak 4,7%.

²⁹ Az ábra a „Mit gondol, mely szerekhez férne hozzá itt bent, ha akarna?” – kérdésre adott válaszok alapján készült.

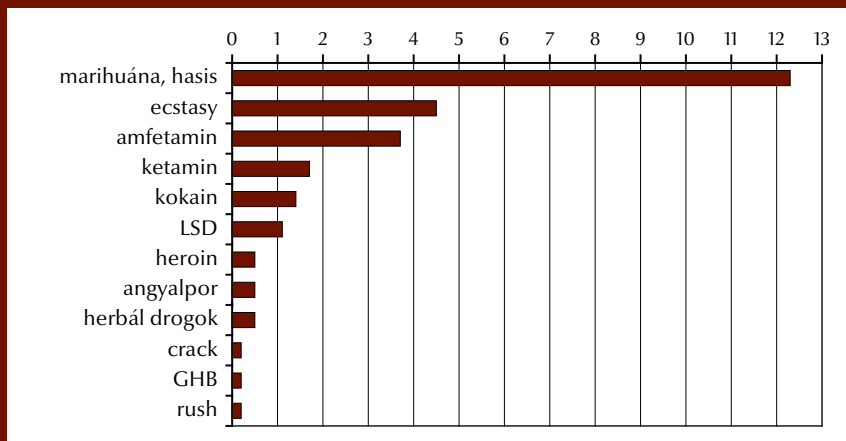
4. táblázat: A tiltott drogok különböző idejű összesített prevalenciaértékei a bv. intézetbe kerülés utáni időszakra vonatkoztatva

	a válaszolók százalékában	a bekerülés előtt valaha fogyasztók százalékában	a bekerülés előtt rendszeresen fogyasztók százalékában
a fogvatartás során fogyasztók aránya	14,3	29,4	46,3
éves prevalenciaérték	8,4	17,0	28,2
havi prevalenciaérték	3,2	5,8	10,8

Forrás: Paksi 2009a

A fogvatartási időszak alatt valamilyen tiltott drogot használók többsége, a fogvatartottak 12,3%-a, fogyasztott valamilyen kannabisz-származékot, 4,5%-uk ecstasyt, 3,7%-uk amfetamint. A kokain, az LSD és a ketamin esetében a teljes fogvatartási időszakra vonatkoztatott prevalencia-értékek 1–2% között mozognak. Rivotril, illetve „dobit” átlagosan a fogvatartottak egytizede használt már a jelenlegi fogvatartása alatt.

23. ábra: A különböző tiltott drogok fogvatartási időszakra vonatkozó életprevalencia-értékei (a válaszolók százalékában, N=503)



Forrás: Paksi 2009a

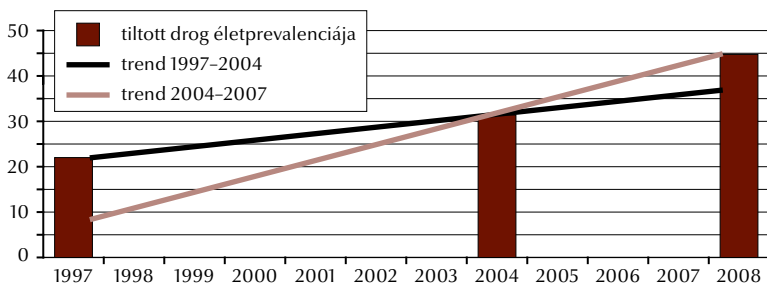
A fogvatartottak bekerülés előtti és utáni időszakra együttesen vonatkoztatott drogérintettsége

Tekintettel arra, hogy a fogvatartási idő alatt valamilyen tiltott drogot fogyasztók döntő többsége a büntetés-végrehajtási intézetbe való bekerülést megelőzően is használt már valamilyen tiltott drogot, a teljes életre vonatkoztatott (fogvatartás előtti vagy alatti) életprevalencia-érték, csak minimálisan haladja meg a bekerülés előtti időszakra vonatkozóan kapott értéket. A fogvatartott populációban a tiltott drogok teljes életre vonatkoztatott prevalenciaértéke 45,8% (férfiak esetében 46,9%, nők esetében 26,6%; $p < 0,001$).

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést megelőző időszak drogfogyasztásának tendenciái

Az utóbbi négy évben (2004 és 2008 között) szignifikánsan, 31,5%-ról 44,8%-ra, azaz évente átlagosan 3,3 százalékponttal növekedett a jogerősen elítélt férfi fogvatartottak körében azok aránya, akik büntetés-végrehajtási intézetbe kerülésüket megelőzően fogyasztottak valamilyen tiltott drogot. Ez jelentősen meghaladja azt a növekedési ütemet, amit a kilencvenes évek végén, illetve az ezredfordulót követő években tapasztaltunk. 1997 és 2004 között az évi átlagos növekedési ütem 1,34 százalékpont volt. A fogvatartottak drogérintettsége ma 8 százalékponttal meghaladja az 1997 és 2004 közötti növekedési ütem folytatódása esetén várható értéket.

24. ábra: A tiltott drogok bv. intézetbe való bekerülést megelőző időszakra vonatkoztatott életprevalencia-értékének változása a jogerősen fogvatartott férfiak körében 1997-2008 között



Forrás: Paksi 2009a

A bekerülés előtti időszakra vonatkoztatott életprevalencia-érték közel másfélszeres növekedése mellett a rövidebb idejű prevalenciák is növekedtek, így a valaha fogyasztókra számított folyamatos fogyasztási ráta nem változott, az aktuális fogyasztási ráta pedig mintegy 10 százalékponttal (azaz a korábbi rátát 100%-nak tekintve 23%-kal) növekedett a 2004 és 2008 közötti periódusban.

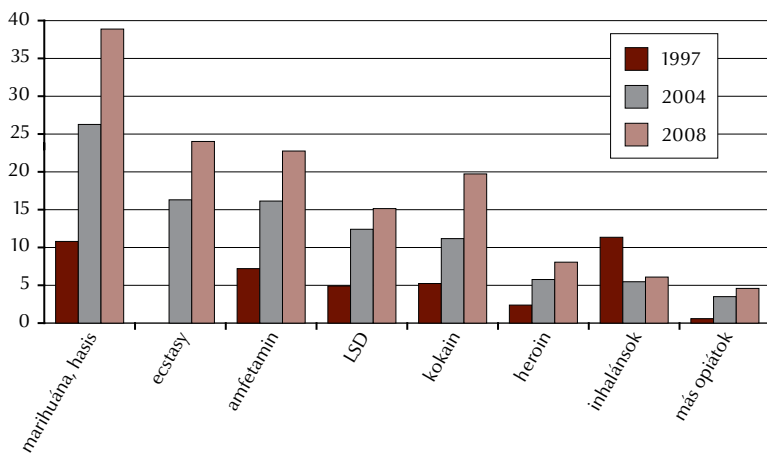
5. táblázat: A tiltott drogok különböző idejű összesített prevalencia-értékei a jogerősen fogvatartott férfiak körében a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatva 2004-ben és 2008-ban

	2004	2008	változás (2004=100%)
életprevalencia-érték	31,5	44,8	142%
éves prevalenciaérték	23,1	34,4	149%
havi prevalenciaérték	15,2	26,6	175%
rendszeres használat életprevalencia-értéke	12,4	18,8	152%
folyamatos fogyasztási ráta	73,3	76,8	105%
aktuális fogyasztási ráta	48,3	59,4	123%

Forrás: Paksi 2009a

Míg 1997 és 2004 között a fogyasztási struktúrában az inhalánsok háttérbe szorulásával, és a tiltott drogok, azon belül is elsősorban a kannabiszszármazékok dominanciájának jelentős növekedésével leírható markáns átrendeződések voltak tapasztalhatók, az utóbbi 4 évben – az LSD kivételével – viszonylag egyenletesen növekedett mindegyik, a szerstruktúrában jelentősebb, tiltott drog életprevalencia-értéke.

25. ábra: A különböző drogok bv intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatott életprevalencia-értékei a jogerősen fogvatartott férfiak körében 1997-ben, 2004-ben és 2008-ban (a válaszolók százalékában)³⁰

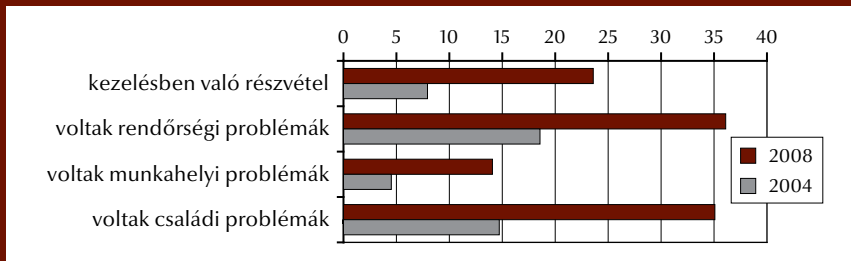


Forrás: Paksi 2009a

A fogyasztás elterjedtségének növekedése mellett jelentősen, 2-3-szorosára növekedett a valaha fogyasztókon belül azok aránya, akiknek az életében a drogfogyasztás következtében előfordultak már különböző – családi, munkahelyi, rendőrségi – problémák, vagy drogfogyasztásuk miatt valamilyen kezelésre szorultak.

³⁰ Az 1997-es vizsgálat során a kérdőívben nem szerepelt ecstasyfogyasztásra vonatkozó kérdés. Tekintettel arra, hogy mindegyik kutatás prevalenciakérdései között szerepelt a „Előfordult-e Önnek, hogy valamilyen más, eddig még nem kérdezett szert használt drogfogyasztási céllal” kérdés, így az ecstasyval kapcsolatos kérdés hiánya az összesített fogyasztási ráta nagyságát nem befolyásolta.

26. ábra: A különböző drogfogyasztásra visszavezethető problémák előfordulása a bekerülést megelőző időszakban, a valaha fogyasztó jogerősen fogvatartott férfiak körében 2004-ben és 2008-ban (%)



Forrás: Paksi 2009a

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést követő időszak drogfogyasztási tendenciái

A különböző tiltott drogok börtönbeli hozzáférhetőségével kapcsolatos fogvatartotti percepciók tekintetében – az 1997 és 2004 közötti csökkenést követően – nem voltak tapasztalhatók szignifikáns változások. A tiltott drogok börtönbeli hozzáférhetőséggel kapcsolatos fogvatartotti percepciók utóbbi években tapasztalható viszonylagos stabilitása mellett szignifikánsan, 7,9%-ról 15%-ra növekedett azoknak a fogvatartottaknak az aránya, akik a jelenlegi fogvatartásuk alatt fogyasztottak valamilyen tiltott drogot.

A fogvatartottak bekerülés előtti és utáni időszakra együttesen vonatkoztatott drogérintettségének tendenciái

Összességében a jogerősen fogvatartott férfi populációban 2004 és 2008 között a tiltott drogok teljes életre vonatkoztatott prevalencia-értéke 35,1%-ról 46,9%-ra növekedett.

Normálpopulációs kontextus

A 18–64 év közötti általános populáció drogérintettségére vonatkozó adatokkal (Paksi 2009b; Paksi és Arnold 2007) összehasonlítva megállapítható, hogy a fogvatartott népesség körében három és fél, négyszeres azok aránya, akik a civil életük során kapcsolatba kerültek tiltott drogokkal. A rövidebb idejű prevalencia-értékek tekintetében, a fogvatartottak nagyobb érintettsége még fokozottabban megjelenik, ennek következtében a fogvatartott fogyasztókon belül a folyamatos-, illetve aktuális használók aránya is többszöröse az általános populációban jellemző értékeknek.

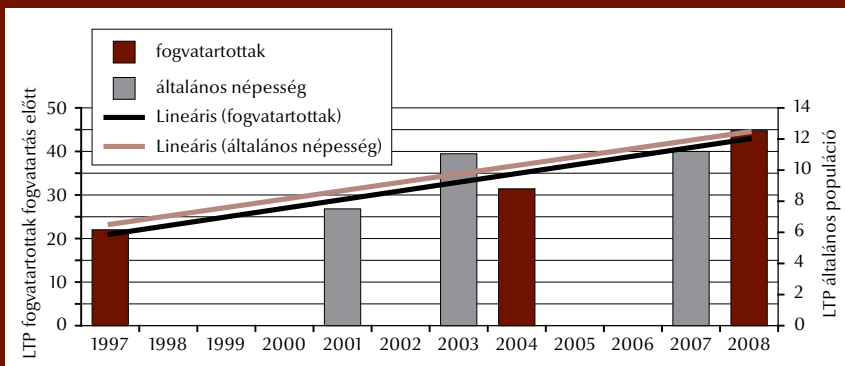
6. táblázat: A tiltott drogfogyasztás főbb összesített mutatói a jogerősen fogvatartottak fogvatartás előtti életében, és az általános népességben

	Fogvatartottak (2008)		Általános populáció (2007)	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Tiltott drogok életprevalencia-értéke	44,8	26,4	12,0	6,6
Folyamatos fogyasztási ráta	76,8	65,5	29,2	27,3
Aktuális fogyasztók aránya	59,4	39,8	15,0	12,1

Forrás: Paksi 2009a

1997 és 2004 között a fogvatartott populáció drogerintettsége a magyar társadalomban bekövetkezett változások irányával harmonizálva növekedett, majd 2004 és 2008 között a növekedés a korábbi időszakhoz képest fokozódott. Mindezen változások olyan társadalmi kontextusban történtek, ahol a drogfogyasztás korábbi növekedési tendenciáját 2003 és 2007 között a stagnálás váltotta fel (Paksi 2003; Paksi 2009b). Ezek a változások nem a fogvatartottak társadalmi összetételének, a nagyobb érintettségű társadalmi csoportok felé való elmozdulásának, a következményei. A fogvatartottak esetében egy olyan speciális populációról van szó, melyben az utóbbi években zajló kedvező társadalmi változások egyelőre nem érzetik hatásukat. Ugyanakkor, ha hosszú távú tendenciákat vizsgálunk, úgy tűnik, hogy a lineáris görbék párhuzamosan haladnak, azaz a fogvatartott populációban zajló változások összességében az általános népességben történt változásokkal időben elnyújtva leképezik.

27. ábra: A tiltott drogok életprevalencia-értékének változása a férfi fogvatartottak fogvatartás előtti életében, és az általános népességben 1997–2008 között



Forrás: Paksi 2009a

1.4.2.2 Katonák

A Magyar Honvédség 2008-ban is végzett kábítószer szűrővizsgálatokat az állomány körében, melynek célja a tényleges fogyasztók kiszűrése, a fogyasztás csökkentése, a drogmegelőzési technikák hatékonyságának nyomon követése, valamint új cselekvési programok megalapozása volt (MH 2009).

7. táblázat: 2008-ban végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben

Szűrővizsgálat	Pozitív esetek száma			Összesen
	Kannabisz	Opiát	Amfetamin	
Alkalmassági (N=8001)	0	0	0	0
Hatósági (N=1169)	29	0	1	30
Összesen (N=)	29	0	1	30

Forrás: Paksi 2009a

2007-ben csak a hatósági szűrővizsgálatok esetében álltak rendelkezésre a laboratóriumi vizsgálattal megerősített esetek, az akkori eredményekkel összevetve 2008-ban nőtt a THC pozitív esetek száma, opiát-pozitív esetek sem az alkalmassági, sem a hatósági vizsgálatoknál nem találtak.

1.4.3 Kezelésben nem részesülő problémás fogyasztók jellemzői³¹

SZERFOGYASZTÁSI JELLEMZŐK

Kezelésben nem részesülő problémás kábítószer-fogyasztók jellemzőiről³² egy budapesti kutatásból állnak rendelkezésre információk, mely a kezelésbe jutás akadályait vizsgálta a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használok körében (Márványkői et al. 2008).³³

³¹ Az alfejezet szerzője: Nadas Eszter.

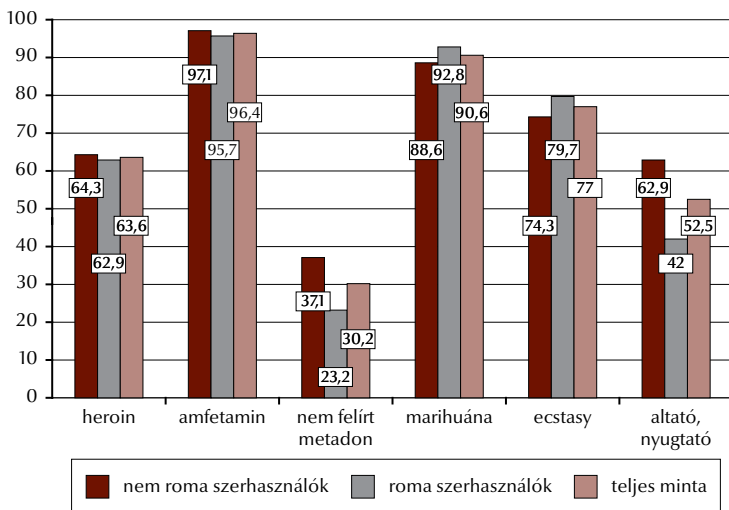
³² A megkérdezettek szociális helyzetével kapcsolatos adatokat a 3.7.1 fejezet tartalmazza.

³³ A kutatást a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Kutatóintézete végezte. A kutatás 70 fős magát romának tartó és 70 fős nem roma kontrollcsoport körében folyt. Szerhasználati jellemzőkben és szociodemográfiai vonásokban a két csoport hasonló volt. A 70 fős roma minta többlépcsős hólabda módszerrel került kialakításra. A kontrollcsoport kialakítása az adatfelvétel során folyamatosan, a roma szerhasználók mintavételi eljárásával egy időben folyt, illesztett minta használatával. A minta nem egy ismeretségi körből

A megkérdezettek közel háromnegyede férfi volt (73,6% férfi, 26,4% nő). A nem roma szerhasználók esetében a nemek aránya 67% férfi és 33% nő, a magukat romának vallók esetében 80% férfi és 20% nő. A korösszetételt tekintve a mintában a 18–25 éves (32,9%) és 26–30 éves (35,7%) korosztály volt jelen a legnagyobb arányban.

A szerfogyasztási jellemzőket vizsgálva azt állapították meg, hogy mindkét almintában az amfetamin életprevalencia-értéke volt a legmagasabb, melyet a marihuána követett. Két szer esetében mutatkozott nagyobb mértékű eltérés a roma és nem roma alminták között: a nem felírt (utcán vett) metadont és altatót/nyugtatót a roma használók szignifikánsan kisebb arányban fogyasztották, mint a nem roma szerhasználók.

28. ábra: Illegális és legális szerek életprevalencia-értékei a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében

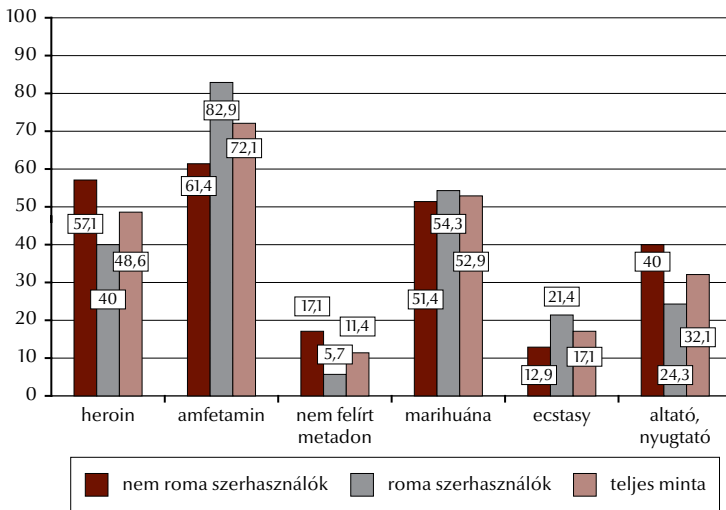


Forrás: Márványkői et al. 2008

került kiválasztásra, a kutatók három különböző szolgáltató kliensköréből vették a mintát. A mintába kerülésnek három feltétele volt. Korkritérium: 18 évnél idősebb; szerfogyasztási kritérium: legalább három éve fogyaszt rendszeresen opiátokat (inkább heroint), kokaint, vagy amfetamin-származékokat; kezelési kritérium: soha nem volt semmilyen kezelési formában, volt valamilyen kezelési formában, de több mint egy éve; most került kezelésbe, előtte soha nem volt, vagy most került kezelésbe, és előtte régebben mint egy éve volt. Az adatfelvétel face to face kérdőíves vizsgálati módszerrel történt, a kérdezést a kutatásba bevont alacsonyküszöbű szolgáltatók utcai szociális munkásai végezték.

A válaszadók a kérdezést megelőző 30 napban jellemzően amfetamin-származékokat használtak, a roma szerhasználók nagyobb arányban. A marihuána használata is jelentős arányban volt jelen a két almintában. Az alminták e tekintetben nem mutattak lényegi eltérést. Az amfetamin és az ecstasy inkább a roma populációra, míg a heroin és az altató, nyugtató használata a nem roma szerhasználókra volt jellemző.

29. ábra: Az elmúlt 30 napra vonatkozó szerfogyasztás prevalenciaértékei a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében



Forrás: Márványkövi et al. 2008

A rendszeres használat kezdetét tekintve azt találták, hogy mind a roma, mind a nem roma szerhasználók esetében a rendszeres marihuánafogyasztás (roma: 18,2 év, nem roma: 17,9) kezdete tehető a legkorábbra, míg a legkésőbbre a nem felírt metadon (roma: 24,6 év, nem roma: 24,9) használata. A két almintá között nem volt szignifikáns eltérés egyik szer esetében sem.

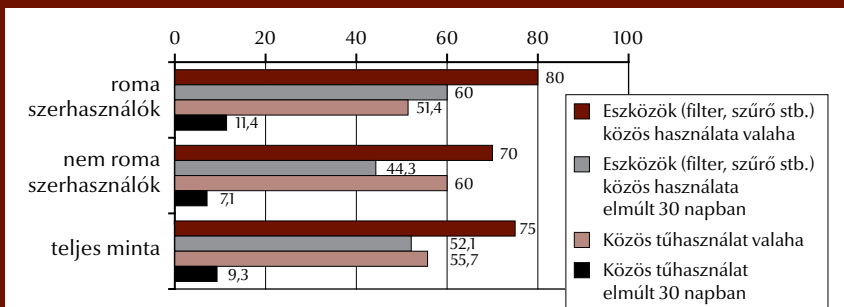
A kezelésen kívüli romák és nem romák esetében jellemző, hogy nem csupán egy szert fogyasztanak rendszeresen, hanem legtöbbször kettőt is. A kétszeres, háromszoros szerhasználat a romák esetében elterjedtebbnek mondható, mint a nem romák körében, és az eltérések szignifikánsak. Az alkoholfogyasztást vizsgálva azt állapították meg, hogy a teljes minta 43,6%-a fogyasztott a kérdezést megelőző 30 napon belül 5 alkoholtartalmú italnál többet egy alkalommal, azaz olyan mennyiséget, amely már megha-

ladja a küszöbértéket. A roma almintá esetében valamivel kisebb arányban volt jellemző a küszöbérték feletti alkoholfogyasztás előfordulása, azonban az eltérés nem bizonyult szignifikánsnak.

KOCKÁZATOS MAGATARTÁSOK

Az elmúlt 30 napi közös tűhasználat ugyan mindkét almintában alacsony, a többi kockázatos magatartásformára vonatkozó értékek magasak. A teljes minta 55,7%-a használt már közös tűt, 75% közös eszközt életében, 52,1% pedig az elmúlt 30 napban is. A roma szerhasználókra jobban jellemző a közös tű- és eszközhasználat, amely alól azonban kivételt képez a tűmegosztás életprevalencia-értéke. A roma használók tehát leginkább az injektáláshoz szükséges közös eszközhasználat tekintetében tanúsítottak magasabb kockázatos magatartásformát. A vizsgált eltérések közül, az elmúlt 30 napra vonatkozó eszközhasználat esetében, szignifikáns volt a különbség a roma és nem roma alpopuláció között.

30. ábra: Kockázatos magatartásformák előfordulása valaha és az elmúlt 30 napra vonatkozóan a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében



Forrás: Márványkövi et al. 2008

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A roma és a nem roma használók között gyakorlatilag egyforma volt azok aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy van valamilyen tartós, orvos által diagnosztizált betegségük (roma: 30%, nem roma: 28,6%). Ugyanez mondható el a szerhasználatból fakadó egészségügyi károsodásokkal kapcsolatban is: a romák 25,7%-a, a nem romák 22,9%-a mondta, hogy van ilyen jellegű károsodása.

HIV-szűréseken a romák 80%-a, míg a nem romák 71,4%-a járt már, míg hepatitisz-szűréseken a romák 84,3%-a, a nem romák 73%-a volt már életében.

A mintába került kezelésen kívüli roma szerhasználók 9–10%-kal nagyobb arányban jelentek meg a különböző szűréseken.

A legutóbbi HIV-szűrés évét tekintve a romák 11,4%-a, a nem romák mindössze 3%-a volt 2008-ban szűrésen. Legjellemzőbb a 2007-ben történt szűrésen való részvétel (53,6%) volt; a romák 58,6%-a, a nem romák 48,6%-a vett részt ebben az évben HIV-szűrésen. A mintában egyetlen HIV-fertőzött személy volt.

A legutóbbi hepatitisz-szűréssel kapcsolatban a roma szerhasználók 8,6%-a mondta, hogy 2008-ban vett részt szűrésen, míg a nem romák 4,3%-a. A legjellemzőbb a 2007-ben történt szűrés részvétel volt, a romák 64,3%-a, a nem romák 47,3%-a vett részt hepatitisz-szűrésen ebben az évben. A romák 27,1%-a, a nem romák 11,4%-a volt fertőzött, míg a nem fertőzöttek aránya közel azonos volt romák (38,6%) és nem romák (40%) között. A minta egyötöde nem tudta megmondani, illetve nem válaszolt a kérdésre (roma: 18,6%, nem roma: 21,4%), illetve a teljes minta 21,4%-a még nem volt hepatitisz-szűrésen (nem romák: 27,1%, romák: 15,7%).

KAPCSOLAT AZ ELLÁTÓRENDSZERREL

A kezelési múltat vizsgálva az derült ki, hogy a minta 20%-a volt már a kutatás során vizsgált kezelési típusok valamelyikében (roma: 21,4%, nem roma: 18,6%). A 28 kezelési múlttal rendelkező megkérdezett legnagyobb arányban detoxikáló kezelésen vett rész (17 fő), ezt a börtönben való kezelés (12 fő), a drogambulancia (11 fő), a kórházi fekvőbeteg (5 fő) és a metadon kezelés (3 fő) követték. Rehabilitációban egyetlen fő sem vett részt.

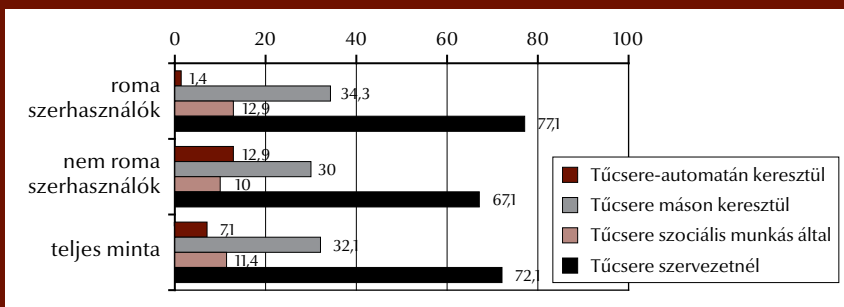
A vizsgálat nem csupán a kezelési múltat (vagyis a sikeres kezelésbe jutást) vizsgálta, hanem a sikertelen kezelésbe jutási kísérleteket is igyekezett feltárni. A teljes minta 19%-a (27 fő) próbált valamilyen kezelési formába bejutni, de sikertelenül. A sikertelen próbálkozások vonatkozásában az alminták között szignifikáns volt a különbség. A roma szerhasználók 24%-a bejutási próbálkozásai ellenére sem jutott kezelésbe. A nem roma szerhasználók között ez az arány 14% volt. A leginkább nehezen elérhető kezelésnek a metadon kezelés bizonyult (mindkét almintában megegyezően). Ennek okaként a legtöbben a helyhiányt nevezték meg. A legkönnyebben elérhető kezelési formának az ambuláns kezelést ítélték, de közel azonos arányban jelölték meg a kórházi fekvőbeteg-kezelést is. A teljes minta vonatkozásában a rehabilitációba bejutás volt, a metadon program után, a második legnehezebben elérhető kezelési mód. A két almintában a kezelésbe jutás megítélésében, egyedül a rehabilitációs kezelés esetében mutatkozott nagyobb, de nem szignifikáns eltérés. A roma szerhasználók a

rehabilitációs kezelésbe jutást könnyebbnek ítélték, mint a nem roma szerhasználók.

Túcsere-szolgáltatást a megkérdezettek jelentős része (92,8%-a) vett már életében igénybe valamilyen formában (romák: 100%, nem romák: 85,7%). A lekérdezést megelőző 30 napban a teljes minta 84,3%-a vett részt túcsereben (roma: 94,3%, nem roma: 74,3%).

Az állandó telephelyű szervezeteknél történő túcsere a legjellemzőbb. A teljes minta 79,3%-a cserélt már tűt fix telephelyű szervezetnél életében, az elmúlt 30 napban ez a teljes minta 72,1%-ánál (roma 77,1%-a, nem roma 67,1%) fordult elő. Valamivel kevésbé jellemző a másodlagos túcsere. Ez mind az élet-, mind az elmúlt havi prevalenciaértékekben tükröződik. A teljes minta 53,6%-a (nem roma 55,7%, roma 51,4%) cserélt már tűt másokon keresztül életében. A megkérdezést megelőző 30 napban ugyanakkor csak a teljes minta 32,1%-a cserélt tűt máson keresztül, ami kicsivel jobban jellemző a romákra. A túcsere-automaták igénybevételének életprevalencia-értéke a teljes minta tekintetében 37,1%, ami jobban jellemző a nem romákra (41,4%), mint a romákra (33%). Ugyanakkor az elmúlt 30 nap folyamán a minta mindössze 7,1%-a vette igénybe az automatákat: a romák elenyésző hányada (1,4%), a nem romák 12,9%-kával szemben. A részvételi arány az utcai megkereső túcsereprogramokban, mindkét csoportban alacsony. A teljes minta alig több mint ötöde (21,4%) jutott életében steril tűhöz ilyen módon, ami kissé jobban jellemző a romákra (24,3%), mint a nem romákra (18,6%). Az elmúlt 30 napi prevalenciaértékek még alacsonyabbak: a teljes minta 11,4%-a (roma 12,9%, nem roma 10%) cserélt tűt utcai munkáson keresztül.

31. ábra: Túcsere igénybevételének különböző formái az elmúlt 30 napra vonatkozóan



Forrás: Márványkői et al. 2008

1.4.4 Problémás amfetamin- és metamfetamin-használat és következményei³⁴

HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A TDI-adatgyűjtésben nem válik ketté az amfetamin és metamfetamin, mint elsődleges szer, így ebből az adatgyűjtésből pontos információval nem rendelkezünk a megoszlásukról. Az országos, kezeltekről gyűjtött prevalencia (OSAP) adatok³⁵, valamint a kábítószerpiacról rendelkezésre álló adatok³⁶ alapján azonban kijelenthetjük, hogy Magyarországon a metamfetamin előfordulása rendkívül alacsony. A most következő fejezetpontokban így az amfetaminra szűkítve mutatjuk be a magyarországi helyzetet.

1.4.4.1 Az amfetamin-használat epidemiológiája

AZ AMFETAMIN-HASZNÁLAT JELLEMZŐI A 2007-ES ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓS VIZSGÁLATOK ALAPJÁN

Az alábbi alfejezet a 2007-es országos lakossági reprezentatív vizsgálat³⁷ (Paksi és Arnold 2007; Elekes et al. 2008; Paksi 2009b; Paksi et al. 2009) adatbázisán az amfetamin-használatra fókuszálva készült másodelemzés eredményeit mutatja be.

Tekintettel arra, hogy a mintában csupán 6 olyan személy fordult elő, aki kizárólag amfetamint és/vagy ecstasyt – azaz más tiltott szert nem – használt valaha életében, így az alfejezet az alábbi három csoport összehasonlítását tartalmazza a drogfogyasztási és a társadalmi háttérváltozók, illetve a szabadidő-eltöltési szokások mentén.

³⁴ A részfejezetet készítette: Arnold Petra, Nadas Eszter, Paksi Borbála, Péterfi Anna, Rác József, Tarján Anna.

³⁵ Az amfetamin, mint elsődleges szer aránya az amfetamintípuson belül 49,7% (717 fő esetében), míg a metamfetaminé 2,2% (32 fő esetében) az OSAP adatok alapján.

³⁶ Mindössze 12 esetben került lefoglalásra metamfetamin 2008 folyamán, összesen 52 g mennyiségben (forrás: BSZKI).

³⁷ A kutatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont finanszírozásával a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja készítette a magyarországi 18–64 éves népesség körében. Az adatfelvétel rétegzett (a fővárosban korcsoportok, vidéken településméret, régió és korcsoport szerint rétegzett, így összesen 186 rétegbe sorolt) reprezentatív mintáján, 2007 tavaszán történt. A bruttó minta nagysága 3000 fő, a nettó minta nagysága 2710 fő volt. Az adatfelvétel ún. kevert módszerrel, az önkitaltós elemekkel kombinált face to face technikával történt.

1. Amfetamin-használók csoportjába azok tartoznak, akik valaha életükben használtak – nem kizárólag – amfetamint és/vagy ecstasyt (őket a továbbiakban amfetamin-használóknak nevezzük). Ez a csoport a minta 2,7%-át jelenti (68 fő).
2. Amfetamint nem használó tiltott szert³⁸ valaha fogyasztók csoportjába azok kerültek, akik a tiltott szerek valamelyikét életükben valaha kipróbálták, de sem amfetamint, sem ecstasyt még soha nem használtak. Ez a csoport a teljes vizsgálati minta 6,5%-át teszi ki (165 fő).
3. Tiltott szert soha nem fogyasztók csoportja a minta 90,8%-a (2293 fő).

Az amfetamin-használók, illetve az amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók alacsony esetszámára való tekintettel óvatosan kell bánni az alábbiakban bemutatásra kerülő eredmények interpretálásával.

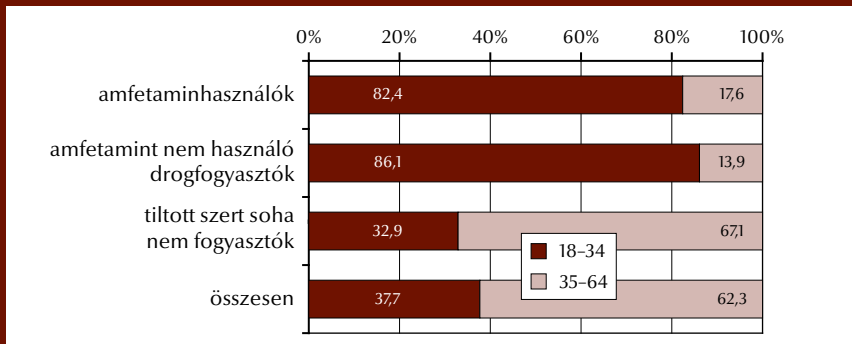
Demográfiai jellemzők

Az amfetamin-használók esetében is megfigyelhető a drogfogyasztó populációban szokásos – a férfiak nagyobb érintettségét jelző – nemi mintázat. Az amfetamint valaha kipróbálók körében szignifikánsan ($p=0,004$) magasabb a férfiak aránya (64,7%) a tiltott szert soha nem fogyasztókhoz (47,6%), illetve a populációs átlaghoz (49%) képest, azonban az egyéb tiltott szert valaha (amfetamint soha) kipróbálókhoz képest (62,8%), nem tapasztalható szignifikáns eltérés.

A fiatalabb korosztályra jellemző nagyobb drogérrintettség az amfetamin-használók körében is megmutatkozik. Azok körében, akik életükben kipróbálták már az amfetamint, szignifikánsan ($p<0,001$) magasabb a 18–34 évesek aránya (82,4%), mind a tiltott szert még soha nem fogyasztókra (32,9%), mind az átlagpopulációra jellemző arányhoz viszonyítva (37,7%). Az amfetamin-használók és az amfetamint nem használó drogfogyasztók között a 18–34, illetve a 35–64 éves korcsoportok mentén nem figyelhető meg szignifikáns eltérés.

³⁸ Tiltott drogok közé a következőket sorolta a kutatás: marihuána/hasis, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, heroin, egyéb opiátok, LSD, mágikus gomba, GHB, intravénás drogok, herbál drogok, rush, angyalpor, ketamin, illetve valami más, itt fel nem sorolt drog.

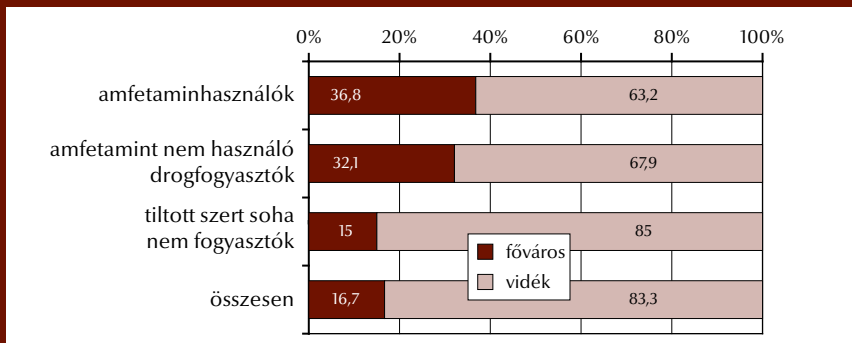
32. ábra: Az amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók és tiltott szert soha nem fogyasztók kor szerinti megoszlása (18–64 éves népesség körében 2007-ben, %)



Forrás: Paksi et al. 2009

Az amfetamin-használók körében – a tiltott szert soha ki nem próbálókhoz, illetve az átlagpopulációhoz képest – a szokásos mintázattal összhangban szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb arányban vannak jelen a fővárosiak, mint a vidékiek, azonban az amfetamint nem fogyasztó drogfogyasztókhöz képest szintén nem figyelhető meg szignifikáns különbség.

33. ábra: Amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók és tiltott szert soha nem fogyasztók főváros-vidék szerinti megoszlása (18–64 éves népesség körében 2007-ben, %)



Forrás: Paksi et al. 2009

Szabadidő-eltöltési szokások

Az amfetamin-használók, az amfetamint nem használó tiltott szer fogyasztók és tiltott szert soha nem fogyasztók szabadidő-eltöltési szokásait vizsgálva több szabadidős tevékenység esetében is szignifikáns különbség mutatkozott. Az amfetamin-használók gyakrabban járnak moziba, meccsre, kulturális eseményre, baráti összejövetelekre, gyakrabban vásárolnak, interneteznek és sportolnak, mint a tiltott szert életükben soha nem fogyasztók (lásd 61. táblázat). Az amfetamin-használók több mint háromnegyede legalább havi rendszerességgel vagy gyakrabban (fele naponta) internetezik, illetve közel háromnegyedik baráti összejövetelekre megy. A tiltott szert soha nem fogyasztók esetében ezek az arányok rendre 40% körüliek. Az amfetamin-használók körében ennél kisebb – de a soha nem fogyasztókhoz képest másfélszer, háromszor magasabb – arányban vannak azok, akik legalább havi rendszerességgel sportolnak, vásárolnak, illetve meccsre, kulturális eseményre, moziba mennek.

Az amfetamint nem használó drogfogyasztókhoz képest csupán egy szabadidős tevékenység, a könyv olvasás tekintetében mutatkozott szignifikáns eltérés ($p=0,012$): az amfetamin-használók 47,1%-a olvas legalább havi rendszerességgel könyvet, míg a másik csoport 62,6%-a. A többi szabadidős tevékenység (tévézés, családi összejöveteleken, vallási eseményen részt venni, kézműves munkát végezni, zenét hallgatni) esetében nem tértek el szignifikánsan az eredmények.

8. táblázat: Az amfetamin-használók és tiltott szert soha nem fogyasztók legalább havi rendszerességgű szabadidő-eltöltési szokásai (18–64 éves népesség körében 2007-ben, %)

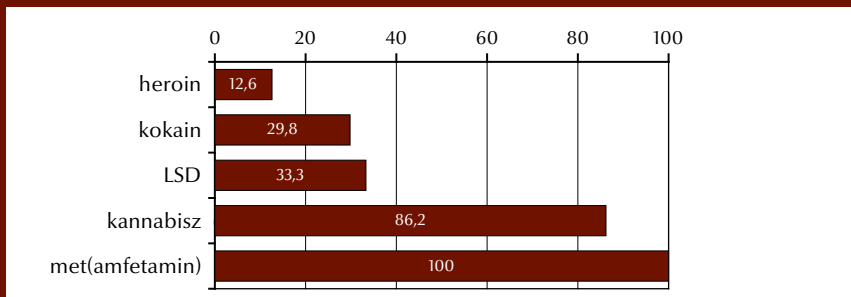
Szabadidő-eltöltési szokások	Amfetamin-használók	Tiltott szert soha nem fogyasztók	Szignifikancia
Internetezni	77,6	41,5	<0,001
Baráti összejöveteleken részt venni	71,2	40,7	<0,001
Sportolni	46,3	21,0	<0,001
Vásárolni	33,8	21,0	0,001
Kulturális eseményre menni	29,4	16,6	0,004
Moziba menni	27,9	8,7	<0,001
Meccsre menni	11,8	8,6	0,032

Forrás: Paksi et al. 2009

Drogfogyasztási szokások

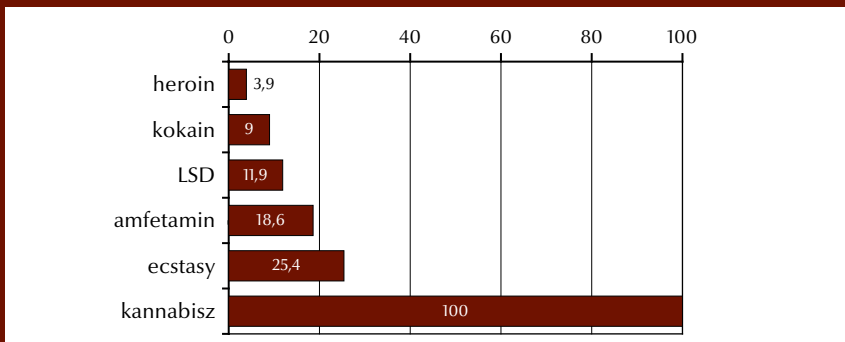
Az amfetamin-használat más szerhasználó magatartásokkal való kapcsolódásának vizsgálata céljából egy speciális drogfogyasztási piramis került kialakításra. A piramis értékei az egyéb droghasználat életprevalencia-értékét a szokásos piramisszerkesztéstől eltérően nem a kannabisz-használók arányában fejezik ki, hanem az amfetamin-használók arányában. Az így létrehozott tiltott drogok fogyasztási piramisának nagyfokú meredeksége azt jelzi, hogy az amfetamin-használók körében a különböző szerfogyasztó magatartások erősen kapcsolódnak egymáshoz, azaz a normál népességben előforduló kockázathoz képest a kannabisz esetében több mint 10-szeresére, az egyéb tiltott drogok esetében pedig 30–40-szeresére növeli a kipróbálás kockázatát. A kannabisz-származékokhoz képest pedig mintegy háromszorosára növekszik az amfetamin-származékok esetében a más tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata. A valaha életében amfetamint fogyasztók közel 90%-a kipróbálta már a kannabiszt, mintegy harmada pedig az LSD-t, illetve a kokaint. Igen magas az amfetamin-használók körében a heroin életprevalencia-értéke is (12,6%).

34. ábra: Az amfetamin-használókra konstruált tiltottdrog-fogyasztási piramis – a különböző szerek életprevalencia-értéke az amfetamin-kipróbálók százalékában kifejezve (18–64 éves népesség körében, %)



Forrás: Paksi et al. 2009

35. ábra: Klasszikus tiltott drog-fogyasztási piramis: a különböző szerek életprevalencia-értéke a kannabisz-kipróbálók százalékában kifejezve (18–64 éves népesség körében, %)



Forrás: Paksi et al. 2009

Az amfetamint valaha kipróbálók 22,6%-a a kérdezést megelőző évben fogyasztott amfetamint, 10,7%-uk a kérdezést megelőző hónapban is. Az elmúlt hónapban amfetamint fogyasztók közül 2 fő használt amfetamint mindennap, vagy majdnem mindennap, és 5 fő ritkábban mint hetente. Hasonló prevalencia-értékek figyelhetők meg az amfetamint soha nem használó drogfogyasztók esetében is.

9. táblázat: A folyamatos és az aktuális fogyasztási ráta az amfetamin-használók, illetve az amfetamint soha nem használók körében (18–64 éves népességben, a valaha fogyasztók százalékában)

	amfetamin-használók		amfetamint nem használó drogfogyasztók	
	Fő N=68	amfetamint valaha használók %-ában	Fő N=165	amfetamint nem használó többi tiltott szert valaha fogyasztók %-ában
folyamatos fogyasztási ráta	15	22,6	32	24,9
aktuális fogyasztási ráta	7	10,7	64	10,9

Forrás: Paksi et al. 2009

Az első tiltott szerhasználat életkora esetében tendencia jellegű különbség mutatkozott az amfetamin-használók és egyéb tiltott drogot használók esetében ($p=0,082$): az amfetamin-használók átlagosan 19,4 évesen próbálták ki először a tiltott szerek valamelyikét; az amfetamint nem, de bármilyen más tiltott szert valaha fogyasztók ennél idősebb korban, 20,6 évesen. Ez azonban nem azt jelenti, hogy az amfetamin-származékokat fiatalabb korban

használták először, mint általában a tiltott szereket. Ecstasyt általában 20,7 évesen, amfetamint 21,3 évesen, általában tiltott szereket pedig 20,6 évesen használtak először. Az első használat leggyakoribb életkora (módusza) pedig az ecstasy esetében megegyezik a tiltott szerek kipróbálásának leggyakrabban előforduló életkorával (19 év), az amfetamin kipróbálása pedig ennél egy évvel később jellemző leginkább. Tehát az amfetamin-használók valamilyen más drogot (többnyire marihuánát/hasist) próbálnak ki először, és általában korábban, mint azok, akik később nem használnak amfetamint.

A kutatás a kérdezést megelőző évben tiltott szert fogyasztók körében vizsgálta a drogfogyasztás miatti problémák előfordulásának gyakoriságát (soha, néha, visszatérően, gyakran vagy nagyon gyakran). Az amfetamin használók körében – az amfetamint nem használó drogfogyasztókhoz képest – szignifikánsan magasabb arányban fordulnak elő azok, akiknek a drogfogyasztás miatt problémája adódott. Az alacsony esetszámra való tekintettel összesítetten, az adott probléma előfordulása (azaz nem gyakoriság) szerint mutatjuk be az előbbi táblázatban a szignifikáns eredményeket.

10. táblázat: Az amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott fogyasztók körében a drogfogyasztás miatti problémák előfordulása (18–64 éves népesség körében 2007-ben)

Drogfogyasztás miatti probléma	Amfetamin-használók		Amfetamint nem használó tiltott szert fogyasztók		Szign.
	fő	%	fő	%	
Reggel munkába/iskolába indulás előtt használt drogot.	4	12,1	1	1,5	0,043
Barátai, családtagjai javasolták, hogy csökkentse drogfogyasztását.	6	18,8	2	3,2	0,016
Úgy érezte, hogy drog nélkül nehezen telik el egy nap.	6	18,2	1	1,6	0,006
Drogfogyasztása alatt váratlan érzetek (paranoia, félelem, bad trip) keletkeztek.	11	33,3	6	9,7	0,006
Drogfogyasztását követően autót, motort vezetett.	6	18,2	1	1,6	0,007
Drogfogyasztása miatt képtelen volt mindennapos dolgait elvégezni.	7	20,6	2	3,2	0,009
Drogfogyasztása miatt memóriaproblémái voltak.	11	33,3	4	6,5	0,001
Drogfogyasztása miatt pénzügyi problémái voltak.	10	30,3	1	1,6	<0,001
Drogfogyasztása miatt problémái voltak a baráti kapcsolataiban.	8	24,2	1	1,6	0,001
Drogfogyasztása miatt családi problémái voltak.	8	24,2	4	6,3	0,016
Drogfogyasztása miatt problémái voltak a munkahelyén/iskolában.	5	15,2	1	1,6	0,017
Drogfogyasztása miatt egészségügyi problémái voltak.	4	12,1	0	0.0	0,013
Drogfogyasztása miatt védekezés nélkül teremtett szexuális kapcsolatot.	6	18,2	1	1,6	0,007

Forrás: Paksi et al. 2009

Az amfetamin-használók körében – az amfetamint nem használó drogfogyasztókhoz képest – szignifikánsan nagyobb mértékben kapcsolódik az egyes szerek használata a hétfégi szórakozáshoz. A marihuánát az amfetamin-használók közel 40%-a rekreációs jelleggel fogyasztja, míg az amfetamint nem használó drogfogyasztók 16,5%-a. Ez utóbbi csoport esetében az LSD, a mágikus gomba és más drogok használata jellemzően nem kapcsolódik a hétfégi szórakozáshoz, míg az amfetamin-használók – ha

nem is olyan nagy arányban (közel 10%) – esetében a hétfélig szórakozás része ezen szerek használata is.

11. táblázat: Amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók körében a „Milyen mértékben kapcsolódik/kapcsolódott a hétfélig szórakozáshoz az egyes szerek használata” kérdésre adott „teljes mértékben” és „nagy mértékben”³⁹ együttes válaszok aránya szerenként (18–64 éves népesség körében 2007-ben)

	Amfetamin-használók	Amfetamint nem használó tiltott szert fogyasztók	Szign.
Marihuána	38,1	16,5	<0,001
Ecstasy	40,7	-	-
Amfetamin	31,2	-	-
Kokain	9,8	0,6	<0,001
LSD, mágikus gomba	12,7	0,0	<0,001
Más drog	5,0	0,0	0,005

Forrás: Paksi et al. 2009

Az amfetamin-használók rekreációs jellegű szerhasználatát vizsgálva megállapítható, hogy a legnagyobb mértékben az ecstasy, illetve a kannabisz kapcsolódik a hétfélig szórakozáshoz: a „teljes mértékben” és „nagy mértékben” együttes válaszok aránya mindkét szer esetében közel 40%. Nem sokkal marad mögötte az amfetamin rekreációs használata (31,2%), a többi tiltott szer (LSD, mágikus gomba, kokain és más drog) pedig kisebb mértékben kapcsolódik a hétfélig szórakozáshoz.

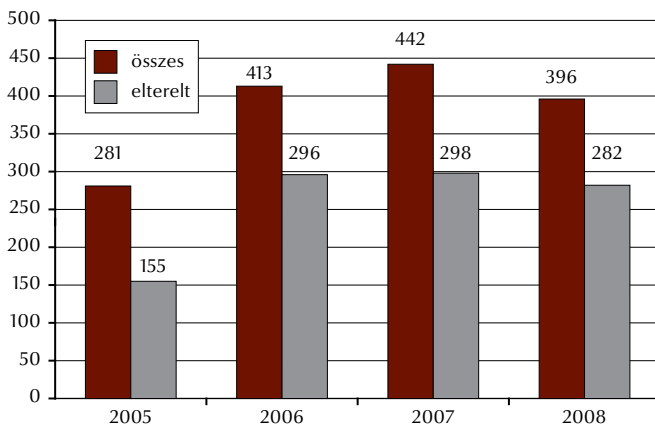
1.4.4.2 Trendek és mintázatok az amfetamin-használatban

A kezelt amfetamin-használók jellemzői (a TDI-adatok tükrében)

Az elemzés során az amfetamin-használat miatt 2005–2008 között kezelésbe lépők adatait vizsgáltuk (OAC 2009). A 4 év alatt az amfetamin-használók száma egyértelműen növekedett. Ha az egyes éveket vizsgáljuk, 2005-ről 2006-ra ugrásszerűen (47%-kal) nőtt, 2006-ról 2007-re lelassult (7%) a növekedés, majd 2008-ban egy kisebb (10%-os) csökkenés következett be, de ennek az évnél az értékei is magasabbak voltak a 2005-ös értékeknél.

³⁹ A kérdezetteknek hatfokú skálán (1=teljes mértékben kapcsolódik, 2=nagy mértékben kapcsolódik, 3=is-is, 4=inkább nem kapcsolódik, 5=egyáltalán nem kapcsolódik, 6=soha nem használok ezt a szert) kellett megjelölniük, hogy milyen mértékben kapcsolódik az adott szer használata a hétfélig szórakozáshoz.

36. ábra: Az összes, valamint az elterelés miatt kezelést megkezdő amfetaminfogyasztók száma 2005–2008 között (fő)



Forrás: : OAC 2009

Az amfetamin-használók jellemzően elterelés révén kerülnek kezelésbe: 2005-ben még csak 55%-ban, ezután pedig 67–72%-ban. Az egészségügyi és szociális ellátórendszerből csak igen kis részük kerül a speciális, elsősorban járóbeteg-ellátásba (3,6–8,1% közötti arányban). Az alacsonyküszöbű ellátásokban kezelték száma is viszonylag állandó (11–13%).

A naponta használók száma a 4 év viszonylatában 11% és 14% között ingadozott, ehhez hasonlóan nem mutatott nagy változást az esetek nagyjából felét jellemző alkalmoszerű, havi használat (49–53%) sem.

Az injektlók száma a vizsgált periódus elején jelentősen, azt követően lassan, de folyamatosan emelkedett (2005: 4,6%, 2006: 9,2%, 2007: 11,1%, 2008: 12,4%).

A szerhasználat kezdete nem változott, mind a négy év folyamán átlagosan a 20. életév körül (19,8–20,5) került sor az első használatra.

Rekreációs droghasználók, partira járó fiatalok

2003 őszen és telén a budapesti partiszcenában készült anonim kérdőíves vizsgálat (Demetrovics 2005; Demetrovics 2009). A kérdőíves vizsgálatban kizárólag elektronikus zenei partikat látogató fiatalok megkérdezésére került sor.

A megkérdezettek 60%-a férfi volt, átlagéletkoruk 23 év. A szerhasználat mértékét tekintve tízből kilencen (89,5%) használtak már életükben valami-

lyen illegális szert. A harmadik legmagasabb kipróbálási arány (a kannabisz és ecstasy után) az amfetamin (51,9%) esetében mutatkozott.

Az eredmények igazolták, hogy az egyes zenei stílusok kedvelőinek szerhasználati jellemzőiben jelentős különbségek lehetnek. A goapartik közönsége számolt be a legmagasabb életprevalencia-értékekről több kábítószerfajta mellett az amfetamin vonatkozásában is. Az amfetamin és az ecstasy kipróbálásának valószínűsége a goapartik mellett a technorendezvények látogatói között a legmagasabb; amfetamint az ezekre a partikra ellátogatók közel kétharmada próbált már élete során. Az amfetamin használatának életprevalencia-értéke mindazonáltal a house- és a trance-partik közönségének körében is magas.

12. táblázat: Az amfetamint kipróbálók aránya a különböző elektronikus zenei irányzatokat látogatók körében 2003-ban⁴⁰ (%)

	Drum'n'Bass	Breakbeat	Goa	Techno	House	Trance	Kísérleti elektronika
N	201	221	203	159	35	39	46
amfetamin	48,8	39,6	66,5	66,0	57,1	59,5	31,1

Forrás: Demetrovics 2009

2005-ben ugyanebben a populációban készült egy kvalitatív vizsgálat (20 partira járó és partiszervező megkérdezésével), melynek tapasztalatai szerint a szerhasználat bizonyos szakaszok szerint történik (Csák et al. 2008), ezek: a kipróbálás, kísérletezés, aktív szerhasználat, normalizálódás.

⁴⁰ A kutatás eredményei elsőként a 2004-es éves jelentésben jelentek meg. Azóta azonban egy újabb adattisztítás következtében némileg változtak az eredeti számok. A végleges adatok forrása: Demetrovics 2009.

13. táblázat: A szerhasználatban mutatkozó mintázatok

Szakasz	Jellemző szerek	Szerhasználat intenzitása	Attitűd, motívumok
Kipróbálás	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis	Alkalmi	Kíváncsiság Kortárs csoport hatása Normasértés
Kísérletezés	Elérhető szerek teljes spektruma	Kipróbálás és aktív szerhasználat között nagyon intenzív szakasz	Kíváncsiság Eltérő tudatállapotok megélése Tapasztalatszerzés
		Aktív szerhasználat után is megmaradó alkalmankénti	
Aktív szerhasználat	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis Ecstasy Amfetamin Hallucinogének	Rendszeres szerfogyasztás (havi, kétheti stimuláns-, hallucinogén-használat és akár napi szintű marihuánafogyasztás	Tudatosság Tapasztalaton alapuló szerhasználat "Bulizás" az életvitel centrumában
Normalizálódás	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis	A normál életvitelbe beépülő alkalmi szerhasználat	„Lazítás”

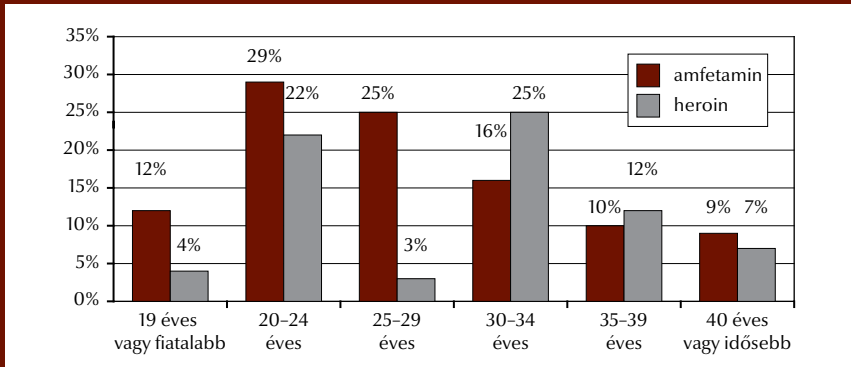
Forrás: Demetrovics 2009

1.4.4.3 Pszichoaktív szerhasználat egy tűcsereprogram kliensei körében (Csák 2009)

Magyarország legnagyobb kliensforgalmú tűcsereprogramjában⁴¹ a kliensek szerhasználati mintázatainak vizsgálatára került sor (Csák 2009). A vizsgálatba a 2006. július 7. és 2008. december 31. között regisztrált, tűcsérét látogató kliensek kerültek bele, a forgalmi adatok elemzése azonban csupán a 2008. január 1. és 2008. december 31. közötti intervallumra korlátozódik. Az adatfelvételben 1202 injekciós droghasználó szerepelt, akik nagy része a tűcsere kerületében, illetve a szomszédos kerületekben élő lakos volt. Megállapítható, hogy a tűcsérét látogató fiatalabb korosztályok és a nők esetében szignifikánsan magasabb az amfetamin-, mint a heroinfogyasztás.

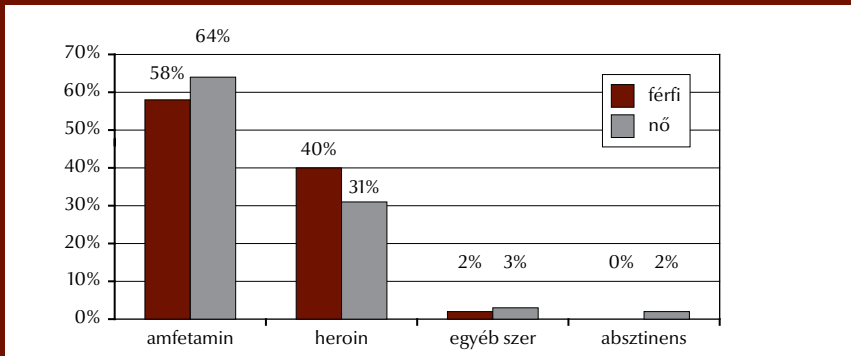
⁴¹ A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Alapítvány által üzemeltetett Contact Café program.

37. ábra: Elsődleges szer életkor szerinti bontásban 2008-ban



Forrás: : Csák 2009

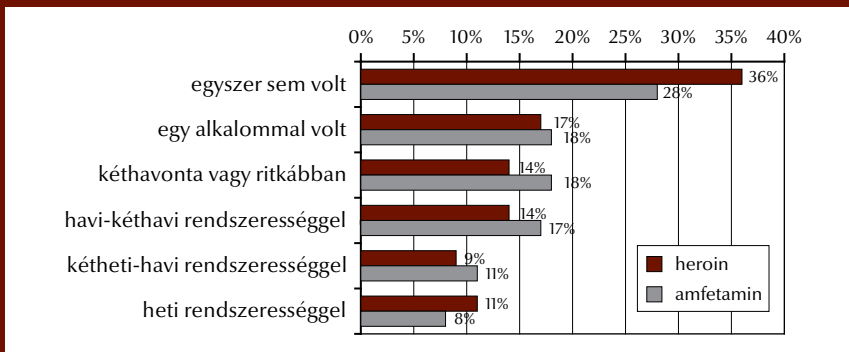
38. ábra: Elsődleges szer nemek szerinti bontásban 2008-ban



Forrás: : Csák 2009

A heroinhasználók gyakrabban veszik igénybe a tűcsere szolgáltatásait, mint az amfetamin-használók (szintén szignifikáns különbség).

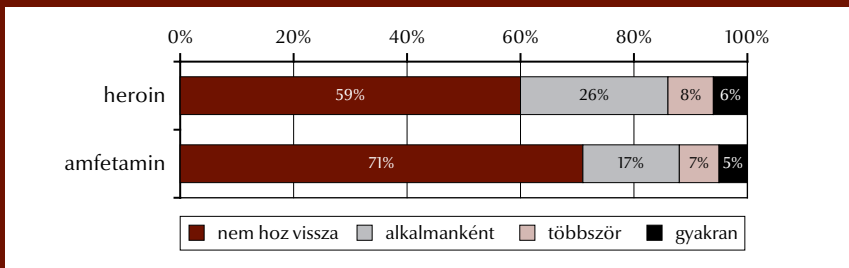
39. ábra: A program látogatásának gyakorisága elsődleges szer szerinti bontásban 2008-ban



Forrás: : Csák 2009

Az amfetamin-használók kevesebbszer hozzák vissza a használt tűket. Ez összefüggésben állhat az esetleges kockázati magatartások magasabb arányával.

40. ábra: Használt fecskendő visszahozásának gyakorisága elsődleges szer szerinti bontásban 2008-ban



Forrás: : Csák 2009

1.4.5 Helyi, regionális kutatások

Győr városában 1994 óta végeznek felméréseket a 7–13. osztályos fiatalok körében, a legutolsó adatfelvételre 2009-ben került sor. A legutóbbi kutatás⁴² eredményei szerint a megkérdezett győri fiatalok kétharmada dohányzott már, a fiúk 35%-kal nagyobb eséllyel, mint a lányok (EH=1,35 CI=1,06–1,71). A dohányzás kipróbálása tekintetében a 7. osztályosok mutatnak még némi védettséget, a 8. osztályosok szer kipróbálási mintázata már nem tér el lényegesen a szak-, és középiskolásokétól. A tizenkettedikesek rendszeres dohányzása már a felnőtt lakosság körében mért prevalenciaértékeket mutatja. A rendszeres dohányosok nagyobb arányban kerülnek ki a fiúk, az alkalmi dohányosok a lányok köréből.

A megkérdezettek 88%-a próbált már valamilyen alkoholt életében. Míg a hetedik osztályos fiatalok alig több mint kétharmada ivott 1–2 kortynál több alkoholt, addig a tizenkettedikeseknek már közel 93%-a. A középfokú oktatási intézményeken belül nem találtak eltérést az alkohol kipróbálására vonatkozóan. A fiatalok közel egyharmada nem volt még részeg életében, 12%-uk életében egyszer részegedett le, és 22%-uk már tíznél több alkalommal. Az alkoholt már fogyasztott fiatalok 7%-a legalább kéthetente lerészegedik.

A legális drogok beszerzése jellemzően nem okoz nehézséget a fiataloknak.

A 2009-es kutatás eredményei szerint a megkérdezett fiatalok 34%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert, ez az érték 1994-ben 7%, 1999-ben 16%, 2003-ban pedig 29% volt. A növekedés ütemében jelentős lassulás figyelhető meg, az utolsó adatfelvétel óta bekövetkezett enyhe életprevalencia-érték emelkedés nem mutat statisztikailag igazolható növekedést. Az életprevalencia-értékek évfolyamonkénti vizsgálata során szinte lineáris kapcsolat írható le, míg a 7. osztályosok 12%-a próbált már valamilyen kábítószerrel, addig a 12. osztályosoknak már 42%-a. A fogyasztott szerek tekintetében a tiltott drogokat kipróbáló diákok túlnyomó többsége marihuánát fogyasztott, ezt követik a gyógyszerek visszaélészerű, ill. az amfetaminok használata. A fogyasztás frekvenciája szerint legjellemzőbb a kipróbáló magatartás, az 1–2 alkalommal történő használat, azonban nem-

⁴² Drogfogyasztási szokások változása Győr városában, 1994–2009. A kutatás a Győr városi kábítószerügyi egyeztető fórum megbízásából készült. Készítette: Burkali Bernadett, szociológus – ÁNTSZ Nyugat-dunántúli Regionális Intézete, Egészségfejlesztési Osztály; Miklósné Bertalanfy Mária, egészségtan tanár – Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal, WHO Egészséges Városok Program és Dr. Varga Gábor, Addiktológiai Szakmai Kollégium elnöke – Széchenyi István Egyetem, Megyei KEF társelnöke. A fejezet rész Burkali Bernadett összefoglalója alapján készült.

csak a kísérletező, hanem a drogabúzus jeleit mutató droghasználat is megjelenik a középiskolákban. A gyakoribb használat elsősorban a kannabisz-, ill. amfetamin-származékokhoz kötődik. A fiatalok jelentős részének nincs reális veszélyészlelése az illegális droghasználat kapcsán.

Minden vizsgált szerrel kapcsolatosan nehezebbnek érzik a hozzájutást a fiatalok, mint 2003-ban. Enyhén emelkedett a marihuána kipróbálásának gyakorisága, jelentősen emelkedett viszont (2003-hoz képest 63%-kal) az amfetamin-származékok (főleg a fiúk körében), ill. a kokain (kiemelten a lányok körében) (2003-hoz képest 50%-kal) kipróbálása, de az alacsony esetszám miatt ezek az adatok csak jelzésértékűek. Az LSD próbálása lényegesen nem változott. Rendkívül kedvezőtlen, hogy minden vizsgált szerrel kapcsolatosan csökkent a veszélyészlelés 2003 óta.

A dohányzás, alkoholfogyasztás, valamint az illegális drog kipróbálás és használat igen markáns együttállást mutat. Már a havonta legfeljebb 1–2 alkalommal történő rágyújtás is 60%-kal kisebb illegális droghasználati esélyt eredményez, mint a rendszeres dohányzás (EH=0,40 CI=0,22–0,74). Akik legfeljebb 2,5 havonta egyszer részegedtek le a megelőző évben, már szignifikánsan, 66%-kal kisebb eséllyel (EH=0,34 CI=0,16–0,73) váltak kábítószer kipróbálóvá, mint a gyakran (legalább kéthetente) lerészegedők. A gyakorta lerészegedőkhöz képest csupán 6%-nyi eséllyel (EH=0,06 CI=0,03–0,13) próbáltak drogot azok, akik a megelőző évben egyszer sem voltak részegek.

A családszerkezet szerinti vizsgálat alapján, megállapítható a kétszülős családban élők védettsége, ennél is fontosabb azonban a család belső konzisztenciájának erőssége.

Az étellel való elégedettség is egyfajta védő tényezőnek bizonyul, a depresszív hangulat azonban a drogokkal való próbálkozás irányába mutat.

A kutatás eredményei alapján a következő ajánlásokat fogalmazták meg a prevencióval kapcsolatban: a megelőzésnek az evidenciaként kezelendő nemenkénti és életkori sajátosságok figyelembevételén túl, fókuszálnia kell pl. a családi háttérből adódó jellegzetességek kezelésére, adott esetben a protektivitás erősítésére, de szükség szerint a hibás minták ellensúlyozására is. Kihagyhatatlan a kortársközeg befolyásoló erejében lévő lehetőségek kiaknázása, mind a megerősítésben, mind a változtatásban.

2008-ban kábítószer témájú kutatás⁴³ készült a **szolnoki kistérség** 10 településének⁴⁴ 13 iskolájában (11 általános, 2 középiskola), melynek célja

⁴³ A kutatást a Humán Szolgáltató Központ Drogkonzultációs és Információs Központja készítette, a kérdőívek összeállítását és elemzését Fábíán Róbert, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szociológus munkatársa végezte.

⁴⁴ A vizsgált települések: Kőtelek, Martfű, Nagykörű, Rákóczi falva, Szajol, Szolnok, Tiszajenő, Tiszasüly, Tószeg, Zagyvarékas.

annak megállapítása volt, hogy a kistérségben élő tanulók milyen mértékben vannak kitéve annak a veszélynek, hogy későbbi életszakaszukban szenvedélybeteggé váljanak. A tanulók védettségének vagy veszélyeztettségének megállapításához az egészségkárosító magatartásformákra vonatkozó ítéleteiket, jövőbeli cselekedeteik általuk megítélt valószínűségét, valamint a szerhasználat, a szerekkel kapcsolatos véleményüket, attitűdjeiket vizsgálták.

Napi egy csomag cigaretta elszívását a megkérdezett diákok többsége helyteleníti (általános iskolások: 82,5%, középiskolások 83,3%). Az alkoholfogyasztással kapcsolatban kevésbé voltak elutasítók a fiatalok, az általános iskolások 41,8%-a, a középiskolások 49,3%-a elfogadhatónak tartja, ha valaki mindennap megiszik egy-két pohárral. Volt olyan iskola is, ahol ez az arány 60% fölött volt. A napi italfogyasztás elfogadottságával ellentétben a rendszeres, heti berúgást kevesebb tanuló tartotta elfogadhatónak (általános iskolások: 12,8%, középiskolások: 21,9%). Legkevésbé elfogadóak a marihuána-fogyasztással kapcsolatban voltak a diákok, az általános iskolások 7,9%-ának, a középiskolások 5,5%-ának nem jelent gondot, ha mások napi vagy heti több szál marihuánás cigarettát is elszívnak.

A megkérdezett tanulók a saját jövőbeni cselekedeteikre vonatkozó kérdésekre adott válaszaik szerint közel minden tizedik megkérdezett (általános iskolások: 9,4%, középiskolások: 9,7%) gondolja úgy, hogy napi 10 cigarettát vagy annál többet el fog szívni, viszont közel 90%-uk szinte biztosan nem szívna el ilyen mennyiséget. A jövőbeni alkoholfogyasztással kapcsolatban jelentős különbség mutatkozott az általános és középiskolások között. Míg a megkérdezett általános iskolások 14%-a valószínűsíti magára nézve a rendszeres alkoholfogyasztást, ez az arány a középiskolások körében 32,5%. A marihuánával kapcsolatban az általános iskolások 6,2%-a, míg a középiskolások 15%-a tartja valószínűnek, hogy saját maga is kipróbálja a következő években.

Azzal az állítással, hogy „Minden kultúrának megvannak a kábítószerai, csak tudni kell használni azokat”, a középiskolások nagyobb arányban értettek egyet (37,5%), mint az általános iskolások (29,4%). A diákok közel fele nem értett egyet az állítással, az általános iskolások között nagyobb volt azok aránya, akik a kérdésben nem tudtak állást foglalni (általános iskolások: 28,2%, középiskolások: 20%). A kutatásban arról is kérdezték a fiatalokat, hogy mit gondolnak a „könnyű” drogok legalizálásáról. Az általános iskolások nagyobb arányban (40,7%) értettek egyet azzal az állítással, hogy „a könnyű drogok legalizálása visszaszorítaná a drogkereskedelmet”, mint a középiskolások (18%). Az általános iskolások negyede (25,4%) nem érezte magát kompetensnek a kérdés megválaszolásában (középiskolások: 18,5%).

Szintén jelentős különbség mutatkozott az általános és középiskolások drogokkal kapcsolatos kíváncsiságában. Míg az általános iskolások egyötöde (21%) lenne kíváncsi a drogok hatására, ez az arány a középiskolások körében 48%. Mindkét csoportban sokkal kevesebb azonban azok aránya, akik nagy érdeklődést mutatnak a szerek hatása iránt (általános iskolások: 10%, középiskolások: 12,4%).

A drogokkal kapcsolatos ismereteket vizsgálva, a megkérdezett általános iskolások kevesebb mint egyharmada, a középiskolások több mint fele nyilatkozott úgy, hogy elegendő tudással rendelkezik a drogok tényleges hatásáról. Az általános iskolások fele (49,6%), míg a középiskolások egyötöde (21,4%) szinte semmit sem tud arról, hogy a fogyasztás milyen következményekkel járhat. Az általános és középiskolások hasonló arányban (21,1%, illetve 24,1%) szeretnének többet tudni a droghasználat következményeiről. A drogok hatásairól a fiatalok legnagyobb arányban (általános iskolások: 52,3%, középiskolások: 72,8%) szakértőt kérdeznének meg. Az általános iskolások nagyobb arányban fordulnának tanáraikhoz (15,8%, középiskolások: 5%), szüleikhez (19,6%, középiskolások: 12,4%), illetve barátaikhoz (12,6%, középiskolások: 9,2%) felvilágosításért.

A vizsgált településeken megkérdezett általános iskolások 57,9%-a volt védettnek tekinthető a káros szenvedélyek és szerhasználat tekintetében, 3,5%-uk volt veszélyeztetett, a köztes helyet elfoglalók aránya 38,5% volt. Volt olyan iskola, ahol nem azonosítottak veszélyeztetett fiatalokat, volt azonban olyan iskola, ahol a veszélyeztetettek aránya 7,8% volt. A középiskolások körében a káros szenvedélyek és szerhasználat tekintetében védettnek tekinthetők aránya 56,8% volt, körükben magasabb volt a veszélyeztetett fiatalok aránya (13,1%), a köztes helyet elfoglalók pedig alacsonyabb (30,1%).

Az Észak-Kelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület a „Határ menti partnerség a drogprobléma hatékony kezeléséért” elnevezésű INTERREG-projekt⁴⁵ keretében végzett kutatást⁴⁶, melynek célja annak feltárása volt, hogy az ellátórendszer jelenlegi struktúrája, a felkínált szolgáltatások, illetve ezek hozzáférhetősége és minősége mennyiben találkozik a valós társadalmi szükségletekkel. A 2007-ben megvalósított kutatás során kvantitatív és kvalitatív technikákat is alkalmaztak. A belépő korosztályok – serdülők – körében végzett nagymintás vizsgálatok Deb-

⁴⁵ ERDF / INTERREG IIIA, Community Initiative 2000–2006 + magyar kormányzati társfinanszírozás keretében megvalósult program. Finanszírozó: European Union Structural Funds.

⁴⁶ Bogdándi István: Határtalanul: „Harc a problémák szabad mozgása ellen.” Határ menti partnerség a drogprobléma hatékony kezeléséért / Bogdándi István [et al.]. – Nyíregyháza: Észak-kelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület, 2008.

recen általános és középiskoláiban⁴⁷, valamint Nyíregyháza középiskoláiban folytak⁴⁸. A debreceni vizsgálat során a városban működő általános és középiskolák közül 61 iskolában 2512 – nyolcadik és tizedik évfolyamos (14 és 16 éves) – fiatal kerestek fel kortárs-oktatók és kortárs-segítők. A nyíregyházi adatfelvétel online kérdőív segítségével történt, melyet a nyíregyházi KEF honlapján keresztül lehetett elérni. Előre ütemezett rendben, az iskolai informatikai tanárok felügyeletével 3633 diák töltötte ki a kérdőívet. A fókuszcsoporthoz⁴⁹ részt vevő személyeket önkéntes alapon az elterelés keretei között ellátott kliensek körében toborozták. Mindannyian megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesültek. A tervezett nyolc fókuszcsoporthból hét valósult meg, négy Hajdú-Bihar, három pedig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. A hét fókuszcsoporthban összesen 62 személy nyilvánított véleményt, mindannyian férfiak voltak, amely nem meglepő, hiszen az elterelésben arányuk a nőkhöz képest kb. 89%-ot tesz ki.

A kérdés megválaszolásához az egyén szerfogyasztó életútját a gödörmodell alapján vizsgálták, így a még nem-fogyasztók (pl. belépő korosztályok) hiányérzetéből kiindulva már a prevenciót megelőző területeket is vizsgálat alá vették, mint amilyen a család, illetve annak megerősítése, vagy a természetes támogatórendszerek egyéb tagjai.

A „Határ menti partnerség a drogprobléma hatékony kezeléséért” projekt során megkérdezett szerhasználók ismeretei az ellátórendszeréről, a rendelkezésre álló szolgáltatásokról igen szegényesnek mondhatók. Ennek egyik oka lehet a hazai ellátórendszer fejletlensége. Erről az oldalról tekintve a szerhasználók ismeretei akár még relevánsak is lehetnének, hiszen amit nem ismernek, az valójában nincs is. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy a hazai kábítószerügyi ellátórendszer többé-kevésbé mégiscsak kiépült, és annál lényegesen jobb struktúrával rendelkezik, mint amilyen töredékes, izolált elemeiben meglévő struktúráról a megkérdezettek beszámoltak. A drogprobléma érintettjeinek informátlansága ezért inkább arról árulkodik, hogy a megfelelő elérés az a kritérium, amelyik jellemzően hiányzik. Az is kiderült a fókuszcsoporthoz anyagának elemzéséből, hogy az elérés, illetve az információáramlás legkomolyabb gátja a problématudat hiánya, a kognitív diszsonanciák „sikeres” csökkentése, valamint a drogfogyasztás kri-

⁴⁷ Fábíán R. (kézirat, 2007): Iskoláskorúak vizsgálata Debrecen város droghelyzetének feltárásához.

⁴⁸ Péntes M., Hüse L. [szerk.] (2007): A nyíregyházi serdülők egészségmagatartása. NyírKEF, Nyíregyháza; valamint Nyírcsák J. (kézirat, 2008): A nyíregyházi HBSC-kutatás adatalemzése.

⁴⁹ Varga É., Hüse L. (kézirat, 2007): Szerhasználói attitűdvizsgálat Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.

minalizált megítélése, amely annál erősebb védekező reakciókat gerjeszt a fogyasztókban (pl. elkerülő magatartás, titkolódzás, bizalmatlanság), minél jobban belecsúsznak a „gödörbe”.

1.5 Attitűdformálás

1.5.1 Parlamenti és társadalmi viták a kábítószer-problémáról

A 2008-as év folyamán a magyar Országgyűlésben 20 ülésnap során 58 alkalommal került a kábítószerügy valamilyen szempontból említésre. A megnyilatkozások meghatározó része, mintegy 30–35 felszólalás a Parlament kábítószerügyi eseti bizottságának jelentéséhez, annak általános vitájához kapcsolódott, mindösszesen 3 óra időtartamban. Ezenkívül azonnali kérdések, napirendelőtti felszólalások, valamint interpellációk hangzottak el.

1.5.2 Rendezvények, megjelenés a médiában

2008-ban a Kábítószer-ellenes Világnaphoz kapcsolódóan, hasonlóan az előző években kialakítottakhoz, helyi és országos rendezvények megtartására került sor. A helyi rendezvények elsősorban a kábítószerügyi egyeztető fórumok szervezésében valósultak meg 19 helyszínen. Általában közösségi rendezvények kerültek megszervezésre, amelyek közvetlenül vagy közvetlen kapcsolódottak a kábítószer-problémához.

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel együttműködésben konferenciát rendezett, szintén a Világnapi események részeként „A kliens útja az ellátórendszerben” címmel.

Számos alkalommal került sor a 2008-as év folyamán is egyéb, nem kampány jellegű médiamegjelenésre, amikor is a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca, a Nemzeti Drog Fókuszpont, és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet munkatársai rövidebb-hosszabb riportok, interjúk során tájékoztatták az érdeklődőket a kábítószerhelyzetben beállt változásokról, a szükséges intézkedésekről. Ez különösen igaz volt a 2008 júliusában bekövetkezett túladagolások esetek halmozódásakor. Az alábbiakban röviden összefoglaljuk az ebben a periódusban keletkezett sajtómegjelenések néhány tapasztalatát.

A KÁBÍTÓSZER-TÚLADAGOLÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK MEGJELENÉSE A MAGYAR MÉDIÁBAN

A halálesetek hírének kirobbanását követően a hazai médiában egyből elindultak a találgatások arra vonatkozóan, hogy vajon milyen tényezők játszottak szerepet a tragédiákban. Már kezdetben felmerült, hogy a kábítószer minőségének döntő szerepe lehetett a halálozásokban, valamint az is, hogy az áldozatoknak valamilyen közük lehetett egymáshoz. Egy-egy helyen megjelent olyan üzenet, amely kifejezetten a heroinfogyasztókat célozta meg, és rendőrségi nyilatkozatra hivatkozva fokozott óvatosságra intette őket a tragédiák elkerülése érdekében. A hírekben megjelentek olyan feltételezések is, hogy a heroinon kívül más tényező, például más szerekkel (alkohollal és az úgynevezett helyettesítő terápia során alkalmazott metadonnal) kombinált használat is közrejátszhatott a halálesetek bekövetkezésében.

Tanulságokat rejt magában az, hogy a média eleinte jellemzően csak a rendőrséget kérdezte meg a halálesetek kapcsán; a szakemberek megkeresésére, a szakmai álláspont közvetítésére csak napok múltán került sor. A szakemberekkel készített interjúkon és szakmai dokumentumokon alapuló cikkek a hangsúlyt, a biztonságos szerhasználat feltételeinek javítására és az összehangolt cselekvésre helyezték. Megállapították, hogy fontos lenne erősíteni a rendőrség, a mentők és a droghasználók együttműködését a tragédiák elkerülése érdekében. A szakmai álláspontokon alapuló cikkek beszámoltak arról is, hogy létezik olyan ellenszer, amellyel a heroin hatása blokkolható, és gyors beavatkozással a túladagolt életét meg lehet menteni. Ehhez ugyanakkor elengedhetetlen a heroinfogyasztók bevonása, valamint a társadalom széles körű tájékoztatása és a társadalmi felelősségvállalás mértékének növekedése.

A cikkek túlnyomó többsége arról számolt be, hogy a heroint „kifejezetten a lecsúszott réteg” használja, és az országba elsősorban „török és albán bűnözők” hozzák be, valamint arról is, hogy a drogot a terjesztési lánc minden láncszeme „gátlástalanul szennyezi”, így „egy kiló tiszta heroinból nyolc-tíz kiló méreg lesz, mire az utcára kerül”. A méreggel hígított heroin híre számos hírforrásban megjelent. A heroin sajátosságai különösen alkalmasak arra, hogy a szerhez vonzzák és összesűrítsek mindazokat a sztereotípiákat, amelyek a drogokkal kapcsolatban élnek a közgondolkodásban. Sokszor a gyilkosság elkövetőjeként, megszemélyesítve utalnak rá a főcímek. Íme néhány példa: „Afgán heroin ölt Budapesten”, „Miskolcon is ölt a heroin”, „Miskolcon is szedett áldozatokat a heroin”. A heroin úgy jelenik meg, mint piszkos szer, „gyilkos drog”, a társadalom periferiájára sodródott, s egyben a társadalom számára veszélyes, lecsúszott emberek

kábítószerre. Hordozza mindazokat a jellemzőket, amelyekre a drogokkal kapcsolatos kollektív félelmek vonatkoznak, és ez a kapcsolat érzékletesen megjelenik azokon a képeken is, amelyeket a média az eset kapcsán illusztrációkként alkalmazott. Az esetet közvetítő cikkek képi illusztrációiban jellemzően magukat éppen könyökhajlaton szűrő, szakadt és koszos öltözékű, piszkos kezű férfiak láthatók, amint kétséges higiéniai körülmények közepette, egy szétzilált élet kellékei közt adják be maguknak a heroint. Megjelennek a képeken a szerhasználat eszközei is, mindenekelőtt a fecskendő, amelynek látványa az intravénás heroinfogyasztókat kivéve az emberek nagy részéből borzongást és viszolygást vált ki.

Ezzel szemben az augusztusi halálesetekkel kapcsolatos feltáró vizsgálatok azt bizonyítják, hogy az áldozatok nem a többszörösen hátrányos helyzetűek csoportjából kerültek ki. A hozzátartozók megkérdezésével végzett vizsgálatokból az derült ki, hogy az áldozatok alsó-középosztálybeli fiatalok voltak. Családi körülményeiket tekintve egyetlen esetben sem volt tapasztalható veszélyeztető, elhanyagoló szülői magatartás, habár jellemzően csonka családokban nőttek föl, ahol az erőteljes, túlgondoskodó anya a felnőttkor elérését követően is igyekezett kontrollt gyakorolni gyermeke élete felett. Szerfogyasztói karrierjük tekintetében az utólagos feltáró vizsgálatokból fény derült arra is, hogy a tragikus halál legtöbb esetben egy hosszú évek óta tartó szerfogyasztói életút végállomása volt, s megelőzően az áldozatok többsége számos alkalommal próbálkozott már a leszokással. Néhány esetben akár több éves szermentes időszakok is előfordultak. A vizsgálatokból az is kiderült, hogy a halálesetek a használt szer viszonylag magas hatóanyagtartalmával (úgynevezett tisztaságával), valamint olyan egyéb tényezőkkel állnak kapcsolatban, amelyek a hosszabb ideje tartó intenzív szerfogyasztás szövődményei.

Összességében elmondható, hogy a sajtó, még ha a szenzációs elemeket kiemelve is, de higgadtan és ezzel egyidejűleg az eset fontosságához mért komolysággal reagált a heroinnal összefüggő augusztusi halálesetekre. Mindemellett szerencsés lenne, ha a média nem csak az ehhez hasonló tragikus esetek kapcsán válna közvetítő közeggé a szakemberek és a laikusok között. A társadalom tájékozottságának növelése érdekében elengedhetetlen a szakmai szempontok, irányelvek hétköznapi nyelven való folyamatos közvetítése, amiben a média kiváló csatorna lehetne. Amint azt számos cikkben olvashattuk, a tény- és tudásalapú információk terjedése nagyban hozzájárulna ahhoz, hogy a drogfogyasztásból eredő egyéni és társadalmi kockázatok egyaránt csökkenjenek, és azok, akik segítségre szorulnak, meg tudják találni a számukra legmegfelelőbb segítséget. Kifogásolható kijelentés, de szerencsére egyre ritkábban lehet találkozni vele, hogy a kábítószereket közvetlenül iskolák mellett is kínálják. Valóban előfordul,

hogy iskolás gyerekek társaikat az iskolában droggal kínálják. Azonban az a hiedelem, miszerint dílerek az iskolák kapuiiban leselkednek, hogy ingyenes „beetető” adagokkal rászoktassák a gyerekeket a kábítószerre, nem felel meg a valóságnak. A drogok kipróbálásának megelőzése tényszerű, hiteles információk átadásával, a valós veszélyforrások felismerésének támogatásával segíthető leghatékonyabban. Ugyanez a helyzet a drogfogyasztással összefüggő ártalmak minimalizálása kapcsán is, ahol az orvosi és pszichoszociális segítségnyújtás mellett a tényszerű, bizonyítékokon alapuló ismeretek átadására kell helyezni a hangsúlyt.

1.5.3 A pályázati támogatásban részesült 2007. évi képzési programok áttekintése⁵⁰

A 2007-es évben a kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos különböző területeken lezajló képzési programok három kategóriában kerültek meghirdetésre.

A pályázati kategória egyik alkategóriája volt a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos kortársképzés, szupervízió, valamint kortársoktató- és kortárssegítő-hálózat kialakításának támogatása. Az alkategóriában összesen 18 db nyertes pályázat született, a 15 528 000 Ft támogatási összeg utófinanszírozott formában került kifizetésre.

SZUPERVÍZIÓ

Három támogatott szervezetnél valósult meg szupervízió a stáb tagjai számára, mely összesen húsz szakembert érintett, és átlagosan nyolcvan szupervíziós órát jelentett. Az egyéni és csoportos szupervíziós alkalmak folyamán a külső szakember segítségével a szenvedélybeteg-ellátásban dolgozók szakmai dilemmáit, feszültséget, problémát okozó helyzeteket dolgoztak fel.

A konzultációval kapcsolatos elvárások alapján a szupervízió hatására csökkenthető, illetve csökkent a fluktuáció, a munkatársak motivációja és hivatás-személyisége megerősödött, szakmai kompetenciaérzésük fokozódott.

KORTÁRSKÉPZÉS

A kortársképzés, a serdülőkorra jellemző erőteljesen ható kortárs-preferenciák miatt, az egyik leghatékonyabb eszköz a drogprevencióban. A kor-

⁵⁰ Az összegzést készítette Borsi Éva.

társ segítségnyújtás az egyéni és a társas kompetenciák, valamint szociális képességek fejlesztésén keresztül történik.

Kortársképző, kortársoktató programok működtetésére tizenöt pályázó nyert támogatást az adott évben, a helyszínek és a résztvevők összetétele meglehetősen széles skálát ölelt fel. Valósult meg képzés fogvatartásban lévő fiatalok számára is, illetve a különösen veszélyeztetett populáció közül a gyermekotthonokban nevelkedő fiatalok számára is.

Az oktatások által megcélzott célcsoport döntő részben a 16–20 éves korosztály, de egyes képzéseken egyetemi hallgatók is részt vettek, így összesen több mint 400 fő került kiképzésre. A kortársoktatást célzó programokban ifjúságsegítő szakemberek, pedagógusok, segítő szakemberek vettek részt, az oktatásban részesülők száma 40 fő volt.

A képzések időtartama átlagosan ötven óra, mely elméleti, gyakorlati és szupervíziós órákból tevődik össze, döntő részt a gyakorlati és szupervíziós órák vannak túlsúlyban, a tréningek esetenként bentlakásos formában valósulnak meg.

Az átlagtól eltérően néhány projekt esetében a képzés időtartama meghaladja az ötven órát, egy példa erre az Iránytű Ifjúsági Iroda programja, melyben az önismereti-kommunikációs tréning 60 órát, a segítő kapcsolatok tréning és trénerképző csoport 90 órát, a szupervízió 30 órát vett igénybe, valamint a Kompania Alapítvány hosszú idő óta magas szakmai színvonalon megvalósuló programja, melyben a gyakorlati órák száma több mint 160 volt. Átlagosan az elméleti blokk időtartama tíz óra, a gyakorlati blokk körülbelül harminc óra, a szupervíziós órák száma tíz körül mozog.

Az alkalmazott módszerek, szakmai tartalom tekintetében a kortársképző programok, meglehetősen homogén képet mutatnak: a programok szinte mindegyike jelzi a személyiségfejlesztés, illetve az önismeret-fejlesztés célkitűzéseit, melyeket szituációs játékokkal, helyzetgyakorlatokkal, kis csoportos munka során kívánnak elérni, melynek révén a csoportok kohéziója is erősödik. A kohézió, a közösség kialakulása – a beszámolókhöz mellékelte visszajelzéseket tartalmazó értékelések alapján – erősíti, segíti a képzés hosszú távú hatását, olyan biztonságos és támogató kapcsolatrendszert jelent, melynek önmagában is „jutalmazó” szerepe lehet.

A kommunikáció fejlesztése is célkitűzésként fogalmazódik meg a képzésekben, hiszen a cél, hogy a fiatalok – eleinte szakmai mentor, képzett kortárssegítő segítségével – képessé váljanak önállóan vagy párban iskolai prevenciós foglalkozások megtartására, vagy egyéb programszervezői feladatok ellátására (például helyi, kerületi egészségnap szervezése).

A kortársképzések esetében a tudásátadás a drogokkal, és általában a szenvedélybetegségekkel kapcsolatos ismeretek bővítését jelenti, de az elméleti oktatási blokkok része a kortárshatások megismertetése, általában

a serdülőkor problémáinak kezelése, és nem utolsósorban a segítség lehetőségeinek és határainak megismertetése. Ezen elemek szinte mindegyik támogatott programban szerepeltek.

Az elméleti tudás megszerzésének ellenőrzése több program esetében írásbeli és szóbeli vizsgákon történt, például KÓPÉ, Kompánia Alapítvány képzése.

A projektek által megfogalmazott elvárások között szerepel, hogy a képzés hatásaként a konfliktuskezelés, döntéshozás, probléma-megoldási repertoár bővüljön, a kortárssegítők életvezetési készségei javuljanak, ezáltal egyfajta pozitív példaként tudjanak működni a kortársaik között, illetve hogy a szakmai gyakorlat megszerzésével kompetenciaérzésük erősödjön.

A kortársképző programok esetében az utánkövetés nagy jelentőséggel bír, hiszen ezzel lehet mérni a program sikerességét, ez az elem a támogatott programok döntő többségében megvan.

Több program esetében kortárssegítő klubot működtettek a képzés befejezését követően, illetve a képzett segítők számára a szupervízió lehetőségét mindegyik szervezet biztosította.

A program eredményességének legfőbb bizonyítéka, hogy a fiatalok bekapcsolódnak szakmai tevékenységekbe. A kiképzett segítők által megtartott prevenciós foglalkozásokról a résztvevőktől visszajelzést kérnek, a visszajelzések értékelése szinte mindegyik szervezetnél megtörtént.

A projektek megvalósítói magáról az oktatásról is kérnek visszajelzést kérdőívek formájában, melyek feldolgozása segíti a szervezeteket abban, hogy képzési tematikájukat, gyakorlatukat továbbfejleszthessék.

A pályázati kategória következő alkategóriája volt egyetemek, főiskolák drogmegelőzéssel, drogprobléma kezelésével kapcsolatos, a felsőoktatási intézmény képzési tematikájába integrálható **tematikus tantárgyak** kialakításának, valamint oktatásának támogatása előfinanszírozott formában. A kiosztott összeg 7 542 000 Ft volt.

A kategóriában nyolc intézmény kapott támogatást a tematikus tantárgyak egy féléven át történő oktatásához. A kurzusokat összesen 718 szociális, egészségügyi felsőoktatásban tanulmányokat folytató hallgató teljesítette.

A pályázatok elbírálásánál szempont volt a területi kiegyenlítettség, mely részben valósult meg, hiszen az észak-alföldi civil szervezetek pályázási rutinja és programjainak kidolgozott koncepciója eredményeképpen Debrecenben négy felsőoktatási intézményben is tartottak képzést, míg például a dél-dunántúli régióból egy intézmény sem nyert támogatást. Szükséges megjegyezni, hogy a drogprevencióval, egészségfejlesztéssel vagy a szenvedélybetegségekkel kapcsolatos ismereteket nem kizárólag ezekben az intézményekben oktatják.

Felsőoktatási tantárgyak esetében természetes módon adódik az az elvárás, hogy a hallgatók ismeretei bővüljenek, illetve gyakorlati jártasságot szerezzenek a drogprobléma kezelésével kapcsolatos kérdéskörökben, illetve – lévén, hogy az összes tantárgy tartalmazott önismereti készség fejlesztését célzó módszereket – az, hogy a leendő segítőként, pedagógusként dolgozó szakemberek a saját életvezetési kérdéseikkel is foglalkozzanak, tudatosítsák a problémás területeket.

A kábítószer-probléma kezelésével foglalkozó tudományos konferenciák szervezésére a Nemzeti Stratégiában megjelölt szakterületeken az adott évben tizenegy pályázó nyert támogatást. A támogatás előfinanszírozott formában történt, melynek összege 11 930 000 Ft volt.

A konferenciák között hat országos, három regionális, két megyei, és egy nemzetközi hatókörben valósult meg, az összes résztvevők száma meghaladja a 3600 főt.

A nemzeti stratégia által megjelölt szakterületek közül a konferenciák által megcélzott területek a következők voltak: addiktológia, mentálhygiéné, kortársoktatás, egészségügyi és szociális ellátás.

Kiemelendő két program, melyek a kínálatcsökkentés szereplőinek bevonásával történtek, az egyik a Baptista Szeretetszolgálat programja, mely a segítő szervezetek-rendőri szervek közötti párbeszédet célozta meg erősíteni. Sajnálatos tény, hogy az előirányzott széleskörű célcsoportelérés nem jött létre, így a program hatóköre, ezáltal eredményessége erősen redukálódott. A másik szakmai fórumon a kábítószer-fogyasztás jogalkalmazói szempontból történő elemzését, a szakmai diszkusszió lefolytatását sikeresnek érzékelték és értékelték a résztvevők.

A tudományos konferenciák esetében a továbbképzési kreditpontoszerzés **négy** programban állt a részt vevő szakemberek rendelkezésére. A jövőben elérendő cél lehet, hogy a megvalósuló szakmai rendezvények minél nagyobb számban biztosítsák ezt a lehetőséget, mely egyfajta biztosítéka az adott rendezvény szakmai értékének.

Az egyes programokkal kapcsolatos értékelések formálisan vagy informálisan történtek. Formális értékelés öt program esetében volt jellemző, azonban a kérdőívek tartalma, hossza, részletezettsége meglehetősen heterogén képet mutat, így az ezekből nyerhető információk felhasználhatósága is szűk hatókörű.

Összességében elmondható, hogy a kategóriára fordított pénzösszeg hatékonyan került felhasználásra, így az egyes alkategóriák, illetve a keretösszeg a következő évben is ugyanezen struktúrában történt meghirdetésre.

2. MEGELŐZÉS⁵¹

2.1 Általános prevenció

ISKOLAI PREVENCIÓ

Az SzMM–OKM közös iskolai egészségnevelési és dropprevenciós program támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2008-ban 170 000 000 Ft (676 617 €)⁵² volt.

A 327 pályázó közül 225 pályázat részesült pályázati támogatásban⁵³. A pályázat keretében 30 090 alapfokú intézményben tanuló (10–14 éves), 54 860 középfokú intézményben tanuló (14–18 éves) és 9453 6-8-12 osztályos iskolában tanuló (12–18 éves) diák vett részt prevenciós foglalkozásokon⁵⁴, összesen 94 403 diák (2007-ben 116 794 diák, 2006-ban 105 225 diák), vagyis a 10–18 éves, alap- és középfokú nevelési-oktatási intézményekben tanuló diákok 9,5%-a (SzMM 2009). Az SzMM–OKM pályázaton kívül más források felhasználásával vagy külön finanszírozás nélkül is folyt dropprevenciós tevékenység az iskolákban.

KÉPZÉSEK PEDAGÓGUSOKNAK

Az OKM⁵⁵ 2008-ban 5 millió forinttal (19 900,5 €) támogatta a „Szenvedélykeltő szerek fogyasztásának visszaszorítása, iskolai egészségfejlesztés” című 30 órás, négynapos akkreditált pedagógus továbbképzést, melyen közel 100 pedagógus vett részt (OKM 2009). A Mentálhigiénés Alapfokú továbbképzés Pedagógusoknak (MAP) című, szintén 30 órás akkreditált képzést 11 millió forinttal (43 781,1 €) támogatta a minisztérium, ezen a képzésen közel 200 pedagógus vett részt.

MUNKAHELYI PREVENCIÓ

2008-ban a Szociális és Munkaügyi Minisztérium pályázatot írt ki „Kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevencióval foglalkozó szervezetek komplex munkahelyi megelőző és egészségfejlesztési programjainak

⁵¹ A fejezet szerzői: Nadas Eszter, Paksi Borbála.

⁵² Az értékek a 2008-as hivatalos euró középárfolyam (1 € = 251,25 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

⁵³ 28 pályázat érvénytelen volt, 74-et elutasítottak.

⁵⁴ A Szociális és Munkaügyi Minisztérium tájékoztatása alapján.

⁵⁵ Az Oktatási és Kulturális Minisztérium beszámolója alapján.

támogatására”, a pályázat keretösszege 30 000 000 Ft (119 403 €) volt. A beérkezett érvényes 10 pályázatból a minisztérium 6 pályázatot részesített támogatásban, összesen 14 878 040 Ft (59 216 €) értékben.

2008-ban a Foglalkoztatási Hivatal munkatársai további megbeszéléseket, workshopokat szerveztek a „Maradj a Zöld Zónában” elnevezésű program lebonyolítása során szerzett tapasztalatok cseréje, valamint a program továbbfejlesztése érdekében. Az év során három tanulmány készült el a munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési program kialakításával, bevezetésével kapcsolatban. A program továbbfejlesztésével és kiterjesztésével kapcsolatos anyagok, megbeszélések egy új megközelítés szellemében készültek, szerveződtek. Az új megközelítés lényege, hogy a drog- és alkohol-megelőzés hatékonyan beilleszthető a vállalatok társadalmi felelősségvállalási (CSR)⁵⁶ programjaiba, amely elősegíti a széles körben való elterjesztést.

A MAGYAR HONVÉDSÉG DROGPREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGE⁵⁷

A Magyar Honvédség Egészségmegőrző Programjának a személyi állomány egészségtudatos magatartásának kialakítása, illetve továbbfejlesztése a célja (MH 2009). A program egyik kiemelt területe a szenvedélybetegségek – ezen belül a kábítószer-fogyasztás – megelőzése, de az egészségmegőrzés más témaköreit is érinti (pl. szív- és érrendszeri betegségek megelőzése; egészséges táplálkozási szokások kialakítása; testmozgás, mozgáskultúra a mindennapokban stb.). A program az MH alakulatainál kiscsoportos (20–25 fős), interaktív csoportfoglalkozások módszerével került levezetésre. A program során – kiscsoportos prevenciók előadásokkal és prevenciók plakátkiállítással – 14 alakulatnál összesen 1513 főt értek el.

A kiemelt, központi katonai rendezvényeken az Egészségügyi Központ szakmai megjelenése ún. „workshop” jelleggel került végrehajtásra, amelynek során ismeretátadásra, személyes tanácsadásra, prevenciók kiadványaik átadására, illetve helyben lebonyolítható szűrővizsgálatok elvégzésére volt lehetőség. Az ebben a formában végrehajtott programokon állandóan jelen volt legalább egy fő drogprevenciók szakember, aki személyes tanácsadással, illetve – indirekt módon – tájékoztató kiadványok

⁵⁶ CSR (Corporate Social Responsibility), azaz a vállalatok társadalmi felelősségvállalása az a koncepció, mely szerint a vállalatok önkéntesen integrálják a társadalmi és a környezeti kérdéseket üzleti működésükbe, valamint az érintettekkel való interakcióikba, oly módon, ami túlmegegy a törvényes elvárásokon, és „többet” fektet az emberi tőkébe, a környezetbe és az érintettekkel való kapcsolatukba. A felelősen gondolkodó piaci szervezetnek ezért, mint kulcsfontosságú érintettjét kell figyelembe vennie azt a társadalmat, amelyben gazdálkodik, amely munkaerőjét és fogyasztóit is adja.

⁵⁷ A Magyar Honvédség beszámolója alapján.

átadásával, drogprevenációs szakmai totók kitöltetésével végzett prevenációs tevékenységét. 7 rendezvény (pl. Magyar Honvédelem Napja, Katonacsatládok Országos Találkozója stb.) során összesen 6150 főt értek el.

A civil-katonai együttműködés keretében az „Éld meg az életed” c. programmal összesen 9 alkalommal vettek részt különböző egészség-megőrzési rendezvényeken, melyek során 2550 főt értek el.

2.2 Célzott prevenció

2008-ban kutatás készült⁵⁸ (Paksi 2008) a nem iskolai szintéren megjelenő drogprevenációs programok feltárása céljából. A kutatás első fázisában a kutatás keretébe tartozó drogprevenációs szervezetek azonosítása zajlott, a második fázisban a kutatás mintakeretéhez tartozóként azonosított szervezetek által működtetett prevenációs programok/szolgáltatások strukturált leírásainak összegyűjtésére került sor. Az információk összegyűjtésére alkalmazott Program Információs Adatlap, struktúrájában és tartalmában, követi az EDDRA kérdőívet.

A prevenációs szintér nem iskolai szegmensén azonosított 162 prevenációs szolgáltató több mint egyharmada (59 szervezet, az összes szolgáltató 36%-a) budapesti székhellyel működött. Vidéken átlagosan 5-6, a keleti határ menti megyékben – Békés (14), Hajdú-Bihar, illetve Szabolcs-Szatmár (9-9) – azonban ennél jóval több iskolán kívüli, drogprevenációval (is) foglalkozó szakmai szervezetet sikerült feltárni.

Az elért, a szintér szereplőiként azonosított és a Program Információs Adatlapot az adatfelvételi periódusban kitöltő 66 szervezet adatai alapján megállapítható, hogy a szervezetek többsége nem főtevékenységként végzi a drogprevenációs vagy egészségfejlesztő munkát, hanem más szociális (12 db), egészségügyi (6 db) vagy család-, ill. gyermekvédelmi (15 db) felada-

⁵⁸ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja végezte, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (pályázati azonosító: **KAB-KT-07-0028**) és a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatásával. A kutatás során különböző információforrások (pl. SzIP, pályázati kiírások, ÁNTSZ stb.) áttekintése, továbbá az elért szervezetek szakmai networkje mentén haladva 970 olyan szervezetet találtak, mely potenciálisan az iskolán kívüli drogprevenáció területén (is) működhetett. A 970 potenciális keretszervezet 60,5%-át, 587 szervezetet sikerült telefonon elérni. Az 587 szervezet közül 162 folytatott nem iskolai szintéren programszerűen, aktuálisan is (2003–2007 között legalább 1 évben), nem valamilyen országos hálózat keretében prevenációs munkát. A részletes adatfelvétel során használt Program Információs Adatlapot végül 66 szervezet töltötte ki – 88 programjáról – értékelhető minőségben. A bemutatott információk a közvetlenül az interviún kívánt végső célcsoportra irányuló 71 program leírásából származnak.

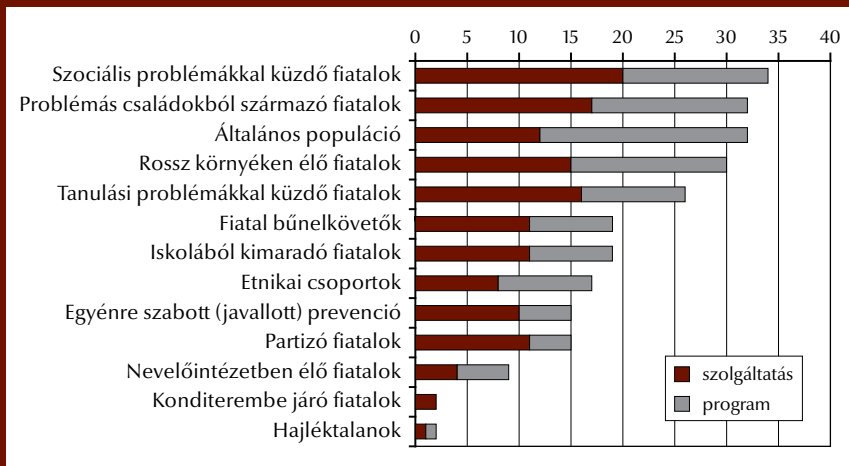
tok ellátása mellett. Kifejezetten drogprevenációs vagy egészségfejlesztési feladatok ellátására a feltárt szervezetek közel egyharmada (21 szolgáltató) orientálódott.

A 66 szervezet 71, közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programot/szolgáltatást működtetett, melyek között nagyobb arányban volt jellemző a programszerű lebonyolítás (55%), mint a szolgáltatások nyújtása (45%)⁵⁹.

Az elérni kívánt célcsoport tekintetében változatos képet mutattak az elért programok/szolgáltatások. Mintegy 30-30 intervenció szociális problémákkal küzdő, és/vagy problémás családból származó, és/vagy rossz környéken élő fiatalokat, illetve az általános populációt célozza meg. Tanulási problémákkal küzdő fiatalok számára 25 beavatkozást sikerült azonosítani. 15-20 olyan program/szolgáltatás működik az országban, amely a bűnelkövető, és/vagy iskolából kimaradó, és/vagy valamilyen etnikai csoporthoz tartozó fiatalokat célozza meg. Hasonló számban találtak egyénre szabott (javallott) intervenciókat. Egyelőre azonban meglehetősen kevés beavatkozás irányul a hajléktalan populációra. A célcsoportok többségét közel azonos számban próbálják elérni programokkal és szolgáltatásokkal (pl. etnikai csoportok, nevelőintézetben élő fiatalok, rossz környéken élő fiatalok), de néhány célcsoportban (pl. partizó fiatalok, szociális vagy tanulási problémákkal küzdő fiatalok) döntően a szolgáltatások dominálnak. Az általános populációra irányuló beavatkozások inkább program jellegűek.

⁵⁹ A programok és a szolgáltatások a preventív beavatkozások két, a megvalósítás idejének strukturáltsága szerint elkülönülő típusát jelentik. A programok kötött időintervallumban, meghatározott alkalommal, illetve alkalmanként meghatározott órásszámmal megvalósuló beavatkozások, míg a szolgáltatások az idődimenzió mentén kevésbé strukturálhatók, bizonyos nyitva tartás mellett folyamatosan zajló intervenciók.

41. ábra: A szolgáltatások és programok által elérni kívánt különböző célcsoportok említéseinek száma (N=71)



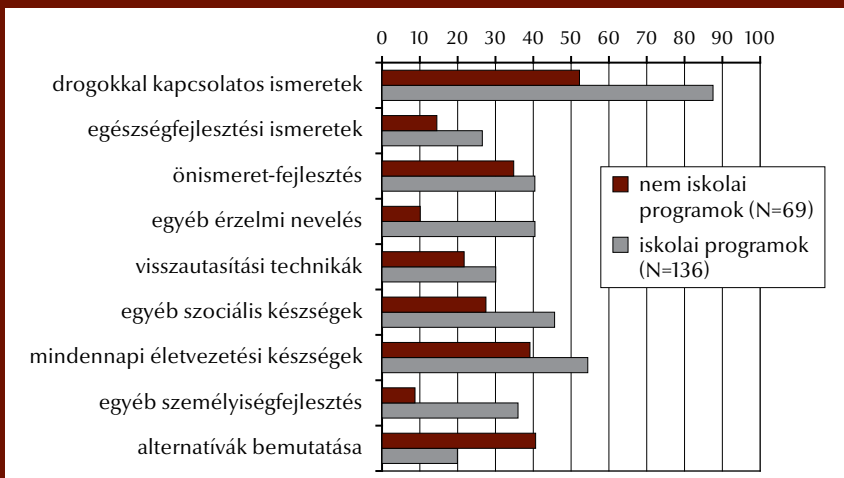
Forrás: : Paksi 2008

A megcélzott korosztályokat vizsgálva megállapítható, hogy a különböző korcsoportok számára nem iskolai szinten kínált prevenció programok/szolgáltatások meglehetősen kiegyenlített arányban vannak jelen. A legnagyobb választék a középiskolás korosztály (14–18 éves) részére kínált beavatkozásokban mutatkozik, a megismert programok/szolgáltatások közel háromnegyede (72,5%-a) foglalkozik ezzel a korosztállyal. Ezt követi a 18–24 éves korosztállyal (62,3%), majd a 14 év alatti gyermekekkel (56,5%) foglalkozó beavatkozások gyakorisága. A 24 éves kor feletti fiatal felnőtteket a programok/szolgáltatások fele (52,2%) célozza meg.

Az elmúlt években az iskolai szinten végzett kutatások (Paksi és Demetrovics 2003; Paksi és Demetrovics 2005) eredményeképp lehetőség nyílik a programok/szolgáltatások célkitűzéseinek és módszereinek az iskolai szinten működő programok jellemzőivel való összevetésére.

Az iskolai szinten jelenlévő és az egyéb szintereken megismert programok célkitűzéseit összehasonlítva azt találták, hogy a nem iskolai programok általában kisebb számú céltételezéssel dolgoznak (az iskolai programok átlagosan 3,8, a nem iskolai programok/szolgáltatások átlagosan 2,7 célkitűzést foglalmaztak meg). Az is megállapítható, hogy a nem iskolai szinten inkább vannak jelen az alternatívák megismertetésével kapcsolatos célkitűzések, és jóval kisebb arányban jelennek meg az iskolai programokban oly népszerű, ismeretátadással kapcsolatos célok.

42. ábra: A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül az interveniált populációra irányuló prevenció beavatkozásokban (a beavatkozások százalékában kifejezve)

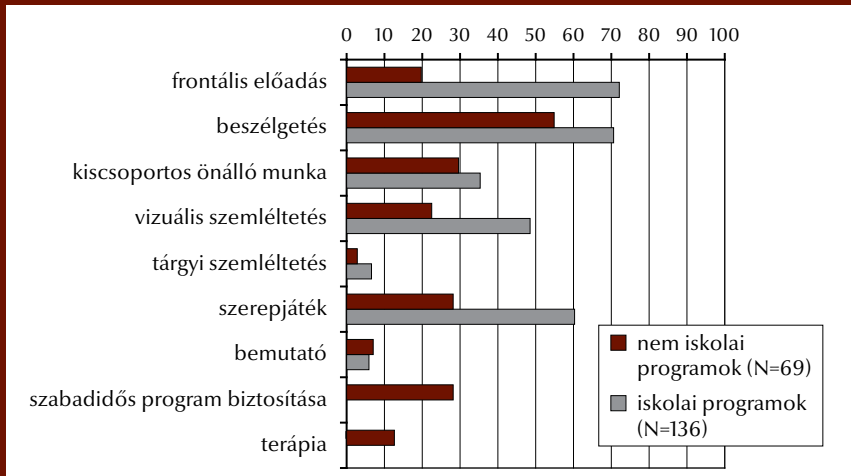


Forrás: : Paksi 2008

A programok megvalósítása során alkalmazott módszereket⁶⁰ tekintve szintén elmondható, hogy a nem iskolai szintén működő programok/szolgáltatások átlagosan kevesebb alkalmazott módszert említettek, mint az iskolai programok (iskolai programok esetén átlagosan 3, a nem iskolai szintén működő programok/szolgáltatások átlagosan 2,4 módszert említettek). Az iskolai programokkal összevetve, a nem iskolai programok sokkal kisebb arányban alkalmazzák az iskolai munka során gyakoribb alkalmazott módszereket, mint a frontális előadás és a vizuális szemléltetés. A vizsgált programok/szolgáltatások esetében a leggyakoribb módszer a beszélgetés (55%) volt, ezt a kiscsoportos munka (29,6%), majd a szerepjáték (28,2%) és a szabadidős program biztosítása (28,2%) követte.

⁶⁰ Az alkalmazott módszer 11 esetben nem volt ismert.

43. ábra: A különböző módszerek megjelenése a közvetlenül az interveniált populációra irányuló prevenciók beavatkozásokban (a beavatkozások százalékában kifejezve)⁶¹



Forrás: : Paksi 2008

REKREÁCIÓS SZÍNTÉR

2008-ban 8 városban/kistérségben 6 szervezet végzett a rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenciók tevékenységet. A korábbi években bemutatott programokhoz képest újdonság az INDIT Közalapítvány által 2007-ben Kaposváron, valamint 2008-ban a Mi-Értünk Egyesület által Orosházán beindított szolgáltatás. Az Egerben és az egeri kistérségben tevékenykedő Agria Party Service azonban 2008 júliusától kezdve az intézményi háttér és az anyagi/szakmai támogatottság megszűnése miatt „alvó programmá” alakult.

Az Orosházán elindított program sajátossága, hogy a munkát nem a „klasszikus” bulisegély során végzett tevékenységekkel kezdte (ártalomcsökkentő szerek nem kerültek kiosztásra), hanem a helyi Evangélikus Általános Iskola és Gimnázium Diákklubjában, kötetlen programként. A gimnazistákkal való kapcsolatfelvétel után, a szélesebb kör elérése érdekében, az Orosházán üzemelő legnagyobb sörözőben is megkezdődött a szolgáltatás biztosítása.

⁶¹ Az iskolai programok vizsgálata során a Program Információs Adatlapon a „szabadidős program biztosítása” és a „terápia” módszerek nem szerepeltek.

2008-ban a szervezetek összesen 393 eseményen vettek részt, ahol több mint 9400 fiatallal kerültek kapcsolatba⁶². 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 30 000 liter), óvszer (18 496 db), szórólapok (23 416 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok, gyümölcs.

**14. táblázat: A rekreációs szcénában
ártalomcsökkentést végző szervezetek tevékenysége 2008-ban**

Program neve	Szolgáltatás földrajzi hatóköre	Program indulásának éve	Munkatársak száma	Rendezvények típusai	Események száma	Kontaktus-szám
Kék Pont Party Service projekt (Budapest)	Országos	1999	1 főállású koordinátor, 20 önkéntes	Partik, fesztiválok	N.A.	N.A.
INDIT Közalapítvány Pécsi Bulisegély Szolgálata (Pécs)	Pécs, Baranya, déldunántúli régió	2000	7 Professzionális segítő	Rock, disco, alternatív egyetemi klub, fesztiválok	177	2102
„Mozgó-társ” party service szolgáltatás (Debrecen)	Észak-alföldi régió, országos	2000	3 főállású és 7 részállású szakember, 46 egyetemi kortárs hallgató	Fesztiválok, egyetemi partik	Kb. 40 egyetemi buli, 4 fesztivál	Kb. 1845 fő
Agria Party Service (Eger)	Eger és kistérsége	2004	6 önkéntes kortárssegítő	Főleg elektronikus zenei partik, rockkoncertek, fesztiválok	14	Kb. 440 fő
Mi-Értünk – Prevenációs és Segítő Egyesület (Békéscsaba)	Békéscsaba	2005	2 főállású alkalmazott, 6 önkéntes	Disco, parti, fesztiválok	106	3933 fő

⁶² Az adatok a budapesti székhelyű, de országos szinten tevékenykedő Kék Pont Party Service adatait nem tartalmazzák.

Program neve	Szolgáltatás földrajzi hatóköre	Program indulásának éve	Munkatársak száma	Rendezvények típusai	Események száma	Kontaktus-szám
Bulisegély (Kaposvár)	Kaposvár	2007	7 főállású alkalmazott	Rock/metal bulik, elektronikus parti, diszkó	15	336
MI-Értünk KontaktPont (Orosháza)	Orosháza	2008	3 főállású alkalmazott, 2 önkéntes	Iskolai diákklub, söröző, parti, fesztivál	30	604 fő

DROGPREVENCIÓS KÖRLETEK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZETEIBEN

2008-ban 23 bv. intézetben működött kábítószer-prevenációs részleg. A kialakított 350 férőhelyen az önként jelentkező elhelyezettek létszáma átlag 220–250 fő között volt. A fogvatartottak elhelyezését külön zárkákban vagy körleten oldották meg. Elsősorban a szakmailag jól előkészített programok kaptak prioritást, valamint hangsúlyt fektettek arra, hogy a prevenációs részlegek irányítását olyan szakemberekre (pedagógus, szociális munkás, más nevelő) bizzák, akik szakmai felkészültségben és személyiségükben erre a tevékenységre leginkább alkalmasak.

A speciális prevenációs foglalkozások mellett a szakemberek kiemelten kezelték az egyéb szabadidős tevékenységek előkészítését. Az egyházi szervezetek és a börtönlelkészek is aktívan vettek részt a kábítószer-fogyasztói múlttal rendelkező fogvatartottak problémáinak kezelésében.

A bv. intézetek munkatársai főleg a fogvatartottak számára készültek fel prevenációval kapcsolatos előadásokra, foglalkozásokra, tréningekre, egyúttal az egészséges életmódra nevelésre is kitérve, de helyet kapott a bv. személyi állományának képzése is.

2.3 Javallott prevenáció

A nem iskolai szintéren megjelenő drogprevenációs programok feltárása céljából készült kutatás (Paksi 2008) során a korábbiakban bemutatott, közvetlenül az interveniálni kívánt végső célcsoportra irányuló 71 program/ szolgáltatás közül 15 (10 szolgáltatás, 5 program) említette, hogy végez egyénre szabott (javallott) prevenációt is.

Ezen programok/szolgáltatások célcsoportját tekintve legtöbben a szociális problémákkal küzdő és problémás családból származó fiatalokat említették (9-9 említés), ezeket a rossz környéken élő és tanulási problémákkal küzdő fiatalok (8-8 említés), majd a fiatal bűnelkövetők és iskolából kimaradó fiatalok követték (7-7 említés).

Az egyénre szabott prevenciót is végző programok/szolgáltatások átlagosan 3,5 célkitűzést említettek, mely magasabb, mint az iskolán kívüli munka során általában megfogalmazott célkitűzések átlaga (2,7). Célkitűzéseiket tekintve ugyanolyan arányban említették a drogokkal kapcsolatos ismeretek átadását, mint a mindennapi életvezetési készségek fejlesztését (9-9 említés), ezeket az önismeret-fejlesztés (8 említés) és az egyéb szociális készségek fejlesztése (6 említés) követte. Legkisebb számban az egyéb érzelmi nevelést említették (1 említés).

Az alkalmazott módszereket tekintve az iskolán kívüli programok átlagához hasonlóan, a javallott programok is átlagosan 2,5 módszer alkalmazását említették. A leggyakrabban alkalmazott módszer a beszélgetés volt (9 említés), ezt a szerepjáték (8 említés) és a kics csoportos munka követte (6 említés).

Elterelés – megelőző felvilágosító szolgáltatások

A címben jelzett ellátási formát a szakirodalom, mint a javallott prevenció emblematikus esetét tartja számon. 2008-ban összességében **3234** fő volt a rendszerben, az alábbiakban látható megoszlásban.

2008-ban kezdte				2007-ben kezdte	
2008-ban igazolás	2008-ban megszakadt	2009-re áthúzódik	2008-ban részigazolás	2008-ban igazolás	2008-ban megszakadt
872	435	978	32	818	99

2.4 A 2008-as évben megvalósított prevenciók céltelezést megfogalmazó pályázati tevékenység áttekintése⁶³

A SIKERESEN PÁLYÁZÓ SZERVEZETEK ARÁNYA ORSZÁGOS ÉS REGIONÁLIS SZINTEN

A 2007-es évben országos szinten 297 szervezet pályázott a kábítószerrel kapcsolatos prevenciók tevékenység megvalósítása érdekében (KAB-PR-07), a prevenciók tevékenység támogatása azonban nem pusztán ebben a kategóriában történt, még további két, itt nem ismerttetendő pályázati kategória is ennek a célnak a megvalósítását szolgálta (KAB-IPP, KAB-HAT). Az összes pályázó 47%-a részesült támogatásban. Az alábbi táblázatból kiolvasható, hogy a sikeres, támogatott pályázatok szempontjából a dél-dunántúli régió szervezetei, 61%-os aránnyal, aknázták ki leghatékonyabban a pályázatok adta lehetőségeket. Ezt a régiót követi Közép-Magyarország majd Budapest főváros 54, illetve 51%-kal. Ha a közép-magyarországi régió és a főváros pályázóit összevonjuk, akkor láthatjuk, hogy a dél-dunántúli régiót a közép-magyarországi követi a sikeres pályázatok arányát tekintve.

A táblázatban az is látható, hogy a dél-alföldi régió 46%-kal követi a dél-dunántúli, illetve a közép-magyarországi régiókat. A további négy régió szervezetei hasonló arányban – 40% körüli sikerességgel – pályáztak a 2007-es évben.

A MEGCÉLZOTT CÉLCSOPORT NAGYSÁGA

Országos szinten a pályázat keretében támogatott prevenciók szervezetek átlagosan 596 főt értek el a 2008-as év során. Ez a szám regionális bontásban nézve nehezen összehasonlítható, mivel sokszor nehézséget jelentett egy kategóriában tárgyalni a különféle prevenciók programokat. Példaként említve, több szervezet pályázott olyan kiállításra vagy biztonságos szórakozóhelyekkel kapcsolatos programokra, melyek átlagosan 4–5000 főt is elérnek egy féléves időtartam során. Ezt a számot nem lehet összevetni azokkal a prevenciók programokkal, melyek specifikus csoportokat komplex programokkal értek el (például egy-két gyermekvédelmi, szenvedélybetegekkel foglalkozó vagy roma programok is idetartozhatnak).

A CÉLCSOPORTTAL ELTÖLTÖTT IDŐ ÓRASZÁMBAN

A célcsoporthoz tartozó problémák megjelentek ennél az össze-

⁶³ A részfejezetet készítette: Kovacsics Leila.

hasonlító elemzésnél is. Országos átlagot nézve egy szervezet átlagosan 173 órát foglalkozik adott célcsoporttal a pályázat által biztosított időtartam alatt. Az összehasonlíthatóságot tekintve itt is abból adódik a probléma, hogy vannak szervezetek, melyek különféle szolgáltatásaikat nézve (pl: ifjúsági klub, kiállítás stb.) folyamatos óraszámot biztosítanak a célcsoportnak, eltérően a nehezebben megközelíthető specifikus problémákkal leírható, általában veszélyeztetett populációhoz képest.

A PREVENCIÓS PROGRAMOK ÚJSZERŰSÉGE

Országos viszonylatban elemezve a programok 28%-a újszerű, 66%-a már meglévő, futó program, mellyel a szervezetek évek óta pályáznak a különféle kategóriákban. A szervezetek 6%-a ezt a szempontot nem tüntette fel, illetve a pályázatból nem derült ki erre vonatkozóan információ.

A PÁLYÁZAT ANYAGI KERETEI – AZ ANYAGI ERŐFORRÁS FELHASZNÁLÁSÁNAK ARÁNYA

Összességében véve, országos szinten a 15. táblázatból látható, hogy 271 342 359 Ft-ot igényeltek a sikeresen pályázó szervezetek, ebből 159 936 500 Ft került megítélésre a pályázó szervezetek számára. Ehhez az összeghez viszonyítva kevesebb pénzt, 150 374 327 Ft-ot tudtak felhasználni a pályázó szervezetek. A megítélt összeg 6%-át – 9 562 173 Ft-ot – nem tudták felhasználni a sikeresen pályázó szervezetek. A rendelkezésre álló adatok alapján megállapítható, hogy Közép-Magyarország (9%), Dél-Dunántúl (9%) és Kelet-Dunántúl (8%) esetében maradt bent a legtöbb pénz a pályázati rendszerben.

15. táblázat: A KAB-PR-07 pályázattal kapcsolatos összesített adatok a főbb szempontok szerint és az egyes régiókra lebontva

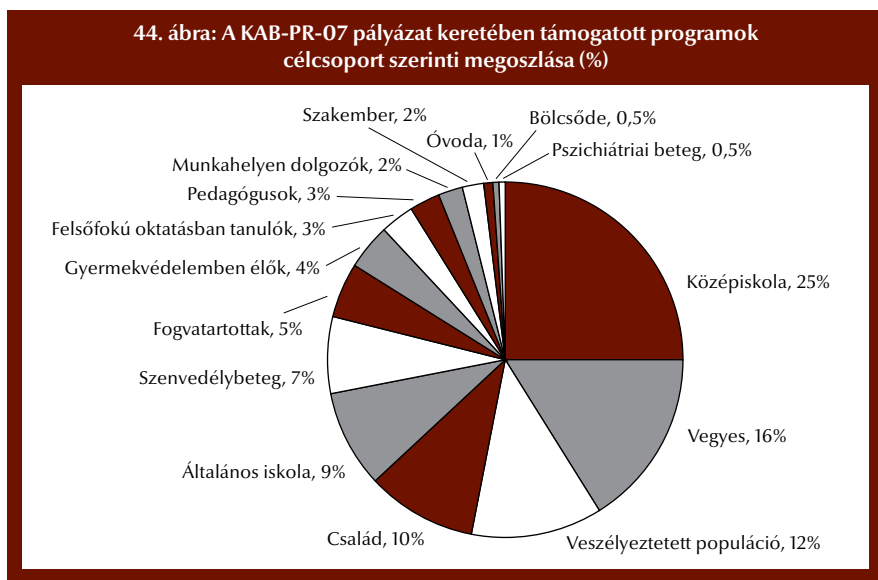
Régió	Pályázó szervezetek száma	Sikeresen pályázók száma	A pályázók hány százaléka nyert %	Elért fő átlagosan ⁶⁴	Átlagos óra-szám ⁶⁵	Program újszerűsége	Igényelt összeg	Megítelt összeg	Felhasznált összeg
Dél-Alföld	39	18	46%	1548	81	Új: 3 Futó: 15	34 313 175	19 401 770	19 261 183
Budapest	92	47	51%	547	193	Új: 12 Futó: 34	96 100 491	59 067 230	55 582 761
Közép-Magyarország ⁶⁶	11	6	54%	277	201	Új: 4 Futó: 1	12 479 000	6 003 000	3 824 051
Budapest és Közép-Magyarország együtt	103	53	51%	824	197	Új: 16 Futó: 35	108 579 491	65 070 230	59 406 812
Nyugat-Dunántúl	22	9	41%	419	105	Új: 4 Futó: 4	20 074 560	9 613 000	9 399 136
Közép-Dunántúl	31	12	39%	716	571	Új: 3 Futó: 9	27 956 550	15 686 500	14 397 795
Dél-Dunántúl	33	20	61%	185	136	Új: 5 Futó: 13	30 890 575	22 137 000	20 100 146
Észak-Alföld	39	16	41%	595	50	Új: 5 Futó: 9	27 712 853	13 183 000	13 039 864
Észak-Magyarország	30	12	40%	484	45	Új: 3 Futó: 8	21 815 155	14 845 000	14 769 391
Összesítés	297	140	47%	596	173	Új: 39 Futó: 93 Nincs adat: 8	271 342 359	159 936 500	150 374 327

A CÉLCSOPORT TÍPUSA SZERINTI MEGOSZLÁS

A pályázat keretében támogatott prevenciós programok értékelésénél a célcsoport, a program célja és a módszerek típusa szempontjából országos, összesített adatokat elemeztünk, az egyes régiók lebontásában további adatokat szolgáltat az összefoglaló 16. táblázat.

A leggyakrabban, 25%-ban, említett célcsoport a középiskola, ezt követi a vegyes kategória 16%-os megoszlással, mely a különféle, nem specifikus célcsoportokhoz tartozó korosztályokat foglalja magába. A veszélyeztetett populációba tartoznak a pályázók által említett hátrányos helyzetű, cselengő, rossz családi és anyagi körülmények között élő, esetenként roma etnikumhoz tartozó, nehezen elérhető fiatalok – a prevenciós programok 12%-a őket célozza meg.

44. ábra: A KAB-PR-07 pályázat keretében támogatott programok célcsoport szerinti megoszlása (%)



A pályázó szervezetek 10%-os aránnyal jelölték meg a családtagokat és a hozzátartozókat célcsoportként. Ez a kategória az iskolás gyermekek szüleit, illetve a szenvedélybetegek vagy a pszichiátriai betegek hozzátartozóit fedi le. Ezt követte az általános iskola 9%-kal, majd a szenvedélybetegek csoportja 7%-kal. A fogvatartottak és a gyermekvédelemben élők közel azonos

⁶⁴ Egy szervezet átlagosan hány főt ért el.

⁶⁵ Átlagosan hány órát foglalkozik egy szervezet adott célcsoporttal.

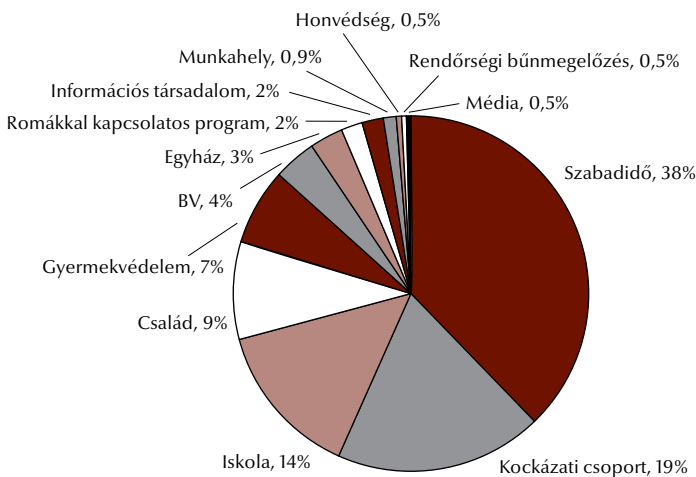
⁶⁶ Budapest nélkül.

százalékos említésben jelentek meg célcsoportként a pályázatokban. Kevés szervezet jelölte meg a felsőfokú oktatásban tanulókat célcsoportként, őket általában olyan programokkal célozták meg, melyek a szórakozással, szabadidő eltöltésével kapcsolatosak. Feltűnően kevés a pedagógusokkal és a munkahelyen dolgozókkal foglalkozó preventációs programok száma. A sort az óvodások és bölcsődések, illetve hasonló arányban a pszichiátriai betegek csoportja zárja.

A PREVENCIÓS PROGRAMOK ÁLTAL LEFEDETT SZÍNTEREK MEGOSZLÁSA

Azt is számszerűsítettük, hogy mely szintereket érték el a különféle preventációs programok. Feltűnően magas a szabadidő eltöltésére vonatkozó programok aránya, 38%-os lefedettséggel, kétszer annyi programot valósítottak meg itt, mint a következő kategóriában szereplő, a kockázati csoportokra kiterjedő szintéren. A sort az iskolai szintér követi, majd a család és a gyermekvédelem. Hiányként mutatkozik a romákkal kapcsolatos program megjelenése, ez mintegy 2%-os aránnyal kerül csak említésre. Ahogy fentebb már bemutattuk, a munkahelyi szintéren kis arányban valósult meg a 2008-as év során preventációs program a KAB-PR-07 pályázat keretében.

45. ábra: A KAB-PR-07 pályázat keretében támogatott programok szintér szerinti megoszlása (%)

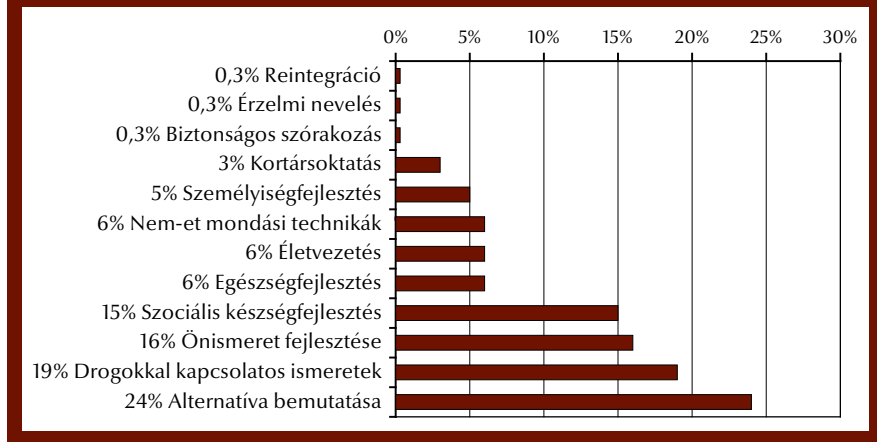


A PREVENCIÓS PROGRAMOK CÉLJA

Az elemzésnél azt a szempontot vettük figyelembe, hogy az alkalmazott prevenciós programok mely célok mentén szerveződnek a pályázatok során.

A pályázó szervezetek egyszerre több célkitűzést is megfogalmaztak. A szintér lefedettségéhez hasonlóan itt is az tapasztalható, hogy a célcsoport számára az alternatíva bemutatása a legnépszerűbb célkitűzés. Ez a cél általában a szabadidő hasznos eltöltéséhez társul a különféle programok során. Ezt követi a drogokkal kapcsolatos ismeretek átadása a célcsoport számára, mint második legnépszerűbb célkitűzés. A különféle önismereti, szociális készségfejlesztés a harmadik leggyakoribb a prevenciós programok céljai közül. Ehhez képest jóval kevesebb szervezet említi az egészség-, illetve a személyiségfejlesztéssel vagy az életvezetéssel és nem-et mondási technikákkal kapcsolatos programokat.

46. ábra: A KAB-PR-07 pályázat keretében támogatott programok célkitűzések szerinti megoszlása (%)

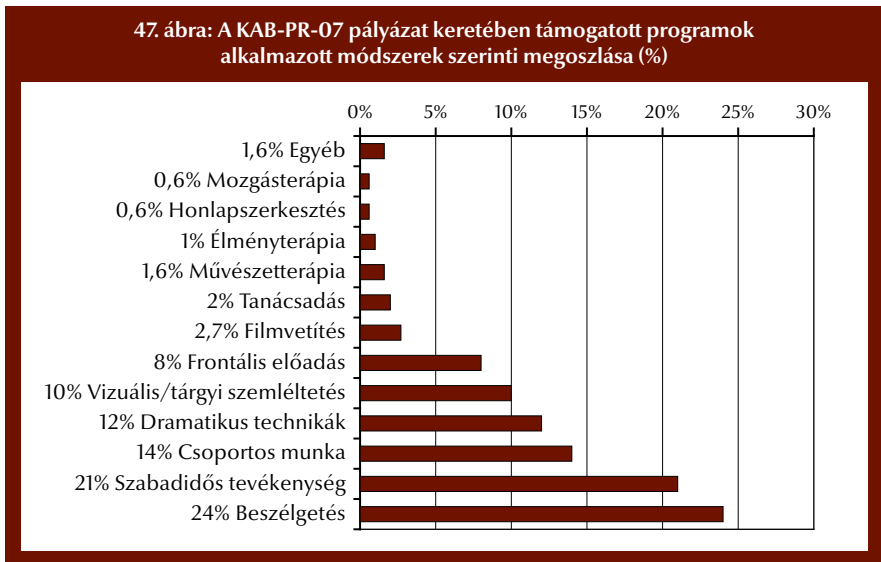


A PREVENCIÓS PROGRAMOK SORÁN ALKALMAZOTT TECHNIKÁK BEMUTATÁSA

A prevenciós programok értékelésénél a legkülönbözőbb kategóriákkal találkozhatunk. Ennél a szempontnál a korábbi prevenciós programok értékelését megcélzó kutatások (Paksi és Demetrovics 2003; Paksi és Demetrovics 2005; Paksi et al. 2006) során alkalmazott kategóriák alkalmazására tettünk kísérletet. Azonban azokat a programok sokszínűsége miatt jobbnak láttuk kibővíteni.

Egyik ilyen, a korábbi kutatásokban nem említett szempont, a szabadidőre vonatkozó tevékenységek említése, mely a gyakorlatban sporteseményeket, vetélkedőket, rajzpályázatokat és ehhez hasonló kikapcsolódási lehetőségeket foglal magában. A beszélgetést, mint leggyakrabban említett alkalmazott technikát követően a fenti, tág területet felölelő módszer követi. A csoportos munka 14%-os arányban kerül említésre, a csoportos módszerrel pedig gyakran együtt jár a következő kategóriában említett dramatikus technikák módszere. Ez a kategória a szituációs és szerepjátékokat, illetve a drámapedagógiai módszereket összesíti. A vizuális és tárgyi szemléltetés kategóriába tartoznak a különféle kiállítások, a D.A.D.A program elemei vagy egyéb demonstrációt igénylő módszerek is. A frontális előadás kevésbé népszerű alkalmazott módszernek tűnik a pályázat keretében megvalósított programok körében.

47. ábra: A KAB-PR-07 pályázat keretében támogatott programok alkalmazott módszerek szerinti megoszlása (%)



Összegzés

A 2007-es prevenciók témakörben meghirdetett (KAB-PR-07), de 2008-ban megvalósított kábítószerügyi pályázat során az összes pályázó szervezet közül a pályázók 47%-a részesült támogatásban. Országos szinten átlagosan egy prevenciók szervezet 596 főt ért el ebben az időszakban. Országos átlagot nézve egy szervezet átlagosan 173 órát foglalkozik az adott célcsoporttal a pályázatra vonatkozó időtartam alatt. Az adatok alapján elmondható,

hogy a megítélt összeg 6%-a visszakerül a pályázati rendszerbe, mert azt nem tudják a pályázók felhasználni. Országos viszonylatban ez 9 562 173 Ft-ot jelent. A pályázatokat legnagyobb gyakorisággal a középiskolásoknak hirdetett programok teszik ki, hangsúlyos szerepet kap még a veszélyeztetett populáció is, mint célcsoport. A kockázati csoportokkal kapcsolatos programok, a célcsoport és a szintér szempontjából is előtérben vannak az iskolai drogprevencióhoz képest. A programokat és az alkalmazott technikákat együttesen elemezve a „tisztán” kábítószerrel kapcsolatos prevenciót felváltani látszik a komplex, holisztikusabb szemléletű prevenciók célkitűzés és az azokhoz kapcsolódó módszer, mely sok esetben a célcsoportot a környezetével együtt próbálja megcélozni.

16. táblázat: Összesített táblázat a célcsoportok, a szintér, a programok célja és az alkalmazott módszerek szempontjából (a KAB-PR-07 pályázat keretében megvalósított programokról)

Régió	Érintett célcsoportok (említés gyakorisága)	Lefedett szintér (említés gyakorisága)	Program célja (említés gyakorisága)	Módszerek (említés gyakorisága)
Dél-Alföld	Vegyes korosztály: 7	Iskola: 3	Önismeret fejlesztése: 7	Szabadidős tevékenység: 12
	Veszélyeztetett populáció: 2	Kockázati csoport: 6	Alternatíva bemutatása: 9	Csoportos munka: 5
	Szenvedélybeteg: 2	Család: 2	Szociális készségfejlesztés: 5	Beszélgetés: 8
	Középiskola: 7	Szabadidő: 12	Személyiségfejlesztés: 1	Frontális előadás: 3
	Munkahelyen dolgozók: 1	Munkahely: 1	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 2	Élménytábor: 1
	Segítő szakemberek: 1		Kortársoktatás: 2	Vizuális/tárgyi szemléltetés: 3
			Egészségfejlesztés: 3	Dramatikus technikák: 8
			Életvezetés: 3	Drámapedagógia: 1
Reintegráció: 1			Filmvetítés: 1	

Régió	Érintett célcsoportok (említés gyakorisága)	Lefedett szintér (említés gyakorisága)	Program célja (említés gyakorisága)	Módszerek (említés gyakorisága)
Budapest	Vegyes korosztály: 8	Iskola: 10	Önismeret fejlesztése: 17	Szabadidős tevékenység: 16
	Veszélyeztetett populáció: 8	Kockázati csoport: 15	Alternatíva bemutatása: 19	Csoportos munka: 12
	Szenvedélybetegek: 6	Család: 5	Szociális készségfejlesztés: 11	Beszélgetés: 18
	Pszichiátriai betegek: 1	Szabadidő: 25	Személyiségfejlesztés: 6	Frontális előadás: 5
	Általános iskola: 4	BV intézet: 2	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 16	Művészet-terápia: 3
	Középiszkola: 11	Romákkal kapcsolatos program: 3	Kortárs-oktatás: 2	Vizuális/tárgyi szemléltetés: 13
	Fogvatartottak: 2	Gyermekvédelem: 9	Egészségfejlesztés: 1	Dramatikus technikák: 10
	Segítő szakemberek: 2	Információs társadalom: 5	Életvezetés: 7	Dráma-pedagógia: 2
			Érzelmi nevelés: 1	
	Gyermekvédelemben élők: 2	Média: 1	Nem-et mondási technikák: 7	Filmvetítés: 2
	Pedagógusok: 2	Egyház: 4		Egyéni tanácsadás: 3
	Családtag: 6			Honlap-szerkesztés: 2
Szocioterápia: 1				
Élményterápia: 2				

Régió	Érintett célcsoportok (említés gyakorisága)	Lefedett szintér (említés gyakorisága)	Program célja (említés gyakorisága)	Módszerek (említés gyakorisága)
Közép-Magyarország	Általános iskola: 1	Iskola: 1	Alternatíva bemutatása: 4	Szabadidős tevékenység: 4
	Családtag: 1	BV intézet: 1	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 1	Beszélgetés: 3
	Fogvatartottak: 1	Család: 2	Életvezetés: 2	Csoportos munka: 2
	Középiszkola: 1	Kockázati csoport: 1	Kortárs-oktatás: 1	Dramatikus technikák: 1
	Óvoda: 1	Szabadidő: 4	Személyiség-fejlesztés: 1	Filmvetítés: 1
	Vegyes korosztály: 1		Szociális készség-fejlesztés: 2	Frontális előadás: 1
	Veszélyeztetett populáció: 1			Művészet-terápia: 1
Nyugat-Dunántúl	Általános iskola: 2	Család: 2	Alternatíva bemutatása: 2	Beszélgetés: 6
	Családtag: 1	Gyermek-védelem: 1	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 5	Csoportos munka: 2
	Középiszkola: 4	Iskola: 3	Egészség-fejlesztés: 1	Dráma-pedagógia: 1
	Pedagógus: 1	Szabadidő: 6	Kortárs-oktatás: 2	Dramatikus technikák: 1
	Vegyes korosztály: 2		Nem-et mon-dási technikák: 1	Frontális előadás: 1
	Veszélyeztetett populáció: 1		Önismeret fejlesztése: 3	Információs kiadvány: 1
			Szociális készségfejlesztés: 3	
				Szabadidős tevékenység: 4
		Tanulmányút: 1		
			Vizuális szemléltetés: 1	

Régió	Érintett célcsoportok (említés gyakorisága)	Lefedett színtér (említés gyakorisága)	Program célja (említés gyakorisága)	Módszerek (említés gyakorisága)
Közép-Dunántúl	Általános iskola: 1	Család: 3	Alternatíva bemutatása: 6	Beszélgetés: 9
	Családtag: 3	Egyház: 1	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 5	Csoportos munka: 5
	Középiszkola: 5	Gyermekvédelem: 3	Életvezetés: 1	Drámapedagógia: 1
	Gyermekvédelemben élők: 3	Iskola: 1	Nem-et mondási technikák: 1	Frontális előadás: 3
	Szakember: 1	Kockázati csoport: 4	Önismeret fejlesztése: 3	Szabadidős tevékenység: 7
	Szenvedélybeteg: 3	Szabadidő: 9	Személyiségfejlesztés: 1	Vizuális/tárgyi szemléltetés: 2
	Vegyes korosztály: 1		Szociális készségfejlesztés: 3	
Dél-Dunántúl	Felsőfokú oktatásban tanulók: 1	BV intézet: 3	Alternatíva bemutatása: 9	Beszélgetés: 14
	Fogvatartottak: 3	Iskola: 6	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 8	Csoportos munka: 8
	Középiszkola: 5	Kockázati csoport: 11	Egészségfejlesztés: 7	D.A.D.A: 1
	Munkahelyen dolgozók: 2	Szabadidő: 13	Életvezetés: 2	Dramatikus technikák: 4
	Szenvedélybetegek: 2	Rendőrséggel kapcsolatos prevenció: 1	Nem-et mondási technikák: 6	Filmvetítés: 1
	Vegyes korosztály: 3		Önismeret fejlesztése: 8	Frontális előadás: 6
	Veszélyeztetett populáció: 9		Személyiségfejlesztés: 3	Mozgásterápia: 1
			Szociális készségfejlesztés: 8	Művészetterápia: 1
				Szabadidős tevékenység: 6
				Vizuális/tárgyi szemléltetés: 6

Régió	Érintett célcsoportok (említés gyakorisága)	Lefedett szintér (említés gyakorisága)	Program célja (említés gyakorisága)	Módszerek (említés gyakorisága)
Észak-Alföld	Általános iskola: 5	Család: 4	Alternatíva bemutatása: 5	Beszélgetés: 6
	Bölcsőde: 1	Egyház: 1	Biztonságos szórakozás: 1	Ártalom-csökkentés: 1
	Család: 4	Gyermekvédelem: 3	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 8	Csoportos munka: 5
	Felsőfokú oktatásban tanulók: 1	Honvédség: 1	Egészségfejlesztés: 3	Dráma-pedagógia: 1
	Fogvatartottak: 1	Iskola: 4	Önismeret fejlesztése: 2	Dramatikus technikák: 1
	Gyermekvédelemben élők: 2	Kockázati csoport: 1	Személyiségfejlesztés: 1	Frontális előadás: 3
	Középiszkola: 6	Munkahely: 1	Szociális készségfejlesztés: 4	Szabadidős tevékenység: 7
	Munkahelyen dolgozók: 1	Szabadidő: 8		Tanácsadás: 2
	Pedagógus: 2			Vizuális/tárgyi szemléltetés: 3
	Vegyes korosztály: 2			

Régió	Érintett célcsoportok (említés gyakorisága)	Lefedett szintér (említés gyakorisága)	Program célja (említés gyakorisága)	Módszerek (említés gyakorisága)
Észak-Magyarország	Általános iskola: 3	BV intézet: 2	Alternatíva bemutatása: 7	Beszélgetés: 8
	Család: 1	Család: 2	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 6	Csoportos munka: 4
	Felsőfokú oktatásban tanulók: 3	Iskola: 3	Egészség-fejlesztés: 1	Dráma-pedagógia: 1
	Fogvatartottak: 2	Egyház: 1	Önismeret fejlesztése: 3	Dramatikus technikák: 4
	Középiszkola: 5	Kockázati csoport: 3	Szociális készségfejlesztés: 4	Filmvetítés: 3
	Óvoda: 1		Nem-et mondási technikák: 2	Frontális előadás: 2
	Vegyes korosztály: 2	Romákkal kapcsolatos program: 1		Mozgás-terápia: 1
				Szabadidős tevékenység: 8
		Tanácsadás: 2		
		Szabadidő: 7		Vizuális/tárgyi szemléltetés: 1

	Érintett célcsoportok (említés gyakorisága)	Lefedett szintér (említés gyakorisága)	Program célja (említés gyakorisága)	Módszerek (említés gyakorisága)
Összesített adatok	Általános iskola: 16	Család: 20	Alternatíva bemutatása: 65 Biztonságos szórakozás: 1	Beszélgetés: 72
	Bölcsőde: 1	BV: 8	Drogokkal kapcsolatos ismeretek: 51	Ártalom-csökkentés: 1
	Család: 16	Egyház: 7	Egészség-fejlesztés: 16	Csoportos munka: 43
	Felsőfokú oktatásban tanulók: 5	Gyermekvédelem: 16	Életvezetés: 15	D.A.D.A: 1
	Fogvatartottak: 9	Honvédség: 1	Érzelmi nevelés: 1	Drámapedagógia: 7
	Középiszkola: 44	Információs társadalom: 5	Kortársoktatás: 7	Dramatikus technikák: 29
	Munkahelyen dolgozók: 4	Iskola: 31	Nem-et mondási technikák: 17	Élményterápia: 3
	Pedagógusok: 5	Kockázati csoport: 41	Önismeret fejlesztése: 43	
	Gyermekvédelemben élők: 7	Média: 1	Reintegráció: 1	Filmvetítés: 8
	Óvoda: 2	Munkahely: 2	Személyiség-fejlesztés: 13	Frontális előadás: 24
			Szociális készségfejlesztés: 40	
	Pszichiátriai beteg: 1	Rendőrségi bűnmegelőzés: 1		Honlap-szerkesztés: 2
	Veszélyeztetett populáció: 21	Romákkal kapcsolatos program: 4		Interaktív előadás: 1
				Mozgásterápia: 2
				Művészetterápia: 5
Szabadidős tevékenység: 64				
Vegyes korosztály: 29	Szabadidő: 84	Szocioterápia: 1		
Szenvedélybeteg: 13		Tanácsadás: 7		
Szakember: 4		Tanulmányút: 1		
		Vizuális/tárgyi szemléltetés: 29		
Említések gyakorisága összesen:	177	221	270	300

3. KEZELÉS – ELLÁTÁS⁶⁷

Összefoglalás

Összességében az egészségügyi ellátórendszerrel megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg-ellátás, szociális ellátás, gyermekaddiktológia) egyetlen régióban sem épült ki, a szolgáltatások terén is a két szektor elkülönülése jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony.

Az OEP adatok alapján 2008-ban az ellátórendszer teljesítménye egyértelműen csökkent, ami elsősorban a finanszírozási jogszabályok változására vezethető vissza. Az OEP adatok szerint az év második felében az ellátórendszer teljesítménye stabilizálódott, egyes pontokon, elsősorban a finanszírozási területeken jelzett növekedés mutatható ki, azonban a kezelt betegek száma még nem növekedett.

Az ellátórendszer belső szakmai környezete egyes pontokon előrelépést mutat, megjelentek olyan szakmai dokumentumok, amelyek az előrelépés feltételei, a rapid változások azonban nem kedveztek az elmúlt években a tudatos szakmai építkezésnek. A szakmai felügyelet és értékelési rendszer fejlődése az előrelépés kulcseleme és feltétele lehet.

A kábítószer-fogyasztás miatt kezelésben lévők száma az OSAP adatok szerint 2008 folyamán összesen 14 353 fő volt, közülük 4635 fő vett részt kezelésben életében először. Ez látszólag növekedést mutat a megelőző év adataihoz képest, azonban megvizsgálva a kezelőhelyet, kiderül, hogy a növekedés a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán ellátott betegek számának emelkedéséből adódik.

A kezelésben lévő kannabisz-fogyasztók aránya 2008-ban tovább csökkent, ami részben köszönhető a megelőző-felvilágosító kezelések hatékonyabb kiszűrésének az adatgyűjtésből. Míg a heroint intravénásan fogyasztók aránya csökkenést, addig az amfetamint intravénásan fogyasztók aránya enyhe növekedést mutatott az összes kezelthez viszonyítva. A kokaint és hallucinogéneket fogyasztók aránya lényegében nem változott. A legális szereket (altatók, nyugtatók, szerves oldószerek) visszaélészerűen használók aránya összesítve és nemenkénti bontásban is növekedett.

Az újonnan kezelésbe lépőkről a TDI-adatgyűjtésbe 2008-ban 93 kezelőhely jelentett összesen 3484 klienst, melyek közül 2161 fő életében először került kezelésbe.

A nem elterelt kezelésbe lépők átlagéletkora 2008-ban a megelőző

⁶⁷ A fejezet szerzői: Egészségügyi Minisztérium, Grézló Orsolya, Koós Tamás, Péterfi Anna, Rácz József.

évhez képest jelzett növekedést mutat mind az összes kezelt, mind az életükben először kezelésbe lépők körében. E csoporton belül az intenzív szerhasználat (legalább heti 2) leginkább az opiát-fogyasztó férfiak, az amfetaminfogyasztó férfiak és nők, valamint az altatókat, nyugtatókat visszaélészerűen fogyasztó férfiak és nők körében jellemző.

Az elterelt eseteket vizsgálva megállapítható, hogy ez a populáció fiatalabb a más okból kezelésbe lépőknél. A beviteli módot körükben továbbra is a kannabisz-dominancia határozza meg. Esetükben jóval alacsonyabb az intenzifikált szerhasználat aránya, mint a nem eltereltek között.

3.1 Ellátórendszer

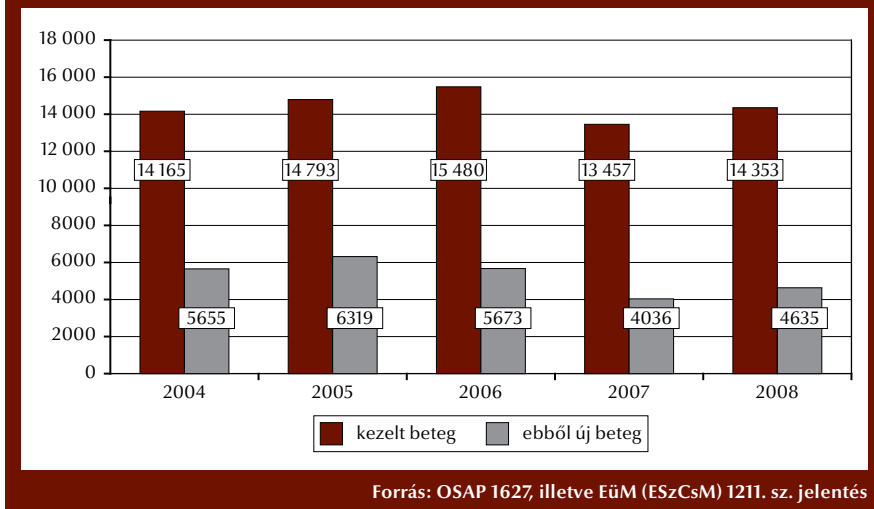
AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS SZERKEZETE ÉS MŰKÖDÉSE

A drogbetegek kezelési, gondozási és rehabilitációs programjait az egészségügyi ellátórendszerben elsősorban a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-ellátó osztályok, valamint a rehabilitációs profilú ellátó egységek végzik.

Mind a járóbeteg-ellátásban, mind a fekvőbeteg-ellátásban súlyos szakemberhiány jellemző. Az egészségügyi tárca a hiányszakmák vonatkozásában az egyetemi keretszámok emelésével próbálta segíteni a szakemberek pótlását. Sajnos azonban a pszichiáterek, addiktológus szakorvosok és pszichiátriai szakdolgozók hiánya az egészségügy más területein is megfigyelhető elvándorlásnak köszönhetően továbbra is komoly probléma maradt. A tárca kiemelt juttatás biztosításával tervezi a kérdést megoldani.

A 2008. évi betegforgalmi adatok értelmezéséhez előre kell bocsátani, hogy a hagyományos értelemben vett kezelést végző ellátók körében a betegszám csökkent vagy stagnált, míg a toxikológiai ellátók közül egyedülként az OSAP jelentői körben szereplő, Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán, 55%-kal nőtt. Emiatt az országos összesített adatok alakulását a toxikológiai osztály adatai mögött álló jelenség határozza meg, amit a főszámok értelmezésénél számításba kell venni. Különösen fontos itt megjegyeznünk a kezelt betegek számára gyakorolt hatását: az előző évben megfigyelt jelentős csökkenést, a toxikológiai osztályról érkező adatoknak köszönhetően, növekedés követte. A toxikológiai osztályról érkező adatok nélkül azonban továbbra is a kezelttek számának csökkenését figyelhetjük meg.

48. ábra: Az egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók számának alakulása 2004–2008 között (fő)



2008-ban 896 fővel (6,7%) nőtt a kezelt betegek száma az előző évhez képest, ezen belül 599 fővel (14,8%) nőtt az életükben először kezelték száma. E két ellentétes irányú változás eredménye, hogy a járóbeteg-ellátásban összesen 1273 fővel kevesebb beteg jelent meg (14,5%), a pszichiátriai és addiktológiai osztályok forgalma 195 fővel nőtt (16,8%) a toxikológián pedig 1974 fővel (55,4%) több beteget láttak el⁶⁸. Ezen belül az először kezelték körében is hasonló módon, 387 fővel (12,9%) csökkent a járóbeteg-ellátásban kezelték száma, a fekvőbetegek száma érdemben nem változott, míg a toxikológián 984 fővel (129,3%) többet láttak el.

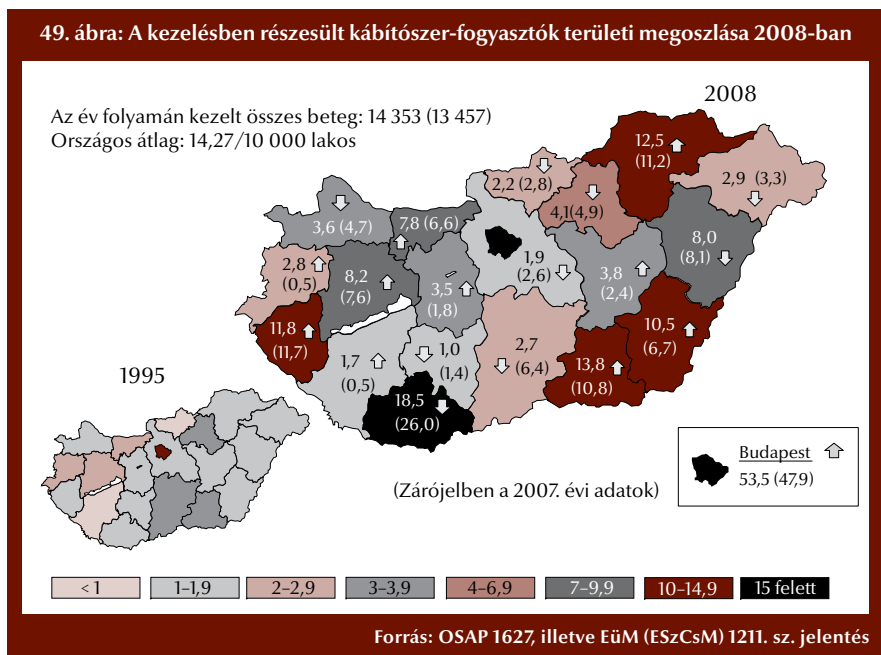
A területi megoszlásra vonatkozó adatok a jelenlegi egészségügyi drog-statisztikában minden esetben a kezelő intézmények helyéhez kapcsolódnak. A betegek lakóhelyét a központi feldolgozásra továbbított adatok nem tartalmazzák. A járóbeteg-ellátók közül a drogambulanciák a megyehatárokon túlról is sok beteget vesznek fel, mivel a kevésbé specializált ellátók tovább is küldik, ha erre van lehetőség. A bentlakásos rehabilitációs otthonok pedig egyáltalán nem területi szempontok alapján vesznek fel betegeket.

Budapest kiemelkedő szerepe minden évben megfigyelhető volt, amióta a statisztikai adatgyűjtés létezik, ennek oka a több nagy forgalmú drogambulancia jelenléte, amelyek a Pest megyei és máshonnan érkező bete-

⁶⁸ A toxikológiai adatok részletesebb elemzése a 3.4.4 fejezetben.

get is magukhoz vonzzák, ezzel az adott megye lakosságárányos mutatóját csökkentik, Budapestét növelik. 2008-ban Budapesten volt a legnagyobb betegszám-növekedés, ami nagyrészt a budapesti toxikológiai osztály adataiból származik, a drogambulanciák betegszáma érdemben nem változott. A legnagyobb csökkenés Baranya megyében látható, ennek oka feltehetőleg az előző évben nagyobb számban jelentett megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részt vevők száma, akiket valójában nem kell az OSAP statisztikában szerepeltetni. Ez a torzítás valószínűleg sok más szolgáltató adataiban is megjelent. A második legnagyobb csökkenés Bács-Kiskun megyében volt, ennek oka egyelőre nem ismert. A többi megyében kisebb mértékű változások figyelhetők meg, melyekben sem tendencia, sem nagyobb területi egységekre jellemző mintázat nem figyelhető meg.

49. ábra: A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók területi megoszlása 2008-ban



A járóbeteg-ellátásban a betegszámcsökkenés nagy része az addiktológiai gondozókat érintette, ami összefüggést mutathat a finanszírozásban és az intézményrendszerben történő változásokkal (pl.: egészségügyi szolgáltatók megszüntetése). Ezzel a drogambulanciák részaránya a betegek ellátásában (a toxikológiai eseteket leszámítva) tovább nőtt. A pszichiátriai gondozók évek óta nagyon kis számú beteget jelentenek.

17. táblázat: Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2008-ban

Intézménytípus – 2008	Összes kezelt		Előzőből új betegek	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	1742	12,14	675	14,56
Drogambulanciák	5457	38,02	1852	40,00
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók ⁶⁹	5	0,03	8	0,17
Pszichiátriai gondozók	268	1,87	75	1,62
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	1356	9,45	280	6,04
Egyéb (toxikológia)	5525	38,49	1745	37,65
Összesen	14 353	100,0	4 635	100,0

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

Járóbeteg- (ambuláns) ellátás

A szenvedélybetegek ellátását biztosító intézmények közül az utóbbi években a járóbeteg-ellátás területén történt a legdinamikusabb fejlődés, bár ez a leginkább kiépült ellátási szektor is meglehetősen heterogén képet mutat. Továbbra is jelentős egyenlőtlenségek figyelhetők meg a drogbetegek ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetőségében – nincs minden megyében drogambulancia, nehézkes a szubsztitúciós kezelések elérése⁷⁰.

Az elmúlt évek tapasztalata alapján a drogbetegek járóbeteg-ellátása elsősorban a drogambulanciákon történt. Ez 2008-ban sem változott. A 2008. évi OSAP adatok szerint az összes kezelt 38%-át, az első kezelésben részesülő betegek 40%-át a drogambulanciák látták el (lásd a 17. táblázat adatait).

A járóbeteg-ellátás finanszírozási koncepciójának változásaként a gondozási tevékenység újraszabályozása volt az egyik leglényegesebb finanszírozási változás a 2007-es, 2008-as évben⁷¹. A betegpopuláció sajátosságai miatt (nehéz kezelésbe vonhatóság, a kezelési folyamat nehezített fenntarthatósága) a bázis-finanszírozás (fix) jellegű finanszírozás átalakítása teljesítményalapúvá, különösen érzékenyen érintette az addiktológiai ellátást.

⁶⁹ A gyermek- és ifjúságpszichiátriai adatok korrekciója már az adatbázis véglegesítése után érkezett a szolgáltatótól, így azok nem szerepelnek a használt adatsorokban. A korrigált adatokkal a gyermek- és ifjúságpszichiátriai adatok a következőképpen alakulnak: összes kezelt száma 10, az összes kezeltben belüli arányuk 0,07%, ebből új beteg 8, az új betegekben belüli arány 0,17%.

⁷⁰ A szubsztitúciós kezelések alacsony hozzáférhetőségében a földrajzi lefedettség mellett szerepe van a kezeléshez kapcsolódó szakmai, ideológiai előítéleteknek.

⁷¹ További részletek a 2008-as „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről” III.2.2 fejezetében.

Az egészségügyi szolgáltatók túlnyomó hányada közfinanszírozásban részesül, de az addiktológiai járóbeteg-ellátásban több olyan szolgáltató is van, amelyik – bár évek óta részt vesz az ellátásban – közfinanszírozott kapacitásokkal nem vagy csak részben rendelkezik. Erre példa a fővárosban működő Soroksári Drogambulancia, mely 2008 végéig kizárólag pályázatokból és különböző támogatások segítségével biztosította az egészségügyi járóbeteg-ellátást.

Az addiktológiai betegellátásban, intézményi szinten nehezen választható szét a gondozói tevékenység és a szakrendelés keretében nyújtott szolgáltatás. Így például a drogambulanciák jelentős része a gondozói kasszából (is) kap finanszírozást, de tevékenységi körükben egyaránt megtalálhatók a szakrendelésekre jellemző és a klasszikus gondozási feladatok is. Különösen a drogambulanciák esetében a gondozási tevékenységnek gyakran részét képezik megkereső, a korai kezelést elősegítő tevékenységek is, ezek azonban – a droghasználó populáció sajátossága miatt – sok esetben nem különülnek el a gondozástól, és nem jelennek meg önálló tevékenységként.

A finanszírozási jogszabályváltozások⁷² hatására 2008-ban jelentős mértékben csökkentek a gondozói kasszából történt kifizetések.

A betegszám csökkenése és a fixdíj csökkenése együttesen az összfinanszírozás csökkenéséhez vezetett, amelyet az egy betegre jutó ellátási események száma sem tudott kompenzálni. A nemzeti szinten kifizetett összegek csökkenésének további oka lehet az egyes ellátóegységek megszűnése is.

A drogbetegellátás szempontjából releváns kezelőhelyek kapacitás- és betegforgalmi mutatói nagyon nehezen értékelhetők, mivel a drogbetegek ellátására specializálódott intézményhálózat jelenleg nem képez egységes szakmakód alatt nyilvántartott csoportot⁷³.

Az OEP 2008. évi adatai alapján a drogambulanciák (a szakmai lista alapján leválogatva) összesítve az alábbi kapacitásokkal működtek 2003 és 2008 között:

⁷² Részletes leírásuk a 2008-as „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről” III.2. fejezetében olvasható.

⁷³ A 43-as alkoholológiai, 44-es drogbeteg-ellátási és 45-ös addiktológiai kódok egymás mellett élnek, és fellelhető még 18-as pszichiátriai szakmakód is.

18. táblázat: Drogambulanciák éves kapacitásának alakulása 2003–2008 között

Időpont	Szakorvosi óra	Nem szakorvosi óra
2003. január	1150	1552
2004. január	1150	1582
2005. január	1150	1574
2006. január	882	1082
2007. január	877	1082
2008. január	827	1082
2008. június	707	962

Forrás: OEP

Az addiktológiai járóbeteg-ellátók (melyek magukba foglalják a drogbeteg-ellátók mellett az alkohol- és egyéb szenvedélybeteg-ellátókat is) 2007 áprilisában összesen 3605 szakorvosi óra és 1625 nem szakorvosi óra kapacitással látták el feladataikat. 2008 decemberére a szakorvosi óraszám 2882-re, a nem szakorvosi óraszám pedig 1279-re csökkent. Az addiktológiai járóbeteg-ellátásra lekötött kapacitások tehát több mint 20%-kal csökkentek két év alatt.

Az ellátórendszer további stabilizálása érdekében a szaktárca kezdeményezésére, a szakterülettel történő szoros együttműködésben – 2008. október 1-től – sor került számos pszichiátriai és addiktológiai gondozói kód revíziójára, emellett emelkedett egyes eljárások pontszáma (a teljesítmény alapú finanszírozást megnövelve), mások törlésre kerültek, és újak lettek kialakítva, mely érezhető változást eredményezett a szakterületen.

Hosszabb távon az Egészségügyi Minisztérium a teljesítmény alapú finanszírozás alapjául szolgáló gondozói pontrendszer (beleértve a pszichiátria és az addiktológia területét is) költségkalkuláción alapuló átalakítását tűzte ki célul. Ennek keretében új eljárások befogadását, a meglévő eljárások pontszámának emelését, egyesek törlését tervezi. A szakterület erre vonatkozó javaslatait már elkészítette, így a folyamat elindult a kód-karbantartás irányába.

Tekintettel arra, hogy jelenleg a járóbeteg-ellátásban az egyes megyék közötti kapacitás-megoszlás meglehetősen egyenlőtlen képet mutat, a szaktárca az ellátórendszer fejlesztésénél elsősorban azoknak a megyéknek a fejlesztését értékelte támogathatónak a jövőben, ahol a járóbeteg-ellátási kapacitások az országos átlagtól jelentősen elmaradnak.

A fentiekhez kapcsolódik az Egészségügyi Minisztérium megelőző évben meghozott döntése is, mely szerint a tárca vezetése az OPNI-ban működő Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia kapacitásainak (heti

226 szakorvosi és 226 nem szakorvosi óra) feladat-átadásáról döntött. A felsővezetői döntésnek megfelelően a rendelkezésre álló kapacitásokat a tárca feladat-átadási szerződéssel olyan, fővárosi és főváros közeli egészségügyi szolgáltatóknak adta át, akik jelenleg is részt vesznek az addiktológiai betegellátásban, de eddig nem vagy csak nagyon kevés közfinanszírozott kapacitással rendelkeztek.

Szubsztitúciós kezelés

A 2007-ben szubsztitúciós kezelést nyújtó szolgáltatók sorába 2008 augusztusában egy újabb szolgáltató, az egri Markhot Ferenc Kórház és Rendelőintézet Addiktológiai Gondozó és Drogambulanciája is csatlakozott, ezzel javítva a szubsztitúciós kezelések hozzáférhetőségét a földrajzi lefedettség tekintetében.

2007 folyamán bővült a szubsztitúciós kezelés palettája azáltal, hogy lehetővé vált a buprenorfin-naloxon hazai alkalmazása. A készítmény 2008. október 1-jétől részesül társadalombiztosítási támogatásban is, és – a metadonnal szemben – drogambulanciákon, gondozóintézetekben és szakrendelőben egyaránt alkalmazható. A társadalombiztosítás 8 mg buprenorfin-naloxon napi dózist finanszíroz.

A szubsztitúciós kezelésben részesülő betegek száma összességében nem változott, a 2007-es 807 esethez képest, 2008-ban a szolgáltatók 802 esetet jelentettek. Változást a metadonos és a buprenorfin-naloxonos esetek megoszlásában tapasztalhatunk. Míg a metadon kezelésben részt vevő betegek 2007-ben az összes szubsztitúciós kezelésben részt vevők 96%-át tették ki (774 eset), addig 2008-ban ez az arány 85%-ra csökkent (683 eset), amivel párhuzamosan természetesen a buprenorfin-naloxon alkalmazásának aránya növekedett. A korábbi évekhez hasonlóan a havi betegszámban idén sem tapasztalható jelentős különbség az egyes hónapok között – a metadon és buprenorfin-naloxon-kezelések összesített betegszáma havonta 507 és 536 fő között ingadozik.

2008-ban első ízben állnak rendelkezésünkre adatok a szubsztitúciós kezelésben részt vevők nemi megoszlását illetően. A szubsztitúciós kezelésben részt vevő férfiak és nők⁷⁴ aránya (77:23) hasonló a 2008 folyamán egészségügyi ellátásban kezelt opiát-fogyasztók nemi megoszlásához (83:17)⁷⁵.

⁷⁴ Ahol ismert a kezelt beteg neme.

⁷⁵ Forrás: TDI 2008-as adatgyűjtés.

19. táblázat: Metadon (met.) és buprenorfin-naloxon- (b.n.) kezelésben résztvevők száma (fő) kezelőhelyek szerinti bontásban 2008-ban (N=802)

	Budapest, Nyíró		Budapest, Soroksár		Budapest, Drogoplex		Eger		Gyula	
	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.
férfi	251	56	71	5	28	-	7	-	24	11
nő	80	18	25	1	12	-	0	-	4	1
összesen	331	74	96	6	40	-	7	-	28	12

	Miskolc		Pécs		Szeged		Veszprém		Összesen	
	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.
férfi	57	-	11	14	67	6	11	-	527	92
nő	7	-	7	5	18	2	3	-	156	27
összesen	64	-	18	19	85	8	14	-	683	119

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

Elterelés

Az elmúlt évek adatai alapján a kezelőrendszerben, azon belül is a járóbeteg-ellátásban megjelenő kliensek száma és összetétele alapvetően a Büntető törvénykönyv és a büntető-igazságszolgáltatás aktivitásától meghatározott (Rácz 2009).

Az egészségügyi tárca az Országos Tisztiorvosi Hivatal, illetve az ÁNTSZ regionális intézeteinek bevonásával 2008-ban felülvizsgálta az előzetes állapotfelmérést, illetve a kezelést, ellátást nyújtó intézmények jegyzékét. E jegyzék az elterelésről szóló jogszabályban foglaltaknak megfelelően háromhavonta kerül közzétételre.

Fekvőbeteg-szakellátás

A drogbetegek fekvőbeteg-ellátása továbbra is elsősorban pszichiátriai osztályokon, a pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegein, addiktológiai osztályokon és a drogterápiás intézetekben történik.

2007. április 1-jétől az Eftv. 1. és 2. számú melléklete határozza meg a közfinanszírozható aktív és krónikus típusú (ezen belül a rehabilitációs) kapacitások normatíváit. A 2007. évi kapacitásadatokhoz képest lényeges változás nem történt.

Az OEP 2008. decemberi szerződésállománya szerint összesen 987 addiktológiai ágy volt az országban (beleszámítva a pszichiátriai szakmakkóddal, de szövegesen addiktológiára nevesített ellátókat is). Ezek megoszlása 194 aktív ágy és 793 krónikus (rehabilitációs) ágy.

A krónikus ágyakból a bentlakásos drogterápiás ágyak száma 2008-ban 268 volt. Az előző évhez viszonyított kapacitáscsökkenés egyetlen intézet, a Szegedi Drogcentrumhoz tartozó rehabilitációs otthon megszűnéséből ered, amely 2007-ben 34%-os ágykihasználtsággal működött.

20. táblázat: A drogterápiás ágyak száma 2006–2008 között

Krónikus ágy 2006 december	Krónikus ágy 2007 április	Krónikus ágy 2008 június
244	280	268

Forrás: Egészségügyi Minisztérium / OEP

Az addiktológiai fekvőbeteg-kapacitás területi egyenlőtlenségéről főként az aktív ellátásban beszélhetünk, három régióban egyáltalán nincs nevesített addiktológiai ágy. Ezekben a régiókban pszichiátriai ágyakon valósul meg az aktív ellátás.

Az addiktológiai, illetve a pszichiátriai ellátórendszer 2008. évi ágykihasználtságát vizsgálva az látható, hogy az addiktológiai aktív ellátásban 90,0%-os, az addiktológiai krónikus ellátásban 85,8%-os volt az ágykihasználtság, míg a pszichiátriai aktív ellátásban 81,6%-os, és a krónikus ellátásban 81,8% (EüM 2009).

Ifjúságaddiktológia

A 18 év alatti problémás szerhasználók, szenvedélybeteg fiatalok száma fokozatosan növekszik, ellátásuk jelenleg főként a felnőtt addiktológiai, kisebb részben a gyermekpszichiátriai szakrendeléseken, gondozókban történik. A gyermekpszichiátriai, -addiktológiai kapacitásokban a 2007. évről 2008. évre történő növekedés a gyermekaddiktológiai kapacitások budapesti növekedéséből adódik. A többi, elhanyagolható mértékű változás országos szinten kiegyenlítette egymást (EüM 2009).

2008-ban az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) részeként működő Országos Addiktológiai Centrum (OAC) közreműködése mellett elkészült egy modellprogram szakmai koncepciója a gyermekaddiktológiai ellátás fejlesztése érdekében. A feladat szerepel az OAC 2009. második félévi munkatervében is, melynek keretében konkrét javaslatok kerülnek megfogalmazásra a gyermekpszichiátriai, -addiktológiai ellátás javítására.

SAKMAI FELÜGYELET, MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

Az államháztartás hatékony működését elősegítő szervezeti átalakításokról és az azokat megalapozó intézkedésekről szóló 2118/2006. (VI. 30.)

Korm. határozat folyományaként 2008. május 31-i hatállyal az Országos Addiktológiai Intézet (OAI), mint részben önállóan gazdálkodó költségvetési szerv jogutódlással megszűnt. A döntés szerint, az OAI módszertani, adatgyűjtési, monitoring és kutatási feladatai az OSZMK szervezetébe tartozó, de önálló szervezeti egységként működő OAC feladatkörében kerültek biztosításra, míg az OAI egészségügyi szolgáltatási feladatait (addiktológiai gondozás) az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) vette át. 2008-ban az OSZMK/OAC elkészítette feladattervét, melyet az egészségügyi miniszter is jóváhagyott. A döntést megelőzően, az OAI koordinációja alá tartozó, de külön telephellyel rendelkező és járóbeteg-szakellátási feladatokat ellátó hat TÁMASZ gondozó (Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakellátás) száma háromra csökkent. Az OAI megszűntetéséről szóló miniszteri döntés szerint az alacsony betegforgalmat mutató gondozók feladatai és szakemberei integrálásra kerültek a nagyobb betegforgalmat mutató gondozókhoz, így a gondozói tevékenység biztosítása a továbbiakban egygondozós modell formájában⁷⁶, és az eddiginél alacsonyabb kapacitással történik. (A döntés szerint a kapacitás heti 1494 óráról heti 360 órára csökkent.)

Az illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódóan az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM-rendelet alapján az OAC végzi az ún. Kezelési Igény Indikátor (TDI) és a 1211-es számú („régis OSAP”) adatgyűjtések megvalósítását. Az OAC megerősített minőségbiztosítási rendszerének köszönhetően a 2008-as OSAP adatok megbízhatóbbak lettek az (eltereléshez kapcsolódó) állapotfelmérések és megelőző-felvilágosító szolgáltatások okozta ismétlődések hatékonyabb csökkentése, kiszűrése által.

2008 decemberében elkészült a szakmai kollégiumokról szóló 52/2008. (XII. 31.) EüM rendelet, mely a Pszichiátriai Szakmai Kollégium mellett lehetőséget biztosított egy önálló addiktológiai szakmai kollégium létrehozására is. A jogszabály szerint a kollégium az egészségügyi miniszter javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testületként működik.

KEZELÉS, ELLÁTÁS-KOORDINÁCIÓ A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYEIBEN

A szerteágazó feladatok és az egységes irányelvek, koordináció szükségessége miatt 2008. március 13-án létrejött a Büntetés-végrehajtási Szervezet Kábítószerügyi Szakmai Bizottsága (BVKSZB), elkészült szervezeti és működési szabályzata, ügyrendje. A BVKSZB feladatkörébe kerültek a

⁷⁶ Budapest, X. kerület Liget utcai telephelyen.

bv. szervezet keretein belül a kábítószer-kínálattal, -kereslettel összefüggő kérdések, továbbá az ártalomcsökkentő programok országos koordinálása, a büntetés-végrehajtást érintő jogszabályban meghatározott feladatokat szabályozó intézkedések előkészítése, a prevenció programok felügyelete, a szakemberek képzésével, továbbképzésével összefüggő irányelvek elkészítése, a tervezett intézkedésekhez módszertani útmutatók kidolgozása, pályázatok előkészítése, a működtetéshez források felkutatása. A BVKSZB megkezdte az együttműködést a kábítószerügyben érintett hazai és nemzetközi hivatalos és civil szervezetekkel.

2008. augusztus 6-án a BVOP együttműködési megállapodást kötött a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel a kábítószer-probléma kezelésére és a közös megoldások megvalósítására irányulóan.

A Magyar Addiktológiai Társaság rendkívül nagy érdeklődést kiváltó, igen sikeres, külön tematikus konferenciát rendezett „Droghasználók a börtönben, problémafeltárás, kezelés és ártalomcsökkentés” címmel. A megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtók számára szervezett konferencián ugyancsak bemutatásra került a büntetés-végrehajtásnál folytatott gyakorlat, és számot adtak egyéb eredményekről is.

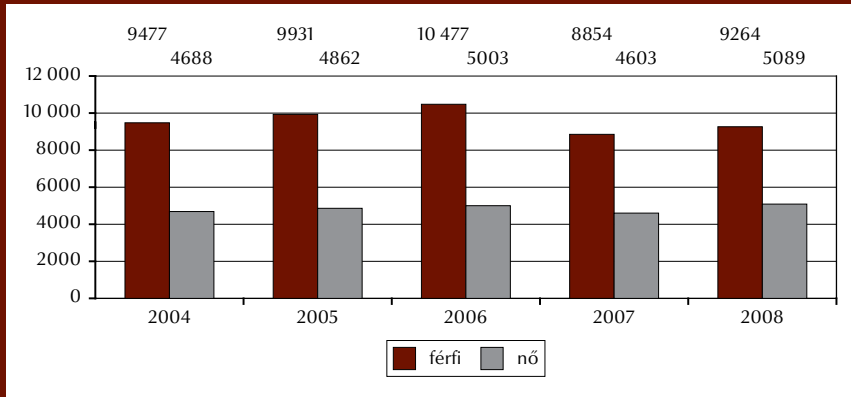
3.2 A kezelt betegek jellemzői

AZ OSAP ADATOK ALAPJÁN

Nemek szerinti megoszlás

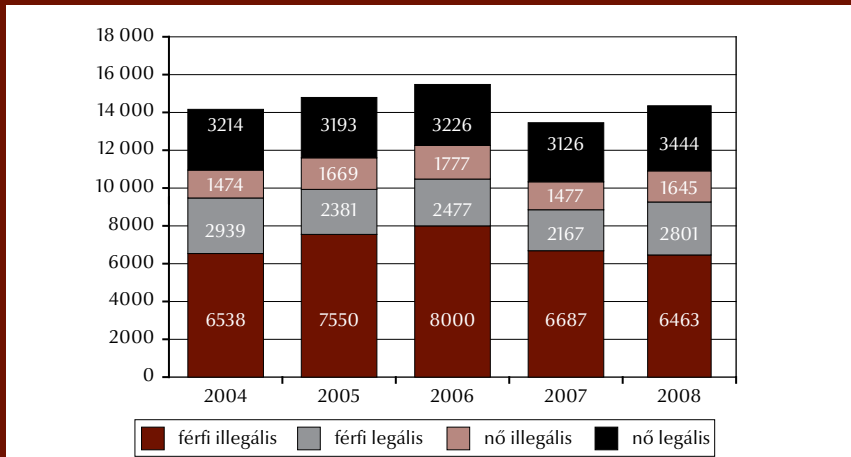
A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók között a férfiak és a nők aránya hosszú idő óta stabilan 65%–35% körüli, ez minden változás ellenére 2008-ban is megmaradt. Mivel az országos betegszám egyrészt a kezelésben lévők csökkenéséből, másrészt a budapesti toxikológiai osztály által jelentett esetek nagyarányú növekedéséből tevődik össze, ahol a nemek aránya hasonló, így következtethetünk arra is, hogy az eltűnt betegek többsége is férfi. Az első alkalommal kezelésbe kerülők körében a férfi túlsúly 73–74% volt az elmúlt években, 2008-ban 67%-ra mérséklődött. A nők arányának változásával általában együtt jár a rájuk jellemzőbb nyugtató- és altatófogyasztás arányában bekövetkező változás is, 2008-ban például nőtt a nyugtató csoport részaránya, és a nemek közti arány a nők felé tolódott az első kezelésben részesültek körében.

50. ábra: A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása 2004–2008 között (fő)



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

51. ábra: A kezelt drogfogyasztók megoszlása nemek és legális és illegális szerek szerinti bontásban 2004–2008 között (fő)



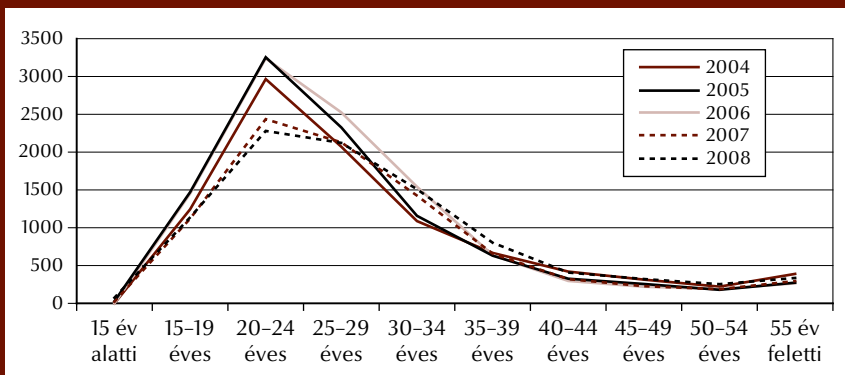
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Életkor szerinti megoszlás

A férfiak és nők életkori megoszlása sajátos, évenként hasonló, de nemeként különböző tendenciát mutat. Az ábrákon a 2008. évi adatsort kiemeljük a mintázat érzékeltetésére, bár az életkori csoportok természetesen nem folyamatos, hanem kategorizált változóként szerepelnek. A férfiak körében

minden évben a 20–24 évesek közül kerül ki a legtöbb kezelt beteg, de 2008-ban éppen csökkenés figyelhető meg, miközben minden más életkori kategóriában nőtt a betegszám. A 15 év alattiak száma a 2007. évhez képest megháromszorozódott, 25 főről 76 főre ugrott.

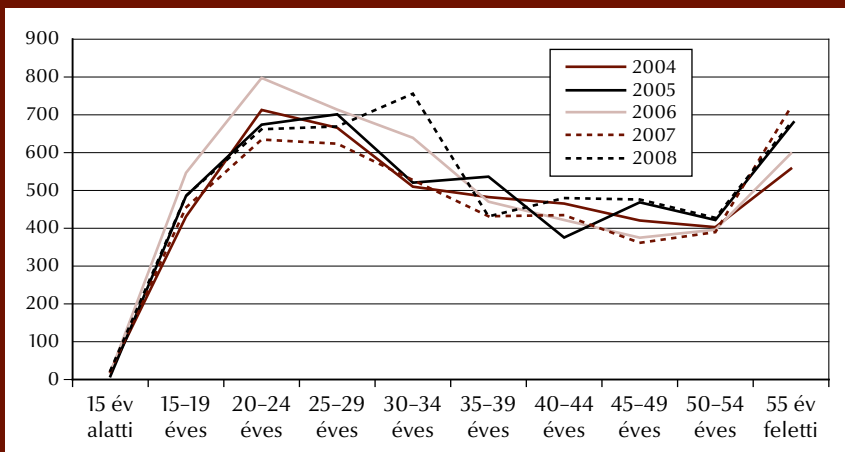
52. ábra: Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében 2004–2008 között (fő)



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

A nők között sokáig szintén a 20–24 évesek voltak legtöbben, 2008-ban viszont jelentősen megnőtt a 30–34 évesek száma, a változás az előző évi 43%-a. Szintén jelentősen nőtt a 45–49 évesek száma, 31%-kal. A többi életkori csoportnál kis mértékű növekedés és csökkenés egyaránt előfordul.

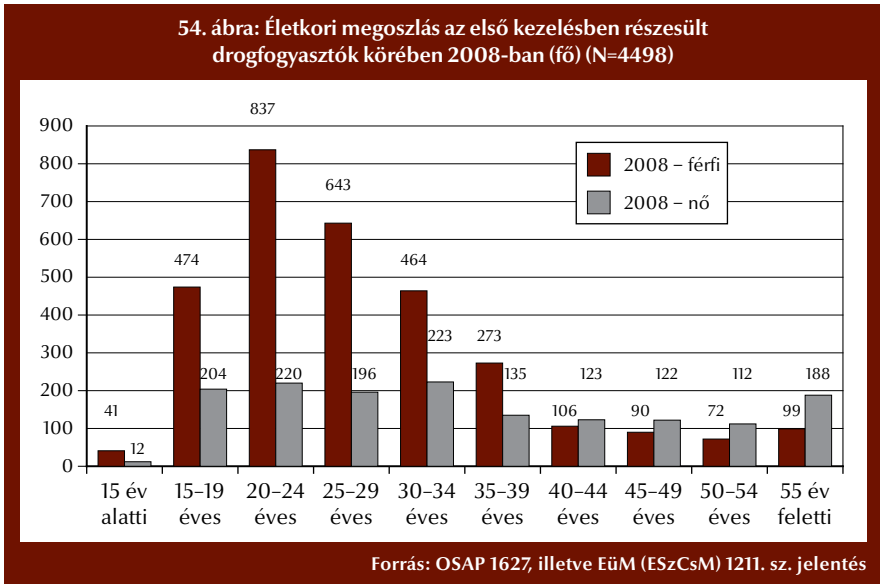
53. ábra: Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében 2004–2008 között (fő)



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

A nők körében jelentős a kezelésben megjelenő 40 év felettek aránya is, míg a férfiaknál ezekben a korcsoportokban nagyságrendekkel kevesebben vannak. A középkorú nők döntő többsége nyugtatók, altatók fogyasztásával összefüggésben jelenik meg a kezelésben (köztük vannak minden bizonnyal a szándékos önmérgezettek is, míg a férfiak az öngyilkossági módszerekben is különböznek a nőktől). A férfiak körében ezek a szerek kevésbé preferáltak, de még a legális szereket fogyasztókon belül sem a középkorúak aránya magas, hanem a 25–34 év közötti fiatal felnőttek.

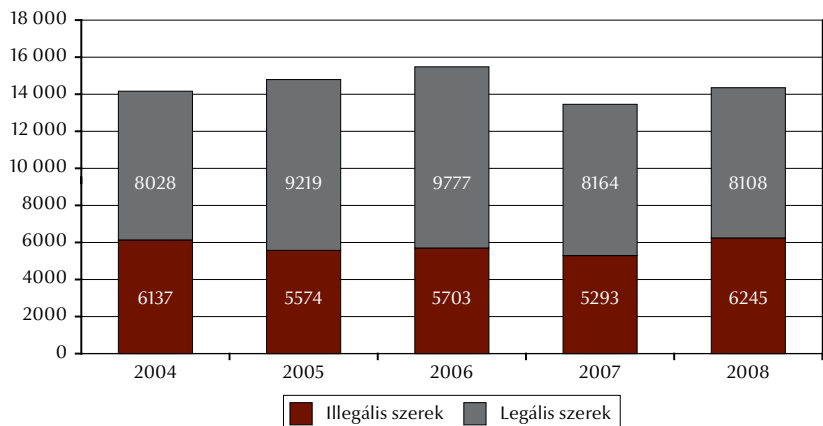
54. ábra: Életkori megoszlás az első kezelésben részesült drogfogyasztók körében 2008-ban (fő) (N=4498)



Szertípus szerinti megoszlás

A kezelésben részesült drogfogyasztók körében hosszú idő alatt a legális szereket használók aránya fokozatosan csökkent az illegális szerek elterjedése és az egészségügyi kezelési igény növekedése miatt. Az illegális szerek miatt kezelték aránya 2003-ban megközelítette az 50%-ot, 2006-ra 63% fölé emelkedett, az elmúlt két évben azonban lecsökkent, 2007-ben 60,7%, míg 2008-ban 56,5% volt.

55. ábra: Kezelt drogfogyasztók megoszlása
legális/illegális szerek alapján 2004–2008 között (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 12II. sz. jelentés

Az opiát-használók aránya a kezelték körében érdemben nem változott, az előző évihez hasonlóan 16,9%, számuk 2003 óta 2000 és 2500 fő között mozog, kisebb évenkénti ingadozásokkal. Évek óta a harmadik leggyakoribb szertípus, az illegális szerek között csak a kannabisz-származékok gyakoribbak.

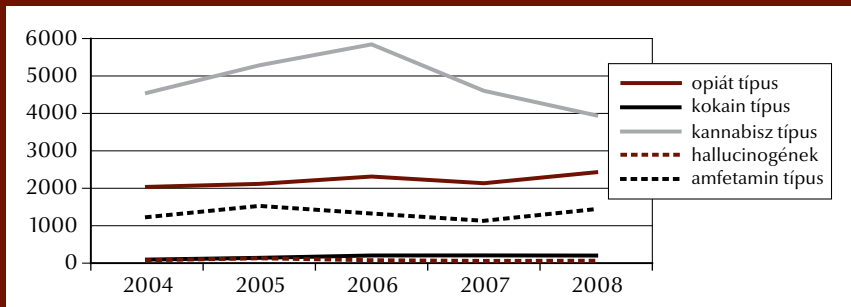
A kannabisz-származékokat fogyasztók aránya 2002-től 2006-ig évről évre jelentősen nőtt, ez a tendencia azonban 2007-ben megfordult, és a csökkenés 2008-ban is folytatódott. A 2006. évi több mint 5800 kezelt száma 2008-ra 4000 fő alá csökkent, ezáltal a tavalyi évhez képest a betegszám 14%-kal csökkent. A kannabisz-származékok részaránya a többi szertípus-hoz képest 27,6% a kezelt betegek körében, így ez a második leggyakoribb szertípus. A kannabisz-fogyasztók erőteljes túlsúlya az elterelés által kezeltébe vont fogyasztói körre jellemző, valószínűsíthető, hogy a korábbi években kezelt betegként jelentett esetek között voltak egészségügyi ellátást nem igénylő, megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesülők is. A hozzáférési probléma szempontjából kedvező, hogy az opiát-fogyasztók körében nem látszik a kezelésbe kerülők számának csökkenése, vagyis a szűkülő kapacitásokat a betegbb populáció ellátása mellett az enyhébb esetek csökkenő száma követi.

A kezelt kokainfogyasztók száma mindig alacsony volt, 2008-ban valamivel több mint 200 fő, részarányuk az összes kezelt beteg vetítve 1,5%.

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek számának korábban tapasztalt növekedése 1999-ben megállt, és 2002-ig folyamatosan csökkent. 2003 óta az 1100–1500 fős sávban ingadozik, részaránya 2008-ban 10%.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelték száma a korábbi évekhez hasonlóan 2008-ban is 100 fő alatti, részarányuk 0,5%.

56. ábra: Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2004–2008 között (fő)



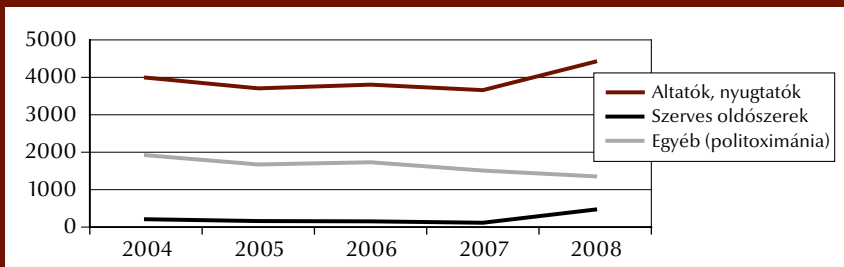
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

A nyugtatók és altatók fogyasztása miatt kezelték száma 2008-ban 4420 fő volt, ez 21%-os növekedés az előző évhez képest. A 763 fős növekedés a toxikológiai osztályon ellátott nyugtató-túladagolás miatt kezelt betegek 774 fős növekedéséből, és a többi kezelőhelyen nyugtatófogyasztás miatt kezelt kliens kis mértékű csökkenéséből tevődik össze. Ezzel 2008-ban ez vált a leggyakoribb szertípussá a kezelték körében, a betegek 30,8%-át teszik ki a nyugtatófogyasztás miatt kezelték.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelték száma az elmúlt 5 év átlagában lényegében csökkenő tendenciát jelez. 2008-ban mintegy 1300 főt kezelték, a szertípus szerinti részarány 9,5%.

A szerves oldószerek használata miatt kezelték száma 2003 óta folyamatosan csökkent, 2007-ben számuk 125 volt, a legnagyobb arányú növekedés itt jelenik meg 2008-ban, csaknem háromszorosára nőtt a betegszám. A toxikológia betegszám-növekedése ennek a kiugró változásnak csak 1/3 részét teszi ki.

57. ábra: Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2004–2008 között (fő)



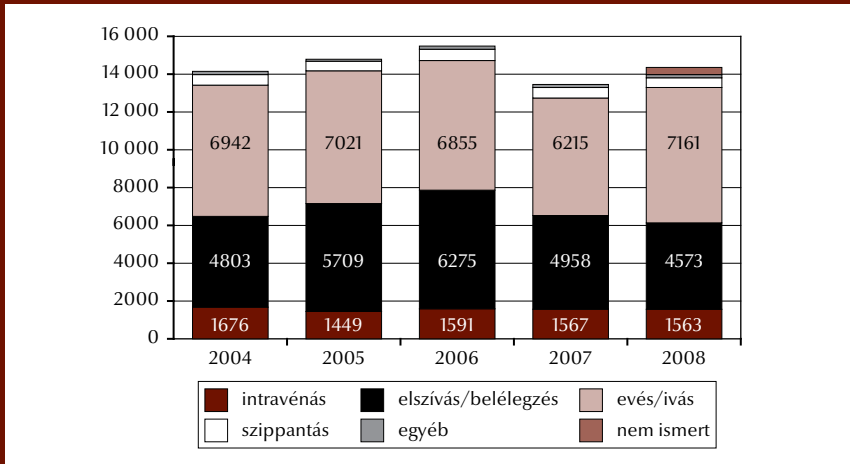
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Fogyasztás módja szerinti megoszlás

A 2008-as évben a korábbiaknál magasabb volt azok száma, akiről a szervezetbe juttatás módját nem jelentették a kezelőhelyek, 389 fő, az összes beteg 2,7%-a. Emiatt a fogyasztás módjában bekövetkezett kisebb változások nem értékelhetőek. Ennél a nagyságrendnél jelentősebb változás, mintegy 940 fős növekedés csak a szájon át történő fogyasztásnál figyelhető meg. Ez az előző évhez képest 15%-os növekedést mutat, és a növekmény az összes beteghez viszonyítva is jelentős. Ez valószínűleg a nyugtatók és altatók használatával összefüggésben kezelésbe kerültek számának növekedésével függ össze. Továbbá ezt az adatot a kezelőhelyek csak szájon át szedett gyógyszerek esetében akkor is be tudják írni, ha a rendelkezésükre álló adatforrás hiányos.

Az intravénás droghasználók száma, illetve az intravénás beviteli mód aránya a heroin- és az amfetaminfogyasztók esetében az előző évhez képest lényegesen nem változott.

58. ábra: A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2004–2008 között (fő)

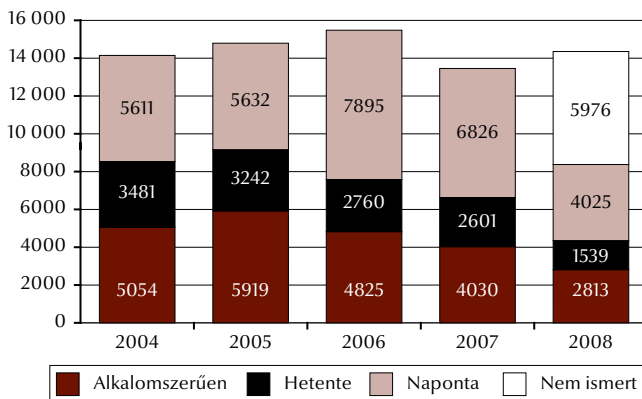


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

A fogyasztás gyakoriságára nézve a 2008. évi betegszám 42%-áról nincs adat. Az adathiány oka, hogy a toxikológiai osztály egyetlen betegéről sem adta meg a fogyasztás gyakoriságára vonatkozó adatot. Ennek oka egyelőre nem ismert, a 2007-es évről szóló statisztikában minden beteget besoroltak a gyakorisági kategóriákba. Régóta vitatott kérdés, hogy a toxikológiai ellátás során fel lehet-e venni ezt az adatot, és van-e értelme. Mindeddig nem sikerült tisztázni, hogy a betegek közül hányan tekinthetők problémás droghasználóknak, és hányan öngyilkossági szándékkal egyszeri túladagolás miatt bekerülőknek (főleg a legális szerekkel mérgezetten esetében). Az adatgyűjtés a korábbi években teljes körűsége törekedett, nem volt elfogadható egyes részadatok hiánya, így valószínűsíthető, hogy az adatgazdák akkor is éltek valamilyen becsléssel, ha pontos adat nem állt rendelkezésre. Emiatt jelenleg az időbeli változások nem értékelhetők.

59. ábra: A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint 2004–2008 között (fő)

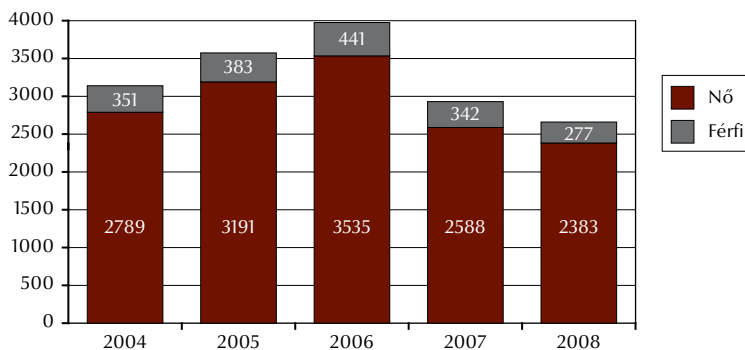


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának alakulása

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe vont szerhasználók (eltereltek) száma 2003–2006 között évről évre nőtt, 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent, majd 2008-ban további 9%-kal.

60. ábra: Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma 2004–2008 között (fő)



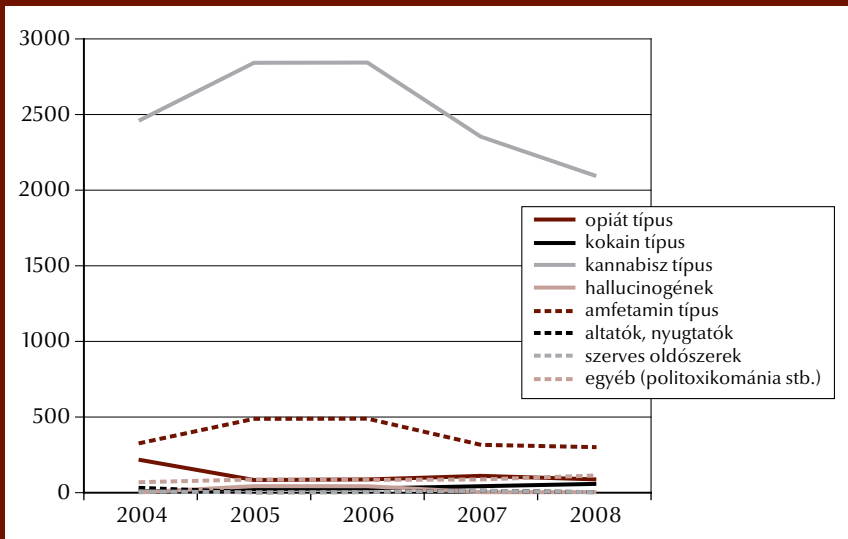
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Az eltereltek körében a nők aránya 10–11% között mozgott az elmúlt években, ebben 2008-ban sem történt változás.

Az eltereltek szerítípus szerinti megoszlásában tovább csökkent a kannabisz-fogyasztók száma, és nőtt a kokainhasználóké.

A kannabisz részaránya a csökkenő tendencia mellett is 80% körüli az eltereltek között, ami azzal függ össze, hogy a rendőrség bűnüldöző tevékenysége nyomán ez a populáció kerül nagy számban a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe. A csökkenés pedig azzal függ össze, hogy a szolgáltatók a korábbi évek téves gyakorlata után jobban elkülönítik a statisztikában a csak megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részt vevő klienseket, akik nem betegek, kezelést nem igényelnek. Összességében 9%-kal csökkent az eltereltek száma a 2007-es évhez képest.

61. ábra: Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma kábítószerfajták szerint 2004–2008 között (fő)



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

A KEZELÉSI IGÉNY INDIKÁTOR (TDI) ALAPJÁN

A TDI-rendszerbe jelentő kezelőhelyek

A TDI-adatgyűjtési rendszerbe jelentésre kötelezettek köre lényegesen bővebb, mint a régebb óta fennálló és működő, a 76/2004. (VIII. 19.) rendelet 1211 nyilvántartási számú „Jelentés a kábítószer-fogyasztókról és

kezelésükről” (szakmai körökben gyakran használt nevén „régis OSAP”) jelentése által meghatározott részt vevő szervezetek köre.

Új, illegális szerfogyasztás miatt kezelt betegről 2007-ben 100 ellátóhely, 2008-ban ennél kevesebb, 93 ellátóhely vitt fel TDI-adatlapot. Ennek a csökkenésnek megítélésünk szerint az elsődleges oka az ellátóhelyek számának csökkenése, ideértve elsődlegesen az OPNI és az OAI 2008 folyamán bezárt ellátóegységeit, valamint a vidéken tevékenységüket felfüggesztő addiktológiai gondozókat.

A TDI-rendszerbe jelentett kliensek jellemzői – nem elterelt kliensek

A kezelést megkezdőket két csoportra osztjuk, elsősorban azért, mert az elterelés megelőző-felvilágosító szolgáltatásába kerülők – amely szolgáltatás az eltereltek nagy részét fogadja – a többi klientsztől eltérő csoportot képeznek. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás olyan határterületi szolgáltatás, amely tartalmilag megfelel a TDI-rendszer kezelés definíciójának, Magyarországon azonban a szolgáltatási spektrumban leginkább a magas kockázatú csoportok javallott prevenciós szolgáltatásaihoz áll közel, és egyértelműen nem egészségügyi szolgáltatásnak tekintendő.

A fejezet e részében a nem-elterelt kliensek jellemzőit tárgyaljuk meg, a TDI-kérdőív „Beutalás eredete” kérdésére a 7. lehetőséget (bíróság, rendőrség, igazságszolgáltatás) megadó eseteket kizártuk ebből a nemzeti statisztikából, őket e fejezet egy későbbi részében vizsgáljuk.

A jelentések alapján 1032 esetet (770 férfi és 248 nő, 14 esetben nem jelezték a kliens nemét) jelentettek új esetként a szolgáltatók. A tavalyi évhez képest ez valamelyest csökkenést mutat, a tavalyi 1185-nél 153 fővel kevesebb (13%). A csökkenés oka lehet a már korábban említett ellátóhelyszám-csökkenés.

A kezelést megkezdők közül 522 fő (az összes kezelést megkezdő 51%-a) már állt korábban kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt, 396 fő (az összes kezelést megkezdő 38%-a) pedig életében először jelentkezett kezelésbe. Viszonylag magas a „nem ismert” válasz e változó esetében, 11%-ra tehető (114 fő az 1032-ből). Ezek az adatok belső arányukat tekintve hasonlóak a megelőző év adataihoz.

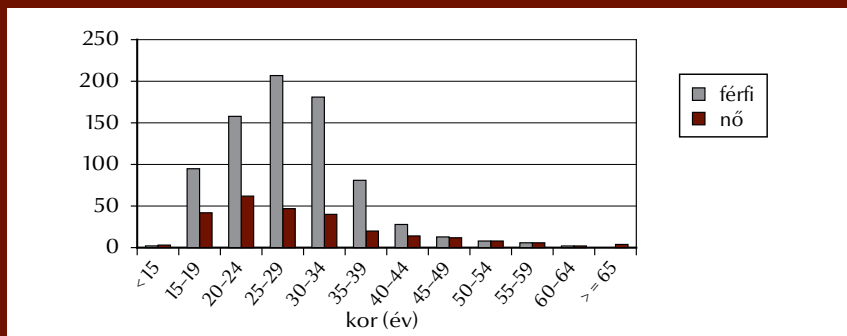
A kezelőhelyek bontásában a járóbeteg-ellátók jelentik a legtöbb esetet, 56%-ot (583 főt), ezt követik a fekvőbeteg-intézmények 21%-kal (219 fővel), az alacsonyküszöbű ellátók 6%-kal (63 fővel). Háziorvos nem jelentett kezelésbe lépést, a büntetés-végrehajtás intézményei pedig csupán elterelést jelentettek a 2008-as év során.

A kezelést megkezdők 55%-a (az első alkalommal kezelésbe lépők 57%-a) saját kezdeményezésére lépett kezelési programba, nagyjából hasonló arányban, mint a megelőző évben. A második leggyakoribb ok a család/

közvetlen környezet nyomása, javaslata (az összes kezelésbe lépő 12%-a, és az életükben első alkalommal kezelésbe lépők 18%-a).

2008-ban a kezelést kezdő férfiak 50%-a (386 fő) a 25–34 éves korcsoport-hoz tartozott, míg 2007-ben a 20–29 évesek tették ki az összes kezelésbe lépő férfi 50%-át (467 fő). A kezelést kezdő férfiak átlagéletkora így a 2007-ben megfigyelt 27,9 évről 2008-ra 28,2 évre emelkedett.

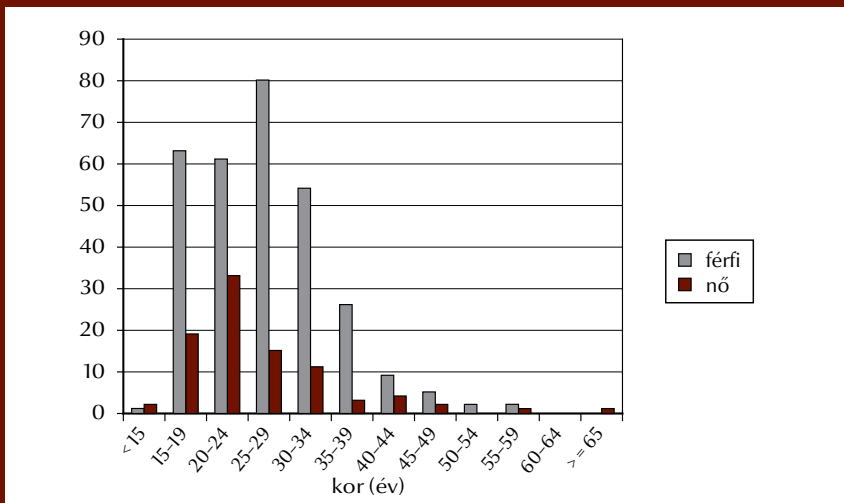
62. ábra: Életkori megoszlás a kezelésbe lépők körében 2008-ban (fő) (N=1018)



Forrás: OAC 2009

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépők esetében a fiatalabbak nagyobb arányt tesznek ki, az összes kezelésbe lépőhöz képest. A nőknél a 15–24 évesek több mint az 50%-át adják az összes kezelést megkezdőknek. A férfiaknál ez az arány alacsonyabb (41%), itt az idősebb korcsoport nagyobb súllyal jelenik meg, és ez jelentős változás 2007-hez viszonyítva. Az első alkalommal kezelésbe lépők átlagéletkora 29,5 évről (2007) 27,4 évre (2008) csökkent a nők esetében, míg a férfiaknál 25,7 évről (2007) 26,7 évre (2008) növekedett.

63. ábra: Életkori megoszlás az első alkalommal kezelésbe lépő nem eltereltek körében 2008-ban (fő) (N=394)



Forrás: OAC 2009

Az összes kezelést kezdő 47%-a él a szüleivel (a férfiak 51%-a és a nők 37%-a), az életükben első alkalommal kezelésben lévők esetében ez az arány 53%.

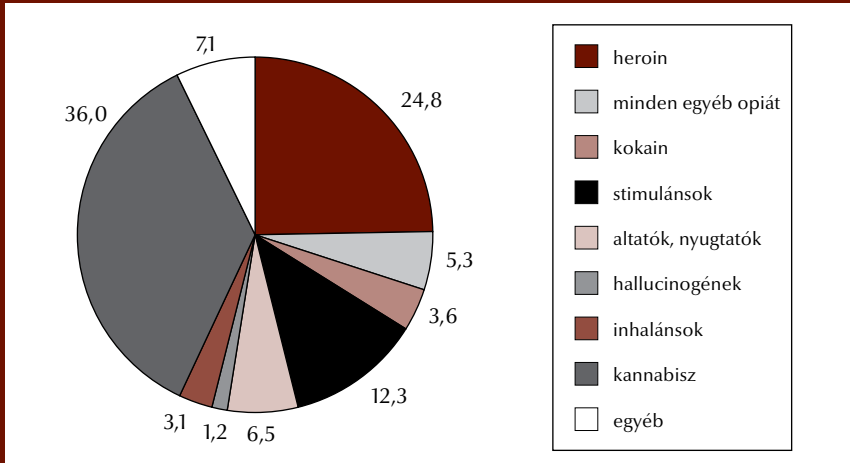
A kezelésbe lépők 82%-ánál nevezhetőek stabilnak a lakhatási körülmények, az első alkalommal kezelésbe lépőknél ez 88%. A megelőző évhez képest ez jelzett (kis mértékű), de érzékelhető csökkenést mutat (4%, ill. 1%), ami összefüggésben állhat a kezelésbe lépők korának növekedésével.

A kezelésbe lépők 47%-a rendelkezik rendszeres munkával vagy tanulói státusban van (2007-ben ez 55% volt), és 36%-uk munkanélküli. Ez jelentős növekedésnek mondható a 2007. évi 26%-nyi munkanélkülihez viszonyítva, ami egybevág a rendezett munkaügyi státusúak arányának csökkenésével. Az életükben első alkalommal kezelésbe lépők körében rendezettnek mondható munkaügyi státusa (dolgozik vagy tanul) a kliensek 59%-ának van (2007-ben 67%), és munkanélküli 29% (2007-ben 20%). Itt is ugyanaz a tendencia figyelhető meg, vagyis csökkenő arányban vannak jelen az első alkalommal kezelésbe lépők körében a rendszeresen dolgozók vagy tanulók, és jelentősen nőtt a munkanélküliek arányszáma.

A kezelésbe lépő összes kezelt (korábban már volt kezelésben + első kezelése együtt) férfi között a leggyakoribb kezelést indokló, elsődleges szer a kannabisz (az esetek 36%-ában, ez alacsonyabb arány, mint 2007-ben,

akkor 42% volt). Az opiátok miatt kezelésbe lépők számaránya 30%, ezen esetek 84%-a heroinhasználat következtében. Ezek a betegek idősebbek, mint a kannabisz-használók, a leggyakoribb a 25–29 éves és a 30–34 éves korcsoportban a kezelésbe lépés. A megelőző évihez képes változatlan a stimulánsok miatt kezelésbe kerültek aránya (12,3%, szemben a 2007. évi 12,0%-kal), és ennek túlnyomó részét (86%-át) az amfetamin-használók adják.

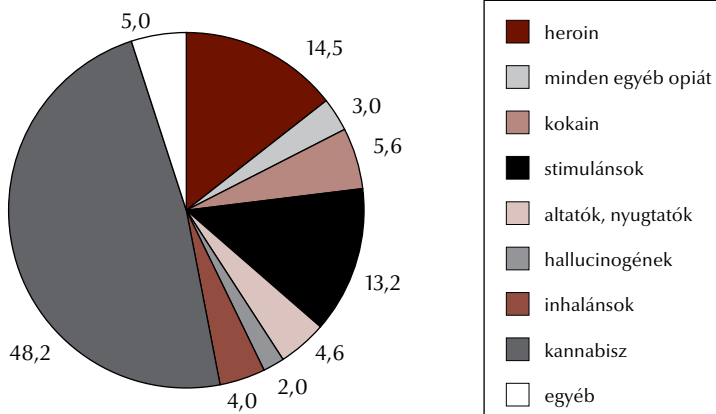
64. ábra: Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő férfi körében 2008-ban (%) (N=770)



Forrás: OAC 2009

Az életükben első alkalommal kezelésbe kerülő férfiak körében a kannabisz-fogyasztás miatti kezelésbe vétel magasabb arányú, mint az összes kezelt körében, a kliensek közel felét (48%) ez a csoport adja. Fiatal betegcsoportról van szó, a legmagasabb arányban a 15–19 éves korcsoport jelenik meg kezelésben. A következő leggyakoribb kezelési indok az opiát-fogyasztás (17,5%), ezen belül is a heroinhasználat (14,5%), amelyhez hasonló arányt mutat (13,2%) a stimulánsfogyasztás miatti kezelésbe lépés, szintén hasonlóan a megelőző évben észleltekhöz. A kokainfogyasztók aránya az életükben első alkalommal kezelésbe kerülő férfiak körében 3,2%-ról (2007) 5,6%-ra (2008) növekedett.

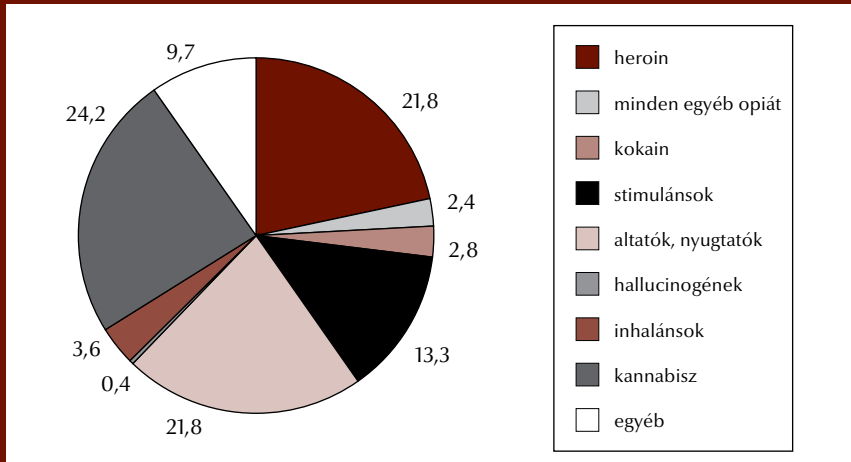
65. ábra: Elsődleges szer az életükben első alkalommal kezelésbe lépő férfiak körében 2008-ban (%) (N=303)



Forrás: OAC 2009

A kezelésbe lépő összes nő között a vezető szer a kannabisz 24,2%-kal (legmagasabb arányban itt is a 15–19 éves korcsoport képviselteti magát) és az opiátok szintén 24,2%-kal (ezen belül a heroin, mint elsődleges szer az opiátos esetek 90,0%-ban). 21,8%-kal van jelen az altatók, nyugtatók csoportja a kezelési indokok között a nők körében, mely alacsonyabb, mint a megelőző évi 28%. A stimulánsok fogyasztása miatti kezelésbe vétel, 13,3%-kal, a 2007. évihez (15,7%) hasonló arányt mutat.

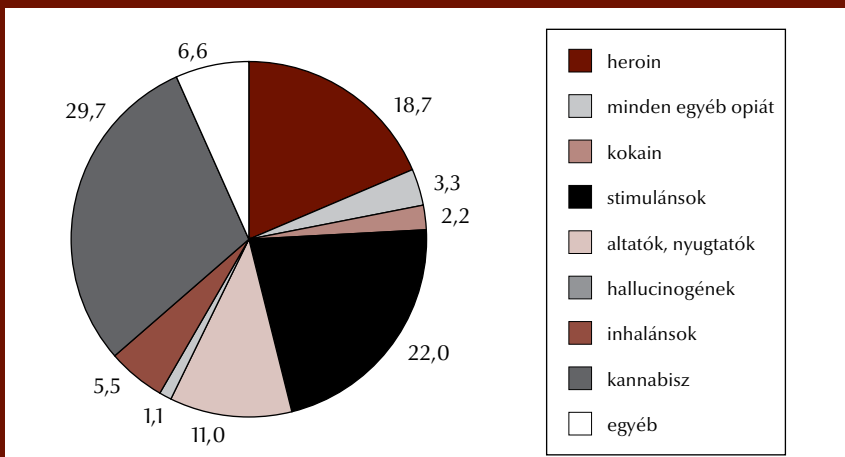
66. ábra: Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő nő körében 2008-ban (%) (N=248)



Forrás: OAC 2009

Az életében első alkalommal kezelést kezdő nők között a vezető szer a kannabisz 29,7%-kal, mely arány a megelőző évihez képest csökkenést mutat. Nőtt az opiát-fogyasztás miatt kezelésbe lépők számaránya (összesen 22%), utolérve a stimulánshasználat miatti kezelésbe lépést (22%) és megelőzve az altatók, nyugtatók miatti kezelési igény megjelenését (11%). E kategóriában is érzékelhetővé vált az inhalánsok használata miatti kezelésbe vétel, meghaladva az összes eset 5%-át.

67. ábra: Elsődleges szer az életükben első alkalommal kezelésbe lépő nők körében 2008-ban (%) (N=91)



Forrás: OAC 2009

A szerek beviteli módjánál figyelemre méltó, hogy az összes kezelt férfi csoportban a heroinhasználók 81%-a injektál, de 19% (36 fő) más beviteli utat választ. Az első alkalommal kezelésbe kerülő heroinhasználó férfiak esetében az arány gyakorlatilag ugyanez. Az amfetamin-használó összes kezelt férfi 37%-a injektáló, az első alkalommal kezelésbe kerülő férfiaknál közel ugyanez az arány (38%), vagyis a megelőző évben megfigyelt jelenség továbbra is észlelhető: az amfetamin-használat miatt kezelést kezdők jelentős hányada (több mint 1/3-a) intravénás használó.

Az amfetamin-használat miatt kezelésbe lépő nők körében az intravénás használók aránya még ennél is magasabb mindkét kategóriában (44, ill. 43%), ami az alacsony esetszám miatt korlátozottan értékelhető. A heroinhasználat miatt kezelést kezdő nők körében is jelen van az intravénástól eltérő beviteli utat választók csoportja (19% az összes kezelt nő körében).

A kezelést megkezdő heroinhasználó, összes kezelt férfi több mint 80%-a intenzifikált szerhasználatot mutat (napi vagy heti többszöri), az első alkalommal kezelésbe lépők közt ez az arány jelzetten magasabb, 84%. A heroinhasználó összes kezelt nő 78%-a intenzív szerhasználó, az először kezelésbe kerülő heroinfogyasztó nők 88%-a használ hetente többször vagy naponta heroint.

Az amfetamin-használó férfiak (összes kezelt) 60%-a (50 fő) használ hetente többször vagy akár naponta amfetamint, az első alkalommal keze-

lésbe vontaknál ez 53%. Az amfetamin-használó nők körében az intenzív használók aránya 44%, az első alkalommal kezelésbe lépőknél 56%.

Intenzív szerhasználati mintázat jellemzi az altató, nyugtató fogyasztása miatt kezelésbe kerülő férfiakat (összes kezelt férfi 88%-a, első kezelt férfi 93%-a), és nőket is. Esetükben az összes kezelést kezdő 93%-a heti többszöri vagy napi használó, az életében első alkalommal kezelt, altatót, nyugtatót használó nők 9/10-e szintén intenzív használó.

A kannabisz-használat miatt kezelésbe lépő, összes kezelt férfi 47%-a rendszeres, gyakori használó, az először kezelteknél az ezen csoportba tartozók aránya 43%. A kezelésbe kerülő férfiak kevesebb mint 1/3-a tartja magát alkalmi használónak.

Nőknél a heti többszöri vagy napi kannabisz-használók számaránya 42%, az első alkalommal kezelésbe lépők esetében 37%.

Összehasonlítva a 2007. év adataival, az tapasztalható, hogy a rendszeresen vagy akár naponta használó szerfogyasztók aránya jelzetten, de minden szertípusnál növekedett a férfiak és nők esetében is.

A szerhasználat megkezdésének időpontja kiemelten fontos mozzanat a későbbi problémássá válás szempontjából. A kezelésbe lépő összes kezelt férfinál a heroinhasználók 51%-a, az első alkalommal kezelt heroinhasználók 41%-a fiatal korban (19 évesen vagy korábban) kezdte a szerhasználatot.

Amfetamin-használóknál a korai szerhasználat 64%-ot tesz ki az összes kezelt körében, és 65% az első alkalommal kezelésbe lépők közt.

A kannabisz-fogyasztás miatt kezelést kezdő (összes kezelt) férfiak 80%-a kezdte a szerhasználatot 19 évesen vagy korábban, az első kezelteknél gyakorlatilag ugyanez az arány tapasztalható.

A legmagasabb arányban a kezelésbe kerülő inhalánshasználó férfiak kezdik fiatal korban a szerhasználatot (92%-uk 19 éves kora előtt kezdi a szerhasználatot).

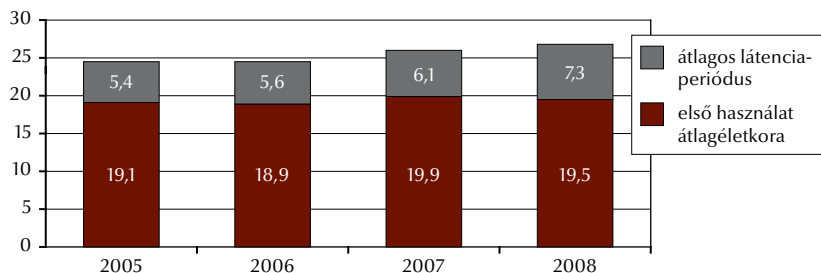
A szerhasználat kezdete a kezelésbe lépő nőknél: a heroinhasználó összes kezelt nő 61%-a 19 éves kora előtt kezdte el a szer fogyasztását, az első alkalommal kezelték 71%-a fiatal kora óta használ heroint. Ezek magasabb arányok, mint a férfiak esetében.

Az amfetaminfogyasztás miatt kezelést kezdő nők körében a 19 éves kor vagy az előtt kezdődő szerfogyasztás az összes kezelésbe lépő 70%-ánál, ill. az első alkalommal kezelték 75%-ánál észlelhető. Ezek az arányok is meghaladják a férfiaknál észlelteket.

Ezzel ellentétben a kannabisz-fogyasztás miatt kezelést kezdők esetében a korai kezdet a férfiakra jellemzőbb, a 19. életév előtt szerfogyasztást kezdők a férfiaknál kissé magasabb arányban vannak jelen, mint a nőknél.

Az elsőként kezelésbe lépő nem eltereltek⁷⁷ körében megfigyelhető a tendencia, miszerint a kezelésbe lépés (ami esetükben az első kezelésbe lépés) időpontja egyre inkább kitolódik az első szerhasználathoz⁷⁸ viszonyítva, vagyis növekszik a látenciaperiódus⁷⁹.

68. ábra: Az életében először kezelésbe lépő nem elterelt betegek átlagéletkora az első szerhasználat⁸⁰ időpontjában, valamint az első szerhasználat és az első kezelésbe lépés között eltelt idő átlaga 2005–2008 között (év)



Forrás: OAC 2009

Az összes eset látenciaperiódusának alakulására hatással vannak a leggyakoribb elsődleges szerek (kannabisz összes, stimulánsok összes, opiátok összes) szerhasználati mintázatai.

Szerenkénti bontásban vizsgálva az első kezelésre jelentkezés és az első szerhasználat életkorának alakulását, a kannabisz esetében mindkét esemény fiatalabb korra tehető, míg az opiátoknál jellemzően idősebb korban kezdik a szerhasználatot, és a kezelésbe lépés is idősebb korban történik,

⁷⁷ Az elterelt eseteket itt azért nem vizsgáljuk, mivel esetükben a kezelésbe lépés nem önkéntes alapon történik, vagyis nem feltétlenül a szerhasználat miatt kialakult problémák miatt kerülnek kapcsolatba az ellátórendszerrel.

⁷⁸ Az „életkor az elsődleges kábítószer az első használatakor” kérdésre adott válaszokat fenn tartással kell kezelniük. Az egyik értelmezési probléma velük kapcsolatban, hogy nem minden esetben az elsődleges szer első fogyasztásának idejét, hanem általában véve az első illegális szerhasználatot értik alatta. A másik, ugyancsak értelmezési probléma, hogy nem az első kipróbálást, hanem a rendszeres szerhasználat kezdetét jelölik meg vele. Ugyanakkor azt is érdemes megjegyeznünk, hogy a retrospektív becslések jellemzően pontatlanok, kiváltképp, ha hosszabb időintervallumra tekintenek vissza – akárcsak ebben az esetben.

⁷⁹ A látencia időtartama az első drogfogyasztás és a kezelésben való első megjelenés közti időszakot jelöli. (Forrás: EMCDDA PDU Guidelines Incidence).

⁸⁰ Mely az elsődleges szer első használatát jelöli.

mint az összes szerre vonatkoztatott átlag. A stimulánshasználók az összes szerre számított átlag körül mozognak.

Mindhárom kábítószercsoport esetében megfigyelhető, hogy az első szerhasználat átlagéletkora és az első kezelésbe lépés átlagéletkora a vizsgált négy év viszonylatában növekszik.

19. táblázat: Az életükben először kezelésbe lépő nem eltereltek átlagéletkora a kezelés és az első szerhasználat időpontjában, valamint az első szerhasználat és a kezelésbe lépés között eltelt idő átlaga 2005–2008 között (év)

	2005			2006			2007			2008		
	átlag-életkor	első használat-átlag-életkora	átlagos látencia-periódus	átlag-életkor	első használat-átlag-életkora	átlagos látencia-periódus	átlag-életkor	első használat-átlag-életkora	átlagos látencia-periódus	átlag-életkor	első használat-átlag-életkora	átlagos látencia-periódus
összes	24,5	19,1	5,4	24,5	18,9	5,6	26,0	19,9	6,1	26,8	19,5	7,3
		(N=737)			(N=772)			(N=516)			(N=413)	
kanna-bisz	22,8	17,9	4,9	22,0	17,3	4,7	22,9	17,7	5,2	23,9	17,6	6,3
		(N=483)			(N=468)			(N=262)			(N=191)	
stimulánsok	24,4	20,0	4,4	23,2	18,2	5,0	24,7	19,3	5,3	26,9	18,9	8,0
		(N=124)			(N=96)			(N=83)			(N=61)	
opiátok	28,1	21,1	7,0	28,1	21,5	6,7	27,9	20,7	7,2	30,6	22,7	7,9
		(N=42)			(N=94)			(N=69)			(N=76)	

Forrás: OAC 2009

A heroinhasználók körében a leggyakrabban használt másodlagos szer a kannabisz (61 említés), ezt követi az alkohol (54 említés) és a stimulánsok közül az amfetamin (34 említés). Meglepően alacsony az altatók, nyugtatók említése másodlagos szerként, ez lehet adatfelvételi probléma következménye is, a szolgáltatók nem kérdeznak rá, vagy esetleg nem jelölik be a szerket a másodlagosak közt. Jelen van a másodlagos szerek között a metadon, egyéb opiátok és a kokain is (ez utóbbi 13 említéssel).

Az amfetamint elsődleges szerként használók körében is a leggyakoribb másodlagos szer a kannabisz (45 említés), ezt az alkohol követi, mint problémát okozó másodlagos szer (27 említés), valamint az MDMA és származékai.

Az altatót és nyugtatót használók körében az alkohol 45 említéssel a leggyakoribb második szer, hasonló a helyzet az inhalánsok esetében is, itt azonban a kannabisz, mint második szer, az alkoholhoz mérhető említési számmal van jelen.

A kannabisz-fogyasztás miatt kezelésbe lépők körében kiugróan magas említéssel a stimulánsok állnak másodlagos szerként az első helyen (abból is az amfetamin), ugyanakkor viszonylag gyakran említik az alkoholt és a kokaint is a szerfogyasztók.

Nemi különbségek vizsgálata⁸¹ a TDI-adatok alapján

Szociodemográfiai jellemzők

A mintába – az adatok tisztítását és duplikációsűrését követően – összesen 1266 újonnan kezelésbe lépő szerhasználó került. A minta 23%-a (294 fő) nő, 77%-a (972 fő) férfi volt.

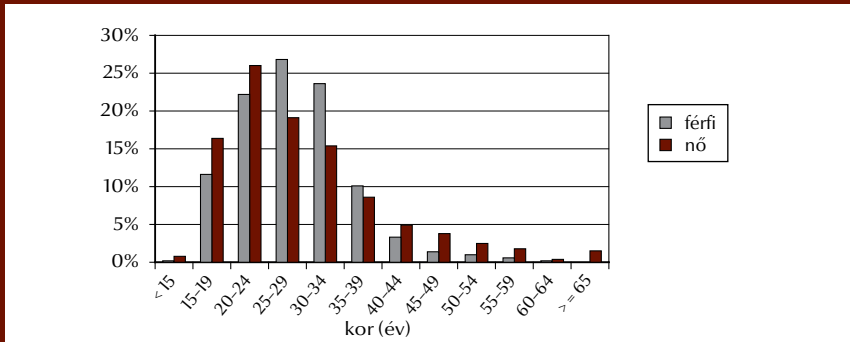
Az életkor nemeken belüli megoszlását vizsgálva láthatjuk, hogy a nők körében magasabb a 24 év alattiak aránya, mint a férfiak körében. A 25–39 év közöttiek aránya a férfiak körében magasabb, míg az idősebb – 40 év feletti – korcsoportok, arányaiban, megint a nők körében vannak többségben. Összefoglalva, a fiatalabb és az idősebb szerhasználók kezelésbe lépése a nőkre, míg a középkorúak (25–39 évesek) kezelésbe lépése inkább a férfiakra jellemző. Ez következhet abból, hogy a nők jellemzően korábban

⁸¹ Az alábbi elemzésben felhasznált adatkészlet nem egyezik az Éves Jelentés többi fejezetében elemzett adatkészlettel. Mind az adatbázis duplikációsűrése, mind tisztítása különböző szempontok mentén történt. A nyers TDI-adatbázisból a 2008 folyamán megjelentek leválogatását követően kizártuk az elterelés révén kezelésbe kerülő eseteket (a beutalás eredete kérdésre a 7. bíróság / feltételes szabadlábra helyezés / rendőrség választ jelölők), az adatok duplikációsűrésére ezt követően került csak sor. A duplikációsűrés a TDI generált kód segítségével történt a TDI-protokollban meghatározott módon: az év során többször jelentett generált kódok közül a legutolsó eset maradt az adatbázisban. Az adatok tisztítása során töröltük azon eseteket (15 eset), ahol a kezelésbe lépő neme nem volt ismert. A bemutatott összefüggések 95%-os szignifikanciaszint mellett érvényesek.

igényelnek kezelést, mint a férfiak, illetve hogy (amint azt majd a szertípusok kapcsán látjuk) a nők körében felülreprezentáltak az idősebb korú, altatót/nyugtatót fogyasztó páciensek.

Ugyanakkor a férfiak (28,1 év) és nők (28,9 év) átlagéletkorában nem mérhető szignifikáns eltérés.

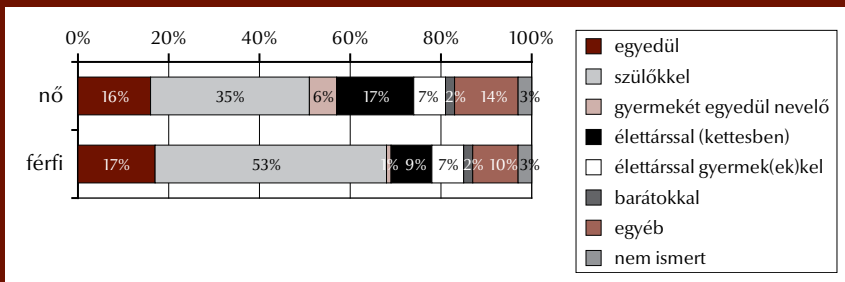
69. ábra: Életkor szerinti megoszlás nemek szerinti bontásban (%)
(nők: N=294; férfiak N=972)



Forrás: OAC 2009

A férfiak és nők családi állapotát vizsgálva láthatjuk, hogy az egyedül élők, az élettárrsal és gyermek(ek)kel élők, valamint a barátokkal élők nemenkénti arányában nem tapasztalhatunk különbséget a két nem között. A férfiaknak több mint fele (53% – 510 fő), míg a nőknek csupán egyharmada (35% – 104 fő) él a szüleivel (a különbség szignifikáns). A nők körében a gyermeküket egyedül nevelők aránya lényegesen magasabb, a férfiak 1%-ával (7 fő) szemben a nők 6%-a (18 fő) jellemezhető ezzel a családi állapottal (a különbség itt is szignifikáns). Ugyancsak markáns (és szignifikáns) különbség figyelhető meg az élettárrsal (kettesben) élők tekintetében, akik a nők körében az esetek 17%-át (51 fő), míg a férfiaknál csupán 9%-át (90 fő) teszik ki.

70. ábra: Családi állapot nemek szerinti bontásban (%) (nők: N=294; férfiak N=972)

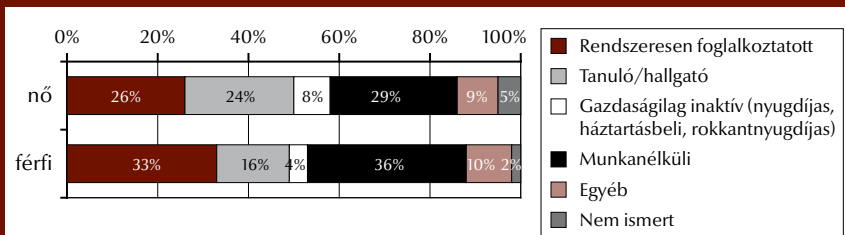


Forrás: OAC 2009

A lakhatási körülményeket illetően nem mutatható ki szignifikáns különbség a nemenkénti megoszlásokban.

Az összes kezelésbe lépő kliens munkaügyi státusát vizsgálva megfigyelhető, hogy a férfiak 33%-a (323 fő), míg a nőknek mindössze 26%-a (75 fő) rendszeresen foglalkoztatott. A tanulók/hallgatók aránya a nők körében magasabb (24% – 69 fő, míg a férfiak körében 16% – 152 fő), hasonlóan a gazdaságilag inaktívakéhoz (nők 8% – 24 fő, férfiak 4% – 36 fő). A munkanélküliség a férfiak körében mutat magasabb értéket – a vizsgált mintában 36%-uk (346 fő) tartozik ebbe a csoportba, míg a nőknek csupán 29%-a (86 fő). A nemek közti eltérés mind a négy esetben szignifikáns.

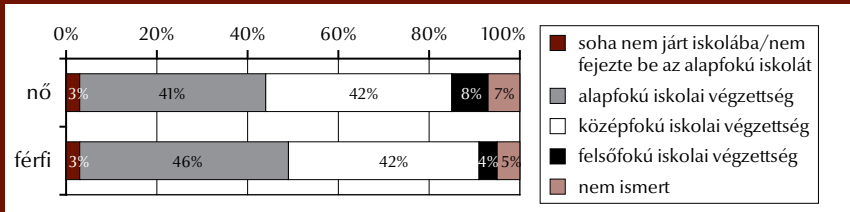
71. ábra: Munkaügyi státus szerinti megoszlás nemek szerinti bontásban (%) (nők: N=294; férfiak N=972)



Forrás: OAC 2009

A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében mindkét nem hasonló megoszlást mutat. Szignifikáns eltérés egyedül a felsőfokú végzettség esetében volt tapasztalható: a nők 8%-a (24 fő), míg a férfiaknak csupán 4%-a (37 fő) végzett egyetemet vagy főiskolát.

72. ábra: Legmagasabb iskolai végzettség megoszlása nemek szerinti bontásban (%)
(nők: N=294; férfiak N=972)

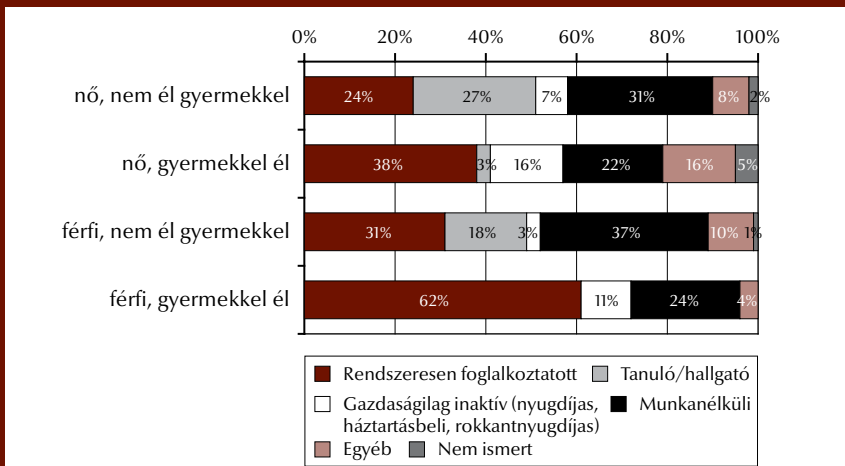


Forrás: OAC 2009

A vizsgált mintában szignifikáns eltérés tapasztalható a gyermekkel élők arányában a férfiak és nők között (nők: 13% – 37 fő, férfiak: 8% – 76 fő).

A 73. ábrán megfigyelhető megoszlások alapján láthatjuk, hogy a gyermekkel élő nők körében lényegesen magasabb a rendszeresen foglalkoztatottak (38% – 14 fő), valamint a gazdaságilag inaktívak aránya (16% – 6 fő) azokhoz a nőkhöz viszonyítva, akik nem élnek gyermekkel (rendszeresen foglalkoztatottak 24% – 60 fő, gazdaságilag inaktívak 7% – 18 fő). A tanuló/hallgató státusú és a munkanélküli kliensek aránya ugyanakkor a gyermek nélkül élő nők körében mutat magasabb értékeket (tanuló/hallgató: 27% – 68 fő, munkanélküli: 31% – 77 fő) a gyermekkel élő nőkhöz viszonyítva (tanuló/hallgató: 3% – 1 fő, munkanélküli: 22% – 8 fő). A férfiak körében ugyanezen relációk figyelhetők meg a gyermekkel élő és a gyermek nélkül élők körében.

73. ábra: Az összes kezelésbe lépő munkaügyi státusa nemek és gyermekkel élők/nem gyermekkel élők szerinti bontásban (férfiak N=947, nők N= 285)



Forrás: OAC 2009

A lakhatási körülményekben nem található szignifikáns különbség a gyermekkel élők és a nem gyermekkel élők között sem a férfiak, sem a nők esetében.

Az iskolai végzettséget alacsony (legfeljebb általános iskolai) és magas (közép- vagy felsőfokú) végzettségekre összevonva a nők körében szignifikáns különbség figyelhető meg a gyermekkel élők és a gyermek nélkül élők között: a gyermekkel élők 24%-a (9 fő), míg a gyermek nélkül élők 47%-a (117 fő) rendelkezik legfeljebb általános iskolai végzettséggel, míg magasabb végzettséggel a gyermekkel élők 68%-a (25 fő), a nem gyermekkel élők mindössze 48%-a (120 fő) rendelkezik. A férfiak körében nincs szignifikáns különbség a gyermekkel élők és a nem gyermekkel élők között e tekintetben.

20. táblázat: Iskolai végzettség a kezelésbe lépő nők körében gyermekkel élők/nem gyermekkel élők szerinti bontásban (N=285)

	gyermekkel élő nők		nem gyermekkel élő nők	
	N	%	N	%
alacsony	9	24	117	47
magas	25	68	120	48
nem ismert	3	8	11	4

Forrás: OAC 2009

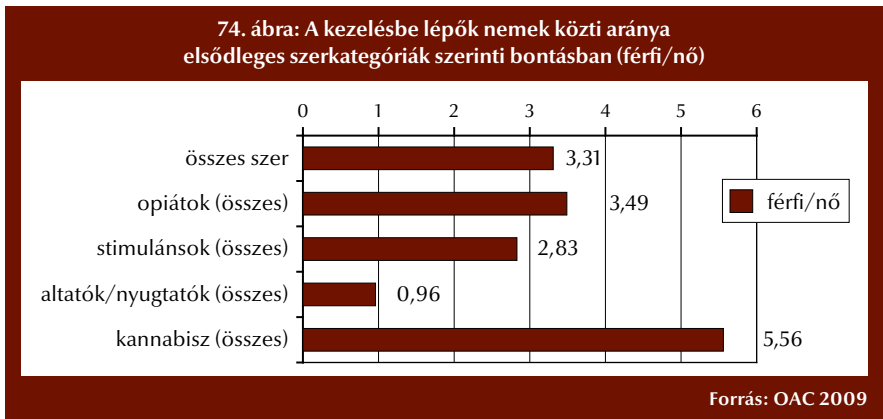
Meg kell jegyeznünk, hogy a gyermekkel élők és a gyermek nélkül élők között megfigyelhető szociodemográfiai különbségeket részben magyarázhatja, hogy a gyermekkel élők átlagosan idősebbek, mint a gyermek nélkül élők. A nők esetében markánsabb az átlagéletkor szerinti eltérés (gyermekkel élők: 37,1 év; gyermek nélkül élők: 27,6 év), mint a férfiaknál (gyermekkel élők: 33,8 év; gyermek nélkül élők: 27,4 év).

A szerhasználat jellemzői

A vizsgált mintában a legtöbb szerhasználó kannabisz miatt lépett kezelésbe (37% – 471 fő). A második leggyakoribb ok valamilyen opiátszármazék fogyasztása volt (29% – 368 fő), a harmadik az amfetamin típusú stimulánsok (12% – 156 fő), melyet az altatók/nyugtatók visszaélészerű használata (9% – 114 fő) követ. Összesen 87% (1109 fő) jelölte meg e négy szerkategória valamelyikét elsődlegesen fogyasztott kábítószerként.

A férfi/nő arány az elsődlegesen kannabiszt fogyasztók körében a legmagasabb: a férfiak aránya több mint 5-ször annyi ebben a csoportban. Ezt követik az opiát-fogyasztók, akik körében ez az arány (3,59) a kannabiszhoz hasonlóan meghaladja az összes szer esetében mért arányt (3,31). Az amfetamin típusú stimuláns fogyasztók körében közel háromszor annyi a férfi, mint a női kliens (2,83). A férfidominancia egyedül az altatók/nyugtatók szercsoportot nem jellemzi, itt a nők valamivel magasabb arányban képviseltetik magukat, mint a férfiak (a férfi/nő arány 0,96).

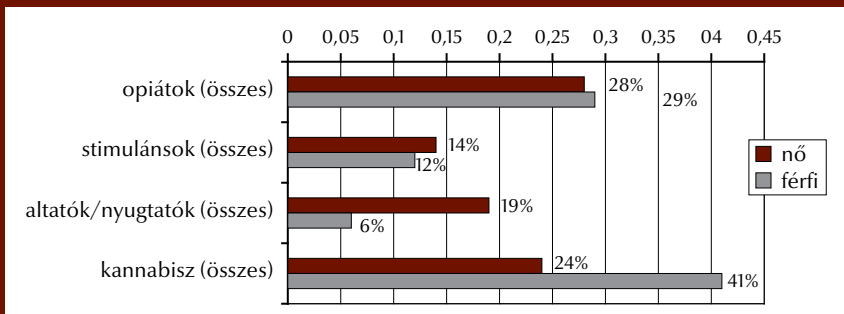
74. ábra: A kezelésbe lépők nemek közti aránya elsődleges szerkategóriák szerinti bontásban (férfi/nő)



Ha az egyes szerek nemeken belüli arányát vizsgáljuk, az altatók/nyugtatók (férfiak 6% – 55 fő, nők 19% – 57 fő), valamint a kannabisz fogyasztásában (férfiak 41% – 395 fő, nők 24% – 71 fő) találkozunk szignifikáns eltéréssel. Enyhe (nem szignifikáns) különbség figyelhető meg az amfetaminfogyasztás

arányaiban is, ez esetben a férfiak javára. A heroinfoogyasztók nemeken belüli aránya szinte kiegyenlített, csupán néhány tizedes (nem szignifikáns) eltérés tapasztalható.

75. ábra: A leggyakoribb elsődleges szerek nemeken belüli aránya (%) (nők: N=294; férfiak N=972)



Forrás: OAC 2009

A 21. táblázat alapján láthatjuk, hogy a vizsgált négy szercsoportban egyedül az altatók/nyugtatók esetében kezdik korábban a férfiak a szerhasználatot, a többi szer esetében a nők valamivel fiatalabbak az elsődleges szer első alkalommal történő fogyasztásakor – az eltérés azonban egyik esetben sem szignifikáns.

21. táblázat: Az elsődleges szer első használatának átlagéletkora nemek és elsődleges szer szerinti bontásban (év)

Szer típus	átlagéletkor		első használat átlagéletkora	
	férfi	nő	férfi	nő
opiátok (összes)	30,7	28,0	20,6	20,5
	N=283	N=81	N=282	N=81
stimulánsok (összes)	27,8	24,4	19,2	18,5
	N=113	N=40	N=113	N=39
altatók/nyugtatók (összes)	35,1	40,6	24,0	29,2
	N=55	N=57	N=55	N=56
kannabisz (összes)	24,7	22,7	17,8	17,7
	N=395	N=71	N=395	N=71

Forrás: OAC 2009

A látenciaperiódus – vagyis a szerhasználat kezdete és az első kezelésbe lépés között eltelt idő – átlagos hossza nemenként eltérő mintázatot mutat az életükben először kezelésbe lépők körében⁸². Habár az eltérés csupán a kannabiszszármazékok esetében szignifikáns, mégis minden vizsgált szercsoport esetében különbség tapasztalható. A vizsgált szercsoportok esetében a nők jellemzően 1,5–2 évvel hamarabb lépnek kezelésbe, mint a férfiak.

22. táblázat: Átlagos látenciaperiódus az életükben először kezelésbe lépő szerhasználók körében nemek és szercsoport szerinti bontásban (év)

Szer típus	Átlagos látenciaperiódus	
	férfi	nő
opiátok (összes)	7,4	6,1
	N=60	N=26
stimulánsok (összes)	7,5	5,2
	N=52	N=22
altatók/nyugtatók (összes)	10,5	8,5
	N=14	N=11
kannabisz (összes)	5,5	4,0
	N=220	N=34

Forrás: OAC 2009

A szerhasználat jellemzőinek vizsgálata a TDI-kérdőív következő kérdései alapján történt:

- a szervezetbe juttatás módja,
- a használat gyakorisága és
- az első szerhasználat életkora.

A három változót nemenként és szercsoportonként vizsgálva nem találunk olyan mintázatot, amely az egyes nemeket markánsan jellemzi, és egyben meg is különbözteti őket egymástól – más szóval, ahol megfigyelhető valamilyen mintázat, ott az a férfiakra és a nőkre egyaránt jellemző.

A másodlagos szereket vizsgálva sem találunk markáns különbséget a nemek között. A három leggyakrabban említett másodlagos szer tekintve láthatjuk, hogy a leggyakrabban említett szer minden szercsoportban meg-

⁸² A látenciaperiódus vizsgálata csak az életükben először kezelésbe lépők körében lehetséges, mivel a korábban már kezelték első kezelésbe lépésének évéről nem rendelkezünk információval.

egyezik, csupán a második és harmadik leggyakrabban említett szerek esetében tapasztalható eltérés a nemek között.

23. táblázat: Leggyakrabban említett másodlagos szerek elsődleges szerkategória és nemek szerinti bontásban (év)

opiátok (összes)				stimulánsok (összes)			
férfi		nő		férfi		nő	
N=283		N=81		N=113		N=40	
nikotin	48%	nikotin	49%	kannabisz	46%	kannabisz	35%
kannabisz	23%	kannabisz	21%	nikotin	38%	nikotin	28%
alkohol	21%	alkohol	16%	alkohol	27%	MDMA	23%
						alkohol	23%

altatók/nyugtatók (összes)				kannabisz (összes)			
férfi		nő		férfi		nő	
N=55		N=57		N=395		N=71	
alkohol	49%	alkohol	37%	nikotin	32%	nikotin	23%
nikotin	22%	nikotin	23%	alkohol	20%	amfetamin	22%
kannabisz	20%	barbiturátok	7%	amfetamin	18%	alkohol	14%

Forrás: OAC 2009

Az adatok alapján kijelenthetjük, hogy lényegesen több férfi, mint nő lép kezelésbe kábítószer-használatából eredő probléma miatt.

A lakhatási körülmények tekintetében szignifikáns különbséget találhatunk: a férfiak nagyobb arányban élnek szüleikkel, mint a nők, a nők pedig nagyobb arányban élnek gyermekkel, mint a férfiak. A munkaügyi státust tekintve a nők körében magasabb a tanuló/hallgató státusúak, valamint a gazdaságilag inaktívak nem belüli aránya a férfiakhoz viszonyítva. A férfiak körében a rendszeresen foglalkoztatottak, valamint a munkanélküliek aránya mutat magasabb értéket, mint a nők esetében. A legmagasabb iskolai végzettséget illetően hasonlóak az arányok, egyedül a felsőfokú végzettséggel rendelkezők arányában tapasztalhatunk eltérést a két nem között – a nők javára.

Illegális szerfogyasztás miatt lényegesen nagyobb számban lépnek kezelésbe a férfiak, mint a nők. Az egyes szerek fogyasztásának nemeken belüli aránya is eltérő képet mutat az altatók/nyugtatók, valamint a kannabisz esetében: az altatók/nyugtatókat elsődleges szerként fogyasztók a nők körében, míg a kannabiszt fogyasztók a férfiak körében vannak magasabb arányban. Az egyes szerkategóriákat elsődleges szerként megjelölő férfiak

és nők között ugyanakkor nem mutatható ki szignifikáns különbség a szerhasználati mintázatban.

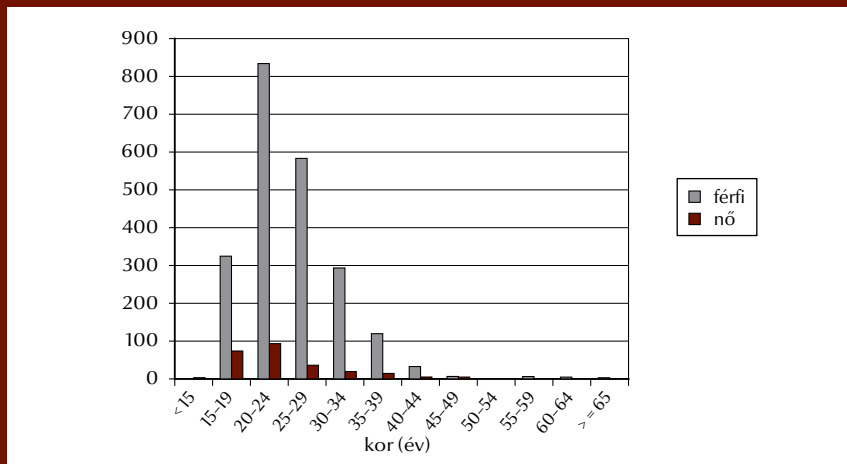
A TDI-rendszerbe jelentett kliensek jellemzői – elterelt kliensek

Az elterelt kliensek (leválogatás: beutalás eredete – bíróság, feltételes szabadlábra helyezés, rendőrség) körébe nem csak egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő kliensek kerülnek be. A TDI-rendszer létrehozásakor kialakított konszenzus alapján az elterelés ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatásában lévő eseteket is jelentik a megelőző-felvilágosító szolgáltatók az elterelés egészségügyi szolgáltatásaiban lévő kliensek mellett.

2008-ban összesen 2452 klienst jelentettek a szolgáltatók, 2191 férfit (89%) és 234 nőt (10%). 27 esetben nem vitték fel az adatszolgáltatók a kliens nemét.

A férfiak esetében a 2191 esetből 1580 (72%) volt életében első alkalommal kezelésben, a nőknél 186 fő (79%). Viszonylag magas volt azoknak az aránya, akiknél nem vitték fel ezt a paramétert, ami adatszolgáltatási problémának tekinthető. A kezelést kezdők közül mindkét nemnél a 20–24 éves korcsoport aránya a legmagasabb, ez a populáció fiatalabb, mint a más okból kezelésbe lépőké. Ugyanakkor az elterelték között is viszonylag magas az aránya a 25–29 éves korcsoportnak, valamint a fiatalabbaknak (15–19 évesek).

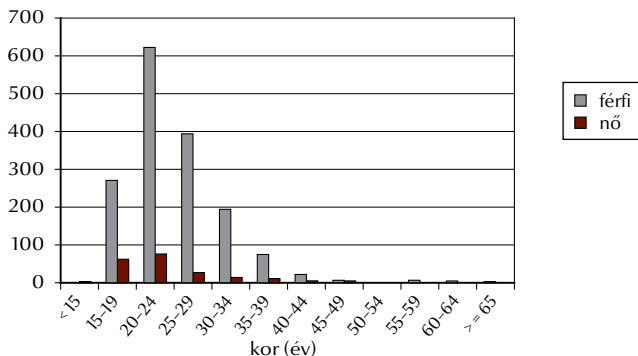
76. ábra: Életkori megoszlás a kezelésbe lépő elterelt drogfogyasztók körében – nemek szerinti bontásban 2008-ban (fő) (N=2453)



Forrás: OAC 2009

Az életükben először kezelésbe lépő eltereltek kormegoszlása hasonló az összes kezelésbe lépőéhez, ami nem meglepő, mert a kliensek kb. ¾-ét az első kezeltek adják.

77. ábra: Életkori megoszlás az életükben először kezelésbe lépő elterelt drogfogasztók körében – nemek szerinti bontásban 2008-ban (fő) (N=1772)



Forrás: OAC 2009

Az eltereltek 61%-a a szüleivel él, a nők körében ez az arány alacsonyabb. Az életükben első alkalommal kezelt eltereltek 64%-a él szüleivel, az életükben első alkalommal kezelésben lévő elterelt nők 56%-ára igaz ez.

Az elterelésben lévők túlnyomó (90%) részének stabilak a lakhatási körülményei, akár az összes kezeltről, akár az első alkalommal kezeltkekről van szó.

Az elterelésben lévők 43%-a rendelkezik munkahellyel, 24%-uk tanul, 20%-uk munkanélküli. E csoportban is növekedett a munkanélküliek aránya a megelőző évhez képest. Az életében először kezelésbe lépők 43%-ának van munkahelye, 28%-uk tanul, és 18%-uk munkanélküli.

Az eltereltek 42%-a általános iskolai végzettséggel rendelkezik, jóval magasabb arányban, mint kormegoszlásuk alapján várható volna, azaz az alapfokú végzettségük relatíve magasabb arányban reprezentáltak körükben.

Az elsődleges szerek közül a kannabisz a leggyakoribb szer, az összes kezelt, elterelt férfi körében az esetek 82%-ban a kannabisz az elsődleges szer. 11%-ban stimulánsot használnak, és egy kis részük opiát- (jellemzően heroin-) fogyasztó (84 fő). Az látható, hogy a stimulánsokat (döntően amfetamint) és opiátokat (döntően heroint) használó elterelt férfi kezeltek legalább egy korcsoporttal idősebbek, mint a kannabisz-fogyasztók.

Az összes kezelt, elterelésben lévő nőnek 73%-a kannabisz-fogyasztó (jóval alacsonyabb arányban, mint a férfiaknál), 20%-uk stimulánshasználó, és csekély számú (összesen 4 fő) opiát-fogyasztó van köztük. Az életében először kezelésben lévő, elterelt nőknek 74%-a kannabisz-fogyasztó, 21%-a stimuláns (elsősorban amfetamint) használ.

A használat módját az eltereltek körében a kannabiszdominancia határozza meg. Intravénás használat alacsony arányban fordul elő körükben, bár az összes kezelt amfetamin-használó férfi elterelt 22%-a intravénás kábítószer-használó. Az opiát-használók lényegében intravénás heroinhasználók, azonban az ő körükben is jelen van egy csoport (20%-nyi), akik alternatív beviteli utat használnak (elszívás/belégzés).

A női eltereltek körében gyakorlatilag nincs intravénás szerhasználó (3-3 fő heroin, ill. amfetaminfogyasztó).

Az elterelésben lévő összes kezelt kannabisz-használó férfi 20%-a intenzív szerhasználó (napi vagy heti többszöri), ugyanígy a stimulánshasználók 20%-a intenzív használó, a heroinhasználóknál ez az arány jóval magasabb, 44%. Az életében először kezelésbe lépő, férfi, összes kezelt, kannabisz-fogyasztó eltereltek 16%-a intenzív szerhasználó, az amfetamin-használók 17%-a intenzív fogyasztó, míg a heroinhasználók között 29% az arányuk.

Az elterelésbe kerülő nők között minden szertípus esetében jóval alacsonyabb az intenzív használók aránya, mint a férfiaknál.

Az elterelésbe lépő összes kezelt kannabisz-használó közül 59% (1160 fő) csupán alkalmi fogyasztó.

Az illegális szerfogyasztás megkezdésének időpontja az eltereltek között, a más okból kezelésbe lépőkéhez viszonyítva hasonlóan mondható. A kannabisz-fogyasztó, összes kezelt, elterelt férfiak 72%-a 19 évesen vagy korábban kezdett el illegális szert használni, az amfetamin-használók 55%-a, a heroinhasználók 58%-a kezdte 19 évesnél fiatalabb korban a szerhasználatot.

Az első alkalommal kezelésbe lépő férfi elterelt kannabisz-fogyasztók 70%-a volt korai használó, és lényegében az összes kezeltéhez hasonló arányok figyelhetőek meg az első alkalommal kezelt eltereltek között.

Az elterelésben lévők másodlagos szerfogyasztási mintázata nem tér el lényegesen a más okból kezelésben lévőkétől. Az opiát-fogyasztók körében itt a leggyakrabban említett másodlagos szer az amfetamin (28 említés), ezt követi a kannabisz (26 említés), továbbá megjelent a kokain is, mint másodlagos szer.

A stimulánshasználók körében a legkedveltebb másodlagos szer a kannabisz, de az egyéb stimulánsok (MDMA) és az alkohol is gyakori másodlagos szer. Ennél a csoportnál is érzékelhető a kokain megjelenése.

A kannabisz-használók másodlagos vezető szere valamely stimuláns,

elsősorban az amfetamin. Emellett gyakran említik az alkoholfogyasztást. Viszonylag magas arányban észlelhető a hallucinogének és a kokain használata is.

KEZELÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYEIBEN

Kezelés

A bv. intézetbe kerülést követően 2007-ben 191, 2008-ban már 255 fogvatartott szorult fekvőbeteg-szakellátásra elvonási tünetek miatt.

A metadonkezelés a bv. intézeten belül nem érhető el, de igény esetén a helyi drogambulanciával együttműködve megoldható a fogvatartott kiszállítása.

A speciális elvonó és egyéb programok között kiemelésre érdemes a korszerű szubsztitúciós kezelés, a buprenorfin-naloxon (Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben történő) alkalmazásának, illetve e terápia szélesebb körű bevezetésének vizsgálata a bv. intézetekből önként jelentkezők részére, a szabadulás előtt pár hónappal.

Eltereltek a büntetés-végrehajtás intézményein belül

A fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésére, a kábítószerhasználatot kezelő más ellátására, illetve megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételére a kijelölt bv. intézetekben került sor.⁸³ Az alternatív kezelések szakmai feladatai közül a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés elsősorban az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (a továbbiakban: IMEI) szakembereire hárult, a függőséget gyógyító kezelésben részt vevők elhelyezését az erre kijelölt bv. intézet biztosította. 2008-ban 18 függőséget gyógyító kezelés fejeződött be, 34 még folyamatban maradt, illetve kettőt kellett félbeszakítani. A kábítószerhasználatot kezelő más ellátás vonatkozásában az erre kijelölt bv. intézetekben 2008-ban 8 befejezett kezelés volt, 19 volt még folyamatban, illetve hatot kellett félbeszakítani. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás részben önálló hatáskörben, illetve többnyire civil, valamint más szervezetek közreműködésével teljesült. 2008-ban 61 esetben sikerült befejezni a megelőző-felvilágosító programot, 93 személynél még folyamatban volt, és 50 fogvatartottnál került sor félbeszakításra különböző indokkal.

A büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül kezelt eltereltek szociodemográfiai, illetve kábítószerhasználati jellemzőiről az Országos Addiktológiai Centrum TDI-adatbázisából is rendelkezésre állnak adatok. A TDI-adatbázisba a TDI-protokollnak megfelelően a büntetés-végrehajtási

⁸³ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának beszámolója alapján.

intézetek is jelentik a kezelésbe lépő eseteiket.⁸⁴ A kezelés definíciója meg- egyezik az egészségügyi ellátórendszerben, ill. a TDI-protokollban meg- adott kezelésdefinícióval.⁸⁵

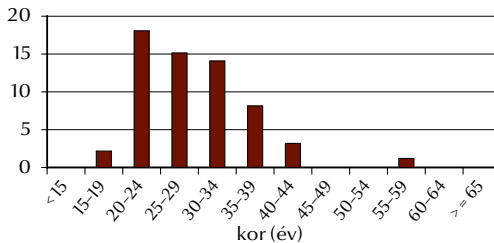
Az OAC TDI-adatbázisa 2008. évre vonatkozóan összesen 62 kliens TDI- adatlapját tartalmazta (OAC 2009). Az alacsony esetszám miatt célszerű az esetszámokat közölni az egyes TDI-adattáblák elemzése kapcsán, százalé- számitásra csak korlátozottan van mód.

Az összes kezelt 62 kliens közül 61 férfi és 1 nő. Az egyetlen női kliens életében először állt kezelés alatt, a férfiak közül 25 fő életében először lépett kezelésbe, 22 fő már állt korábban kezelés alatt. 14 férfi esetében nem derült ki, hogy kezelték-e már korábban.

Minden kliens az elterelés valamely szolgáltatásának keretében lépett keze- lésbe⁸⁶. A kliensek esetében a jogi helyzet az, hogy más bűncselekmény(ek) elkövetése miatt kerültek büntetés-végrehajtási intézetbe, és az illegális szerfogyasztás esetében lehetőségük nyílt az elterelés választására.

Viszonylag fiatal csoportról van szó, a legtöbben a 20–24 év közöttiek korcsoportjába tartoztak.

78. ábra: A kezelésbe lépők kormegoszlása a büntetés-végrehajtási intézményekben (fő) (csak a férfiak, N=61)



Forrás: OAC 2009

⁸⁴ Számszakilag a TDI-adatok azonban nem egyeznek meg a BVOP által jelzett kezelési ada- tokkal, mivel a BVOP a tárgyévben befejezett és megszakított kezeléseket regisztrálja, a TDI pedig a tárgyévben megkezdetteket.

⁸⁵ A „kezelés” bármely olyan tevékenység, amely közvetlenül célozza meg a kábítószer-hasz- nálatból eredő problémákkal küzdő személyeket, és amely javítani kíván a kábítószer-probl- émáik miatt segítséget keresők lelki, egészségi vagy szociális állapotán. Ez a tevékenység gyakran a kábítószer-használók kezelésére szakosodott létesítményekben zajlik, de megva- lósulhat általános ellátási formákban is, ahol a kábítószer-problémával küszködő emberek számára orvosi/pszichológiai segítséget kínálnak. (TDI-protokoll.)

⁸⁶ Kivétel nélkül mindegyik jelentett eset a beutalás eredete kérdésre a bíróság, ügyészség, rendőrség választ adta.

Lakhatási feltételeik, munkaügyi státusuk nem értelmezhető, általában az egyéb kategóriába sorolták az adatszolgáltatók őket. Többségük általános iskolai végzettséggel rendelkezik (45 fő, az összes kezelt körében), 11 fő középfokú végzettségű.

23 fő esetében heroin az elsődleges szer, közülük 10 fő idősebb 30 évnél. 16 fő használ amfetamint, ebből 7 fő idősebb 30 évnél. Érdekes, hogy a kannabisz-fogyasztó csoport fele (8 fő a 16-ból) szintén idősebb 30 évnél, azaz a kannabisz-fogyasztók átlagos életkora nem különbözik érdemben a más szereket fogyasztókéétól.

A szerhasználat módja vonatkozásában a heroinhasználók mindegyike intravénás használó volt, a 16 amfetamin-használó közül 11 fő használt intravénásan kábítószeret. Látható, hogy ez a csoport az átlagnál sokkal magasabb szerfogyasztási kockázatot mutat.

A szerhasználat megkezdése viszonylag fiatal korban történt ennél a csoportnál, a heroinfogyasztók 67%-a, az amfetaminfogyasztóknak is 67%-a 19 éves kora előtt kezdte meg a szerhasználatot, ugyanez igaz a kannabisz-fogyasztókra is (10 fő a 16-ból).

Az életükben első alkalommal kezeltek között a 6 fő heroinfogyasztóból 3 fő, a 8 fő amfetaminfogyasztó közül 4 fő, és a 7 fő kannabisz-fogyasztóból 3 fő 19 éves kora előtt kezdett el kábítószeret fogyasztani.

A másodlagos szerek használata tekintetében tér el legkevésbé ez a csoport a más kezeltéktől. Az összes kezelt heroinfogyasztók körében a leggyakrabban említett másodlagos szer valamely stimuláns (22 említés, melyből 14 amfetamin), ezt követi a kannabisz, valamint további 6 esetben a kokain is említésre került.

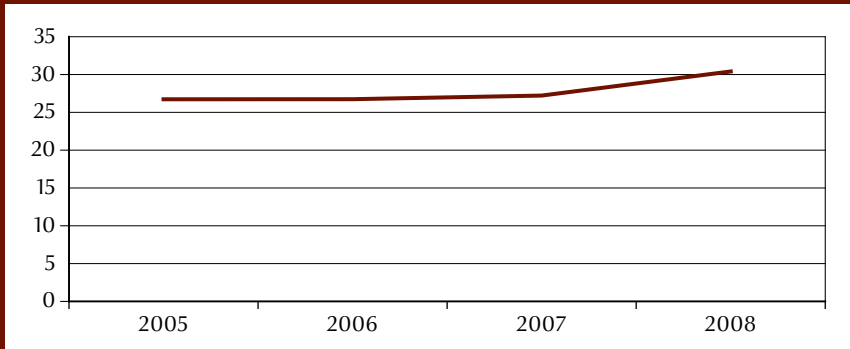
Az amfetamin-használók másodlagos szere a kannabisz, ill. más stimulánsok (MDMA). A kannabisz-fogyasztók e csoportban is leggyakrabban valamely stimulánst említik második szerként, emellett az altató, nyugtató csoport és az alkohol említése is előfordul.

3.3 Tendenciák a kezelt betegek körében (az OSAP adatok tükrében)

Az összes kezelt számának alakulását tekintve a budapesti toxikológiai osztályon kezelték nélkül megállapítható, hogy a 2003–2006 között viszonylag kiegyenlítetten alakuló kezelt droghasználók száma 2007-ben és 2008-ban is csökkent. A jelenség hátterében a 2007-es egészségügyi kapacitáscsökkenés, valamint az elterelés miatt kezelésbe került droghasználók csökkenése állhat.

Az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) adatai szerint a 2005-ről 2006-ra megfigyelhető stagnálást követően 2006 és 2008 között növekedésnek indult az összes kezelt átlagéletkora. Az „idősebb” korosztály megjelenése az egészségügyi ellátásban magyarázható azzal, hogy a hosszabb drogkarrierrel rendelkező, és ezáltal jellemzően idősebb droghasználók nagyobb valószínűséggel jelentkeznek kezelési igénnyel egészségügyi szolgáltatóknál, illetve Magyarországon is megfigyelhető a szerhasználói populációban az idősebb (24 év feletti) korcsoportok egyre nagyobb mértékű megjelenése.

79. ábra: Átlagéletkor az összes kezelt körében 2005–2008 között (év)



Forrás: OAC 2009

3.4 A drogfogyasztás egészségügyi szövődményei⁸⁷

Összefoglalás

A 2006-ban 300 intravénás kábítószer-fogyasztó, 2007-ben 567 intravénás kábítószer-használó, 2008-ban 590 intravénás szerhasználó célzott HIV-vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók populációjában a korábbi évekhez hasonlóan nagyon alacsony lehet a HIV-fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezelt, illetve a tűcsere-szolgáltatást igénybe vevő intravénás szerhasználók körében 2006-ban 28,9%-os, 2007-ben 25,7%-os, 2008-ban 22,6%-os HCV-prevalenciaértéket mértünk. A 2007. és 2008. években mért prevalen-

⁸⁷ A részfejezet szerzői: Dr. Csohán Ágnes, Dr. Keller Éva, Horváth Gergely, Nádas Eszter, Tarján Anna.

ciaértékek különbsége nem szignifikáns a $0,1 < p < 0,2$ szinten. Amennyiben a 2006. és 2008. években mért értékek különbségét vesszük, a különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten. A 2008. évben mért prevalenciaérték 2006-hoz viszonyított szignifikáns csökkenése többek között annak köszönhető, hogy egyre több vidéki drogambulancia szolgáltat mintát a vizsgálat számára, és a vidéki mintákban számottevően alacsonyabb a HCV-fertőzött szerhasználók száma, amely csökkenti az országos prevalenciaértéket.

Budapestet tekintve további adatok is rendelkezésre állnak az országos prevalencia-vizsgálat fővárosi részadatai mellett. A két budapesti szubsztitúciós programban részt vevő valaha intravénás kábítószer-fogyasztó kliensek körében 23,1%-os volt a HCV-prevalencia. Egy 2006-os vizsgálat során a nem kezelési programból toborzott intravénás kábítószer-fogyasztók körében nem fedeztek fel HIV-pozitív esetet, azonban a HCV-fertőzöttség 37,3%-os volt.

A 2008-ban megszárt 2618 fogvatartott körében 77 főnél (2,9%) mutatnak ki HCV-pozitivitást. 1166 fő esetében rendelkezésre állt adat a kábítószer-fogyasztói múlt, illetve a kockázati magatartásokra vonatkozóan. 148 fogvatartott használt már életében intravénás kábítószer, körükben 11,5%-os volt a fertőzöttség.

A kockázatos magatartások feltérképezése során kiderült, hogy az országos szűrővizsgálatban résztvevők 53,9%-a⁸⁸ vett részt a vizsgálat előtti egy évben HCV-szűrésen, és 54,2% HIV-szűrésen. A szerhasználók 14,6%-a mondta azt, hogy az elmúlt négy hétben a kábítószer injekálásához közös tűt és/vagy fecskendőt használt, 24,6% válaszolta azt, hogy az injekálásához szükséges bármely eszközt megosztotta az elmúlt hónapban.

A nem kezelési programból toborzott intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett kutatás során az derült ki, hogy a fertőzöttek 61%-a előtt nem volt ismert saját HCV-pozitivitása. A megkérdezettek 23%-a osztotta meg receptíven a tűt/fecskendőt, a minta 20%-a disztributívan is megosztotta azt. 61%-a a mintának megosztotta az injekálásához szükséges segéd-eszközöket.

A valaha intravénásan szert használó fogvatartottak 35,8%-a osztotta meg már életében a tűt/fecskendőt, 48,6%-uk pedig osztott már meg bármilyen injekálásához szükséges eszközt.

⁸⁸ Az elemzés során figyelembe kell venni, hogy a szerhasználó lehetséges, hogy a megelőző évi prevalencia-vizsgálaton vett részt. A 2007-ben megszárt 567 esetből 141 főt (24,9%) ért el a 2008-as szűrés is.

3.4.1 Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek

BEJELENTETT HIV-/AIDS-, HBV-, HCV-ESETEK

2008-ban Magyarországon az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett HIV-/AIDS-esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok az előző évekhez hasonlóan az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származtak (Csohán et al. 2009).

HIV/AIDS

2008-ban Magyarországon mérsékelten több HIV-pozitív esetet (145) jelentettek, mint az előző évben (119). Az incidencia 15 eset/1millió lakos értéknek felelt meg. Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek háromnegyedénél volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoportba tartozó HIV-fertőzöttek közül (112) két fiatal felnőtt férfi valószínűsíthetően intravénás kábítószer-használat révén fertőződött. 2008-ban 23 AIDS-megbetegedést diagnosztizáltak, egy beteg sem tartozott az intravénás kábítószer-használók rizikócsoportjába.

24. táblázat: A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása

	1985–2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Összesen
Homo/biszexuális	518	34	45	55	38	60	93	847
Heteroszexuális	182	18	13	21	14	14	17	279
Hemofiliás	32	0	0	0	0	0	0	32
Transzfúziós recipiens	22	0	0	0	0	1*	0	23
Intravénás kábítószer-fogyasztó	12*	1*	2*	2**	0	3*	2	22
Nosocomialis	12*	0	0	3*	0	1	1	16
Maternalis	3	0	0	2	0	2	2	7
Ismeretlen	260	10	15	23	29	38	33	404
Összesen	1041	63	75	106	81	119	145	1630

* Importált esetek, ** Importált esetekkel együtt

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2009)

Akut hepatitis B

2008-ban 88 akut megbetegedést jelentettek be, az incidencia 0,88%-nek bizonyult, gyakorlatilag nem változott az előző évihez viszonyítva.

25. táblázat: 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	%
2004	131	6	4,6
2005	119	1	0,8
2006	83	-	-
2007	81	2	2,5
2008	88	2	2,3

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2009)

A fertőzés terjedési módja 55 betegnél (62,5%) volt ismert, közülük egy 25 éven aluli, illetve egy 25–34 évesek korcsoportjába tartozó férfi volt intravénás kábítószer-fogyasztó.

Akut hepatitis C

A 2008. évben 34 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, kissé többet, mint az előző évben. A betegek közül 6 fő fertőződött intravénás szerhasználat révén. A betegek felénél volt ismert a fertőződés módja. A betegek között 4 férfi és 2 nő volt. Közülük ketten 25 év alattiak voltak, 3 fő tartozott a 25 és 34 év közöttiek korcsoportjába, 1 fő 34 évnél idősebb volt.

26. táblázat: 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	%
2004	40	11	27,5
2005	22	1	4,5
2006	29	4	13,8
2007	22	5	22,7
2008	34	6	17,6

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2009)

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

Országos vizsgálat

2008-ban az Országos Epidemiológiai Központ folytatta a HIV-, HBV-, HCV-fertőzések prevalenciájának mérésére irányuló sentinel szűrővizsgálatokat (Dudás et al. 2009). Ebben az évben harmadszor került sor azonos módszerrel hasonló körülmények között végzett szűrésre. A vírusserológiai vizsgálatokhoz ujjbegyből vett szárított vérmintát használtak. A költségek fedezetét az Egészségügyi Minisztérium biztosította.

Míg 2007-ben 15 helyen 567 személyt vontak be a vizsgálatba, 2008-ban (szeptember 15. és december 31. között) már 18 szervezet vett részt a vizs-

27. táblázat: A HIV-, HBV-, HCV-prevalenciavizsgálatban részt vevő szervezetek

Hely	Szervezet neve	Szűrővizsgálatok száma
Budapest	Drogprevenációs Alapítvány	100
Budapest	Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ	65
Budapest	Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Alapítvány	70
Budapest	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addiktológiai Centrum	40
Budapest	Baptista Szeretetszolgálat Utcafront túszereszlógalát	30
Gyula	Független Egyesület	20
Miskolc	Semmelweis Kórház, Drogambulancia	35
Pécs	Drogambulancia	60
Szeged	Ifjúsági Drogcentrum	50
Kecskemét	RÉV Szolgálat	20
Szekszárd	RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	16
Veszprém	Alkohol-Drogsegély Ambulancia	15
Debrecen	Kenézy Kórház, Drogambulancia	20
Debrecen	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet	15
Győr	Támasz Krízis- és Drogambulancia	8
Nyíregyháza	Addiktológiai szakrendelés, Drogambulancia	5
Zalaegerszeg	Zala Megyei Kórház, Drogambulancia	11
Salgótarján	Kistérségi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltató Központ, Salgótarján	10
Összesen		590

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

gálatban, közreműködésükkel 590 intravénás kábítószer-használótól vettek vérmintát.

Összességében a vizsgálatba Budapesten három tűcsereállomás és két kezelőhely, vidéken tíz kezelőhely és három tűcsereállomás került bevonásra.

A vizsgálatba olyan személyek kerültek, akik a mintavételi periódusban megjelentek a fenti intézmények valamelyikében, intravénás kábítószer-fogyasztónak vallották magukat, vagy emlékeztek arra, hogy valaha intravénásan 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 két év gyakorlatával megegyező módon történt.⁸⁹

A laboratóriumi vizsgálatok során az alkalmazott módszerekkel mind az 590 vizsgált személy esetében megbízható eredmény volt kiadható a HIV- és a hepatitis B fertőzöttséget illetően. A vírusfertőzöttség kimutatására irányuló ellenanyag-vizsgálatok hepatitis C vírus vonatkozásában két esetben kétes eredménnyel zárultak, így ezeket az eseteket kizárták a feldolgozásból.

HIV-vírus jelenlétének kimutatása céljából összesen 590 intravénás szerhasználótól származó mintát vizsgáltak, ezekből egy esetben kaptak reaktív eredményt, melyből megerősítő vizsgálatokat végeztek. A megerősítő vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak, végső soron mind az 590 vizsgált személy HIV-negatívnak bizonyult.

A vizsgált 590 személy közül 3 fő bizonyult a hepatitis B vírus felületi antigénjére pozitívnak, azaz hepatitis B vírus fertőzöttnek (0,5%). 587 személy esetében az eredmény HBsAg-negatív volt. A három hepatitis B vírus-hordozó közül az egyikük egyidejűleg anti-HCV-pozitívnak is bizonyult.

Az 590 személy közül 455 személy mintája esetében állapítottak meg anti-HCV-negativitást. 133 esetben bizonyítottak a megerősítő vizsgálatok során anti-HCV-pozitivitást (22,6%). Kétes eredmény 2 személy esetében adódott, tőlük ismételt vér beküldését kérték.

⁸⁹ Lásd: 2007-es Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 3.5.2.2 fejezet.

28. táblázat: 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	77	0	77	0	0,0	77	15	19,4
	nő	39	0	39	0	0,0	39	8	20,5
25–34 év	férfi	229	0	229	2	0,9	229	48	20,9
	nő	85	0	85	0	0,0	84	19	22,6
> 34 év	férfi	118	0	118	0	0,0	117	28	23,9
	nő	42	0	42	1	2,3	42	15	35,7
Összesen	férfi	424	0	424	2	0,5	423	91	21,5
	nő	166	0	166	1	0,6	165	42	25,4
		590	0	590	3	0,5	588	133	22,6

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

A vizsgálatba bevont 590 személy között 424 (71,9%) férfi és 166 (28,1%) nő volt. A 25–34 év közöttiek korcsoportjába tartozott a vérmintát szolgáltatók több mint fele (314 fő, 53,2%), a 34 év felettiak köréből került ki a vizsgálatban résztvevők 27,1%-a (160 fő), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 116 fővel (19,7%).

Össességében a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában az eltérés nem volt szignifikáns ($p > 0,5$). Azonban az előző évhez hasonlóan, kiemelésre érdemes, hogy a 34 évnél idősebb nők körében az átlagos prevalenciaérték több mint másfélszerese (35,7%) volt megfigyelhető. 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 kábítószer-használat kezdete óta eltelt idő között.

Az intravénás kábítószer-használat kezdete óta eltelt időre négy intervallumot lehetett megjelölni (<2 év, 2–4 év, 5–9 év, >10 év), az 590 főből 27 személy nem tudta megmondani, mikor kezdett intravénásan kábítószer használni. A mintát adó személyek 43%-a (254 fő) úgy nyilatkozott, hogy több mint 10 éve használ kábítószer intravénásan. 146 fő, a vizsgált személyek 24,7%-a 5–9 éve használt intravénásan kábítószer. A 2–4 éve (13%, 77 fő) és a kevesebb mint két éve (14,6%, 86 fő) intravénásan kábítószer használók száma közel azonos volt a mintában.

A hepatitis C fertőzöttség aránya azok körében volt a legmagasabb (29,5%), ahol az első injektlás 10 évnél régebben történt. Amíg az 5–9 éve szerhasználók 24%-a volt HCV-fertőzött, a 2–4 éve intravénásan szert használóknál 21%-os prevalenciát észleltek, az új kábítószer-használók közül pedig csak 6 fő (7%) fertőződött meg a vírussal.

29. táblázat: A HCV-, HBV-pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete óta eltelt idő szerint

Az intravénás kábítószer-használat kezdete óta eltelt idő	HBsAg-antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
< 2 év	86	2	2,3	86	6	7,0
2 - 5 év	77	0	0,0	76	16	21,0
5 - 10 év	146	0	0,0	146	35	24,0
10 évnél régebben	254	1	0,4	253	75	29,6
Összesen	563	3	0,5	561	133	23,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

A 133 hepatitis C pozitív személy közül 110 kábítószer-használó opiát-fogyasztónak vallotta magát. Az alábbi táblázatból kitűnik, hogy az opiát-fogyasztó intravénás kábítószer-használók 25,8%-a, a nem opiát-fogyasztók 14,2%-a fertőződött hepatitis C vírussal. A két arány közti különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten.

30. táblázat: 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	428	1	0,2	426	110	25,8
Más, nem opiát	162	2	1,2	162	23	14,2
Összesen	590	3	0,5	588	133	22,6

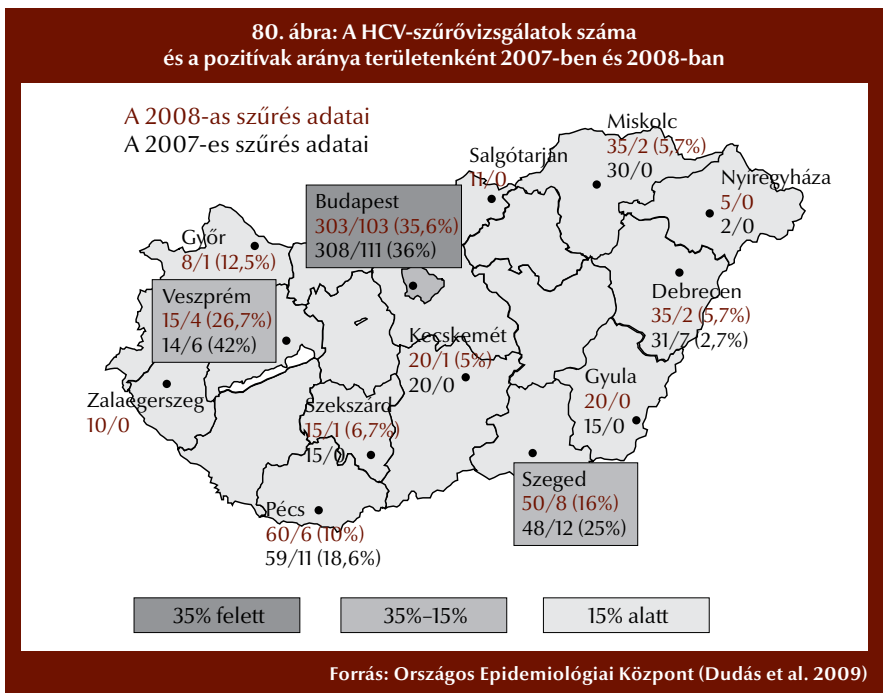
Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

Ha a prevalenciaértékeket a kábítószer-fogyasztók lakóhelye szerint vizsgáljuk, akkor megállapítható, hogy a fővárosban élők körében a HCV prevalenciája négyszerese a vidékiek között mért értéknek. A fővárosból

származó 303 mintából 108 bizonyult hepatitis C pozitívnak, ami 35,6%-ot jelent, ezzel szemben a vidékről érkezett mintáknak csak 8,8%-a volt pozitív (25/285). Vidéken a Veszprémből és Győrből származó adatok hívják fel magukra a figyelmet, ahol a beérkezett minták 26,7%-a, illetve 12,5%-a volt hepatitis C pozitív, bár a feldolgozott mintaszám statisztikai szempontból mindkét városban alacsonynak számít (n=15, illetve n=8). Szegeden és Pécsen statisztikai szempontból elég minta került feldolgozásra ahhoz, hogy Szegeden a 16%-os, Pécsen a 10%-os prevalenciaérték validnak legyen tekinthető.

A három HBsAg-pozitív személy közül egy Budapesten, egy Kecskeméten, egy pedig Zalaegerszezen került felderítésre.

80. ábra: A HCV-szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2007-ben és 2008-ban



31. táblázat: A HCV-szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2006–2008 között

Terület/város	2006			2007			2008		
	HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek								
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
szám		%	szám		%	szám		%	
Budapest	162	60	37,0	308	111	36,0	303	108	35,6
Szeged	35	8	22,9	48	12	25,0	50	8	16,0
Pécs	55	14	25,5	59	11	18,6	60	6	10,0
Miskolc	20	0	0,0	30	0	0,0	35	2	5,7
Gyula	15	1	6,7	15	0	0,0	20	0	0,0
Kecskemét	-	-	-	20	0	0,0	20	1	5,0
Szekszárd	-	-	-	15	0	0,0	15	1	6,7
Veszprém	-	-	-	14	6	42,9	15	4	26,7
Debrecen	-	-	-	37	1	2,7	35	2	5,7
Nyíregyháza	-	-	-	2	0	0,0	5	0	0,0
Győr	-	-	-	-	-	-	8	1	12,5
Salgótarján	-	-	-	-	-	-	11	0	0,0
Zalaegerszeg	-	-	-	-	-	-	10	0	0,0
Vidék összesen	125	23	18,4	240	30	12,5	285	25	8,8
Összesen	287	83	28,9	548	141	25,7	588	133	22,5

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

A szűrés során személyi azonosításra nem alkalmas, de egyedi azonosító, az ún. generált kód került alkalmazásra.⁹⁰ Mivel a kód nem változik, alkalmas arra, hogy az évről évre megszűrt esetek szerostátusának változását kövessük. A generált kód alapú egyezések, ismétlődések nem és életkori kategória alapján ellenőrzésre kerültek.

A 2006-ban megszűrt 300 főből a következő, 2007-ben végzett szűrés 96 főt (32%) ért el ismételten. A 96 főből 2006-ban 25 fő HCV-pozitív, 66 fő HCV-negatív volt, további 5 fő esetében kétes eredmény született. A 2006-ban negatív 66 fő közül 2 fő lett a következő, 2007-es évben HCV-pozitív. A 2006-ban kétes 5 mintából 3 fő 2007-ben is kétes eredményt adott, 2 fő viszont HCV-pozitivitást mutatott.

A 2006-ban megszűrt 300 főből 2008-ban 66 főt ért el az újabb vizsgálat. A 66 főből 13 fő volt HCV-pozitív, 50 volt negatív, 2 esetben kétes eredmé-

⁹⁰ Lásd: 2007-es Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 3.5.2.2 fejezet.

nyú volt a minta. Az 50, 2006-ban negatív személy egyike sem fertőződött meg 2008-ra. A 2006-ban kétes mintát adó 2 személy pozitív lett 2008-ban.

A 2007-ben megszuirt 567 esetből 141 főt (24,9%) ért el a 2008-as szűrés is. A 141 főből 29 fő (20,6%) volt pozitív, 108 fő volt negatív, 4 esetben kétes eredmény volt kimutatható. A 2007-ben negatív esetek közül egy sem változott 2008-ra, körükben fertőződés az egy év alatt nem történt. A 4 kétes mintából 2 HCV-pozitív, 2 HCV-negatív lett a következő évben.

42 fő jelent meg mind a három vizsgálati évben. Közülük 10 fő mindhárom évben pozitívnak bizonyult, 30 fő mindhárom évben negatív maradt. Két fő mintája kétes eredményű volt.

Budapesti vizsgálat a szubsztitúciós programban kezelték körében

2008-ban (július 22-től szeptember 21-ig) a MÁTRIX Közhasznú Alapítvány közreműködésével két budapesti drogambulancián (Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ; Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addiktológiai Centrum) 320, a szubsztitúciós programban részt vevő, valaha intravénásan kábítószer fogyasztó klienst szűrték meg hepatitis C vírusra. A laborvizsgálatokat a Szent László Kórházban végezték el. A 320 fő közül 74 fő (23, 1%) volt anti-HCV-pozitív.

A mintában 91 nő (29%) és 229 (71%) férfi szerepelt. A 25–34 év közöttiek korcsoportjába tartozott a vérmintát szolgáltatóknak több mint a fele (173 fő, 54%), 34 év feletti volt a vizsgálatban résztvevők közül 140 fő (44%), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 7 fővel (2%).

A nők körében 31%-os HCV-fertőzöttséget mért a vizsgálat, míg a férfiak körében az összesített adatokat tekintve 20%-os volt az anti-HCV-pozitívak aránya. A legmagasabb fertőzöttségi arányt itt is – az országos vizsgálatához hasonlóan – a 34 év fölötti nők körében figyelték meg (50%).

32. táblázat: A szubsztitúciós programokban megszárt valaha intravénás kábítószer-fogyasztók HCV-fertőzöttsége nem és korcsoportok szerint

Korcsoport		HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
		száma	közül pozitív	
			szám	%
< 25 év	férfi	1	0	0
	nő	6	1	17
25-34 év	férfi	128	21	16
	nő	45	10	22
> 34 év	férfi	106	25	24
	nő	34	17	50
Összesen	férfi	235	46	20
	nő	85	28	31
	férfi+nő	320	74	23

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

A mintával kapcsolatosan rendelkezésre állt az az adat is, hogy a vizsgálat idején szubsztitúciós programban részt vevő kliensek mikor használtak először életükben intravénásan kábítószeret. A mintát adó személyek 45%-a (143) úgy nyilatkozott, hogy több mint 10 éve használt kábítószeret először intravénásan. 129 fő (40%) 5–10 éve használt intravénásan kábítószeret először. A 2–5 éve használók a minta 14%-át (45 fő) alkották, a kevesebb mint két éve intravénásan kábítószeret használók aránya 1% (3 fő) volt. A legmagasabb arányú HCV-fertőzöttséget – az országos vizsgálatához hasonlóan – a több mint 10 éve először injektálók körében figyelték meg.

33. táblázat: A szubsztitúciós programban részt vevő HCV-pozitív, valaha intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete óta eltelt idő szerint

Az intravénás kábítószer-használat kezdete óta eltelt idő	HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív	
		szám	%
< 2 év	3	0	0
2-5 év	45	5	11
5-10 év	129	25	19
10 évnél régebben	143	44	31
Összesen	320	74	23

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

A megszűrték közül 10 fő (3%) a vizsgálat évében először jelent meg a kezelőrendszerben, közülük 3 fő volt anti-HCV-pozitív. A megszűrték 7%-a (23 fő) volt már életében börtönben, közülük 5 fő volt hepatitis C fertőzött.

Budapesti vizsgálat intravénás kábítószer-fogyasztók körében

2005 októbere és 2006 decembere⁹¹ között vizsgálat történt nem kezelési programból toborzott intravénás szerhasználók körében HIV-/HCV-fertőzöttségükre,⁹² illetve ezzel összefüggő kockázati magatartásukra vonatkozóan (Gyarmathy et al. 2008). 215 intravénás kábítószer-fogyasztó került a mintába utcai megkeresés és hólabdamódszer kombinált alkalmazása által.⁹³ A mintába olyan személyek kerülhettek, akik elmondásuk szerint kábítószerrel injektáltak a vizsgálat előtti elmúlt 30 napban. Az önbevallásos szerhasználatot (heroin, kokain, amfetamin) vizeletvizsgálattal erősítették meg, az intravénás szerhasználatot a bőrön található injektálásra utaló jelek alapján verifikálták.

A részletes kérdőív felvétele után a vizsgálatban résztvevőktől vérmintát vettek, majd a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségekről tájékoztatták őket.

A 215 mintába került intravénás kábítószer-fogyasztóból 186 fő szolgáltatott vérmintát (86,5%), közülük 1 fő eredménye kétesnek bizonyult a HCV-ellenanyag vizsgálata során, így 185 fő került bele abba az elemzésbe, amely a HCV-szeropozitivitás korrelációit vizsgálta.

A vizsgált személyek körében HIV-pozitív személy nem került feldeírítésre. A 185 fő közül 69 fő (37%) volt HCV-ellenanyag pozitív. Ez közel megegyezik az országos vizsgálat során már 3 éve (2006: 37%; 2007 36%; 2008: 36%) mért budapesti prevalenciával, amely vizsgálat során tűcsereprogramokban, illetve drogambulanciákon megjelenő intravénás szerhasználó klienseket vizsgálnak.

A vérmintát szolgáltató 185 főből 140 férfi (75,7%) és 45 (24,3%) nő volt.

⁹¹ A kutatást csak 2008-ban publikálták, ezért kerül csak most bemutatásra.

⁹² A vizsgálat során a HIV-ellenanyag, illetve HCV-ellenanyag jelenlétét vizsgálták. A szerológiai vizsgálatokat a Szent László Kórházban végezték el.

⁹³ Az intravénás szerfogyasztók rekrutálása olyan helyszíneken történt, ahol intravénás kábítószer-fogyasztók gyakran találkoznak, továbbá a tűcsereprogramoknál, illetve másik intravénás kábítószer-fogyasztó mintába vonása által. A résztvevők 2000 forintot kaptak a kutatásban való részvételért, illetve további 500 forintot, ha a kutatásba belevonnak olyan intravénás kábítószer-fogyasztót is, aki megfelelt a kutatásban való részvétel kritériumainak.

34. táblázat: A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HCV-fertőzöttsége nemek szerinti bontásban

Neme	HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek	HCV-ellenanyag negatív		HCV-ellenanyag pozitív	
	szám	szám	%	szám	%
Férfi	140	90	64,3	50	35,7
Nő	45	26	57,8	19	42,2
Összesen	185	116	62,7	69	37,3

Forrás: Gyarmathy et al. 2008

A minta átlagéletkora 28,3 év volt, az átlagéletkor a HCV-negatívak körében 27,1 év, míg a HCV-pozitívak körében szignifikánsan több, 30,3 év volt.

Az intravénás szerhasználat kezdete óta eltelt idő a teljes mintában átlagosan 7,6 év volt. A HCV-negatívak körében ez az időhossz rövidebb, átlagosan 6,5 évet tett ki, míg a HCV-pozitívak körében szignifikánsan hosszabb, átlagosan 9,4 évet mért a vizsgálat.

A kutatás során további szociodemográfiai adatokat is elemeztek: roma származású volt a minta 22,7%-a (42 fő), a középiskolát a minta 20,5%-a (38 fő) fejezte be, hajléktalan a vizsgálatban résztvevők 13%-a (24 fő) volt.

35. táblázat: A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HCV-fertőzöttsége egyes szociodemográfiai változók szerinti bontásban (N=185)

Szociodemográfiai változók	HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek	HCV-ellenanyag negatív		HCV-ellenanyag pozitív	
	szám	szám	%	szám	%
Nem roma származású	143	97	67,5	46	32,2
Roma származású	42	19	45,2	23	54,8
Nincs középiskolai végzettsége	147	85	57,8	62	42,2
Van középiskolai végzettsége	38	31	81,6	7	18,4
Nem hajléktalan	161	104	64,6	57	35,4
Hajléktalan	24	12	50	12	50

Forrás: Gyarmathy et al. 2008

A korrelációk vizsgálata során a következő változók esetében volt kimutatható összefüggés a hepatitisz C fertőzöttséggel: idősebb kor, roma származás, középiskolai végzettség hiánya, illetve hosszabb injekciós karrier.

*Fertőző betegségek a büntetés-végrehajtási intézetekben*⁹⁴

2008-ban tovább folytatódott az előző évben a bv. intézetekben megkezdett hepatitis C kampányszűrőprogram.⁹⁵ 2008-ban összesen 2618 fő⁹⁶ vett részt a szűrésben, 77 fő volt HCV-ellenanyag pozitív, ebből 54 fő egyben hepatitis C vírus hordozó is volt.

A 2007-es és 2008-as adatokat összegezve, a két évben összesen 4782 főt⁹⁷ szűrtek meg a bv. intézetekben. 176 fő (3,6%) volt HCV-ellenanyag pozitív, közülük 118 fő (2,5%) egyben hepatitis C vírus hordozó is. (A kezelési adatokat lásd: 3.6.1 fejezet.)

A szűrőprogramba 2008 júniusában kapcsolódott be a Nemzeti Drog Fókuszpont (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a), akik kezdeményezték, hogy az önkéntes hepatitis C szűréshez kapcsolódjon anonim kérdőív felvétel, mely a szűrési eredménnyel összekapcsolva (sorszám alapján) információt nyújt a szűrésben részt vevő fogvatartottak esetleges kábítószer-fogyasztói/intravénás kábítószer-fogyasztói múltjáról, illetve a hepatitis C terjedésével összefüggő kockázati magatartásaikról az intézetbe kerülés előtti és az intézetbeli időszakot tekintve. A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága elfogadta az EMCDDA ajánlásain⁹⁸ alapuló, a Nemzeti Drog Fókuszpont által elkészített kérdőívet, és engedélyezte annak felvételét a szűrésben részt vevő bv. intézetekben. A kérdőív először pilóta projekt keretében került kipróbálásra a szirmabesenyői Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézetében. Ezt követően 2009 januárjáig⁹⁹ további 6 intézetben¹⁰⁰ került sor a szűréssel párhuzamosan a kérdőív felvételére¹⁰¹. 2008-ban 2618 főt szűrtek meg HCV-re, de a kockázati magatartás kérdő-

⁹⁴ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és az Országos Epidemiológiai Központ beszámolója, illetve a Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása alapján.

⁹⁵ Előzményeket lásd: 2008-as Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 3.2. fejezet.

⁹⁶ A 2008-as átlag fogvatartotti létszám (14 702 fő) 17,8%-a.

⁹⁷ A 2008-as átlag fogvatartotti létszám 14 702 fő volt, így elmondható, hogy az átlag létszám 32,5%-át szűrtek meg HCV-ellenanyagra a 2 év során.

⁹⁸ Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337.

⁹⁹ A szűrés, illetve kérdőívezés 2009-ben tovább folytatódott, jelen éves jelentésben a 2008. június–2009 januárjáig lezajlott szűrések során felvett kérdőívek adatait elemezzük.

¹⁰⁰ A vizsgálatban részt vevő intézetek: Szirmabesenyő – Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete: 83 fő; Győr-Moson-Sopron Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet: 142 fő; Márianosztrai Fegyház és Börtön: 139, Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtön: 147 fő; Kálcsai Fegyház és Börtön: 220 fő; Szombathelyi Országos-Büntetés-végrehajtási Intézet: 300 fő; Tiszaöldi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet: 135 fő.

¹⁰¹ A szűrésben részt vevő fogvatartottak a kérdőívet a szűrést megelőzően töltötték ki. A kérdőívek, illetve a szerológiai eredmény a sorszám alapján volt összeköthető. A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel, anonim módon történt.

ívek felvételére csak az év közepétől került sor, a kérdőívet összesen 1166 fogvatartott¹⁰² töltötte ki.

36. táblázat. A szűrésben és kérdőívfelvételben részt vevő bv. intézetek átlag fogvatartotti létszáma és a megszűrték létszáma

Intézet neve	Intézet jellege	2008-as átlagos fogvatartotti létszám (fő)	Szűrésben részt vevő, kérdőívet kitöltő személyek száma (fő)	Szűrésben részt vevő, kérdőívet kitöltők az átlagos létszám százalékában (%)
Szirmabesenyő Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete	férfi	133	83	62,4
Győr-Moson-Sopron Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet	koed.	172	142	82,6
Márianosztrai Fegyház és Börtön	férfi	551	139	25,2
Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtön	férfi	380	147	38,7
Kalocsai Fegyház és Börtön	női	302	220	72,8
Szombathelyi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet	koed.	569	300	52,7
Tiszalöki Országos Büntetés-végrehajtási Intézet	férfi	618	135	21,8
Összes részt vevő intézet		2725	1166	42,8
Összes intézet		14702	1166	7,9

Forrás: BVOP

A mintában 946 férfi és 220 nő szerepelt. A minta 17,1%-a (199 fő) 25 év alatti volt, 33,8%-a (395 fő) 25 és 34 év közötti, míg 42,8%-uk (499 fő) 34 év feletti volt (az életkorra vonatkozó kérdésre a minta 6,3%-a nem válaszolt). Az átlagéletkor 34,4 év volt. Az 1166 fő közül 402 fő (34,5%) számolt be valaha történt kábítószer-fogyasztásról, közülük 148 fő intravénásan is használt életében valamilyen kábítószer.

¹⁰² A 2008-as átlag fogvatartotti létszám (14 702 fő) 8%-a.

37. táblázat: A szűrésben részt vevő fogvatartottak kábítószer-fogyasztására, illetve intravénás kábítószer-fogyasztására vonatkozó életprevalencia-értékek életkor szerinti bontásban

Életkor	Teljes minta		Kábítószerrel valaha fogyasztók		Intravénásan kábítószerrel valaha fogyasztók	
	száma	%	száma	%	száma	%
<25 év	199	17,1	105	52,8	37	18,6
25-34 év	395	33,8	172	43,5	71	18
>34 év	499	42,8	101	20,2	29	5,8
Nem ismert	73	6,3	24	32,9	11	15,1
Összesen	1166	100	402	34,5	148	12,7

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A teljes mintában 30 fő (2%) esetében mutattak a szerológiai vizsgálatok hepatitis C pozitivitást, 21 fő ebből életében már fogyasztott kábítószerrel, 17 fő pedig azt intravénásan is használta már. A hepatitis C fertőzöttségi arány az intravénásan kábítószerrel valaha fogyasztó fogvatartottak körében volt a legmagasabb.

38. táblázat: Hepatitis C fertőzöttség (HCV-ellenanyag) a teljes mintában, illetve a kábítószerrel valaha fogyasztók és az intravénásan valaha fogyasztók szerinti bontásban

HCV-ellenanyag vizsgálatának eredménye	Teljes minta		Kábítószerrel valaha fogyasztók		Intravénásan kábítószerrel valaha fogyasztók	
	száma	%	száma	%	száma	%
HCV-ellenanyag pozitív	30	2,6	21	5,2	17	11,5
HCV-ellenanyag negatív	1136	97,4	381	94,8	131	88,5
Összesen	1166	100	402	100	148	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak (148 fő) életkori kategóriáit megvizsgálva megállapítható, hogy a 34 év felettek körében figyelték meg a legmagasabb hepatitis C fertőzöttségi arányt, 24,1%-ot (7 fő). A 25 és 34 év közöttiek esetében ez az arány 9,9% (7 fő), a 25 év alattiak esetében 5,4% (2 fő).

39. táblázat. A valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak HCV-fertőzöttsége életkor szerinti bontásban

Életkor	Intravénásan kábítószerrel valaha fogyasztók		
	száma	közül pozitív	
		száma	%
<25 év	37	2	5,4
25–34 év	71	7	9,9
>34 év	29	7	24,1
Nem ismert	11	1	9
Összesen	148	17	11,5

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

Az intravénásan valaha kábítószerrel fogyasztó fogvatartottak körében a vizsgálat az intézetbe kerülés előtti időszak, illetve az intézetbeli időszak intravénás szerhasználatra vonatkozó prevalenciaértékeit is mérte. A 148 valaha intravénásan szert használó 39,8%-a (59 fő) utoljára az intézetbe kerülés előtti 1 hónapban használt intravénásan kábítószerrel, 16,2%-uk (24 fő) az intézetbe kerülés előtti 1 évben, 33,1%-uk (49 fő) a bekerülés előtt több mint 1 évvel. Az intézetben az alminta 10,8%-a (16 fő) fogyasztott intravénásan valamilyen szert.

Az intravénás szerhasználatot bevalló fogvatartottak körében kiszűrt 17 HCV-fertőzött mind az intézetbe kerülés előtt használt utoljára intravénásan kábítószerrel, 47,1%-uk (8 fő) az intézetbe kerülés előtti 1 hónapban is injektált. Az intézetben történő intravénás szerfogyasztást bevallók körében nem volt hepatitis C fertőzött.

40. táblázat: A HCV-pozitív és HCV-negatív, valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása az utolsó injektálás időpontja szerinti bontásban

Mikor injektált utoljára	HCV-ellenanyag pozitív		HCV-ellenanyag negatív		HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek	
	száma	%	száma	%	száma	%
az intézetbe kerülés előtti 1 hónapban	8	47,1	51	38,93	59	39,86
az intézetbe kerülés előtti 12 hónapban	5	29,4	19	14,50	24	16,22
az intézetbe kerülés előtt több mint 1 évvel	4	23,5	45	34,35	49	33,11
az intézetben	0	0	16	12,21	16	10,81
Összesen	17	100	131	100	148	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A fogvatartottak arra is választ adtak, hogy milyen kábítószeret injektáltak életükben. Több szert is meg lehetett jelölni, az elsődleges szerről nincs információ. Amfetamin-használatot 102 fő említett, közülük 13 fő (12,7%) volt hepatitis C fertőzött. Heroinfogyasztást 65-en jeleztek, körükben 10,8%-os (7 fő) volt a fertőzöttség. Közel ugyanennyi fogvatartott (60 fő) számolt be kokain injektálásáról, közülük 5-en voltak (8,3%) fertőzöttek.

41. táblázat: A HCV-pozitív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása a kábítószer típusa szerinti bontásban (N=145)

Az injektált kábítószer típusa	Az adott szertípust említő személyek száma*	Közülük a HCV-ellenanyag pozitív személyek	
		száma	%
amfetamin	102	13	12,7
heroin	65	7	10,8
kokain	60	5	8,3
ecstasy	54	6	11,1
metadon	26	3	11,5
egyéb szer	15	1	6,6

* Egy fő több szertípust is megjelölhetett

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A hepatitis C szűrőprogramban résztvevők vérmintáit megvizsgálták HIV-, illetve hepatitis B fertőzöttség szempontjából is. Ennek köszönhetően összesen 3367¹⁰³ fő vett részt HIV-szűrésen 2008-ban, akik között 2 fertőzött személyt (0,05%) találtak. A hepatitis B felületi antigén jelenlétét 2008-ban 2618¹⁰⁴ fő vérmintájánál vizsgálták, 70 pozitív esetet (2,7%) találtak. (A kezelési adatokat lásd: 3.6.1 fejezet.)

Fertőző betegségek a drogfogyasztással összefüggő halálesetek körében

2008-ban Budapesten 23 intravénás heroinfogyasztó halt meg túladagolásban (további halálozási adatokat lásd: 3.5 fejezet). Ebből 16 fő vérmintája volt alkalmas a szerológiai vizsgálatok elvégzésére. A 16 főnél 8 esetben igazoltak HCV-pozitivitást, és 2 esetben HbsAg-pozitivitást.

¹⁰³ A 2008-as átlagos fogvatartotti létszám (14 702 fő) 23%-a.

¹⁰⁴ A 2008-as átlagos fogvatartotti létszám (14 702 fő) 17,8%-a.

TBC ÉS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT

A 2008-as szűrővizsgálatok során 2 fő új TBC-s beteget találtak, akik kábítószer-fogyasztóknak vallották magukat. A legjelentősebb rizikótényezők továbbra is az alkoholfüggőség és a hajléktalanság.

42. táblázat: Az új TBC-s betegeknél talált rizikótényezők 2008-ban

Rizikótényező	Betegek száma	Betegek %-a
Alkoholfüggő	270	16,8
Hajléktalan	130	8,1
Kontakt személy	57	3,5
Immigráns	16	1,0
Egészségügyi dolgozó	23	1,4
Diabéteszes	58	3,6
Szteroid kezelt	18	1,1
Zárt közösség ¹⁰⁵	32	2,0
Kábítószer-használó	2	0,1
HIV-fertőzött	2	0,1
Börtön	22	1,4
Nincs rizikótényező	1191	74,2
Incidencia: Összesen	1606	100

Forrás: Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

A büntetés-végrehajtási intézetekben 9301¹⁰⁶ fogvatartott esetében történt tüdőszűrés 2008-ban, közülük 21 fő új TBC-s beteget szűrtek ki a vizsgálatok során.¹⁰⁷

KOCKÁZATOS MAGATARTÁSOK

Országos vizsgálat

Az EMCDDA útmutatója¹⁰⁸ alapján 2008-ban először – kísérleti projekt keretében – az Országos Epidemiológiai Központ által végzett HIV-/HBV-/HCV-prevalenciavizsgálathoz (Dudás et. al 2009) kapcsolódóan sor került

¹⁰⁵ Szociális-, betogotthon, gyermekotthon.

¹⁰⁶ A 2008-as átlag fogvatartotti létszám 63,3%-a.

¹⁰⁷ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és az Országos Epidemiológiai Központ beszámolója alapján.

¹⁰⁸ Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337.

négy, a kockázati magatartásokat mérő változó lekérdezésére. A kérdések az elmúlt egy éven belüli HIV-/HCV-szűrésen való részvételről, illetve az elmúlt 4 hétben történt tű/fecskendő megosztásról, illetve bármilyen injektáló segédeszköz megosztásáról szóltak. A válaszokat össze lehetett kapcsolni a szerológiai eredményekkel (a szerológiai eredményeket lásd korábban ebben a fejezetben).

A feldolgozott adatok alapján a valaha intravénásan szert használók közel felénél nem történt az elmúlt évben sem HIV-(45,8%), sem HCV-szűrés (46,1%). Azok közül, akik az elmúlt év során voltak HCV-szűrésen (318 fő)¹⁰⁹, 17,3% vallotta magát HCV-fertőzöttnek, 65,7% pedig úgy tudta, hogy negatív lett a szűrővizsgálat eredménye, 17%-uk bár volt szűrésen, nem tudta megmondani az előző szűrővizsgálat eredményét.

A magát HCV-fertőzöttnek valló 55 személy közül 49-nél igazolódott HCV-pozitivitás a laboratóriumi vizsgálat során, öt esetben negatív, egy esetben kétes eredmény született. Az 55 fő közül 10 fő számolt be közös tűhasználatról az elmúlt 4 hétben, 15 fő volt azok száma, akik bármilyen injektáló segédeszközt megosztottak, annak ellenére, hogy tudták magukról, hogy hepatitis C pozitívak.

Összesen 209 szerhasználó mondta azt, hogy az előző szűrővizsgálat eredménye negatív volt, közülük 25 esetben pozitív szerológiai státus került kimutatásra, egy esetben kétes volt a végeredmény. A 25 személy közül 24-en negálták a közös tűhasználatot, 19-en pedig negálták, hogy bármilyen injektáláshoz szükséges eszközt megosztottak volna.

43. táblázat: A 2008-as HCV-prevalenciavizsgálatban megszürt intravénás kábítószer-fogyasztók aránya az előző év során HCV-szűrésen való részvétel szerinti bontásban

HCV-szűrésen való részvétel az elmúlt 1 évben	HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív	
		szám	%
igen, pozitív lett	55	49	89,1
igen, negatív lett	209	25	12
igen, nem tudja az eredményt	54	16	29,6
nem volt	272	43	15,8
Összesen	590	133	22,5

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009); Nemzeti Drog Fókuszpont

¹⁰⁹ Az elemzés során figyelembe kell venni, hogy a szerhasználó lehetséges, hogy a megelőző évi prevalencia-vizsgálaton vett részt. A 2007-ben megszürt 567 esetből 141 főt (24,9%) ért el a 2008-as szűrés is.

A közös tű-, illetve eszközhasználattal kapcsolatos kérdésekre a szerhasználók 2,9%-a (17 fő), illetve 2,4%-a (14 fő) nem válaszolt. A válaszadók 14,6%-a (84 fő) mondta azt, hogy az elmúlt négy hétben kábítószer injektlálásához közös tűt és/vagy fecskendőt használt, és a megkérdezettek 24,6%-a (142 fő) válaszolta azt, hogy az injektláláshoz szükséges bármely eszközt megosztott az elmúlt hónapban. A közös tűhasználatot bevalló szerhasználók 26,2%-a, míg a bármely kábítószer-injektláláshoz szükséges eszközt megosztó személyek 31%-a (44 fő) bizonyult HCV-pozitívnak.

44. táblázat: A tűt/fecskendőt, illetve egyéb injektláló segédeszközt megosztó intravénás szerhasználók aránya HCV-fertőzöttség szerinti bontásban

Tű és/vagy fecskendő megosztása	HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív	
		szám	%
megosztotta	84	22	26,2
nem osztotta meg	489	111	22,7
Összesen	573	133	23,2

Injektláló segédeszköz megosztása	HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív	
		szám	%
megosztotta	142	44	31
nem osztotta meg	434	89	20,5
Összesen	576	131	22,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009); Nemzeti Drog Fókuszpont

Közös tű használatánál a fertőzöttségre vonatkozó esélyhányados 1,22 (95% CI: 0,69–2,15), bármely kábítószer injektláláshoz szükséges eszközt megosztó személyeknél az esélyhányados 1,78 volt (95% CI: 1,13–2,78). E szerint a közös tűt/fecskendőt használóknak 1,22-szer nagyobb volt az esélye a HCV-vírus akvirálására, mint azoknak, akik nem osztottak meg tűt/fecskendőt. Mivel a 95%-os megbízhatósági határ magába foglalja az 1-et, így nincs bizonyíték arra, hogy a közös tű/fecskendő használata növelte a HCV-vírus akvirálásának esélyét. Azoknak, akik bármely, a kábítószer injektlálásához szükséges eszközt megosztottak, 1,78-szor nagyobb volt a fertőződési esélye, mint azoknak, akik nem osztották meg az injektláláshoz szükséges eszközöket. Mivel a 95%-os megbízhatósági határ nem foglalja magába az egyet, ezért azt mondhatjuk, hogy az eszközt megosztók

nagyobb kockázatnak voltak kitéve a fertőződés szempontjából, mint azok, akik nem osztottak meg eszközt egymással.¹¹⁰

Budapesti vizsgálat intravénás kábítószer-fogyasztók körében

A nem kezelési programból toborzott intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett kutatás¹¹¹ (Gyarmathy et al. 2008) során az derült ki, hogy a fertőzöttek többsége előtt nem volt ismert saját HCV-pozitivitása. A szerológiai vizsgálatban és az interjúkn is részt vevő 185 fő 14,6%-a (27 fő) vallotta magát a vérvizsgálatot megelőzően HCV-pozitívnak, a szerológiai eredmények azonban 69 főnél (37,3%) mutattak ki HCV-pozitivitást. A 69 fő 61%-a (42 fő) nem tudta magáról a vizsgálatot megelőzően, hogy hepatitis C fertőzött.

A vizsgálat előtti 30 napban az összes megkérdezett (215 fő) 93%-a (201 fő) mindig egyrészes fecskendőt¹¹² használt. Közülük 152 fő számolt be arról, hogy nem vett részt receptív tűmegosztásban, 26 fő részt vett receptív tűmegosztásban, azonban használat előtt mindig megtisztította a tűt, továbbá 23 fő részt vett receptív tűmegosztásban és azt nem mindig tisztította meg használat előtt. A teljes minta fennmaradó 7%-a (14 fő) legalább egyszer kétrészes fecskendőt¹¹³ használt.

Minden ötödik személy, a minta 20%-a részt vett disztributív tűmegosztásban. A megkérdezettek nagy része (61%) megosztotta az injektálásához szükséges egyéb segédeszközöket (főzőedény, szűrő), és 27% nyilatkozott arról, hogy a kábítószerrel átfecskendezte egyik fecskendőből a másikba.

Az elemzés során kimutatásra került, hogy a kétrészes fecskendő használata összefüggésben állt azzal, ha valaki tudta magáról, hogy hepatitis C fertőzött. Azonban kiemelendő, hogy a disztributív tűmegosztás nem korrelált az önbevallásos hepatitis C fertőzöttséggel, azaz azon intravénás szerfogyasztók, akik tudták magukról, hogy hepatitis C fertőzöttek, ugyanolyan valószínűséggel vettek részt disztributív tűmegosztásban, mint azok, akik negatívnak vallották magukat.

A kutatás további kockázatos magatartások előfordulását is vizsgálta a megkérdezettek körében, ezek a változók voltak többek között az injektáló

¹¹⁰ Az eredményeknél figyelembe kell venni, hogy az adatok bemondás alapján kerültek felvétele, feltételezhető, hogy a kliensek nem mindig vallották be a közös tű használatát, illetve használtak közös tűt, vagy bármely más eszközt, csak nem a szűrővizsgálat előtti négy hétben, amely a kérdőíven megadott időintervallum volt.

¹¹¹ Részletes leírást és egyéb fertőzöttségi, szociodemográfiai adatokat lásd: korábban ebben a fejezetben.

¹¹² Egyrészes fecskendő = a tű és fecskendő nem különíthető el egymástól.

¹¹³ Kétrészes fecskendő = a tű és a fecskendő elválasztható egymástól.

társak száma, a tetoválás¹¹⁴, a napi heroininjektálás, a legalább heti egyszeri amfetamin-/ ecstasy-/ kokaininjektálás, továbbá az intravénás kábítószerhasználat folyamatossága.

Az egyváltozós elemzés szerint ezen változók közül a napi heroinhasználat, és a folyamatos intravénás szerhasználat mutatott erős kapcsolatot azzal, hogy valaki hepatitis C fertőzöttnek vallotta magát.

A szerológiai vizsgálatban is résztvevők (185 fő) körében¹¹⁵ hasonló arányok voltak megfigyelhetők receptív/disztributív eszközmozgás tekintetében.

45. táblázat: Kockázatos magatartások az intravénás szerfogyasztók körében hepatitis C fertőzöttség szerinti bontásban (N=185)

Kockázatos magatartások a vizsgált személyek körében	HCV-ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		Ebből negatív		Ebből pozitív	
	száma	%	száma	%	száma	%
Egyrészes fecskendőt használ, és nem osztja meg receptíven	131	70,8	88	67,2	43	32,8
Egyrészes fecskendőt használ, megosztja receptíven, de tisztítva	22	11,9	16	72,2	6	27,3
Egyrészes fecskendőt használ, megosztja receptíven, nem tisztítva	19	10,3	7	36,8	12	63,2
Kétrészes fecskendőt használ	13	7	5	38,5	8	61,5*
Nem osztja meg a fecskendőt disztributívan	150	81,1	92	61,3	58	38,7
Megosztja a fecskendőt disztributívan	35	18,9	24	68,6	11	31,4

* p<0,05 szignifikáns különbség

Forrás: Gyarmathy et. al 2008

Az egyváltozós elemzés során a túmegosztás kombinált változója korrelált a hepatitis C szeropozitivitással. A többváltozós elemzés során megállapítható volt, hogy míg a receptíven megosztó, de használat előtt az egyrészes fecskendőt mindig megtisztító intravénás szerhasználói magatartás nem mutatott összefüggést a hepatitis C fertőzöttséggel, addig a receptíven megosztó, de használat előtt az egyrészes fecskendőt nem megtisztító szerhasználói magatartás erős kapcsolatban állt a HCV-fertőzöttséggel. Azaz

¹¹⁴ Valaha, illetve 2003 előtt szerinti bontásban.

¹¹⁵ A szerológiai vizsgálatban a teljes minta (215 fő) 86%-a vett részt (185 fő), körükben szintén elemezték az egyes kockázati magatartások arányait, korrelációit.

elmondható, hogy az egyrészes fecskendő használat előtti megtisztítása jelentősen csökkenti a megfertőződés kockázatát.

Bár a kétrészes fecskendőhasználat és a HCV-fertőzöttség között nem volt kimutatható kapcsolat a többváltozós elemzés során, azonban kiemelendő, hogy több mint 60% volt a fertőzöttek aránya a legalább egyszer kétrészes fecskendőt használók körében, illetve azok körében, akik receptíven megosztották az egyrészes fecskendőt, és azt nem mindig tisztították meg használat előtt. Szemben ezzel, 30% körüli volt a fertőzöttségi arány azok körében, akik mindig egyrészes fecskendőt használtak, és azt nem osztották meg receptíven, illetve azok körében, akik azt közös használat előtt megtisztították.

Az egyéb kockázati magatartások elemzése során csak a 2003 előtt szerzett tetoválás korrelált a hepatitis C szeropozitivitással. A megszürték 47,6%-a (88 fő) szerezte tetoválását 2003 előtt, körükben 45,5%-os (40 fő) volt a fertőzöttség, míg a 2003 előtt nem tetoválók körében (52,4%, 97 fő) a fertőzöttségi arány 29,9% (29 fő) volt.

Budapesti vizsgálat kezelésben nem részesülő problémás kábítószer-fogyasztók körében

Kezelésben nem részesülő, problémás kábítószer-fogyasztók szűrésen való részvételéről, illetve kockázatos magatartásainak jellemzőiről egy másik budapesti kutatásból is állnak rendelkezésre információk, mely a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében vizsgálta az említett változókat (Márványkóvi et al. 2008).¹¹⁶ A kutatás során szerológiai vizsgálat nem történt. Az adatokat lásd: 1.4.4 fejezet.

Kockázatos magatartások a büntetés-végrehajtási intézetekben

A bv. intézetekben zajló, hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő kutatás¹¹⁷ (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a) során a valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak körében azt is megkérdezték, hogy osztottak-e meg valaha tűt/fecskendőt, illetve egyéb injektáláshoz szükséges segédeszközt. A minta 35,8%-a (53 fő) számolt be valaha történt tűmegosztásról, közülük 11 fő (20,8%) volt HCV-pozitív. Injektáló segédeszköz valaha történt közös használatáról a minta közel fele, 72 fő (48,6%) számolt be, körükben szintén 11 fő (15,3%) volt HCV-fertőzött.

A tűt/fecskendőt, illetve egyéb injektáló segédeszközt valaha megosztók körében magasabb volt arányaiban a hepatitis C fertőzöttség (20,8%, illetve

¹¹⁶ Módszertanát lásd: 1.4.4 fejezet.

¹¹⁷ A kutatás leírását, módszertanát lásd: korábban ebben a fejezetben.

15,3%), mint a tű/fecskendő, illetve egyéb injektló segédeszközt nem megosztók körében (6,3%, illetve 7,9%).

46. táblázat: A HCV-pozitív és -negatív, intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása a tű/fecskendő, illetve egyéb injektló segédeszköz valaha történt megosztása szerinti bontásban (N=148)

HCV-státus	Tű/fecskendő megosztása				Injektló segédeszköz megosztása			
	Igen		Nem		Igen		Nem	
	száma	%	száma	%	száma	%	száma	%
HCV-pozitív	11	20,8	6	6,3	11	15,3	6	7,9
HCV-negatív	42	79,2	89	93,7	61	84,7	70	92,1
Összesen	53	100	95	100	72	100	76	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A vizsgálat során megkérdezték a kutatásban részt vevő összes fogvatartottat (intravénás és nem intravénás szerhasználókat egyaránt) arról, hogy rendelkeznek-e tetoválással, illetve hol szereztek utolsó tetoválásukat. A kérdésre 1143 fő válaszolt, közülük 46,8% (535 fő) rendelkezett tetoválással, amelyet az intézetbe kerülés előtt szerzett. 232 fő, a minta 20,3%-a utolsó tetoválását a börtönben szerezte, 376 főnek nem volt tetoválása. Akik intézetbe kerülés előtt szereztek tetoválásukat, azoknak 2%-a (11 fő) volt HCV-fertőzött. Azon fogvatartottak körében, akik az intézeten belül tetováltak utoljára, 8 fő (3,4%) volt HCV-fertőzött.

47. táblázat: A HCV-pozitív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása az intézetbe kerülés előtt szerzett tetoválás, illetve az intézetben szerzett tetoválás szerinti bontásban

Tetoválás	Teljes minta		HCV-pozitív személyek	
	száma	%	száma	%
Van, az intézetbe kerülés előtt szerezte az utolsót	535	46,8	11	2
Van, az intézetben szerezte az utolsót	232	20,3	8	3,4
nincs tetoválása	376	32,9	11	2,9
Összesen	1143	100	30	2,6

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

3.4.2 Közúti balesetek

2008-ban a Rendőrség 75 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 Toxikológiai Intézet a 75 mintából 46 esetben állapított meg pozitívítást, amelyek közül 19 minta esetében vérben is bizonyítható volt a kábítószer jelenléte.

48. táblázat. Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban

Hatóanyag	Esetek száma
THC	12
Amfetamin	4
Kokain	1
Morfin (Heroin)	6
Amfetamin + THC	9
Morfin (Heroin) + THC	1
MDMA + THC	2
MDMA	4
Morfin + amfetamin + THC	1
Benzodiazepin + barbiturát	1
Benzodiazepinek	5
Összesen	46
A vérben is bizonyítható volt	19

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

3.4.3 A várandósság alatti droghasználat hatása, magzati szindróma

A Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája által végzett éves szubsztitúciós adatgyűjtés kiegészült egy kérdéssel, így a 2008-as kezelésekkkel kapcsolatban lekérdezésre került a kezelésben lévő várandós kismamák száma. 2008-ban szubsztitúciós kezelésben 183 nő részesült, közülük 3 fő volt várandós.

3.4.4 Kábítószer-mérgezési esetek

Az elmúlt évhez hasonlóan a 2008-as évben is a Péterfy Sándor Utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán keletkezett adatokat¹¹⁸ közöljük a kábítószer-mérgezési esetekkel kapcsolatosan.

Az elmúlt évekhez képest jelentős növekedés volt megfigyelhető az osztályon kezelték számában, 2008-ban 1692 főt kezeltek kábítószer, illetve szerves oldószer mérgezés miatt (2006-ban 670 fő, 2007-ben 672 fő), minden szer tekintetében emelkedés mutatkozott. Az elmúlt évhez képest másfélszeresével (98 fővel) emelkedett a heroin-túladagolás miatt kezelték száma, a növekedés a férfiak esetében nagyobb volt. Metadon-túladagolás 30 esetben fordult elő (10 férfi, 20 nő), ez ötszöröse a tavalyi értéknek. Az opiát típusú szerek okozta mérgezések egyharmada külön megjelölés nélküli, jellemzően dextrometorfánt tartalmazó köhögéscsillapító szerek túladagolásából, illetve azok alkohollal való együttes fogyasztásából adódó túladagolások, de a GHB okozta mérgezések¹¹⁹ is ebben a kategóriában szerepelnek.

Az opiátok után a második leggyakrabban amfetamin típusú szereket adagoltak túl. A 2008-ban bekövetkezett amfetamin-túladagolások száma közel kétszerese (2006-ban 58 eset, 2008-ban 108 eset), az ecstasy-túladagolások száma több mint háromszorosa (2007-ben 33 eset, 2008-ban 114 eset) az előző évinek. Az amfetamin típusú szereken belül magas (64,6%) a külön megjelölés nélküli esetek aránya. A toxikológiai osztály főorvosának tájékoztatása szerint itt sok esetben különféle szexuális élményfokozó készítmények, illetve kínai származású (efedrin tartalmú) gyógynövények túladagolásáról van szó. Az amfetamin típusú szereket a kannabisz típusú szerek követik, ezek esetében is jelentős emelkedés történt (2007-ban 63 eset, 2008-ban 170 eset). A szerves oldószer okozta nem halálos túladagolások¹²⁰ számában is jelentős emelkedés mutatkozott, 2007-hez

¹¹⁸ Az adatgyűjtés problémáiról lásd a 2007-es „Jelentés a magyarországi kábítószer helyzetről” 3.5.3 fejezetét. Az osztályon keletkezett adatokat az OSAP-adatgyűjtés keretében gyűjti az Országos Addiktológiai Centrum. Az OSAP-adatlap a következőképpen csoportosítja a különböző szereket: 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.

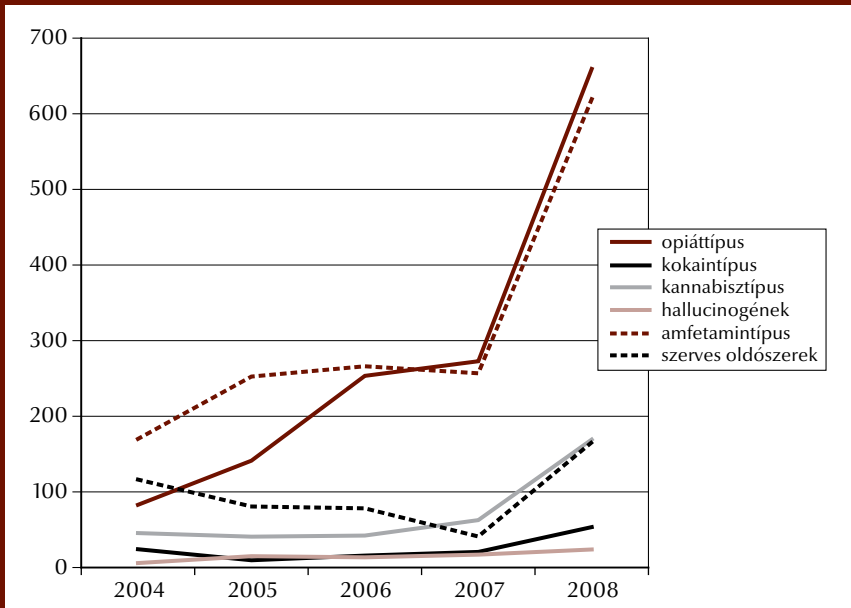
¹¹⁹ Az OSAP-adatlap nem tartalmazza a GHB-t.

¹²⁰ Ezen esetek bármely illékony anyaggal kapcsolatos mérgezési eseteket tartalmaznak, nem kizárólag a visszaélészerűen használt szereket.

képest számuk megnégyszereződött (2007-ben 41 eset, 2008-ban 165 eset). A kokain típusú szerek miatti túladagolások száma szintén megduplázódott (2007-ben 22 eset, 2008-ban 53 eset), a legkisebb emelkedés a hallucinogén típusú szerek esetében történt (2007-ben 17 eset, 2008-ban 24 eset).

Az adatgyűjtés nem ad lehetőséget a visszaélészerű szerhasználat miatt bekövetkezett esetek leválogatására. Az időskori opiát és amfetamin típusú szerekkel kapcsolatos mérgezésekkel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy ezek jelentős része feltételezhetően orvosi javallatra alkalmazott szerekkel történik, egy részük nem is szándékos, hanem véletlen mérgezési, túladagolási eset.

81. ábra: 2004 és 2008 között a Péterfy Sándor Utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drogmérgezés miatt kezelték száma

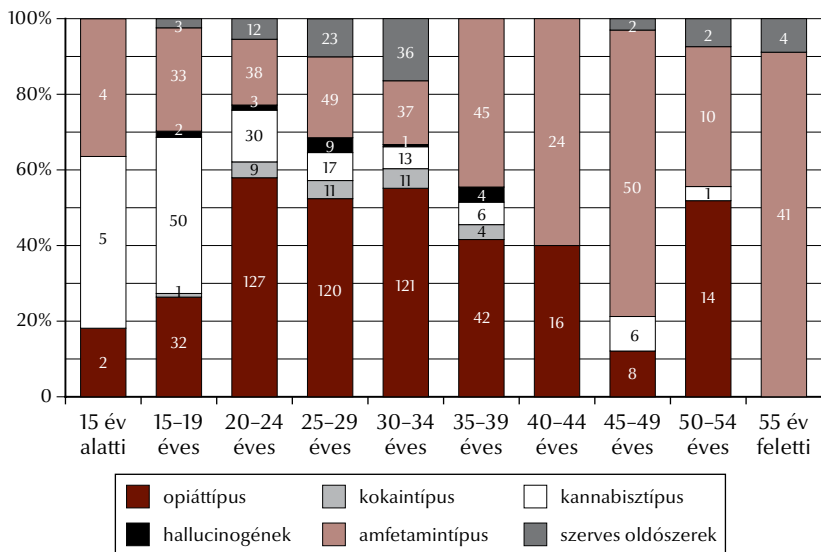


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

Az életkori megoszlásokat vizsgálva megállapítható, hogy a férfiak körében a 20–24, 25–29 és 30–34 éves korcsoportban közel azonos számú mérgezési eset történt (219, 229, illetve 219 eset). A nők körében kiemelkedik a 30–34 éves korosztály, az ő körükben történt az esetek negyede (156 eset), őket a 25–29 éves korcsoport követi (93 eset), majd a 15–19 évesek (74 eset).

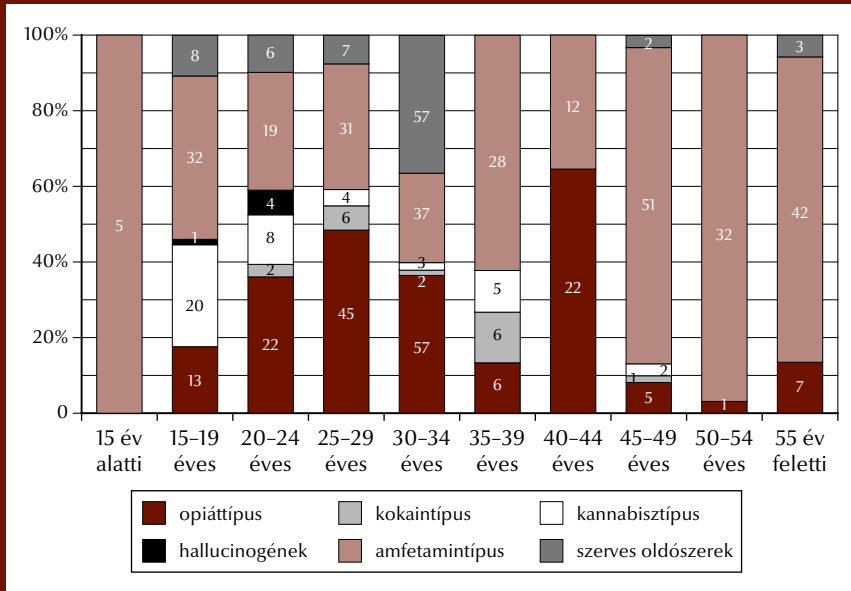
A metadon, a hasis és a külön megjelölés nélküli amfetamin típusú túladagolásokat kivéve minden szer esetében a férfiak körében történt több eset.

82. ábra: A Péterfy Sándor Utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drogmérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=1078)



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

83. ábra: A Péterfy Sándor Utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drogmérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=614)



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

3.4.5 Túladagolásokkal kapcsolatos tapasztalatok intravénás drogfogyasztók körében

A Baptista Szeretetszolgálat felmérést végzett (Miletics 2008)¹²¹ az Utcafront megkereső program látókörébe került intravénás kábítószer-használók körében azzal a céllal, hogy felmérjék a túladagolással kapcsolatos tapasztalatokat, ismereteket és véleményeket, illetve a kábítószer-használat bizonyos kockázati jellemzőit.

A megkérdezettek többsége 8–15 éve használt kábítószereket. A válaszok szerint több mint 50 főnek volt már túladagolása, és több mint 75 fő élete során legalább egyszer részese volt túladagolós esetnek, többségük már többször is. Közülük többen állították, hogy ismerőseik körében halálos kimenetelű túladagolás is volt már.

¹²¹ A megkérdezett 117 intravénás kábítószer-fogyasztó közül 100 fő adott értékelhető választ. Az adatgyűjtés a Szeretetszolgálat által szerkesztett rövid kérdőív segítségével történt 2008 márciusa és novembere között.

50 fő gondolta úgy, hogy túlادagolás esetén a sós oldat intravénás fecskendezése a megoldás. Közülük többen említették, hogy a „hidegvíz”, a „fürdetés” vagy a „verés” és a „pofozás” is hasznos lehet. 30 fő szerint túlادagolás esetén egyértelműen a mentők kihívása a megoldás. Közülük a legtöbben tudják, hogy gondoskodni kell a szabad légutakról, és valamiféle oldalra fektetés, újraélesztés is szükséges. A megkérdezettek közül 18-an nem tudják, hogy ilyenkor mit kellene tenni, és mindössze 2 fő rendelkezett pontos ismeretekkel: „biztosítom a légutakat, oldalfekvésbe helyezem, és értesítem a mentőket”.

A felmérés során a szerek együttes fogyasztását kérdezték mint kockázati magatartást. 34-en nyilatkoztak úgy, hogy a heroint az egyéb illegális vagy legális drogokkal együtt sosem használják. A többiek, 66 fő a heroint leggyakrabban nyugtató és altató hatású legális gyógyszerekkel, illetve az alkohollal kombinálja rendszeresen. A válaszok között megjelent a heroin és a speed, majd a heroin és a kokain kombinációk, mindez ecstasy és marihuána kiegészítésével.

Arra a kérdésre, hogy részt venne-e egy olyan képzésen, ahol tudását, ismeretét bővíthetné a túlادagolásról és annak elkerülésének lehetőségeiről, a 100 főből 70 válaszolta, hogy szívesen venne részt egy ilyen képzésen.

3.5 Drogfogyasztással összefüggő halálesetek és halandóság a drogfogyasztók körében

A magyarországi kábítószer-használattal összefüggő halálozás adatgyűjtése 2008. évben is az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program keretében készült jelentések alapján történt. Az adatok korrigálását az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet végezte el. Az adatokat az Igazságügyi Orvosszakértői Intézetek és az Egyetemek Igazságügyi Orvostani Intézetei szolgáltatták. Drogfogyasztással összefüggő halálozáson egyrészt a direkt mérgezés, vagyis közvetlen túlادagolás eseteit; másrészt a közvetett droghasználattal összefüggésbe hozható erőszakos vagy természetes okú halálózást értjük. Összefoglalóan megállapítható, hogy a kábítószer-fogyasztással közvetlen összefüggő halálesetek számában lényeges változás nem történt az elmúlt évekhez képest. A 2008-ban jelentett halálesetek 85%-a heroin-túlادagolás miatt következett be. Budapesten kívül csak Szegeden (3 eset) és Miskolcon (4 eset) regisztráltak halálesetet.

3.5.1 Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

Országos adatok

Az előző évekhez képest 2008-ban lényegében nem változott az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma (2006-ban 25 eset, 2007-ben 25 eset). 2008-ban a túladagolások szinte kizárólag heroinhasználattal összefüggésben következtek be. Budapesten kívül csak Szegeden (3 eset) és Miskolcon (4 eset) regisztráltak halálestet. Két halálest fordult elő metadonhasználattal összefüggésben, mindkét esetet Miskolcra jelentették. Budapestről 2008-ban kizárólag heroinfogyasztással összefüggő közvetlen túladagolásokat jelentettek.

49. táblázat: Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2008-ban

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	17	6	23
Metadon	1	1	2
Morfin	1	0	1
Egyéb opiát	0	0	0
Hallucinogén	0	0	0
Amfetamin származékok	0	0	0
Écstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)	0	1	1
Kokain	0	0	0
Illegális szer összesen	19	8	27
Szerves oldószer	6	3	9
Nyugtató-altató	72	87	159
Politoxikománia	10	12	22
Illegális és legális összesen	107	110	217

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A Budapesten heroin-túladagolásban elhunyt férfiak átlagéletkora 29,7 év volt (legfiatalabb 21 éves, legidősebb 42 éves), a nők esetében 30,8 év (legfiatalabb 22 éves, legidősebb 43 éves). Heroin-túladagolás miatt bekövetkezett halálesetekben az átlagéletkor folyamatosan nő. Fiatalkorúaknál heroin-túladagolással 2008-ban nem fordult elő.

A budapesti halottak esetében lehetőség nyílt megvizsgálni, hogy az elhunytak az elmúlt években megfordultak-e valamilyen kezelési ellátásban. A 20 budapesti heroin-túladagolásban elhunyt személy közül 8

szerepelt a TDI-adatbázisban¹²², vagyis 2005 és 2008 között megfordult valamilyen kezelőhelyen. 7 elhunyt esetében heroin volt az elsődleges szer a kezelésbe kerülés idején, 4-en aktív intravénás használók voltak.

Az elhunytak első szerhasználatának életkorát vizsgálva megállapítható, hogy az elsődlegesen heroin miatt kezelték az első szerhasználat után átlagosan 11 évvel haltak meg túladagolásban.

50. táblázat: 2005 és 2008 között kezelésben megjelent, 2008-ban heroin-túladagolásban Budapesten elhunyt személyek jellemzői

	Nem	Életkor	Elsődleges kábítószer	Kezelés kezdete	Beutaló szerv	Korábbi kezelés	Életkor elsődleges szer használatának kezdetekor
1.	Férfi	27	heroin	2007	Saját maga	Korábban már kezelték	17
2.	Férfi	31	heroin	2006	Saját maga	Nem ismert	18
3.	Férfi	22	heroin	2007	Hatósági beutalás	Soha	16
4.	Nő	33	heroin	2005	Hatósági beutalás	Korábban már kezelték	18
5.	Férfi	23	heroin	2007	Másik kábítószer-kezelőhely	Soha	16
6.	Férfi	37	heroin	2008	Hatósági beutalás	Korábban már kezelték	24
7.	Férfi	33	heroin	2005	Családi-/baráti kör	Korábban már kezelték	20
8.	Férfi	26	kannabisz	2005	Szociális ellátás	Korábban már kezelték	16

Forrás: OAC TDI-adatgyűjtés, SE

A 2008-as évben nagy figyelmet keltett az augusztusban halmozottan előforduló kábítószer-halálozás. Összesen 9 halott volt: 7 Budapesten, 2 Miskolcon. 2008. augusztus 2-án történt az első, 2008. augusztus 10-én az utolsó haláleset.

¹²² A TDI-adatgyűjtés 2005. óta folyik, a kezelésben megjelent új eseteket rögzíti. A 2005. előtti kezelési eseményekről nincs információ. A TDI-adatgyűjtésről bővebben lásd 3.2. fejezet.

51. táblázat: Az augusztusban történt budapesti halálesetek jellemzői

Sorsz.	Halálok	Alkoholos befolyásoltság	Szerhasználat	Halál helye
1.	heroin-túladagolás	enyhe	7 év	XIII. ker.
2.	heroin-túladagolás	negatív	n.a.	III. ker.
3.	heroin-túladagolás	enyhe	2 év	III. ker.
4.	heroin-túladagolás	negatív	12 év	XIII. ker.
5.	heroin + kokain + amfetamin + metadon + tramadol + ketamin + karbamazepin	negatív	n.a.	XI. ker.
6.	heroin-túladagolás	negatív	n.a.	X. ker.
7.	heroin-túladagolás	enyhe	15 év kábítószerhasználat, 5 éve intravénás heroin	XIII. ker.

Forrás: SE

A vizsgálatok után megállapítható volt, hogy:

- az augusztusi halálesetek sem demográfiai, sem toxikológiai szempontból nem tértek el a szokásos budapesti droghalálozástól, valószínűsíthető, hogy csak véletlen halmozódásról volt szó:
- a droghalálozások száma 2008-ban nem tért el számottevően a 2007-es vagy 2006-os adatoktól.

A heroin okozta halálozás szoros összefüggést mutat a tiszta heroin koncentrációjával, s valószínűsíthetően a halmozottan előforduló halálesetek egy része is ennek tulajdonítható.

A nyugtató-altatószerek okozta túladagolások száma a boncolások arányához képest változatlan maradt az előző évekhez viszonyítva. A szerves oldószerek okozta haláleseteket tekintve emelkedés volt tapasztalható az elmúlt évhez képest, de a 2008-as esetek száma nem éri el a 2006-ban megfigyeltet (2006-ban 11 eset, 2007-ben 2 eset). A 2008-ban jelentett 9 szerves oldószerezrel kapcsolatos haláleset közül 8-at jelentettek Debrecenből, 1-et Budapestről. A 2008-as évben butángáz okozta halálozás nem fordult elő.

Nyugtató-altatómérgezés kapcsán elhunytak között az esetek közel 60%-át az 50 év alatti korosztály képviseli, míg az esetek 40%-ban 50 év feletti személyek hunytak el. A legális szerek okozta mérgezések az életkor előrehaladtával emelkedő tendenciát mutatnak. Mind a férfiak, mind a nők körében Budapesten volt a legmagasabb a halálozás.

3.5.2 Közvetett (indirekt) kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás

Közvetett halálesetek közé azokat az eseteket soroljuk, amelyek nem direkt túladagolás miatt következtek be, azonban erőszakos halál miatt a 34/1999 (IX. 24) BM-EüM-IM rendelet értelmében hatósági boncolásra került sor. Közvetett kábítószer-fogyasztással összefüggésben bekövetkező haláleseteket csak Budapestről jelentettek.

52. táblázat: Közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekben belül Budapesten

	férfi	nő	összesen
opiát	1	1	2
kokain	1	0	1
kannabisz	0	0	0
amfetamin	4	0	4
összesen	6	1	7

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

Az opiát és amfetamin típusú anyagok részben idegenkezű cselekményeknél, részben közlekedési baleset során voltak detektálhatók.

A 2008-as évben természetes okú megbetegedések során két esetben találtak illegális drogot a vérben, az alapbetegség szívkoszorú-verőér betegség, ill. főérbillentyű-elváltozás volt.

3.6 Válaszok a drogfogyasztás egészségügyi szövődményeire és következményeire – kezelés, ártalomcsökkentő beavatkozások és programok¹²³

3.6.1 Drogfogyasztás okozta halálesetek megelőzése

A 2008 augusztusában történt, heroin-túladagolás miatt bekövetkezett 9 halálesetre (bővebben lásd 3.6.3 alfejezet) válaszul a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság szakértők és az érintett tárcák együttműködésében részletes javaslatcsomagot dolgozott ki és fogadott el a túladagolásos esetek hosszabb távú megelőzése érdekében. Szintén ezen esetek kapcsán a Tár-

¹²³ A részfejezet szerzői: Nádas Eszter, Oberth József, Tarján Anna.

saság a Szabadságjogokért „Megelőzhető halálesetek” címmel szemináriumot szervezett¹²⁴, amelyen hazai, illetve külföldi szakemberek vitatták meg a heroin-túladagolások megelőzésének kérdéseit, tapasztalatait. Az előadások és a kerekasztal-beszélgetés során szó esett többek között a halálesetek körülményeiről, a metadon- és suboxoneprogramokról, a droghasználók naloxonnal való ellátásáról és a számukra nyújtott elsősegély tanfolyamokról. A résztvevők megvitatták a naloxonprogramok hazai bevezetésének lehetőségeit és korlátait. A naloxon jelenleg minden mentőautóban elérhető, azonban a szabályozás szerint csupán szakorvos adhatja be, a készítmény OEP-támogatásban nem részesül, drogfogyasztók számára hazavihető formában nem elérhető.

3.6.2 Drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek prevenciója és kezelése

PREVENCIÓ

Túcsereprogramok

Túcsereprogramok működtetésével 2008-ban 18 szolgáltató foglalkozott, amelyek közül 4 található Budapesten, 14 vidéken. 3 vidéki városban – Salgótarjánban, Kaposváron és Orosházán – indult új túcsereprogram 2008-ban, ezzel is javítva a vidék túcsere-szolgáltatásokkal való jobb lefedettségét.

84. ábra: Túcsere-szolgáltatók 2008-as országos megoszlása



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

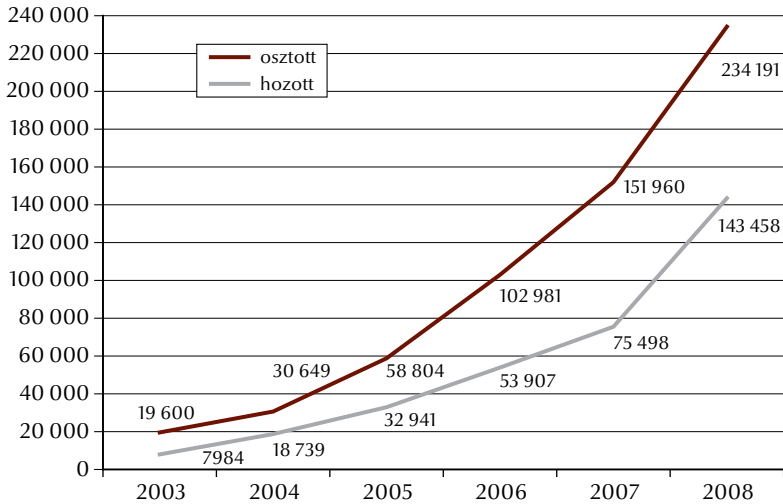
¹²⁴ <http://drogriporter.hu/node/1123> (2009. 10. 20.).

Állandó telephelyű programokat 2008-ban a tavalyi 9 szervezet helyett idén 10 szervezet működtetett, ebből 2 budapesti és 8 vidéki volt. A szegedi Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő Társaság 2008-ban az előző évvel ellentétben nem rendelkezett állandó telephelyű programmal (utcai megkereső programjuk továbbra is működött), azonban két új vidéki szervezet kezdte meg működését. Az egyik a miskolci Drogambulancia Alapítvány, amely idáig csak tűcsere-automatát működtetett, a másik a Salgótarjáni Kistérség Többcélú Társulás Kistérségi Szociális és Gyermejkölési Szolgáltató Központ, amely szintén 2008-ban kezdte meg fix telephelyű programját. Emellett két vidéki szervezet 1-1 újabb városban (Orosháza – Mi-Értünk Prevenációs és Segítő Egyesület; Kaposvár – INDIT Közalapítvány Tükör Somogy Megyei Drogambulancia és Kaposvár Szenvedélybetegek Nappali Ellátója) is elindította állandó telephelyű programját, így elmondható, hogy 2008-ban a fővárosban és 9 vidéki városban működött állandó telephelyű program.

A 12 program keretében összesen kiosztott injektorok¹²⁵ száma 234 191 db volt, amely az előző évhez képest 54%-os emelkedést jelent. A behozott fecskendők száma 143 458 volt, amely szintén jelentős – 90%-os növekedést mutat az előző évhez képest. A változás elsősorban a két budapesti szervezetnek köszönhető. A Drogprevenációs Alapítvány idén 66%-kal több injektort osztott ki, és 123%-kal nőtt a behozott fecskendők száma, amelynek hátterében az áll, hogy szemben 2007-tel, ebben az évben a szervezet nem küzdött forráshiánnyal. A Kék Pont Alapítvány közel másfélszer annyi injektort osztott ki 2008-ban, mint az azt megelőző évben, továbbá 60%-kal több injektort hoztak vissza klienseik 2007-hez képest. Az adatok hátterében áll a növekvő kontakt- és kliensszám, továbbá a 2007-es forráshiány és az ideiglenes bezárás is oka lehet a 2008-ban megfigyelt emelkedő tendenciának.

¹²⁵ Injektor: tű+fecskendő.

85. ábra: Az állandó telephelyű tűcsereprogramokban az osztott és a hozott injektorok száma 2003–2008 között



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A fix telephelyen megforduló kliensek száma nőtt, bár nem olyan számottevően, mint az előző évek során, 2008-ban csak 5%-os volt a növekedés (1333 főről 1407 főre). A kontaktok száma szintén csak csekély mértékben emelkedett, szinte ugyanolyan arányban, mint a kliensek száma.

Az automatáknál tavaly 11%-kal csökkent az eladott fecskendők mennyisége, a hozott+gyűjtötték száma közel ugyanannyi volt 2008-ban, mint 2007-ben. Egyrészt csökkenő tendencia figyelhető meg a miskolci tű-automata esetében, ennek a hátterében valószínűleg az állhat, hogy többen a 2008-ban beindult állandó telephelyű, illetve mobil program szolgáltatásait veszik igénybe. Másrészt a Nyíró Gyula Kórház által működtetett tű-automatából is kevesebb injektor fogyott 2007-hez képest. Ennek magyarázatául szolgálhat az, hogy a budapesti állandó telephelyű szervezetek jelentősen több injektort osztottak ki 2008-ban. Valószínűsíthető, hogy Budapesten így többen a tű-automata helyett más úton jutottak steril tűhöz – állandó telephelyű programoktól vagy más intravénás szerhasználótól kapták azt.

Mobil tűcserét a 2007-es 4 szervezethez képest 2008-ban csak 2 szervezet folytatott, 1 budapesti és 1 vidéki. Azonban a kiosztott, illetve hozott+gyűjtött injektorok száma 2008-ban 16%-kal nőtt. A budapesti Baptista Szeretetszolgálat több mint 2000-rel több injektort osztott ki, illetve

gyűjtött be. Kontaktszámuk ugyan csökkent, de 2008-ban 34 fővel nőtt klienseik száma. 2008-ban indult el a miskolci Drogambulancia Alapítvány mobil programja is, amely Miskolc mellett a környező településeken (Ózd, Tiszaújváros) is folytat tűcserét.

A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tevő utcai megkereső programok száma 11-re nőtt 2008-ban (Budapesten 4, vidéken 7 program). A Baptista Szeretetszolgálat 2008-tól 2 utcai megkereső programot működtet, az egyiket Pesten, a másikat Budán (eddig egy ilyen programjuk volt egész Budapestre kiterjedően), amelyre az egyre inkább kiterjedt klienskörük miatt volt szükség. Továbbá a Mi-Értünk Prevenációs és Segítő Egyesület 2008-tól, Békéscsaba mellett, Orosházán is elindította utcai megkereső programját.

Az utcai programok keretében országosan 19 993 db injektor került kiosztásra, amely a tavalyi csökkenő tendencia után újra növekedést eredményezett. Hasonló arányban nőtt a hozott+gyűjtött injektorok száma is. A növekedés egyrészt köszönhető a Baptista Szeretetszolgálatnak, ahol szerepet játszik az, hogy most már két programot működtetnek, másrészt a szegedi Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő Társaságnak, amely közel 3000 injektorral többet osztott ki, és 2000-rel több használt injektort gyűjtött össze.

A kliensek száma tovább csökkent, 32%-os volt a csökkenés, ennek azonban egyik gyakorlati magyarázó oka az, hogy a Kék Pont sok kliense már az állandó telephelyű programban is részt vesz, ezért ők az alatt a programtípus alatt vannak regisztrálva. A kontaktok száma 63%-kal csökkent 2008-ban, ez jórészt a Baptista Szeretetszolgálat adatainak tudható be, ahol a kapacitások átrendeződése, illetve az önkéntesek hiánya miatt csökkent az előző évi nagyon magas kontaktszám.

53. táblázat: Tűcsereprogramok injektor- és kliensforgalmi adatai 2004–2008 között

	Fix telep- helyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
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
2008					
osztott	234 191	19 567	19 993	24 347	298 098
hozott (+gyűjtött)	143 458	19 148	12 889	1174	176 669
becserélési arány	61,3%	97,9%	64,5%	4,8%	59,3%
kliensek száma	1407	170	367	-	1944
kontaktok száma	15 349	1641	3786	-	20 776

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A 2008-as év folyamán a szolgáltatók összesen 298 098 fecskendőt osztottak ki, a hozott+gyűjtött fecskendők száma 176 669 darab volt. (Ebbe beleértendő a tűcsere-automaták által adott és az automaták mellett elhelyezett

gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is.) A cserélési arány 2008-ban 59%-os volt.

Az adatok alapján elmondható, hogy mind a hozott+gyűjtött, mind az osztott fecskendők számát tekintve tovább folytatódott a növekvő tendencia. 2008-ban 2007-hez képest 40%-kal több fecskendőt osztottak ki a szolgáltatók, a hozott és gyűjtött fecskendők száma pedig közel 70%-os emelkedést mutat. A növekvő trendben elsősorban az állandó telephelyű programokban kiosztott/begyűjtött fecskendők számának jelentős emelkedése játszik szerepet.

Azonban, ezzel a tendenciával ellentétben, csökkent mind a kliensek, mind a kontaktok száma. Lehetséges, hogy sok kliens egyszerre sokkal több fecskendőt visz el/hoz vissza, továbbá, hogy megnőtt a másodlagos tűcsere aránya, azaz egyre többen vannak azok a kliensek, akik injektáló társaiknak is visznek fecskendőt, nem csak saját használatra.

Ezt támasztja alá az az adat is, hogy az egy főre jutó kiosztott injektorok száma 141-re (2007: 92 db), az egy kontaktra jutóé pedig 13-ra (2007: 7 db) emelkedett. Ez a tendencia megfigyelhető a behozott/gyűjtött injektorok esetében is: 2008-ban az egy főre jutó „hozott+gyűjtött” injektorok száma 90 darab volt (2007: 52 db), míg az egy kontaktra jutóé 8 darab (2007: 4 db).

A különböző típusú tűcsere-szolgáltatások igénybevételének felmérése is része volt egy 2008-ban készült kutatásnak (Márványkövi et al. 2008)¹²⁶, amelyben a vizsgált populáció a roma és nem roma kezelésem kívüli intravénás szerhasználók voltak. Az adatokat lásd: 1.4.4 fejezet.

Magyarország legnagyobb kliensforgalmú tűcsereprogramjában¹²⁷ a kliensek szerhasználati mintázatainak vizsgálatára (Csák 2009) került sor 2008 folyamán. Az adatokat lásd: 1.4.5.3 fejezet.

Védőoltás

2008-ban a Drogprevenációs Alapítvány a szervezetüknél történt kampányszűrést (lásd: 3.4.1 fejezet) követően felajánlotta a tűcsereprogramban részt vevő kliensek számára az ingyenes hepatitis B vírus elleni védőoltás lehetőségét. A védőoltás, amelyet az alapítvány az ÁNTSZ Fővárosi Intézetével együttműködve szervezett meg, a tűcsereprogram helyszínén volt elérhető a kliensek számára. 24 kliens igényelte az oltást. (A második ismétlődő oltáson 17 fő vett részt, a harmadik ismétlődő oltáson 7 fő. Az 1985 után születetteket már általánosan beoltották 14 éves korukban.)

¹²⁶ A módszertant és a kutatás részleteit lásd: 1.4.4 fejezet.

¹²⁷ A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Alapítvány tűcsereprogramja.

TANÁCSADÁS, SZŰRŐVIZSGÁLATOK

A 2008. szeptember 15. és december 31. között az Országos Epidemiológiai Központ által szervezett HIV-/HBV-/HCV-kampányszűrés¹²⁸ során a mintát adó 590 intravénás kábítószer-fogyasztóval közölték a vizsgálati eredményeket a 18 részt vevő drogambulancia, illetve tűcsereprogram dolgozói. Pozitív vizsgálati eredmény esetén megfelelő információval látták el a HBV, HCV-fertőzött személyeket arról, hogy mit tehetnek a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében, és hova fordulhatnak további orvosi gondozásba vétel céljából.

2008-ban a MÁTRIX Közhasznú Alapítvány közreműködésével 320 főt szűrték meg hepatitis C vírusra két budapesti szubsztitúciós programban (szűrés eredmények lásd: 3.4.1 fejezet). A kiszűrt egyének utána a kezeléssel kapcsolatosan tájékoztató előadáson vettek részt, illetve akik a kritériumoknak megfeleltek, megkezdheték az antivirális kezelést is.

A HIV-fertőzés mihamarabbi diagnosztizálása érdekében az Országos Tisztiorvosi Hivatal 17 db anonim HIV-/AIDS-tanácsadó szolgálatot működtet azzal a céllal, hogy az önkéntesség elvén nyugvó, az egyén számára térítésmentes HIV-/AIDS-szűrővizsgálatok lehetősége a továbbiakban is biztosítva legyen.

A büntetés-végrehajtási intézetekben (bv. intézet) 2003-tól kezdődően a HIV-szűrés önkéntessé vált, amelynek következményeként – a részletes és alapos felvilágosítás ellenére – drasztikusan csökkent a HIV-szűrést igénylők aránya, költségvetési forrás hiányában pedig nem volt lehetőség hepatitis B és C vírus fertőzöttség felderítésére irányuló vizsgálatokat felajánlani és bevezetni.

Áttörést jelentett egy kereskedelmi cég megkeresése, amelynek révén a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) egyetértésével és szervezésében, a büntetés-végrehajtási szakemberek közreműködésével, civil szervezetek és szakértők bevonásával már 2007-ben megkezdődött 7, majd 2008-ban folytatódott további 13 bv. intézetben a felvilágosítással egybekötött hepatitis C szűrőprogram. A programot támogatta az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ), a vérminták vizsgálatára az Országos Epidemiológiai Központban (OEK) került sor (fertőzöttségi adatokat lásd: 3.4.1 fejezet).

A HCV-kampányszűrővizsgálatok egy előzetes féléves felvilágosító előadással kezdődtek, amely után a fogvatartottak önkéntes módon vehették igénybe a szűrővizsgálatot. 2008-ban azokban az intézetekben, ahol arra lehetőség volt, a szűrés előtti időszakban a zárakban a HCV-vírussal kapcsolatos tájékoztató kisfilmet adtak le.

¹²⁸ A 2008-as vizsgálat eredményeit lásd: 3.4.1 fejezet.

Az év folyamán csatlakoztak a programhoz a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársai, akik a fogvatartottak körében a fertőző betegségekkel – elsősorban a hepatitis C vírussal – összefüggő kockázatos magatartásokról (szerhasználat, intravénás szerhasználat, tetoválás) indítottak el adatgyűjtést a szűréssel párhuzamosan (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a). A válaszok sorszám alapján összeköthetőek voltak a szerológiai eredményekkel (adatokat lásd: 3.4.1 fejezet).

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium közvetítésével átutalt forrásból származó fedezet lehetőséget adott arra, hogy a 2007-es és 2008-as HCV-kampányszűrőprogramok során levett, mintegy 4000 vérmintából a hepatitis B, illetve az OEK költségvetéséből a HIV-szűrések is megtörténjenek (részletes fertőzöttségi adatokat lásd: 3.4.1 fejezet).

54. táblázat: A büntetés-végrehajtási intézetekben elvégzett HIV-szűrések és a kiszűrt pozitív esetek száma, 2001–2008

Év	Szűrésen részt vettek száma	pozitívak száma	Incidencia (%)
2001	15 936	7	0,04
2002	15 537	3	0,02
2003*	2773	2	0,07
2004	2921	3	0,10
2005	2294	0	0
2006	943	1	0
2007	2992	0	0
2008	3367	2	0,06

* 2003-tól az önkéntesség elve szerint
 Forrás: BVOP

A büntetés-végrehajtás intézményein belül TBC-szűrés is elérhető (adatokat lásd: 3.4.1 fejezet).

Az Egészségügyi Minisztérium¹²⁹ a legnagyobb hazai könnyűzenei fesztivál (Sziget Fesztivál) ideje alatt a helyszínen történő anonim HIV-szűrést és HIV-/AIDS-tanácsadást biztosított a résztvevők számára, fél órán belül eredményt adó gyorsesztes segítségével.

A szűrést az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) gyakorlott munkatársai (3 orvos és 3 asszisztens) végezték a fesztivál területén. A szakemberek a szűrés megkezdése előtt, illetve az eredmény átadásakor válaszoltak a felmerült kérdésekre. A szűrés eredményét helyben is meg lehetett várni, a várakozási idő alatt a kliensek kitölthették a Nemzeti Drog Fókuszpont

¹²⁹ Az Egészségügyi Minisztérium beszámolója alapján.

által készített kockázati magatartást felmérő kérdőívet. Az OEK munkatársai szorosán együttműködtek a Májbetegéért Alapítvánnyal és a minisztérium szakembereivel.

A Májbetegéért Alapítvány közreműködésével idén először az érdeklődők ingyenes hepatitisz C szűrésen és tanácsadáson is részt vehettek, a vérmintákat a Szent László Kórházba vitték be vizsgálatra, az eredményt másnap közölték sorszám alapján a szűrésben résztvevőkkel.

Az ujjbegyes vérvétel és tanácsadás mellett a szervezetek sátrában a fertőzésekkel kapcsolatos szóróanyagokat is be lehetett szerezni. A 3 nap alatt összesen 231 fő vett részt az ingyenes szűrésen, tanácsadáson, közülük 213 fő töltötte ki a kérdőívet.

Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére és támogatásával az Országos Egészségfejlesztési Intézet ifjúságot érintő prevenciós programmal vett részt a Sziget Fesztiválon. A részvétel, a programok harmonizációja és a lebonyolítás több, hasonló területen dolgozó intézménnyel történt. A programok közt szerepelt a drogprevenció és a HIV-/AIDS-prevenció is. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet a fiatalok számára szervezett programok során közel 400 személyes tanácsadást végzett.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet szakmai konferenciát szervezett az iskolai egészségfejlesztés témakörben, melynek fókuszában a szexedukáció állt. Az elmúlt évben az OEFI áttekintette azokat az akkreditált képzéseket, amelyek iskolai egészségfejlesztési témában készültek. Készítettek egy listát olyan képzésekről, amelyek a szakértők véleménye szerint a szakmai tartalmuk és hatékonyságuk értékelését követően megfelelnek a mai kor igényeinek (iskoláknak, pedagógusoknak és diákoknak), és mint ilyenek, alkalmasak arra, hogy ezen a területen segítsék az iskolai munkát. Ezeket a programokat hozzáférhetővé tették nyomtatott és elektronikus formában az oktatási intézmények részére.

Továbbá az Intézet óvszer-automaták felszerelését és üzemeltetését kezdeményezte az érdeklődő iskolákban, amivel a fiatalok ismeret- és igény-szintjének megfelelően lehetőséget kívánt adni a biztonságos szexuális magatartás gyakorlására. Az alkalmazott módszerük iskolalátogatás, iskolai elégedettségi kérdőívek készítése, tanulók igény- és ismeretszintjének kérdőíves vizsgálata, irányított beszélgetés iskolai egészségfejlesztésben részt vevő pedagógusokkal és óvszer-automaták kihelyezése volt.

Az AIDS-Világnap alkalmából az Országos Epidemiológiai Központ tájékoztatónapot és ingyenes szűrővizsgálatot szervezett az érdeklődők számára.

Továbbá a világnapon „Védd magad” címmel egy egész napos program megrendezésére került sor – az Egészségügyi Minisztérium támogatásával – Budapest egyik központi terén és kulturális központjában, ahol sok

civil szervezet is képviseltette magát. A program a fiatal felnőtteknek szóló előadásokat, a személyes tanácsadást, a civil egyesületek bemutatkozását, illetve az ingyenes, anonim HIV-szűrővizsgálatot tartalmazott.

Szintén az AIDS-Világnap alkalmából iskolások tájékoztatására AIDS-világnapi hírlevelet és plakátot készített a Sex Edukációs Alapítvány, melyet valamennyi közoktatási intézetbe eljuttatott.

Az Országos Epidemiológiai Központ a HIV-fertőzésről, illetve az AIDS-betegségről szóló plakátokat és új, színes, közérthető tájékoztató szóróanyagot készített a 2008-as Sziget Fesztiválon történő szűrőprogram és tanácsadás kapcsán. A kiadványt utána több fórumon, rendezvényen is elérhetővé tették, többek között még egy korábban publikált HCV-szóróanyaggal együtt a túszerprogramok között is kiosztásra került.

Az Egészségügyi Minisztérium támogatta – az Országos Egészségfejlesztési Intézet koordinálásával – a „HIV-/AIDS-megelőzés a civil szervezetekkel” című projekt keretében a magas HIV-fertőzési kockázatot vállaló közösségek körében prevenciók tevékenységet folytató 5 civil szervezet¹³⁰ tevékenységét.

KEZELÉS

A „HIV-fertőzés a mindennapi orvosi gyakorlatban” címmel akkreditált háziorvos/belgyógyász továbbképzést szervezett a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet 150 fő részére. Az EüM által támogatott akkreditált továbbképzésen a résztvevők megkapták a HIV-kezelés protokollját, valamint az előadások anyagát CD-n.

A hepatitis C vírus hordozó fogvatartottak gondozásba vételére, illetve az érvényes terápiás irányelveknek megfelelő gyógykezelésére is intézkedések történtek. 2008-ban a kiszűrtek közül (lásd: 3.4.1 fejezet) 33 főnél indult el az interferonkezelés. A többiek nem vállalták vagy abbahagyták menet közben a kezelés mellékhatásai miatt.

A fogvatartottak hepatitis C megbetegedéssel kapcsolatos kezelését a bv. intézetekben található egészségügyi szolgálatok látják el a területi hepatológiai centrummal együttműködve. Amennyiben arra szükség van, a fogvatartottat kiszállítják a helyi hepatológiai centrum szakrendelésére.

A HIV-szűrések eredményeképp 2 fő került HIV-fertőzés miatt kezelésbe. A HIV-fertőzött egyének számára felajánlják, hogy büntetésüket a tököli Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézetében, a HIV-fertőzöttek számára

¹³⁰ A szervezetek a következők voltak: Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat; Pluss, Magyarországi HIV-pozitívokat Segítő Egyesület; Magyarországi Prostituáltak Érdekvédelmi Egyesülete; Háttér Társaság a Melegéért Közhasznú Szervezet; Sex Edukációs Alapítvány.

kialakított körleten töltsék le. A speciális körleten található orvosi rendelő is, ahol meghatározott időközönként a Szent László Kórház szakorvosa látja el a HIV-fertőzött fogvatartottakat.

A kiszúrt új, aktív TBC-s betegeket (2008: 21 fő) a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházának Tüdőosztályán különítik el és kezelik.

3.6.3 Más egészségügyi vonatkozások és következmények kezelése

KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ KÖZÚTI BALESETEK MEGELŐZÉSE

Magyarország 2008-ban is részt vett a TISPOL nemzetközi közúti ellenőrző akciójában, amely kampány célja az ittas és bódult állapotban történő járművezetés visszaszorítása. Az ellenőrzést júniusban, illetve decemberben hajtották végre 3 napon át napi 8 órán keresztül, és az ország egész területére kiterjedt. A kábítószer-fogyasztásra utaló anyagok jelenlétét kimutató vizeletminta előszűrő vizsgálat (gyorsteszt) júniusban 2488 vizsgálat során minden esetben negatív lett, míg decemberben az 1462 ellenőrzés során 1 pozitív esetet detektáltak.

KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓ VÁRANDÓS ANYÁKAT ÉS GYERMEKEIKET ÉRINTŐ BEAVATKOZÁSOK

A 2006-ban alakult Józan Babák droghasználó szülők önszervező csoportja informális, anonim közösség. A csoport alakulásától a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (MEJOK) alacsonyküszöbű szolgáltatásának helyén található meg, amely szolgáltatás 2008-ban hivatalosan is a „Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatás” nevet vette fel.

A Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatáson belül szakmai szolgáltatások közül szociális munka, jogsegély és szakorvosi (addiktológiai, pszichiátriai, gyermekpszichiátriai) tanácsadás érhető el, önszervező szolgáltatásként droghasználó szülők személyes és telefonos ügyelete, valamint a segítők és önszervezők közösen működtetnek megkereső programokat és adományozást. Az alacsonyküszöbű szolgáltatás működtetésében a laikus és szakmai segítők egyenlő arányban vesznek részt, általában egyidejűleg harmincöt-negyven fő (munkavállalóként, megbízottként, vállalkozóként).

Egyes esetekben előfordul, hogy más civil szervezetek ügyfelet irányít a szervezethez, így – hálózati jelleggel – más szervezetek is foglalkoznak droghasználó várandós nők ellátásával. Nyilván a rendelkezésre álló ellá-

tási formákat közvetlenül is alkalmazzák, itt inkább ellátásszervezési, adományozással, jogsegéllyel kapcsolatos ügyekben alakul ki együttműködés.

A Józan Babák Klub megkereséseinek száma 2008-ban összesen 7318 alkalom volt. 2008-ban a megkeresések mintegy 3%-ában (220 alkalom) volt azonosítható a kábítószer-használó nő várandós állapota. Szinte minden esetben felmerült az egészségügyi ellátás szervezésével kapcsolatos tanács vagy segítség kérése. Ez jelentheti azt is, hogy a droghasználó nő korábban egyáltalán nem vett részt terhesgondozáson, vagy azt is, hogy terhesgondozása megkezdődött, de azon belül droghasználatáról nem tudott vagy nem akart beszélni. Továbbá jogi információ kérése is jellemző volt. A szervezetet megkeresték még a gyermek után járó pénzbeli ellátások igénylésével, illetve közigazgatási képviselőt ellátásával kapcsolatban is.

A Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatásban 2008 őszétől elérhető ingyenes terhességi gyorseszta, illetve óvszer is.

2008-ban a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (MEJOK) kiadott egy tájékoztató füzetet a várandósság, szülés, szoptatás és droghasználat tematikájában „Zsebkönyv” címmel. A könyvben összefoglaló információ található az anyasággal és várandóssággal kapcsolatos jogi szabályzásról, a terhesgondozásról, a kábítószerek hatásáról a várandós időszakban és szoptatás alatt, továbbá a droghasználó édesanyák önszolgáltató csoportjáról. 2008 májusában nyilvános szórakozóhelyen, a szerzők jelenlétében került kiosztásra a könyv három alkalommal, illetve további rendezvényeken, konferenciákon is elérhetővé tették. Intézmények, szolgáltatások közül főleg a védőnői és az alacsonyküszöbű szolgáltatói hálózaton keresztül került terjesztésre a könyv.

A Józan Babák Egyesület nevű társadalmi szervezet 2008 januárjában alakult meg. Az egyesület célja, hogy kapcsolódási pontot kínáljon azoknak az érdeklődőknek, jellemzően védőnőknek, szociális munkásoknak, orvosoknak, akik a téma iránt érdeklődnek, de nem érintettek, így az önszolgáltató közösségnek nem lehetnének részesei. Az egyesület célja a laikusok és szakemberek, illetve az egyes szakmai területek közötti párbeszéd és együttműködés előmozdítása.

Ennek keretében a kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások területén 2008-ban először volt példa olyan széleskörű találkozó megszervezésére a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány és a Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika által, amelyen az érintettekkel foglalkozó minden szakterület (egészségügyi, szociális, addiktológiai) képviseltette magát az ellátás javítása, illetve a területen történő szakmaközi együttműködés hatékonyabbá tétele céljából.

2008-ban először Budapesten a XIII. kerületben 40 órás képzést tartottak a

kerületi védőnők számára a kábítószer-problémával kapcsolatos alapismertekről. A képzést a kerületi Kábítószer Egyeztető Fórum (KEF) szervezte meg, amelyet a kerületben található Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia, illetve az Iránytű Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda munkatársai tartottak.

3.7 A drogfogyasztás szövődményei – szociális következmények és azok kezelése¹³¹

3.7.1 Társadalmi kirekesztettség

A korábbi évekhez hasonlóan a drogfogyasztók társadalmi kirekesztettségét a kezelést igénylő és a kezelő-ellátó rendszerben megjelenő, azt igénybe vevő kliensekről rendelkezésre álló információk (TDI-adatbázisból¹³²), valamint kutatási eredmények segítségével mutatjuk be.

2008-ban három olyan kutatás folyt Magyarországon, mely a társadalmi kirekesztettség témakörével (is) foglalkozott. Budapesten a roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében készült kutatás (Márványkövi et al. 2008) a kérdezettek szociális körülményeit is vizsgálta¹³³. Domokos és Ruff (2008) a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségét vizsgálták EU indikátorok alapján. Busa és munkatársai (Busa et al. 2008b) a pécsi lakosság droghasználókkal, alkoholistákkal és józan szenvedélybetegekkel kapcsolatos attitűdjeit, személyes kapcsolatait, valamint a vélemények befolyásoló tényezőit vizsgálták. A kutatás eredményeit összevetették az ugyanezen kutatás keretében drogambulanciák és szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetek kliensei körében végzett felmérés eredményeivel (Busa et al. 2008a).

LAKHATÁS

A TDI lakhatási körülményekre („Jelenleg hol él?”) vonatkozó adatai tekintetében eltolódás figyelhető meg a tavalyi évhez viszonyítva.

Az adatbázisban szereplő kliensek 84,5%-a rendelkezett állandó lakhely-

¹³¹ A részfejezet szerzői: Kun Gábor, Nádas Eszter.

¹³² 2008-ban 1032 nem elterelés miatt kezelésbe lépő kliens adatait jelentették a szolgáltatók a TDI-adatbázisba (a kezeltek jellemzőinek bővebb ismertetését lásd az 3.2 fejezetben). A bemutatott trendek értelmezését korlátozza az elmúlt évek során megfigyelhető csökkenés az új kliensek számában (2006-ban 1472 fő, 2007-ben 1185 fő).

¹³³ Módszertant lásd 1.4.4 fejezet.

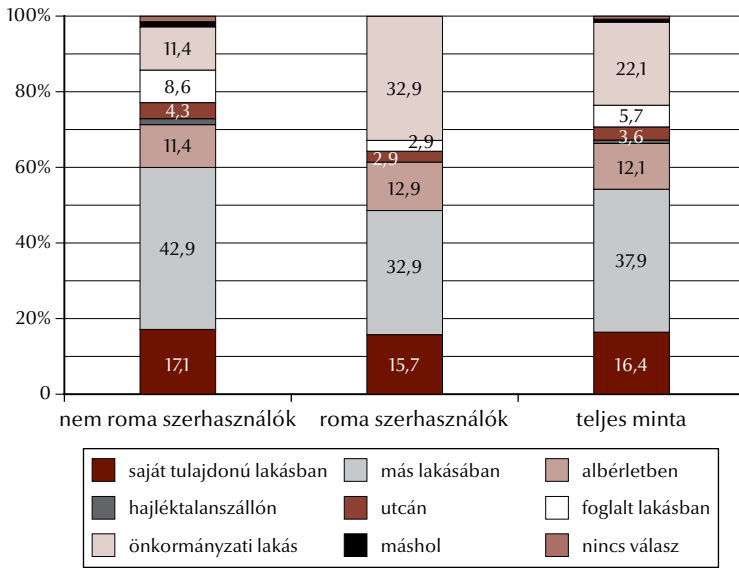
lyel, 1,8%-uk intézményben élt, 13,5%-uk pedig nem rendelkezett állandó lakhellyel a kérdőív felvételének pillanatában.¹³⁴ 2007-hez viszonyítva a változás az állandó lakhellyel rendelkezők és nem rendelkezők viszonyában figyelhető meg, 2007-ben a megkérdezettek 10%-a nem rendelkezett állandó lakhellyel. 2007-ben a minta lakhatási körülmények tekintetében a 2006-os arányokkal megegyező arányokat mutatta.



A roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében készült kutatás (Márványkövi et al. 2008) részletesebben vizsgálta a lakhatási helyzetet. A vizsgálat eredményei szerint a nem romákra jellemzőbb volt, hogy más lakásban élnek (42,9%), mint a romákra (32,9%), ugyanakkor a romák jóval nagyobb arányban éltek önkormányzati lakásban (33%), mint a nem romák (11,4%). Közel azonos arányban éltek saját tulajdonú lakásban nem romák (17,1%) és romák (15,7%), illetve albérlésben (nem roma: 11,4%, roma: 12,9%). A két almintában szinte senki sem volt olyan, aki hajléktalanszállón élt, illetve utcán is mindössze 3,6%-uk. Utóbbi tekintetében gyakorlatilag nincs különbség roma és nem roma között. A foglalt lakásban történő tartózkodás is csak a teljes minta 5,7%-át érintette, és az is inkább a nem roma használókat (8,6%).

¹³⁴ 1032 esetből 31-nél nem ismerjük a lakhatási körülményeket.

87. ábra: Lakhatási helyzet a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás használók körében



Forrás: Márványkövi et al. 2008

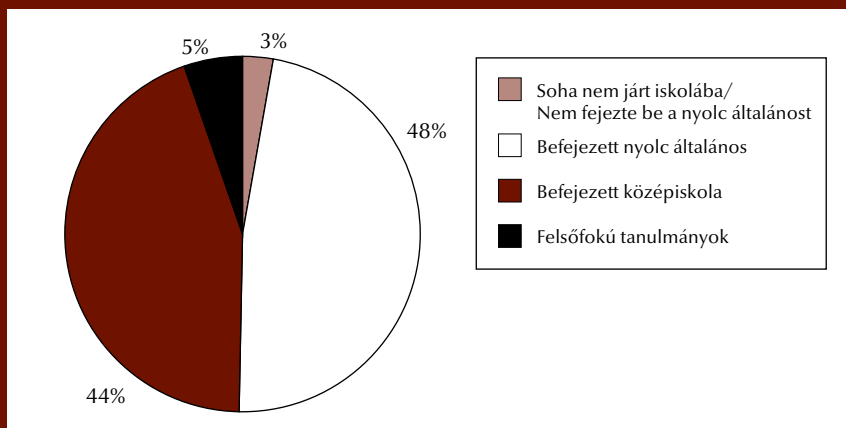
ISKOLAI VÉGZETTSÉG

A TDI-adatok¹³⁵ alapján a kezelték 47,5%-ának (456 fő) a legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú iskolai végzettség, 2,8% soha nem járt iskolába, illetve nem fejezte be a 8 általánost.

Középiskolai tanulmányait 44,3% (426 fő) fejezte be. Felsőfokú tanulmányokat 5,4% (52 fő) folytatott. A mintában eltolódás mutatkozik a befejezett középiskolai tanulmányoktól az alapfokú iskolai végzettség felé. 2006-ban a minta 44%-ának a legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú iskolai végzettség volt, 2007-ben ez az arány 42,8% volt. A középiskolát 2006-ban 47%, 2007-ben 49,4%-uk fejezte be.

¹³⁵ 1032 főből 59 esetben nem ismert az iskolai végzettség.

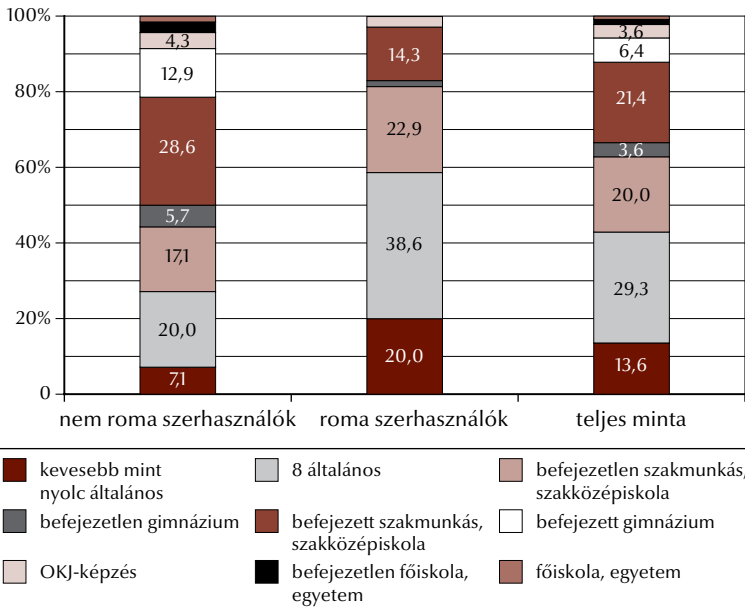
88. ábra: Befejezett iskolai végzettség a kezeltek körében



Forrás: OAC 2009

A roma és nem roma intravénás kábítószer-használók körében (Márványkői et al. 2008) az adatok azt mutatták, hogy a romák jelentős mértékben kedvezőtlenebb helyzetben vannak az iskolázottság tekintetében. 20%-uknak kevesebb mint 8 általános az iskolai végzettsége, míg 38,6%-uk legmagasabb iskolai végzettsége a 8 általános iskola, szemben a nem romák 7,1%-ával, illetve 20%-ával. Szintén a romákra jellemzőbb, hogy nem fejezték be szakközépiskolai, szakmunkás tanulmányaikat (roma: 23%, nem roma: 17,1%). A nem roma használók kedvezőbb helyzetére utal az is, hogy 28,6%-uk befejezte szakközépiskolai vagy szakmunkás tanulmányait, míg 13%-uk a gimnáziumot. Ezzel szemben a romák esetében ezek az arányok jóval alacsonyabbak: 14,3%-uk legmagasabb iskolai végzettsége szakközépiskola vagy szakmunkás, míg a mintában nem volt olyan roma használó, aki befejezte volna a gimnáziumot. A különbségek szignifikánsak.

89. ábra: Iskolai végzettség a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás kábítószer- használók körében



Forrás: Márványkövi et al. 2008

MUNKAÜGYI STÁTUS

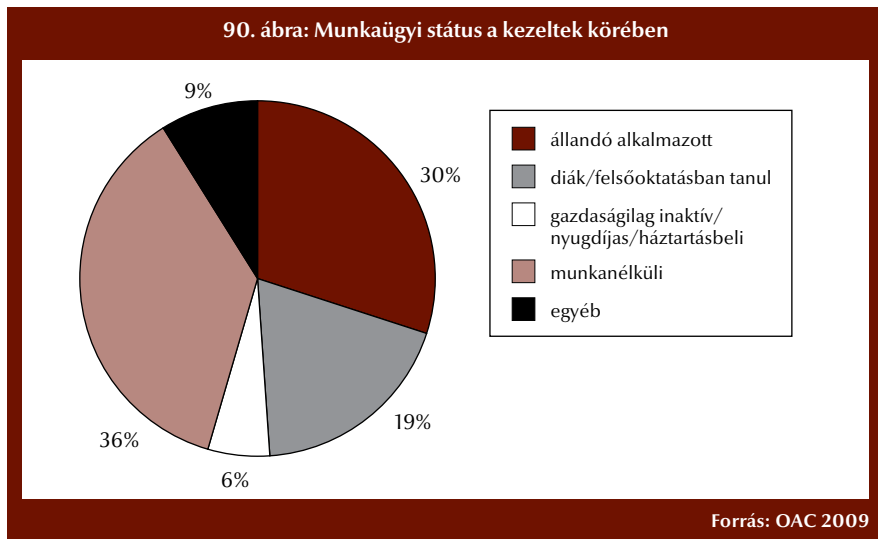
A TDI-adatok alapján a kezelésbe kerültek 30%-a (296 fő) állt állandó munkaviszonyban 2008-ban.¹³⁶ Ez azt jelenti, hogy az állandó munkaviszonyban lévők aránya a 2006-os szintre esett vissza. 2006-ban ez az arány 30,1% (422 fő), 2007-ben 38,4% (441 fő) volt. A mintában a munkanélküliek aránya 36,6% (362 fő). Amíg 2007-ben a mintában a munkanélküliek aránya gyakorlatilag nem változott a 2006-os évhez viszonyítva, addig 2008-ban 10 százalékpontos növekedés figyelhető meg.

A KSH adatai alapján 2008-ban a munkaügyi folyamatok kedvezőtlenül alakultak a 2007-es évhez képest. 2008-ban a foglalkoztatottak aránya 1,2%-kal csökkent, a munkanélkülieké pedig 5,5%-kal nőtt. A munkanélküliségi ráta az előző évi 7,5%-ról 7,9%-ra emelkedett.¹³⁷ A 15–24 éves fiatalok eseté-

¹³⁶ 1032 főből 32 esetben nem ismert a munkaügyi státus.

¹³⁷ A KSH jelenti, 2008/12 Összefoglalás, Közzététel: 2009. március 3., Sorszám: 38.

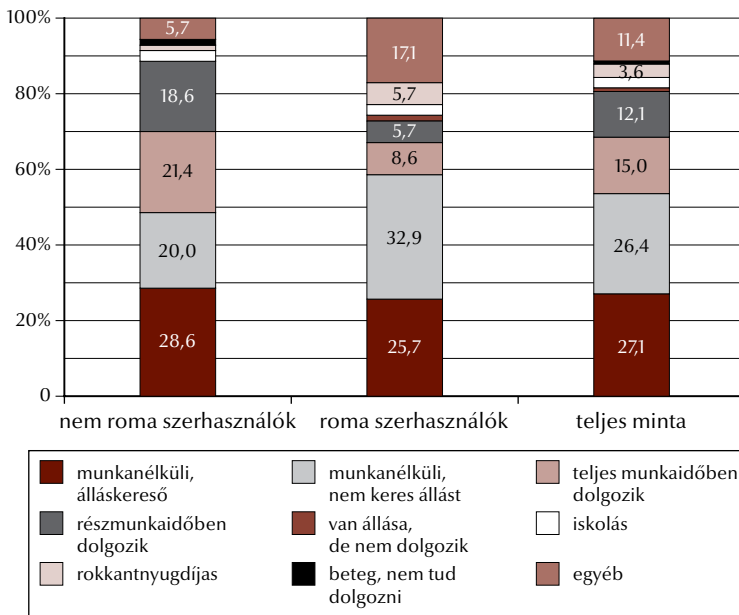
ben mind a munkanélküliségi ráta, mind a foglalkoztatási arány 20,4%-ot tett ki, előbbi – a teljes sokasághoz hasonlóan – nőtt, utóbbi pedig csökkent az elmúlt egy évben.¹³⁸ Vélhetően (többek között) ezek a tényezők is közrejátszanak a mintán belüli munkanélküliek arányának 10%-os növekedésében.



A roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás szerhasználók esetében jelentős különbséget találtak a kutatók (Márványkővi et al. 2008) a foglalkozási státusz tekintetében: a romák mutatói ez esetben is kedvezőtlenebbnek mutatkoztak. Bár nem mutatkozott jelentősebb eltérés romák és nem romák között az álláskereső munkanélküliek arányában (roma: 25,7%, nem roma: 28,6%), ugyanakkor a romák közel egyharmada (32,9%) olyan munkanélküli, aki nem keres állást, míg ez az arány a nem romák esetében csupán 20%. Jóval nagyobb arányban voltak a nem roma használók között a teljes munkaidőben (21,4%), illetve részmunkaidőben dolgozók (18,6%), mint a romák között (teljes munkaidő: 8,6%, részmunkaidő: 5,7%). A romák 5,7%-a nyilatkozott úgy, hogy rokkantnyugdíjas, míg a nem romáknak mindössze 1,4%-a. Az eltérések a munkanélküli státust kivéve szignifikánsak.

¹³⁸ A KSH jelenti, 2008/11 Összefoglalás, Közzététel: 2009. január 29., Sorszám: 15.

91. ábra: Munkaügyi státusz a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás használók körében



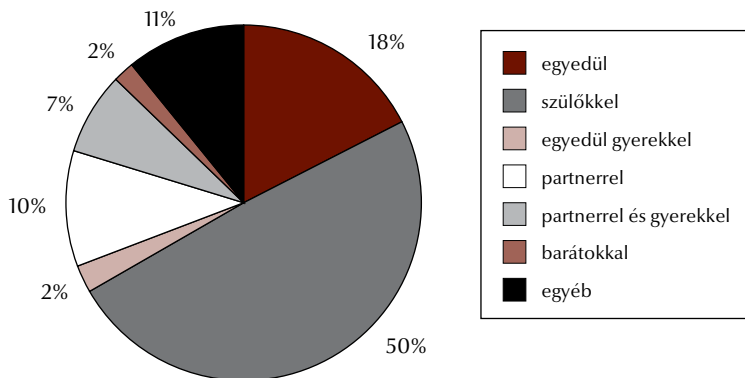
Forrás: Márványkői et al. 2008

SZOCIÁLIS HÁLÓ

A TDI-adatok alapján 2008-ban a kezelésben résztvevők 49,2%-a (488 fő) élt a szüleivel.¹³⁹ A megkérdezettek átlagéletkora 28,6 év volt. Az egyedül élők aránya 17,6%, a partnerrel kettesben élők aránya 10,5%, a partnerrel és gyerekekkel élők aránya 7,5%, az egyéb kategóriában megjelenők aránya pedig 10,1%. A gyerekekkel egyedül élők, valamint a barátokkal élők aránya a mintán belül igen alacsony. Előbbi 2,3%, utóbbi pedig 2%.

¹³⁹ 1032 fő közül 30 élethelyzetét nem ismerjük.

92. ábra: Kezeltek családi állapota



Forrás: OAC 2009

A roma és nem roma intravénás szerhasználók körében készült kutatás (Márványkövi et al. 2008) külön vizsgálta a családi állapotot, a háztartás-nagyságot, a gyermekek számát és a megkérdezettel együtt élőket. A mintába kerültek 53%-a volt egyedülálló (romák: 48,6%, nem romák: 57,1%). A házastársi viszonyban élők közel azonos arányban voltak a romák (8,6%) és nem romák (7,1%) között. A partnerrel rendelkezők és élettársi viszonyban élők arányában mutatkozott jelentős különbség a két vizsgált csoport között: míg a romák esetében ez az arány 37% volt, a nem romák esetében mindössze 25,7%.

Az egyedül élés volt a legkevésbé jellemző a mintára (10,7%), ugyanakkor közel kétszer annyi nem roma használó (14,3%) élt egyedül, mint roma (7,1%).

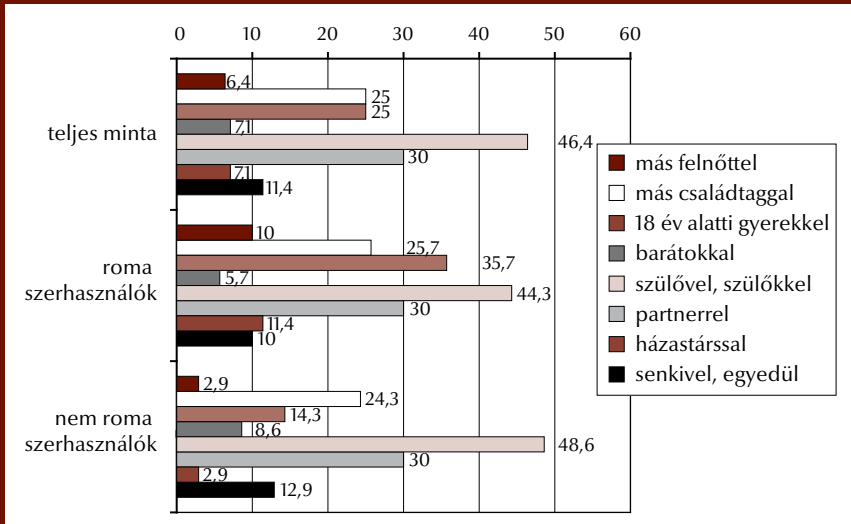
A teljes mintát tekintve a 2, illetve 3 fős háztartások voltak a legjellemzőbbek (23%, illetve 25,7%), a romáknál a 2 fős háztartások aránya mindössze 17%, míg a nem romáknál 28,6% volt. Az 5 fős vagy annál nagyobb háztartások jóval inkább jellemzőbbek a roma használókra (roma: 27,1%, nem roma: 12,9%).

A gyerekszámot tekintve a mintában szereplő szerhasználók 60,7%-ának nem volt gyermeke, a két csoport közötti arány e kérdés tekintetében azonban jelentős eltérést mutatott (romák: 50%, nem romák: 71,4%). A mintában szereplők 23%-ának volt egy gyermeke (a roma szerhasználóknál ez az arány 27,1%). Két vagy annál több gyermek inkább a roma szerhasználókat jellemzi (romák: 22,9%, nem romák: 10,0%).

A kezelésben lévőkhöz hasonlóan a minta közel fele (46,4%) a szülőkkel

élt együtt. Jelentős eltérés azok arányában mutatkozott, akik 18 év alatti gyermekkel élnek együtt (romák: 35,7%, nem romák: 14,3%).

93. ábra: A kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás szerhasználókkal együtt élők (%)



Forrás: Márványkövi et al. 2008

PROSTITÚCIÓ

A roma és nem roma intravénás szerhasználókra irányuló kutatás (Márványkövi et al. 2008) kitért a megkérdezettek elmúlt 30 napra vonatkozó jövedelemforrásaira is. Prostitúciót, illetve ahhoz kötődő tevékenységet mint jövedelemforrást csak roma szerhasználók említettek (a roma válaszadók 7,1%-a).

KIREKESZTŐDÉS ÉS KIREKESZTÉS

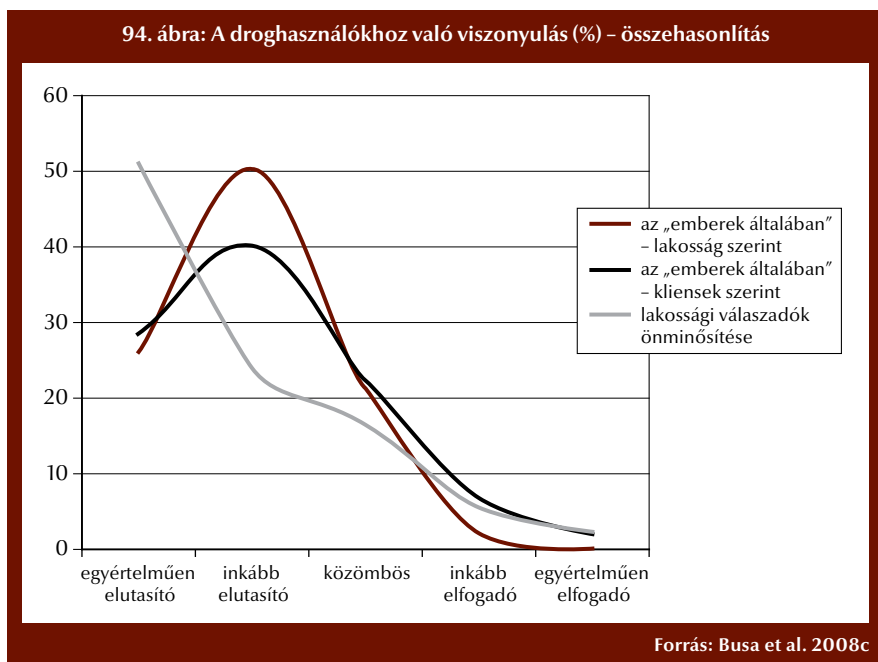
A FACT Intézet és az INDIT Közalapítvány kérdőíves vizsgálatot¹⁴⁰ vég-

¹⁴⁰ A kutatást a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatta. A kliensek körében végzett felmérés módszertanáról és eredményeiről a 2008-as jelentésben számoltunk be. A lakossági adatfelvételre 2007 decembere és 2008 januárja között került sor. A kérdőívek lekérdezése face to face interjúk keretében valósult meg. A minta kiválasztása kvóta alapján, ún. véletlen séta módszerrel történt. Az ezzel a módszerrel kiválasztott 800 fős kvótás minta Pécs 18–64 éves lakosságának nem, életkor, iskolai végzettség és városrészek szerinti megoszlását is leképezte. A mintában a nők aránya 52% volt. A megkérdezettek átlagéletkora 39,28 év volt (férfiaké 38,12 év, nőké 40,32).

zett (Busa et al. 2008a; Busa et al. 2008b) az ország 18 városában működő drogambulanciák és szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetek kliensei körében, valamint Pécs megyei jogú város lakossága körében. A kutatás elsődleges célja a droghasználók kirekesztettségének és társadalmi megítélésének a vizsgálata volt. Az alábbiakban a két adatfelvétel összehasonlító elemzését közöljük.

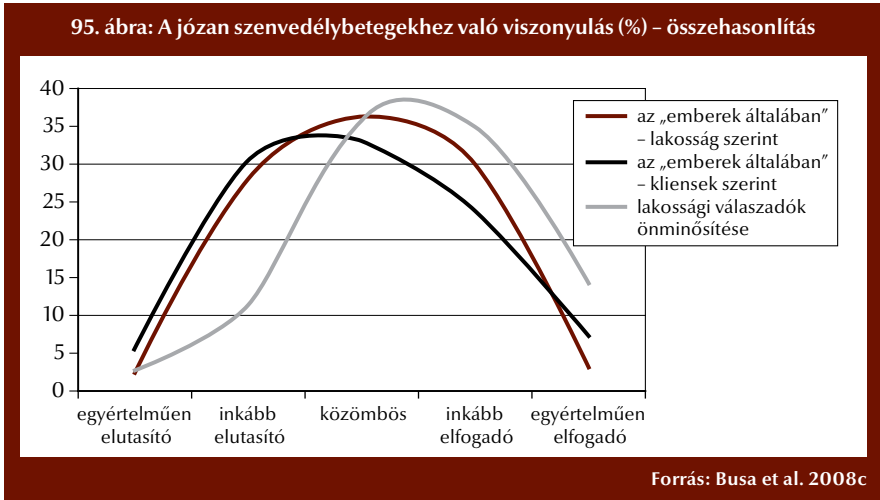
A két vizsgálat eredményét összevetve megállapíthatjuk (Busa et al. 2008c), hogy a megkérdezett lakosok, illetve a kliensek nagyobb része a környezetük nézőpontját figyelembe véve elsősorban úgy érzékeli, hogy a mai magyar társadalom („az emberek általában”) relatív többsége inkább elutasító a szerhasználókkal szemben. A droghasználók percepciója azonban lényegesen toleránsabb beállítódást feltételez annál, mint ahogy a vizsgált lakosság csoport önmagát valójában jellemezte.

94. ábra: A droghasználókhöz való viszonyulás (%) – összehasonlítás



Az aktív szerhasználók és a józan szenvedélybetegek megítélésében lényegi különbség érzékelhető. A lakosok és a kliensek inkább közömbös hozzáállást feltételeznek a társadalom részéről. A józan szenvedélybetegekkel kapcsolatban kismértékben ugyan, de toleránsabbnak gondolja a közvéleményt a pécsi lakosság, mint a kliensek. A lakossági válaszadók azonban

lényegesen elfogadóbbnak tartják magukat a józan szenvedélybetegekkel kapcsolatban, mint a magyar társadalmat általában: 50%-uk inkább vagy egyértelműen elfogadónak minősítette magát, az elutasító attitűddel rendelkezők együttes aránya pedig 14% volt.



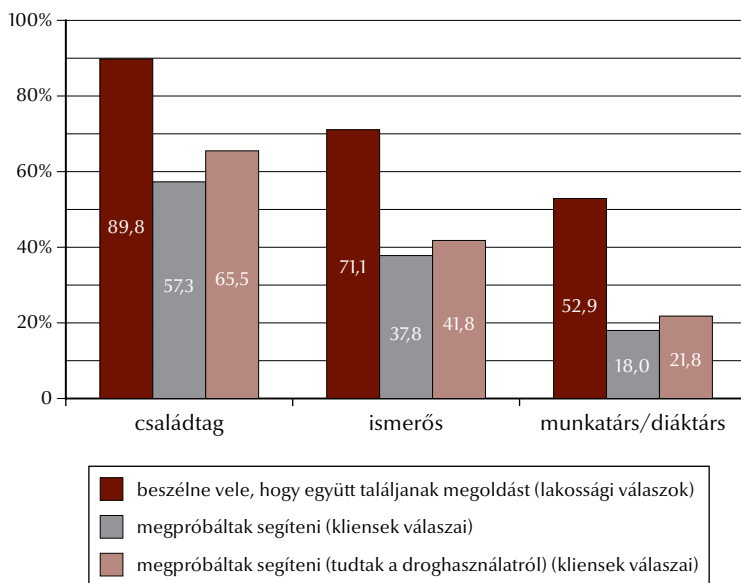
Arról a kérdésről, hogy „Ön szerint az elmúlt néhány évben változott-e a kábítószeresek megítélése Magyarországon?”, a lakosok és kliensek relatív többsége is úgy vélekedik, hogy nem történt változás az elmúlt néhány évben a droghasználók megítélésében (lakossági válaszadók 56%-a, kliensek 40%-a). Mindkét célcsoport negyede gondolja azt, hogy a magyar társadalom az elmúlt években elfogadóbb lett a kábítószer-fogyasztókkal kapcsolatban, mint korábban volt, ezzel szemben 16–17%-uk szerint nőtt a droghasználókkal szembeni intolerancia az utóbbi években.

A kutatás arra is kereste a választ, hogy milyen viszonyban áll egymással a feltételezett és a valós segítségnyújtás. A kérdés vizsgálata kapcsán egy másik összefüggés is látótérbe került: a kliens és a feltételezett segítőt (családtag, ismerős, munkatárs) kötődésének ereje. Az eredmények jól tükrözik azt, hogy minél távolabbi kapcsolatban áll valaki az érintett személlyel, annál kevésbé preferálják a személyes kapcsolatfelvételt és a közös problémamegoldást.

A válaszok alapján megállapítható, hogy az érintettek sokkal kisebb arányban kaptak ténylegesen segítséget, mint az a lakossági válaszadók feltételezett reakcióiból következne – még akkor is, ha csak azokat vesszük

figyelembe, akik tudomást szereztek családtagjuk, ismerősük, munkatársuk/diáktársuk droghasználatáról.

96. ábra: A feltételezett és a tényleges segítségnyújtás arányainak összehasonlítása¹⁴¹



Forrás: Busa et al. 2008c

KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓ FIATALOK TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉGE

„A kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének vizsgálata EU indikátorok alapján” (Domokos és Ruff 2008) kutatási program célja az volt, hogy „az EMCDDA és a Nemzeti Drog Fókuszpont számára valid, az EU módszertani ajánlásait is figyelembe vevő adatokat adjon, és összehasonlító elemzést készítsen a kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségéről Magyarországon”.¹⁴²

¹⁴¹ A válaszadóknak a kutatók által felsorolt lehetőségeket kellett rangsorolniuk.

¹⁴² A kutatást az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet készítette, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával. A vizsgálat egyaránt tartalmazott kvalitatív és kvantitatív elemeket. A kérdőíves adatfelvételt megelőzően részletes, célzott életútinterjú készítek 10 szerhasználóval a társadalmi kirekesztettség szubjektív összetevőiről, annak folyamatáról.

A kutatás során összesen 13 alkalmazott indikátor mentén került sor a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének vizsgálatára, melyeket 90 kérdés (item) alapján állítottak össze. Az indikátorok individuális, családi és helyi közösségi szinten kerültek csoportosításra, közel felük-nél az objektív és szubjektív dimenziók vizsgálatára is volt lehetőség.

Az abúzosos, dependens és kontrollminta komparatív elemzésének eredményei alapján a következő főbb megállapítások tehetők:

- mind az abúzosos, mind pedig a dependens szerhasználók esetében magasabb az anyagi problémákat jelző indikátor értéke, mint a kábítószert nem fogyasztó csoportban.
- mind az abúzosos, mind pedig a dependens kábítószer-fogyasztók körében nagyobb a családi összetartozás hiánya, mint a kontrollcsoportban. A dependens szerhasználók tekintetében egy kicsit pozitívabb a kép, a családi összetartás erősebb, mint az abúzosos szerhasználók esetében.

A kérdőíves és interjú adatfelvétel kontrollcsoportja az ESPAD 2007 által lefedett 8–10. évfolyamos korosztály volt. A mintát az ESPAD által vizsgált korosztályhoz igazították, figyelembe véve azt, hogy így csak a jelzett korosztályra vonatkozó társadalmi kirekesztésről szóló indikátorok mérhetőek, a teljes kábítószer-fogyasztó populációé nem. A kérdőíves vizsgálat során a dependens (223 fő) és abúzosos (391 fő) almintában összesen 614 fő került megkérdezésre. A két almintát a kutatók mindvégig külön kezelték és elemezték. Mindkét minta esetében megynként kerültek kiválasztásra olyan települések, ahol jelen van szerhasználóknak nyújtott szolgáltatás. Mindkét minta hólabdamódszerrel került kiválasztásra. A mintavételi módszer sajátossága miatt a kialakított adatbázis általánosíthatósága korlátozott. Definíció szintjén a kutatásban az minősült kábítószer-fogyasztónak, aki az elmúlt fél évben legalább havi rendszerességgel fogyasztott kábítószert vagy szerhasználat miatt addiktológiai ellátásban nyilvántartásba került. Dependens szerhasználónak az minősült, „aki valamely magyarországi addiktológiai gondozóban, pszichiátriai gondozóban, pszichiátriai vagy addiktológiai osztályon, drogambulancián, valamely kórház mentálhigiénés intézetében, gyermekneurológiai és -pszichiátriai szakrendelésen, gyermek- és ifjúsági mentálhigiénés centrumban, gyermek- és ifjúsági ideggondozó intézetben 2007 vagy 2008 folyamán kezelésben megjelent kábítószer-fogyasztó”. Dependens szerhasználóként definiálta a kutatás azokat a szerhasználókat is, „akik még nem jelentek meg kezelésben semmilyen intézménynél, de a crack, a kokain vagy a heroin kábítószert élete során kettőnél többször kipróbálta”. Abúzosos szerhasználónak az minősült, „aki, a crack, a kokain vagy a heroin kivételével bármilyen kábítószert élete során ötnél többször kipróbált”. A kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségének vizsgálatára összeállított kérdőív három nagyobb blokkból állt össze: egy önálló demográfiai blokk, egy ESPAD-dal megegyező kérdéscsoport és egy kiegészítő kérdés blokk. A kutatás során 13 indikátor alapján vizsgálták a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségét. A kialakított indikátor sor egyfelől a SILK (magyarul VÉKA adatfelvétel: Változó Életkörülmények Adatfelvétel) indikátorait tartalmazza, másfelől kiegészítésre került a hajléktalanság, a bűnelkövetés/áldozattá válás és a prostitúció indikátoraival is. A 13 indikátor a vizsgálat során 90 kérdésben realizálódott, melyek döntő többsége skála jellegű kérdés volt.

- a dependens szerhasználók számára a releváns egészségügyi szolgáltatások elérhetősége rosszabb, mint az abúzosos szerhasználók esetében, ám még mindig jobb, mint a kontrollcsoport átlaga.
- az erőszakosság és kriminalitás indikátorának értéke a kábítószer-fogyasztó csoportban a kontrollcsoporthoz képes sokkal magasabb pontszámokat eredményezett.
- a baráti kapcsolatok hiánya vagy konfliktusossága jellemzően a dependens szerfogyasztók sajátossága, az abúzosos kábítószer-használók még a kontrollcsoporthoz képest is jobb helyzetben vannak e tekintetben.
- a kontrollcsoporthoz képest jelentős szexuális kiszolgáltatottságot¹⁴³ mértek a dependens mintában, különösen a férfiak körében.
- a munkahelyi és iskolai kudarcok szintje magasabb a szerfogyasztók körében, különösen a dependenseknél.
- mindhárom csoportban jellemzően a nők több egészségi problémával küzdenek.
- a normaszegő magatartás indikátorának értéke magasabb a kábítószer-fogyasztó mintában.
- az abúzosos szerhasználók a kontrollcsoporthoz és dependens mintához képest pozitívabb önképpel rendelkeznek. A dependens szerfogyasztók körében azonban már zavar mérhető a tudati struktúrákban, ugyanis mind a pozitív, mind pedig a negatív énképelemek esetében magasabb az indikátor értéke a kontrollcsoporthoz viszonyítva.

A kirekesztettség klaszterei

A kutatás során megállapított és rögzített indikátorok komparatív elemzése során kijelölt főkomponensek alapján a kutatók meghatározták a kirekesztettség általánosabb klasztereit¹⁴⁴ is, a válaszadókat három, jól elkülöníthető klaszterbe tudták besorolni.

Az *első klaszterbe* kerültek azok, akik esetében a kirekesztettség indikátorai a legalacsonyabb mértéket mutatták. Esetükben nem voltak jellemzőek az erőszakos cselekedetek, a szexuális kiszolgáltatottság, az iskolai, munkahelyi kudarc, az anyagi problémák. Erre a csoportra általában jellemző a magas a képzettségi szint, nem törekszenek normaszegő magatartásra, hozzáférnek az egészségügyi szolgáltatásokhoz, egészségi szintjük megfe-

¹⁴³ A kérdés arra vonatkozott, hogy mennyire teremtenek meg gondolatlanul, védekezés nélkül szexuális kapcsolatot az emberek, illetve teremtettek-e már más módon gondolatlan vagy kényszer kapcsolatot.

¹⁴⁴ Az eljárás az ún. k-means klaszterezés módszerével történt. Az indikátorokat vették klaszterképző inputváltozóknak.

lelő, természetes támaszrendszerükre (család, barátok) támaszkodhatnak, egyedüli problémaként a pozitív énkép hiánya jellemzi a válaszadókat.

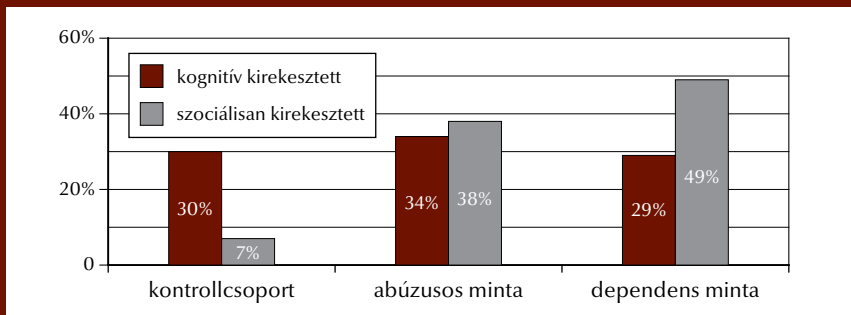
A második klaszterbe azok a válaszadók kerültek, akik esetében elsősorban a kognitív kirekesztettség a jellemző, vagyis a csoport kirekesztettsége elsősorban a személyes kapcsolataik konfliktusságában nyilvánul meg. Esetükben a kirekesztettség indikátorai közül a családi összetartozás hiánya, a baráti kapcsolatok hiánya és az egészségi problémák mértéke volt problémás, a többi dimenzióban nem volt mérhető számottevő kirekesztődés, sőt jellemzően erős pozitív önképpel bírtak.

A harmadik klaszter tagjainak kirekesztettsége elsősorban szociális jellegű. Általában ebben a csoportban jellemzőek az erőszakos cselekedetek, az átlagosnál magasabb szexuális kiszolgáltatottság, a normaszegő magatartás, az alacsony képzettségi szint, az iskolai, munkahelyi kudarcok, az egészségügyi problémáik anyagi problémákkal is párosulnak. Bár a baráti kör megtalálható, de a családi kötelék nem túl erős.

A vizsgálat során a kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy a kirekesztettség településtípusonként és nemenként is eltérő képet mutat a két almintában.

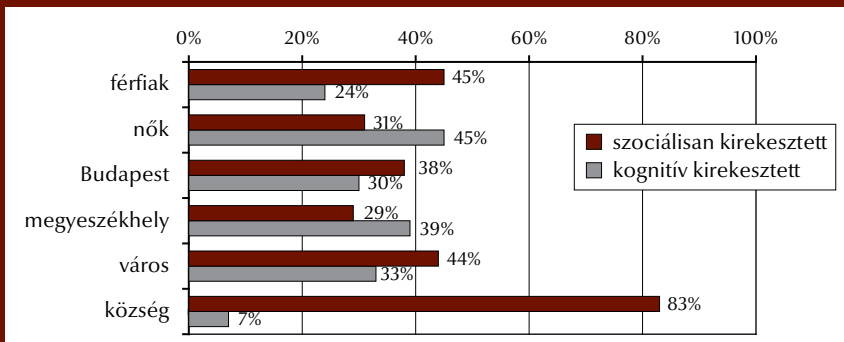
A két almintában jelentős a különbség a tekintetben, hogy az abúzos szerhasználók esetében a férfiak inkább szociálisan, míg a nők elsősorban kognitívan rekesztődnek ki. A dependens szerhasználók esetében nemtől függetlenül dominánsan szociális kirekesztettségéről beszélhetünk. A településtípusok vonatkozásában is körülírható a kettősség. Míg az abúzos szerhasználóknál a községeket kivéve a kognitív kirekesztettség dominál, addig a dependensek esetében a településtől függetlenül a szociális kirekesztettség.

97. ábra: Kirekesztett populáció becslése (%)



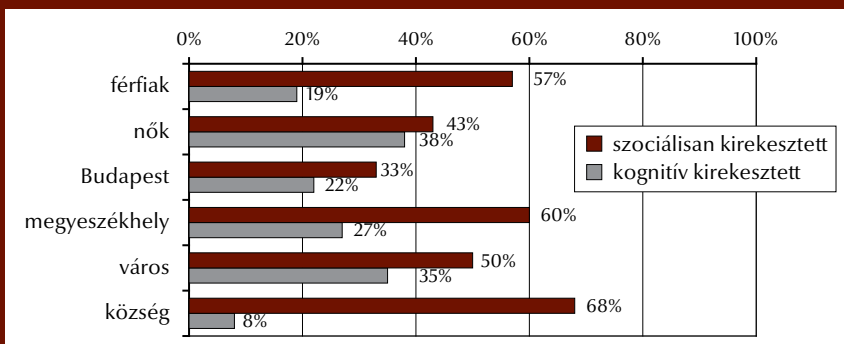
Forrás: Domokos és Ruff 2008

98. ábra: Kirekesztettség az abúzosos mintában



Forrás: Domokos és Ruff 2008

99. ábra: Kirekesztettség a dependens mintában



Forrás: Domokos és Ruff 2008

A két almintában és a kontrollpopulációban a kétféle kirekesztettség eltérő arányokkal van jelen. A kognitív kirekesztettség valamennyi csoportban közel azonos mértékű (29–34%), ezzel szemben a szociális kirekesztettség lényegesen változatosabb képet mutat. A kontrollcsoportban a megkérdezettek 7%-a sorolható ebbe a kategóriába, az abúzosos szerhasználói csoportban 38% tekinthető szociálisan kirekesztettnek, míg a dependens mintában ez az arány 49%.

3.7.2 Társadalmi reintegráció

2008-ban a korábbi évekkal ellentétben nem álltak rendelkezésre központi uniós források, így a hazai szenvedélybeteg-ellátás rendszerének fejlesztésére elsősorban a Szociális és Munkaügyi Minisztérium pályázatai szolgáltak forrásként. A szűkösebb hazai támogatási keretek nem bizonyultak elegendőnek ahhoz, hogy 2008-ban látványos mértékben fejlődjön az ellátórendszer, sokkal inkább arra volt elegendő, hogy a lehetőségekhez mérten szinten tartsa azt.

A szenvedélybetegek szociális szolgáltatásainak megvalósítása változatlanul a nem állami szereplőkre hárul, melyek forráslehetőségei tovább szűkültek az elmúlt évekhez képest. A legtöbb szolgáltató az állami juttatásoktól (normatív típusú támogatásoktól, pályázati pénzekből) függ. Ez alól talán csak néhány kivétel van, melyek zömükben egyházi fenntartású intézmények. Esetükben sem feltételezhetjük azt, hogy képesek lennének állami finanszírozás nélkül is szolgáltatásaikat nyújtani, de számukra nagyobb anyagi mozgásteret jelent/jelenthet az egyház támogatása, illetve az egyházi kiegészítő normatíva.

3.7.3 Reszocializációs, reintegrációs tevékenység támogatását szolgáló pályázatok rövid áttekintése¹⁴⁵

2007 tavaszán 70 000 000 Ft keretösszeggel került kiírásra a szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatását szolgáló pályázati kategória (KAB-RE-07). A pályázati forrásból támogatott tevékenységek túlnyomó többsége a 2008-as év folyamán került megvalósításra. 46 pályázat érkezett be, ebből 27 nyert támogatást, az igényelt összeg több mint kétszerese volt a keretösszegnek. Az „A” alkategória célja a józan szenvedélybetegek utógondozását biztosító intézményrendszer infrastrukturális fejlesztése, 8 program nyert támogatást, többnyire ingatlanfelújítás és nagy értékű tárgyi eszközök, bútorok beszerzése valósult meg. A „B” alkategória a józan szenvedélybetegek foglalkoztatásának elősegítését támogatta, a szakértői bizottság 6 program támogatását javasolta, összesen 26 fő foglalkoztatása lett biztosított a megvalósítási időszakban. A programok megvalósítása során a szervezetek nagy hangsúlyt fektettek a védett munkahelyi környezet kialakítására, többnyire a munkavállalók pszichoszociális és mentális fejlődéséről számoltak be. A „C” alkategória célja a józan szenvedélybetegek munkavállalási készségének komplex

¹⁴⁵ Az összegzést készítette Mukvicz Anita.

fejlesztése volt, összesen 12 támogatott pályázat valósult meg. 216 józan szenvedélybeteg vett részt a készségfejlesztő tréningeken, a képzések önismerteti blokkot, munkaerőpiaci ismereteket, egyéni stratégia kialakítását, pályaaorientációs foglalkozást, munkajogi ismereteket, konfliktuskezelést, az álláskeresési technikák megismertetését tartalmazta.

55. táblázat: KAB-RE-07: Az infrastrukturális fejlesztéseket célzó támogatások kedvezményezettjei, a fejlesztés típusa és a megvalósítás színhelye

Szervezet, pályázó neve	Infrastrukturális fejlesztés típusa	A szervezet működése általi megyei/regionális lefedettség
Pax Vobis Kiemelten Közhasznú Alapítvány	ingatlanfelújítás	Közép-Magyarország
Maceko Szociális Szolgáltató, Képző és Foglalkoztató Nonprofit Kft.	Ingatlanfelújítás	Közép-Magyarország
MRE Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Drogterápiás Otthona	bútorbeszerzés	Közép-Dunántúl
Alkohol és Drogsegély Ambulancia	ingatlanvásárlás, felújítás	Közép-Dunántúl
Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány	ingatlanfelújítás	Dél-Dunántúl
Mérföldkő Egyesület	ingatlanfelújítás	Dél-Dunántúl
Segély Helyett Esély Alapítvány	ingatlanfelújítás	Közép-Magyarország
Egy-Másért Alapítvány	nagy értékű tárgyi eszközök és bútorok beszerzése	Dél-Alföld

56. táblázat: KAB-RE-07-B: Józan szenvedélybetegek foglalkoztatásának elősegítése

Szervezet, pályázó neve	Foglalkoztatott szenvedélybetegek száma	A program lebonyolításában résztvevők száma
Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány	1 fő	4 fő
Emberbarát Alapítvány	4 fő	3 fő
Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány	3 fő	7 fő
Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány	5–8 fő	4 fő
Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány	2 fő	5 fő
Ébredések Alapítvány	8 fő	5 fő
Összesen	26 fő	28 fő

57. táblázat: KAB-RE-07-C: Józan szenvedélybetegek munkavállalási készségének komplex fejlesztése

Szervezet, pályázó neve	Képzésben részt vevő gyógyult szenvedélybetegek száma	Oktatási modulok tartalma
Életesély Kiemelten Közhasznú Mentálhigiénés Alapítvány	13 fő	készségfejlesztés, egyéni stratégia kialakítása, pályaorientáció, álláskeresési technikák
Belvárosi Tanoda Alapítvány	20 fő	állapotfelmérés, munkaerőpiaci alapismeretek, egyéni stratégia kialakítása, álláskeresési technikák, utógondozás, tanácsadás
Drogambulancia Alapítvány	24 fő	önéletrajz-készítés, kommunikáció, önismeret, pályaorientáció, munkaerőpiaci alapismeretek, munkajog, konfliktuskezelés, egyéni stratégia kialakítása
Khetanipe a Romák Összefogásáért Egyesület	16 fő	személyiségfejlesztés, konfliktuskezelés, pályaorientáció munkaerőpiaci ismeretek, álláskeresési technikák, stratégiák, munkajog, szociális és képzési ismeretek, Dialógus Klub, intézménylátogatás
Újra Dolgozni Tolnában Egyesület	18 fő	készségfejlesztés, munkaerőpiaci ismeretek, egyéni mentorálás
Diótörés Alapítvány	18 fő	önismeret, szűkebb környezethez való viszony, álláskeresési technikák
Tiszamenti Emberek Lelki Segítő Egyesület	14 fő	személyiségfejlesztés, álláskeresési technikák, munkaterápia, utógondozás
Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány	15 fő	önismeret, álláskeresési ismeretek, utánkövetés
Szombathelyi Egyházmegyei Karitatív Alapítvány	16 fő	számítástechnikai alapismeretek, álláskeresési tréning
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzat Iránytű Szociális Szolgálat	20 fő	önismeret, kommunikáció és készségfejlesztés, konfliktuskezelés, munkaerőpiaci ismeretek, álláskeresési technikák

Szervezet, pályázó neve	Képzésben részt vevő gyógyult szenvedélybetegek száma	Oktatási modulok tartalma
Mentálhigiénés Egyesület	20 fő	kudarcmentesítés, agressziókezelés, álláskeresési technikák, stratégiák, tanulási technikák, munkaerőpiaci ismeretek, munkajog, pályorientáció, egyéni mentorálás, utánkövetés, internethasználat
Szeged Megyei Jogú Város Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum	22 fő	életvezetési tanácsadás, jogi segítségnyújtás, egyéni stratégia kialakítása, a munka világába visszatérést segítő intenzív tréning
Összesen	216	

LAKÁSKÉRDÉS

A 2007-es évhez képest jelentős változás nem történt a lakás, lakhatás kérdéskörében. Számottevően nem gyarapodtak a lakhatási, félutas programok.

A Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány (KIMMTA) fenntartásában működő zsbriki Drogrterápiás Intézet Szendvedélybetegek Átmeneti Intézménye 2008 januárjában kapta meg működési engedélyét.

Az Átmeneti Intézménybe 18. életévüket betöltött, rehabilitációs kezeléssel részt vett szenvedélybetegek kérhetik felvételüket. Az átmeneti elhelyezés igénybevételének további feltétele, hogy a jelentkező rendelkezzen munkahellyel, vagy megkezdett tanfolyammal, és a tanfolyam befejezését követő egy hónapban elhelyezkedjen a munkaerőpiacon.

OKTATÁS, KÉPZÉS

Az Életesély Kiemelten Közhasznú Mentálhigiénés Alapítvány Szendvedélybetegek munkavállalási készségeinek komplex mentálhigiénés fejlesztési programja 2007. október – 2008. március között 13 fő részére biztosított speciális képzést. A program során a résztvevők önismereti, kommunikációs, konfliktuskezelési ismereteket sajátíthattak el. A programot elkezdő 13 fő szenvedélybeteg közül időközben lemorzsolódott 4 fő. A program végére 5 fő sikeresen elhelyezkedett. További 6 fő mint laikus segítő a megszerzett tudását önszegítő csoportokban kamatoztatta és adta tovább.

Belvárosi Tanoda Alapítvány „Esély a szertelen életre” – szenvedélybeteg fiatalok pályorientációs programja – 2008 áprilisában zárult. A program a célcsoport képzése útján a marginalizálódó, a szenvedélybetegség

által érintett fiatalok munkaerőpiacon történő elhelyezkedésének esély-növelését tűzte ki célul. A résztvevők a Belvárosi Tanoda Alapítvány nap-pali tagozatos diákjainak soraiból kerültek ki. A célcsoportot alkotó 20 fő korábban még nem vagy csak alkalmasszerűen, diákmunka útján szerzett munkaerőpiaci tapasztalatot. A projekt elsősorban nem a közvetlen munkatapasztalat megszerzését irányozta, sokkal inkább a továbbtanulás, a jövő tervezéséhez kívánt segítséget, ismeretanyagot nyújtani. A program során az alábbi oktatási modulok valósultak meg: munkaerőpiaci alapismeretek, egyéni állapotfelmérés, egyéni stratégia felállítása, kommunikációs tréning, álláskeresési technikák tréning, utógondozás, tanácsadás.

Szombathelyi Egyházmegyei Caritas Alapítvány „Lépésről lépésre” tanfolyama 2008 márciusában zárult. A tanfolyam a Hársfa-ház Szenvedélybeteg Átmeneti Otthonának és Nappali Ellátója, valamint a Rév Szenvedélybeteg Közösségi Gondozó klienseit célozta meg. A képzés 2x8 fős csoportokban, 32 órában folyt, melynek keretében a résztvevők számítástechnika alapismereteket, a szövegszerkesztés és az internet használatának alapjait sajátíthatták el. Ezeket túl álláskeresési technikák, alapismeretek (önéletrajzírás, állásinterjúval való megjelenés, tárgyalási technikák, tanulási technikák) is részét képezték a programnak. A programban 16 fő szenvedélybeteg vett részt.

Khetanipe a Romák Összefogásáért Egyesület „Hagyd (abba), hogy segíthessünk!” projektje 2008. április 30-án zárult. A komplex szolgáltatásokat nyújtó program célcsoportjai a józanodással próbálkozó, de még függő szenvedélybetegek és a 16 év feletti középiskolások vagy felsőfokú tanulmányaikat folytatók, akik már kipróbálták valamelyik szert/szereket, de nem szeretnének függővé válni. A projekt elsődleges célja a „józan kultúra” alapvető értékeinek (szolidaritás, felelősség másokért és magunkért, törődés, társas kapcsolatok fejlesztése, önértékelés, munkába állás) megismertetése volt.

A programban összesen 16 fő vett részt. 8 hónap során 20 képzési alkalom, 20 Dialógus Klub, 2 intézménylátogatás valósult meg. A 16 főből 4 tanuló/hallgató volt, aki továbbra is folytatta tanulmányait, 4 fő a program ideje alatt is rendelkezett munkával, 3 főnek nem sikerült, 5 főnek viszont sikerült elhelyezkednie.

A Helló meló! – komplex készségfejlesztő program célja a szenvedélybetegek aktív életvitelének elősegítése, a reális tervezés, jövőkép kialakítása, a munkavállalás elősegítése.

Program két városban valósult meg. Békéscsabán a Békés Mérték Közösségi Ház és munkatársai, Békés városban a Békési Mentálhigiénés Szolgálat munkatársai koordinálták a programot. A két helyszínen összesen 21 főt vontak be a projektbe.

A Sz.M.J.V.Önk. Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági DrogCentrum „Kábítószer-fogyasztók komplex képzése a munka világába való visszavezetés esélyének növelésére” program 2008 májusában ért véget. A program célcsoportja a DrogCentrum klienseinek köréből került ki, előzetes igényfelmérés alapján. A programban összesen 24 fő vett részt. A program az alábbi modulokból állt: mentálhigiénés, életvezetési tanácsadás, jogi tanácsadási szolgálat, munkaerőpiaci ismeretek, vállalkozási/önfoglalkoztatói modul. 12 fő vett részt a munka világába való visszatérést segítő tréningen, míg 22 fő a mentálhigiénés programrészben.

Az Újra Dolgozni Tolnában Egyesület „KILÁBALÁS Program” 18 fő részére nyújtott képzést. A kiválasztott 18 fő átlagéletkora 44,8 év (legfiatalabb 30 éves, legidősebb 54 éves) volt. A nemek arányát tekintve 50-50%-ban voltak jelen a programban férfiak és nők. A résztvevők szerfüggősége tekintetében 2 fő gyógyszerfüggő kivételével valamennyien alkoholproblémával küzdöttek. A 18 főből a program végezetén (2008 áprilisában) 5 főnek sikerült elhelyezkednie, 2 fő álláskereső folyamatban volt, 3 fő a továbbiakban szociális otthonon belüli rehabilitációs foglalkoztatásba került. További 4 fő munkaképes állapotba került (a program zárásakor az ő jövőjük még nem volt ismert), és ugyancsak 4 fő változatlanul nem volt kész a munkaerőpiacra való visszatérésre.

FOGLALKOZTATÁS

A Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány „Védett munkahely a Tiszta Jövőért” programja 2005-ben indult. Az indulástól számított 3 év alatt 2 fő leállt szenvedélybeteg foglalkoztatását és képzésbe jutását segítette a program. 2008-ban 1 fő józan szenvedélybeteg számára biztosított foglalkoztatást. A program résztvevőjének fő tevékenysége az Alapítvány adminisztratív feladatainak ellátása.

A Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány 2008 szeptemberében indította „Tiszta Multikulturális Központ” (TMK) elnevezésű reszocializációs programját, melynek célja a szenvedélybetegséggel, különösen a kábítószer-függőséggel küzdők rehabilitációját követő társadalmi befogadás és munkaerőpiaci visszailleszkedés elősegítése volt. A programon 37 fő vett részt, közülük 18 fő fejezte be sikeresen, 16 főnek sikerült elhelyezkednie. A program keretében a készségfejlesztés, örömtréning, munkába állást segítő foglalkozások, pályaorientációs és munkaerőpiaci ismeretek átadása mellett kötetlen programokat is szerveztek a résztvevőknek (pl. előadások, hétfégi programok, kreatív műhely stb.).

ALAPVETŐ SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK NYÚJTÁSA

2008-ban újabb változás következett be a közösségi ellátások területén. A változások a szenvedélybetegek közösségi ellátását és a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátását egyaránt érintették. A változtatás értelmében a közösségi ellátások 2009. január 1-jétől nem kötelező önkormányzati feladatok, finanszírozásuk nem normatív finanszírozás, hanem pályázati úton elnyerhető állami feladatfinanszírozás.¹⁴⁶

Az állami feladatfinanszírozásra kiírt pályázat beadási határideje mindkét szolgáltatás esetében 2008. szeptember 1. volt. A pályázati eljárás lebonyolítója és kezelője a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal (FSZH). Az FSZH adatai alapján 2008-ban 47 szervezet pályázott szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatásának működési finanszírozására, melyek közül 36 nyert befogadást, az odaítélt támogatási összeg összesen 266 millió forint (1 058 706 €)¹⁴⁷ volt. A szenvedélybetegek közösségi ellátása esetében a 145 pályázóból 69 közösségi szolgáltató nyert befogadást, az odaítélt támogatási összeg összesen 686,4 millió forint (2 731 940 €) volt.

REHABILITÁCIÓ

Az OEP 2008. decemberi szerződésállománya szerint a bentlakásos drogtérapiás ágyak száma 2008-ban 268 volt (2006-ban 244, 2007-ben 280).

MEGKERESŐ PROGRAM

A Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részlege 2008-ban új közösségi ellátást indított Budapesten a X. kerületben, valamint egy újabb utcai megkereső programot a fővárosi hajléktalan droghasználók között Budapest összes kerületére kiterjesztve.

A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN

Az Igazságügyi Hivatal az Országos Bűnmegelőzési Bizottság támogatásának köszönhetően 2007-ben indított el egy projektet, amelynek célcsoportja a drog- és alkoholproblémákkal érintett szabadulók voltak. A program a családi, illetve kisközösségi konferenciabeszélgetés módszerének alkalmazásával, a családi, kisközösségi kapcsolatok mozgósításával kívánta elősegíteni a szabadulást, illetve a társadalomba való visszailleszkedést.

¹⁴⁶ Az 1993. évi III. törvény 86.§ (3) bekezdését módosította a 2007. évi CXXI. törvény 35. §-a.

¹⁴⁷ Az értékek a 2008-as hivatalos euró középárfolyam (1€ = 251,25 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

A projekt célja az volt, hogy a kliensek a család folyamatos támogatása mellett eljussanak a megfelelő kezelőhelyekre, illetve igénybe vegyék a helyi közösségben működő professzionális és civil segítő szervezetek, esetlegesen egyházi közösségek és a munkaügyi központ szolgáltatásait. A projekt 2007 szeptemberében kezdődött és 2008 április végén fejeződött be. A projekt időtartama alatt állapotfelmérés és egyéni addiktológiai konzultáció is biztosított volt. A projekt során 15 pártfogó felügyelő és 2 büntetés-végrehajtási nevelő vett részt a családi döntéshozó konferencia módszerének elsajátítására irányuló képzésben. A projekt során 17 családi döntéshozó konferencia lebonyolítására került sor.

Ezt követően a Szociális és Munkaügyi Minisztérium és az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium előirányzat-átcsoportosítási megállapodást kötött a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatok alcím terhére. Ebből a forrásból az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálatát támogatáshoz jutott a 2008 áprilisában lezárult, drog- és alkoholproblémákkal érintett szabadulók utógondozói kísérleti programjának a folytatására. A program folytatása során oktatófilm készült a családi döntéshozó konferenciákról. Képzéseket tartottak a szerhasználókkal, alkohol-fogyasztókkal való segítő munka során készíthető motivációs interjúkkal kapcsolatban, továbbá a családi döntéshozó konferencia módszeréről. 2008 folyamán a képzések lezajlottak, melyeken további 51 pártfogó felügyelő és 2 büntetés-végrehajtási nevelő vett részt. Családi döntéshozó konferenciák szervezése és annak lefolytatása összesen további 20 esetben történt. A képzésen részt vevő pártfogó felügyelők, illetve nevelők számára esetmegbeszélő, ill. szupervíziós lehetőséget is biztosítottak.

A miskolci Drogambulancia Alapítvány munkavállalást segítő tréningje speciálisan a szirmabesenyői Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézetében szabadságvesztésüket töltő szenvedélybeteg fiatalok körét célozta meg. A program 90 órás tréning formájában 2008. január–2008. március között valósult meg 24 fő részvételével. A program céljai között szerepelt a szakképzésre való ösztönzés, képzéseken való részvétel és a munkaerőpiaci visszatérésre való felkészítés.

3.7.4 Alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezetek pályázati támogatása, a pályázati támogatás által lehetővé tett szakmai tevékenység¹⁴⁸

Az alábbi összefoglaló elemzés a KAB-AL-07-A/B/C (Szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatását végző szervezetek támogatása) pályázati kategória nyertes pályázatait által végzett szakmai munka áttekintését szolgálja. Fontos azonban felhívni arra a figyelmet, hogy ez a pályázati kategória kiegészítő finanszírozást nyújtott a pályázati formában alapműködési finanszírozást elnyerő szervezetek¹⁴⁹ számára, valamint az új szakmai kezdeményezések fedezetét volt hivatott megteremteni.

Az elemzés során láthatóvá vált, hogy a pályázati támogatás jóvoltából:

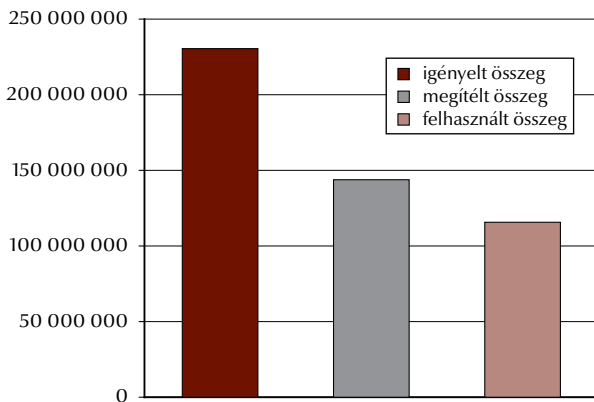
- hány szervezet foglalkozik alacsonyküszöbű szolgáltatások nyújtásával,
- milyen mértékű az ország regionális lefedettsége az alacsonyküszöbű szolgáltatások által,
- milyen célcsoportot kívánnak elérni,
- mekkora volt a célcsoport, melyet elért,
- az egyes szervezetek milyen típusú szolgáltatásokat nyújtottak.

A nyertes pályázatok számára 143 415 000 Ft-ot ítéltek meg az általuk igényelt 230 280 236 Ft-hoz képest, a felhasznált összeg 115 915 000 Ft volt.

¹⁴⁸ Az összefoglalót Tóth Erika készítette.

¹⁴⁹ Valamennyi (állami, egyházi, nem állami) támogató szolgáltatás és közösségi ellátás (azon belül az alacsonyküszöbű szolgáltatások) finanszírozása kikerült 2009. január 1-jétől a normatív állami támogatások rendszeréből. Az új finanszírozási rendszerrel kapcsolatos rendelkezéseket a támogató szolgáltatás és közösségi ellátások finanszírozási rendjéről szóló 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet tartalmazza.

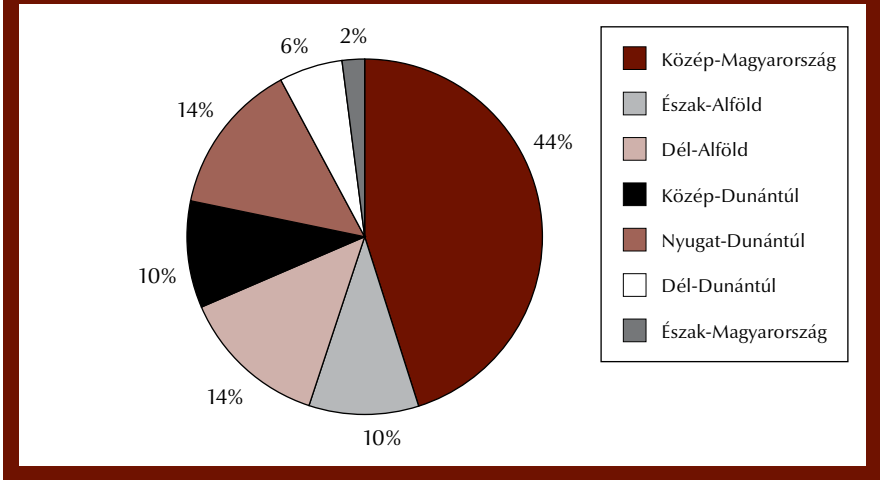
100. ábra: A KAB-AL-07-es kategóriában az igényelt összeg, a megítélt összeg, valamint a felhasznált összeg összehasonlítása



A KAB-AL-07-A/B/C kategória elbírálása során összesen 59 nyertes pályázat született. Regionális lefedettséget tekintve minden régióban működött legalább egy alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet. A közép-magyarországi régió túlsúlya ebből a szempontból jelentős:

- míg Közép-Magyarországon összesen 25 (ezen belül is 23 szervezet Budapesten működik),
- addig a Dél-Alföldön 10,
- Közép-Dunántúlon 7,
- Nyugat-Dunántúlon 7,
- Dél-Dunántúlon 4,
- Észak-Alföldön 4,
- Észak-Magyarországon pedig 2 alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet nyert támogatást.

101. ábra: A KAB-AL-07-A/B/C pályázat keretében támogatást nyert alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezetek regionális lefedettsége



A PÁLYÁZATI PROGRAMOK A MEGVALÓSULÁS HELYSZÍNÉT NÉZVE:

- 3 szervezet fedte le Békéscsabát és kistérségét, szintén 3 szervezet működött Kecskeméten és kistérségében, valamint Szombathely alacsonyküszöbű ellátását is 3 szervezet látta el.
- 2 szervezet működött Esztergom, Drog, Pilismarót, Kesztlőc, Tokod, Lábatlan, Nyergesújfalú, Mogyorósbánya, Sütő, Sárísáp, Csolnok, Piliscsév, Pilisvörösvár, valamint Solymár térségében, Győrben és kistérségében (Mosonmagyaróvár), Székesfehérváron és kistérségében, Szegeden és környékén, Pécsen, Nagykanizsán, valamint Debrecenben
- 1 szervezet foglalkozott alacsonyküszöbű szolgáltatások nyújtásával Gödöllőn és kistérségében (Dunakeszi, Göd, Szód, Fót, Mogyoród tartozik ide). Szintén egy nyertes alacsonyküszöbű pályázatot benyújtó szervezet működött Gyulán, Kalocsán és kistérségében, Kéthely és térségében (17 település), Nyíregyházán, Szekszárdon, Szolnok, Szászberek, Tószeg, Tiszavárkony térségében, Letenyén és kistérségében, valamint Veszprémben.

EGYÜTTMŰKÖDÉS MÁR SZERVEZETEKEL

Valamennyi szervezet széles körű együttműködői hálózattal rendelkezett. Mindegyik szervezet együttműködött legalább egy, de átlagosan 8 partnerrel.

A nyertes pályázatok közül 56-nak már volt előzménye, azaz futó programokról volt szó, mindössze 3 volt új program.

CÉLCSOPORT

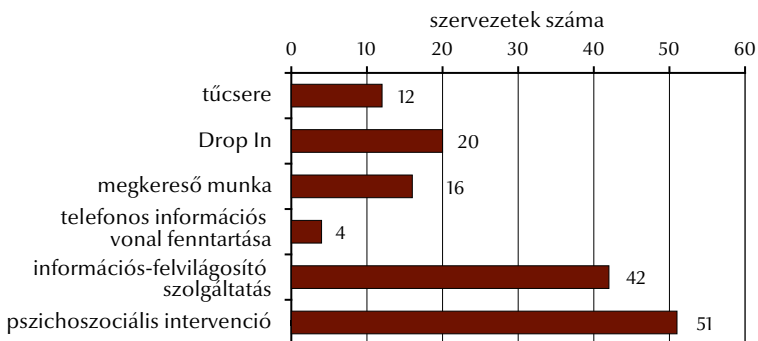
Az elérni kívánt célcsoport igen nagy szórást mutatott. A legtöbb szervezet a 14–35 év közötti fiatalokat és fiatal felnőtteket kívánta felkarolni, de az idősebb korosztályokat célcsoportként megjelölő szervezetekből is volt Budapesten és vidéken egyaránt.

Főleg az adott szervezet vonzáskörzetében élő szenvedélybetegeket (37 szervezet), ezen belül is célzottan a kábítószer-fogyasztókat kívánták elérni (21 szervezet). 2 szervezet a kábítószer-fogyasztók hozzátartozóit is célcsoportként jelölte meg. Egy szervezet a hajléktalanokat, pszichiátriai betegeket és általában a pszichoaktív szert használó személyeket kívánta elérni szolgáltatásaival, 2 szervezet a hátrányos helyzetű fiatalokkal foglalkozott. Egy szervezet átlagosan 7300 főt ért el a programja megvalósítása során.

SZOLGÁLTATÁSTÍPUS

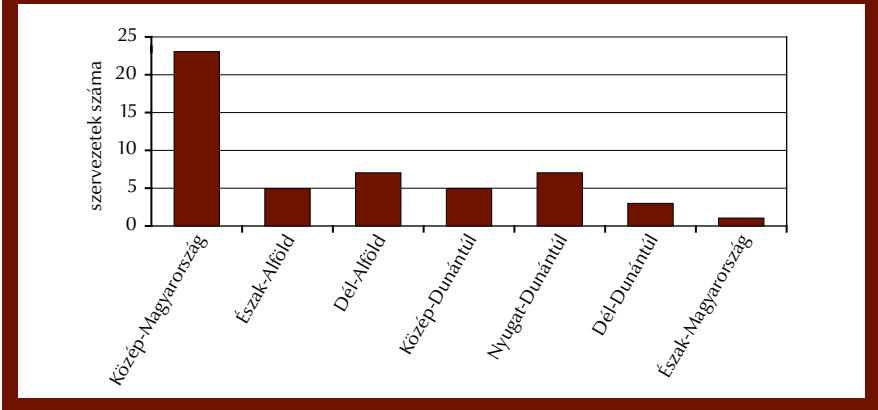
A szervezetek nagy szórást mutattak a nyújtott szolgáltatástípus tekintetében is:

102. ábra: A KAB-AL-07-A/B/C pályázat keretében támogatást nyert alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezetek által nyújtott szolgáltatástípusok előfordulása



- csupán 2 szervezet volt, amely mind a hat szolgáltatástípust nyújtani tudta kliensei számára,
- 5 szervezet kivételével valamennyi alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet biztosította a pszichoszociális intervenció lehetőségét (51).

103. ábra: A KAB-AL-07-A/B/C pályázat keretében támogatást nyert pszichoszociális intervenciót (is) nyújtó alacsonyküszöbű szolgáltatások regionális lefedettsége



- 42 szervezet szakmai programja terjedt ki információs-felvilágosító szolgáltatás nyújtására (Közép-Magyarország, Dél-Alföld, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl, Közép-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl, Észak-Magyarország)
- 4 szervezet működtetett telefonos információs vonalat (Budapesten, a Dél-Alföldön és a Dél-Dunántúlon),
- 16 szervezet folytatott megkereső munkát (Budapest, Dél-Alföld, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl, Közép-Dunántúl, Észak-Magyarország),
- Drop In szolgáltatást 20 szervezet nyújtott (Budapest, Dél-Alföld, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl, Közép-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl),
- tűcsereprogramot 12 szervezet folytatott (Budapesten, a Dél-Alföldön, a Dél-Dunántúlon és Közép-Dunántúlon).

Összegzés

A 2007-es alacsonyküszöbű pályázatok értékelése alapján az látszik, hogy az ország alacsonyküszöbű szolgáltatások általi regionális lefedettsége kielégítő, ebből a szempontból nincsenek ellátatlan régiók. Viszont a szervezetek regionális eloszlása meglehetősen nagy egyenlenségeket mutat.

Összehasonlításként két adat:

- a nyertes szervezetek 42%-a a közép-magyarországi régióban működik. Közép-Magyarország hivatalos népessége 2 897 317 fő.
- Észak- és Dél-Alföld népessége megközelítőleg hasonló nagyságú, 2 848 526 fő, viszont ebben a régióban az alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezeteknek csupán 24%-a működik.

Mivel nem minden szervezet esetében kaptunk pontos információt a kliensek számát illetően, ezért a meglévő létszámadatokból levont következtetések torz információkhoz vezetnének. Így a régiók lakosságszámának, valamint a régiókban működő szervezetek számának az összevetésével próbáljuk szemléltetni régióként a szervezetek leterheltségét. Pszichoszociális intervenciók szolgáltatást 23 szervezet nyújt Közép-Magyarországon. Ha ezt összevetjük a régió népességszámával, akkor azt látjuk, hogy egy szervezet látókörébe 125 970 fő tartozna. A Dél-Alföldön ez a szám 190 644 fő, Észak-Alföldön 302 804, Dél-Dunántúlon 320 029, Közép-Dunántúlon 220 968, Nyugat-Dunántúlon 142 563, Észak-Magyarországon pedig 1 236 690 fő. Az észak-magyarországi régióban tehát jóval több alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó szervezet működtetése és támogatása lenne indokolt.

Érdekes megvizsgálni azt, hogy a nyertes pályázatot benyújtott szervezetek esetében az igényelt összeg szempontjából milyen mértékű volt a túlkérés. A szervezetek által igényelt összeg 62%-át ítélte oda a szakértőkből álló bíráló bizottság. A megítélt összegnek viszont csak a 81%-át tudták felhasználni a szervezetek. Ez egy olyan diszkrépancia, melynek feloldása egyfelől további kutatást, másfelől pedig az információk helyes értelmezését teszi szükségessé.

A pályázatok többsége egy már meglévő, futó program folytatását tűzte ki célul. Ez egyrésztől jó, mert így lehetőség nyílik arra, hogy a programok egyre kidolgozottabbakká váljanak, másrészt viszont hiányolható az új kezdeményezések magasabb száma. Azonban, ha értelmezni kívánjuk ezeket az információkat, akkor indokolt azzal a feltételezéssel élni, hogy a szervezetek azért vesznek igénybe pályázati forrásokat már meglévő programjaik továbbviteléhez, mert a kvázi normatív finanszírozás eredményeképpen rendelkezésre álló összegek nem vagy nem teljes mértékben fedezik a nyújtott szolgáltatás tényleges költségeit.

A szolgáltatástípus regionális lefedettségét nézve azt lehet elmondani, hogy míg a pszichoszociális intervenció nyújtása minden régióban biztosított, addig a többi szolgáltatástípus egyikében sem teljes körű a lefedettség. Kiemelkedik a telefonos információs vonalat működtető szervezetek alacsony száma (4 szervezet 3 régióban jelenik meg ezzel a szolgáltatással).

4. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS: KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A KÁBÍTÓSZERPIAC

Összefoglalás

A 2008. évben a korábbi évhez képest – a megelőző két év csökkenő tendenciájával ellentétben – ismét nőtt az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma, 17%-kal. Az ezen bűncselekmény elkövetése miatt eljárás alá vontaké pedig 20,9%-kal. Mindemellett azonban a mennyiségi mutatók elmozdulása nem járt együtt az összбűнözésen belüli arányok változásával. A hatóságok előtt ismertté vált kábítószer-bűncselekmények összбűнözésen belüli aránya alig változott; 2007-ben 1,1%, 2008-ban 1,3% volt. 2007-hez hasonlóan, 2008-ban ismét gyakorlatilag minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fiatalkorú volt (11,3%). Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalkorúak ilyen alacsony részesedésével 1997 óta nem találkoztunk. Az esetszám-növekedés azt jelzi, hogy „normalizálódik” az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma: azaz nem vagy egyre kevésbé befolyásolják a jogszabályi környezet változásai az ismertté vált kábítószerbűncselekmények számának alakulását. Nemcsak az esetszámok, hanem a fiatalkorúak részesedése az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül is jelzi a normalizálódó tendenciát. A megfigyelt részesedési arány már közelít az összбűнözésen belüli részarányokhoz.

A lefoglalási adatok alapján megállapítható, hogy 2008-ban tovább folytatódott a kokainfogyasztás bővülése. Ehhez hozzájárul a kokain utcai árára vonatkozóan megfigyelhető, 2007-ben már megkezdődött további csökkenő tendencia. A fogyasztói adagokba kiserelt heroin tartalmú porok hatóanyag-tartalma az elmúlt években folyamatosan emelkedő tendenciát mutat, amely fokozott veszélyt jelent a fogyasztók számára. Emellett a heroinnak grammonkénti, illetve pakettenkénti utcai ára is nőtt.

Az ecstasytabletták esetében a leggyakoribb hatóanyag továbbra is az MDMA. Emellett számottevő mennyiségben fordultak elő amfetamin és mCPP-t tartalmazó tabletták, valamint új hatóanyagként megjelent a 4-fluoramfetamin. A GBL-lefoglalások száma az elmúlt 4 évben folyamatosan emelkedett, ami egyértelműen mutatja az ellenőrzés alá nem vont szerrel történő visszaélések terjedését.

A hazánkban forgalomba kerülő kannabisz-származékok az egyre nagyobb volumenű, hazai ültetvényeken történő termesztés mellett csempészet útján jutnak az országba, elsősorban Hollandiából továbbá a balkáni

államok irányából. A kannabisz növény lefoglalások száma az utóbbi években újra növekvő tendenciát mutat. A lefoglalási adatok és a fogyasztók becslése alapján elmondható, hogy hazai piacon elsősorban a marihuána jelenik meg, a hasis jelenléte körülbelül 5%-ra becsülhető.

Az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények körülbelül 70%-át kannabisszal követik el, ezek jellemzően csekélyebb súlyú keresleti oldali magatartások vagy saját használatra, csekély mennyiségben történő termesztői tevékenységek. Forgalmazói, kereskedői magatartás az ismertté vált kannabisszal való visszaélés bűncselekmények alig 6%-át teszi ki.

4.1 Kábítószer-bűnözés¹⁵⁰

Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai rendszer (ERÜBS) az 59/2007. (XII. 23.) IRM rendelet alapján, amely 2008. január 1-jén lépett hatályba, Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Statisztikai rendszer (ENYÜBS) elnevezésre módosult. E rendszerben gyűjtik és dolgozzák fel a feljelentés elutasításától, illetve a büntetőeljárás megindításától a nyomozás felfüggesztéséig, a nyomozás megszüntetéséig vagy a vádemelésig a nyomozó hatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikai adatokat. Az egységes bűnügyi statisztika a Be. 63. §-ának (4) bekezdése alapján kiterjed a bűnözés alakulására bűncselekményenként és terheltenként, valamint a nyomozások törvényességi kérdéseire.

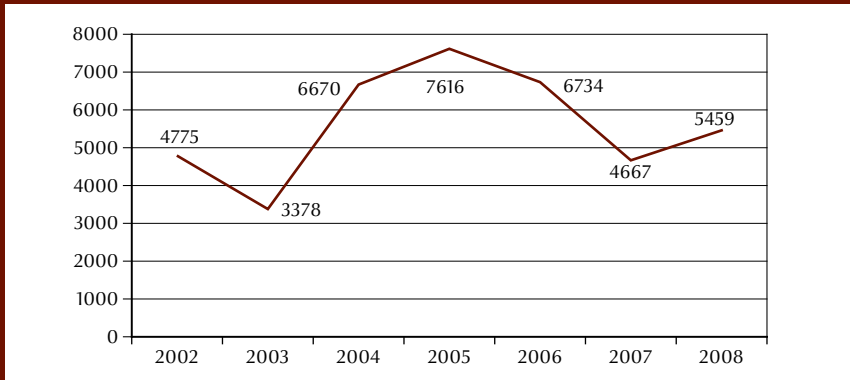
A BŰNCSELEKMÉNYEK

A 2008. évi statisztikai adatok szerint (ENYÜBS 2009) 5459 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

Az ENYÜBS adatai azt mutatják, hogy 2008-ban az elmúlt két évtől eltérően emelkedett a hatóságok előtt ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A növekedés mértéke 17%-os volt. Mindemelllett azonban a mennyiségi mutatók elmozdulása nem járt együtt az össz-bűnözésen belüli arányok változásával. A hatóságok előtt ismertté vált kábítószer-bűncselekmények összes bűncselekményen belüli aránya 2007-ben 1,1%, 2008-ban 1,3% volt.

¹⁵⁰ A részfejezet szerzői: Ritter Ildikó, Tarján Anna.

104. ábra: Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2002–2008 között



Forrás: ENYÜBS

Az esetszám-növekedés azt jelzi, hogy „normalizálódik” az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma, azaz nem vagy egyre kevésbé befolyásolják a jogszabályi környezet változásai az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények számának alakulását. Továbbá az esetszám egyre jobban közelít ahhoz, amely arányos a hazai rendőrség e bűncselekménytípus üldözésére fordítható anyagi, személyi és logisztikai erőforrásai alapján felderíthető esetenagysággal.

2008-ban összesen 5480 esetben szerepelt kábítószer elkövetési tárgyként valamilyen ismertté vált bűncselekmény kapcsán. Ebből 5459 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény volt, 5 kóros szenvedélykeltés, 2 vesztegetés, 1 kábítószer hatása alatt történő gépjárművezetés és 13 vagyonelleni bűncselekmény (lopás, illetve rablás).

Az esetek 71,7%-ában valamilyen kannabisz-származék (marihuána vagy hasis) szerepelt elkövetési tárgyként.

Az eljárás időtartama

A kriminálstatisztikai adatok egyértelműen jelzik, hogy 2004 óta az adott tárgyévben indult és a nyomozás lezárásával a tárgyévben is végződött esetek aránya jóval alacsonyabb a 2003. évi Btk. és Be. módosítás¹⁵¹ előtti időszakban mért (30% körüli) arányoknál (2004-ben 14,4%, 2005-ben 20,6%, 2006-ban 17,6% volt). A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetése miatt indult eljárások, a korábbi szabályozáshoz képest, egyre jobban elhúzódnak. A 2008-ban indult eljárások közül gyakorlatilag csak minden 6.

¹⁵¹ 2003. évi II. törvény, illetve 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet.

esetben fejeződött be a nyomozás az adott évben, sőt a két évnél régebben indult eljárások esetszáma és aránya is nőtt.

58. táblázat: Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés éve szerint 2007-ben és 2008-ban

Elkövetés éve	2007		2008	
	Esetszám	%	Esetszám	%
A tárgyévben	744	16,0	952	17,4
A tárgyévet megelőző évben	2638	56,5	2809	51,5
Két évnél régebben	1285	27,5	1698	31,1
Összesen	4667	100,0	5459	100,0

Forrás: ENYÜBS

Az elkövetési magatartások

A „termel, előállít, megszerez, tart, behoz...” magatartások – amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak – részaránya az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között 83,4% volt.

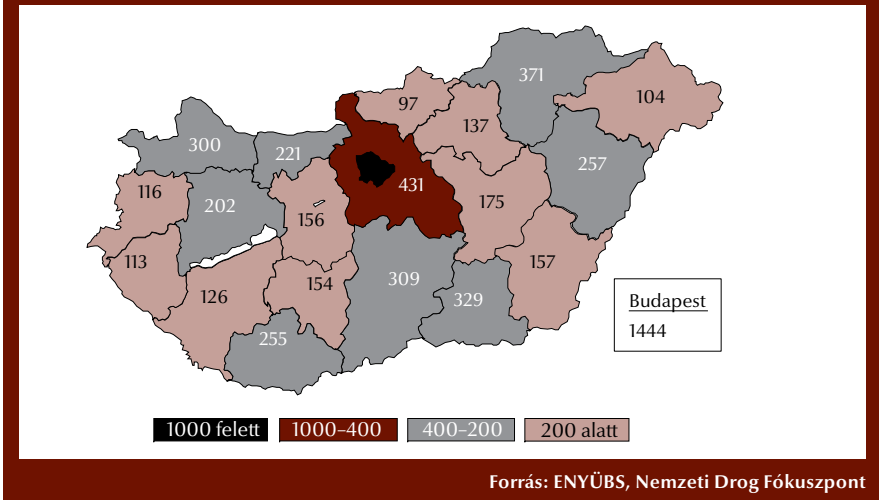
Ehhez képest a kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részesedése az ismertté vált esetek 16,14%-át teszik ki. Továbbá kevesebb mint 1%-ot tettek ki az előkészületi magatartások miatt indított eljárások.

A keresleti oldali magatartások – tehát elsősorban továbbra is az alkalmi fogyasztók és kábítószerfüggők által elkövetett kisebb súlyú cselekmények – alkotják a hatóság előtt ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények jelentős részét.

Az elkövetés helye

2008-ban is a legtöbb visszaélés kábítószerrel bűncselekmény Budapesten vált ismertté (26,5%). A fővárost Pest (7,9%), majd Borsod-Abaúj-Zemplén (6,8%) megye követi.

105. ábra: A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megyék szerinti megoszlása az elkövetés helye szerint 2008-ban



Forrás: ENYÜBS, Nemzeti Drog Fókuszpont

AZ ELKÖVETŐK

Ahogy már korábban bemutatásra került, az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2008-ban a 2007. évihez képest 17%-kal nőtt, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőké pedig 20,9%-kal (2008: 4692 fő ; 2007: 3881 fő).

A következőkben ezen elkövetők (4692 fő) szociodemográfiai jellemzői kerülnek bemutatásra (függetlenül attól, hogy büntetettek voltak-e vagy sem).

Nemek szerinti megoszlás

Az ismertté vált kábítószerrel visszaélést elkövetők nem szerinti megoszlása továbbra is az előző évekhez hasonló arányokat mutat. A férfiak részesedése 90,2%, a nők pedig 9,8% volt 2008-ban, csak úgy, mint 2007-ben. Gyakorlatilag ez az arány évek óta változatlan, és megközelíti az összes bűnelkövető körében jellemző nem szerinti megoszlást.

Életkor szerinti megoszlás

A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben már 2007-ben is csökkent, bár e bűncselekménytípust továbbra is jellemzően fiatalabb korban követik el más bűncselekményekhez képest. A fiatalkorú (14–18 évesek) és fiatal felnőtt korosztály (18–30 évesek) érintett

leginkább a jelenség kapcsán. A 2007-ben mért értékekhez képest jelentős elmozdulás nem történt. A 30 év alattiak aránya 84,9%, mindössze 1,1%-kal alacsonyabb, mint 2007-ben, de továbbra is jóval magasabb, mint más típusú bűncselekmények esetén, ahol ez az arány nem éri el a 60%-ot.

59. táblázat: A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2007-ben és 2008-ban

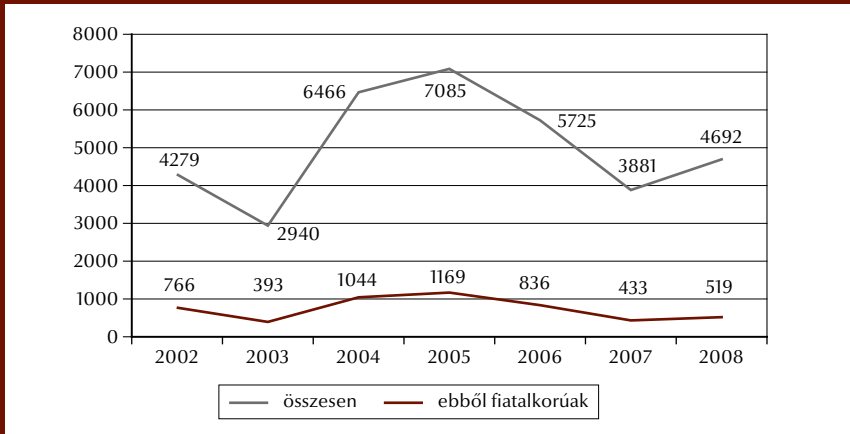
Korcsoportok	2007		2008	
	eset	%	eset	%
Gyermekkorú (0-14)	7	0,1	11	0,2
Fiatalkorú (14-18)	433	11,1	519	11,1
18-24 éves	1980	51,0	2308	49,2
25-30 éves	919	23,7	1148	24,5
31-40 éves	459	11,9	575	12,2
41-50 éves	67	1,7	101	2,2
51-60 éves	10	0,3	26	0,5
61 év feletti	6	0,2	4	0,1
Összesen	3881	100,0	4692	100,0

Forrás: ENYÜBS

Fiatalkorú elkövetők

A fiatalkorúak aránya hazánkban, az összes elkövető körében, 2008-ban 9,8% volt. A fiatalok részesedése az összes elkövető körében (2007-ben 9,4%) és a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetettek körében is stagnál. Az utóbbi esetében hasonló érték volt megfigyelhető 2007-ben és 2008-ban is (2008-ban 11,3%; 2007-ben 11,2%). Gyakorlatilag minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető, a 2007. és a 2008. évi bűnügyi statisztika szerint, fiatalkorú volt. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalkorúak 2007-hez és 2008-hoz hasonló alacsony részesedését 1997 óta nem detektálták. Nemcsak az esetszámok, hanem a fiatalkorúak részesedése az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül is jelzi a „normalizálódó” tendenciát. Ez a részesedési arány már közelít az összбүнözésen belül megfigyelt részarányokhoz.

106. ábra: A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma 2002-2008 között



Forrás: ENYÜBS

Iskolai végzettség szerinti megoszlás

A kábítószerrel visszaélők 47,1%-a általános iskolai, 24,6%-a szakmunkás végzettségű volt, 21,8%-uk rendelkezett érettségivel, az egyetemet, főiskolát végzetek aránya pedig 1,8% volt 2008-ban. Mindössze 1%-uk – 7 gyermekkorú – nem fejezte még be az általános iskolát, továbbá az elkövetők 4,7%-ának iskolai végzettségéről nincs adat.

Továbbra is érvényes az a megállapítás, hogy az „átlagos” kábítószerrel visszaélő sokkal iskolázottabb az „átlagos” bűncselekményt elkövetőnél. Alig volt olyan elkövető (0,1%), aki nem rendelkezett volna legalább általános iskolai végzettséggel, vagy az elkövetés idején éppen ne végezte volna azt.

Az elmúlt évek során nem történt jelentős változás a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlásában.

Előélet szerinti megoszlás

2008-ban az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők közel egyharmada (31,2%) volt büntetett előéletű. Habár a büntetett előéletűek részesedése 1,2%-kal alacsonyabb, mint 2007-ben, gyakorlatilag az elmúlt öt évben mért megoszlás a büntetett, illetve a büntetlen előéletűek tekintetében állandósulni látszik. A büntetett előéletű elkövetők 24,2%-a volt visszaeső. A visszaesők aránya azonban évek óta – habár évente csak

1–2%-kal –, növekszik. 2007-hez képest 2 százalékpontos az emelkedés mértéke.

A büntetett előéletű elkövetőknek jelentős része kábítószerfüggő, és korábbi bűncselekményeik is a szerhasználattal vagy a szerhez jutással voltak összefüggésben.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetőinek többsége (68,8%) első bűntényes, azaz korábban még nem volt büntetve. Ez az arány magasabb, mint az egyéb bűncselekmények esetében.

VÁDEMEELÉS ELHALASZTÁSA

2008-ban a befejezett, kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetővel szemben elrendelt vádemelés elhalasztások száma 1613 volt. Míg 2007-ben az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt eljárás alá vont elkövető 39,1%-ával (1519 fő) szemben került sor vádemelés elhalasztására, addig 2008-ban ez az arány 34,4% volt.

2008-ban ezt a jogintézményt hazánkban összesen 5738 elkövetővel szemben alkalmazták (ez az összes elkövető 4,7%-a volt). Az összes vádhalasztás 28,1%-a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetővel szemben történt. (2005-ben 54,0%, 2006-ban 43,2%, 2007-ben 35,3% volt).

Nyomozás megszüntetésével járó büntethetőséget megszüntető egyéb ok megállapítása 2008-ban 966 esetben történt. (2007: 557 eset; 2006: 94 eset); Ennek hátterében a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény áll, lásd: 2006-os „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről”, 1.2.1 fejezet).

2008-ban tovább csökkent a vádemelés elhalasztása jogintézmény alkalmazásának gyakorisága a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkkel szemben. Ez egyrészt azt jelzi, hogy a „normalizálódás” ezekben az adatokban is tükröződik, azaz a jogszabályi környezet módosításának hatása már nem érzékelhető számottevően. Továbbá az adatok hátterében áll az is, hogy egyre többen a nyomozati szakban már elkezdik az elterelést, amely a nyomozás megszüntetésével járó büntethetőséget megszüntető egyéb ok megállapítását vonja maga után.

KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS

2008-ban 40,9%-kal többen követtek el bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt, mint 2007-ben (2007: 2761 fő, 2008: 3891 fő).

Ezek közül legtöbben (56,2%) a kábítószerrel visszaélés bűncselekményt valósítottak meg, azaz ennyi elkövető ellen indult eljárás azért (is), mert kábítószert fogyasztott, kábítószert találtak a szervezetében.

További bűncselekményi csoportokra lebontva, vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 23,3%-a (905 fő). Hasonló érték volt mérhető 2007-ben is. Ebből 73-an rablást követtek el.

Közlekedési bűncselekményt 3,8% (148 fő) követett el. Ebből járművezetés bódult állapotban tényállást 36 fő, míg közúti baleset gondatlan okozása bűncselekmény alakzatait 73 fő követte el.

A személy elleni bűncselekmények aránya 4,8% volt. A mindösszesen 187 kábítószer hatása alatt elkövetett, ismertté vált személy elleni bűncselekmények közül 18 volt befejezett emberölés, plusz ehhez társult még 13 emberölési kísérlet, 75 esetben súlyos testi sértés történt. A személy elleni cselekmények növekvő aránya és megoszlása kiemelendő. Garázdaságot a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 3,3%-a (129 fő) követett el.

Ezek a kriminálstatisztikai adatok továbbra is azt tükrözik, hogy a bűnözői szubkultúrában egyre több a kábítószerfüggő, illetve növekszik azoknak az aránya, akik „belecsúsztak” a szenvedélyszer-használat következményeként az egyre gyakoribb bűnelkövetésbe és a bűnöző szubkultúrába.

4.2 Kábítószer-használat a börtönben¹⁵²

2008-ban kutatás (Paksi 2009a) készült a jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer-használatáról, az adatokat lásd: 1.4 fejezet.

KÁBÍTÓSZERHEZ VALÓ HOZZÁFÉRHETŐSÉG A BÖRTÖNBEN

A prevalencia-vizsgálat (Paksi 2009a) részeként a fogvatartottak körében azt is felmérték, hogy szerintük mennyire könnyen lehet hozzáférni az egyes kábítószerkehez a bv. intézeteken belül, az erről szóló adatokat lásd: 1.4.2. fejezetben a büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést követő időszak drogfogyasztásának elemzésénél.

A bv. intézetekben zajló hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő kutatás¹⁵³ (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a) során azt is megkérdezték a fogvatartottaktól, hogy véleményük szerint mennyire nehéz kábítószerhez jutni a börtönben. Az intézeten belüli kábítószerhez való hozzáférhetőség nehézségét egy 5 fokozatú skálán kellett megjelölnie a válaszadóknak. Az 1166 fő közül 1070

¹⁵² A részfejezet szerzője: Tarján Anna.

¹⁵³ A kutatás leírását, módszertanát lásd: 3.4.1 fejezet.

fő adott érvényes választ a kérdésre. A válaszadók 73,6%-a lehetetlennek vagy nagyon nehéznek tartja az intézetben belül azt, hogy kábítószerhez jusson. A minta 13,7% gondolja azt, hogy közepesen nehéz, míg 12,7% úgy véli könnyű vagy nagyon könnyű kábítószerhez jutni az intézetekben.

A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának jelentése szerint 2008-ban 25 esetben, 29 fő érintettségével találtak kábítószerrel a büntetés-végrehajtás intézeteiben. Legtöbbször kannabisz-származékokat foglaltak le, 1 esetben 4 főt bódult állapotban találtak egy zárkában.

60. táblázat: Kábítószerhez való hozzáférés megítélése a bv. intézetekben a szűrésben és kérdőívvezetésben részt vett fogvatartottak körében

A kábítószerhez való hozzáférés megítélése	Válaszok száma	%
lehetetlen	618	57,8
nagyon nehéz	169	15,8
közepesen nehéz	147	13,7
könnyű	50	4,7
nagyon könnyű	86	8
Összesen	1070	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

4.3 A kábítószer-bűnözés megelőzése¹⁵⁴

Az Országos Bűnmegelőzési Bizottság 2008-ban 7 olyan komplex bűnmegelőzési programot támogatott, amelyek kábítószer-prevenációs elemeket is tartalmaznak.

A Nemzeti Drogstratégiával és az Európai Unió kábítószer elleni cselekvési tervével összhangban, a Magyar Köztársaság Rendőrsége Drogstratégiájának részét képező 2007–2014. közötti időszakot átfogó stratégiai tervben rögzített feladatok egységes végrehajtása érdekében, az ORFK vezetője kiadta a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájában rögzített feladatok egységes végrehajtásáról szóló 17/2006. (XI. 24.) ORFK utasítást. A drogstratégia a bűnügyi szakterület elé több célt állított, illetőleg feladatot határozott meg a kínálatcsökkentés, valamint az elkövetők vonatkozásában. Az elsődleges és legfontosabb cél a bűnügyi szervek számára, hogy a fogyasztói – csekély mennyiségű kábítószerre megvalósított birtokló típusú – magatartások helyett a bűnüldözés súlypontja a jelentős mennyi-

¹⁵⁴ Az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium beszámolója alapján.

ségű kábítószerrel megvalósított – legfőképp a kereskedő típusú elkövetési magatartásokkal összefüggő – bűncselekmények irányába tevődjön át.

A 2007-es évben problémaként merült fel, hogy több megyei rendőr-főkapitányságon továbbra is rendszeresen hajtanak végre úgynevezett, a köznyelv által diszkórazsiának vagy drograzziának nevezett intézkedéseket. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa egy salgótarjáni szórakozóhelyen megtartott kábítószer-razzia során az intézkedés alá vontak alkotmányos jogainak megsértését állapította meg. Ezt az ORFK vezetőjének jelezte. Ennek nyomán az ORFK vezetője 2007 decemberében a kifogásolt gyakorlatot megtiltotta.

Az ORFK vezetőjének kezdeményezésére 2008-ban olyan konferencia került megrendezésre, amelyen az ORFK és a BRFK vezetése és a kábítószer-bűnözés elleni egységek, nyomozó szervek vezetőin kívül bűnmegelőzéssel foglalkozó civil szervezetek, a kábítószer terjedésének megelőzésében érdekelt kormányzati, egészségügyi szervek és igazságügyi szakértők vettek részt. A konferencia legfőbb eredménye az volt, hogy a jelenlévők egyetértettek abban, hogy a megelőzés, illetőleg keresletcsökkentés, továbbá a fogyasztók felvilágosítása, gyógyítása területén tevékenykedőknek egymással, illetve a rendőrséggel a jelenleginél szorosabb együttműködésével nagyobb eredmények érhetők el. Megállapodtak abban is, hogy az ilyen jellegű, többoldalú találkozókat rendszeressé kell tenni, illetve az együttműködés irányairól a feleknek javaslatokat kell kidolgozni a fő cél, azaz a kábítószer keresletének csökkentése és a fogyasztás visszaszorítása céljából.

A SZERVEZETT KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt folytatott nyomozások tapasztalatai alapján 2008. év elején, a Nemzeti Nyomozóirodánál és a Budapesti Rendőr Főkapitányságon (BRFK) szervezeti korszerűsítést hajtottak végre. A kábítószer-felderítést országos szinten a Nemzeti Nyomozó Iroda Szervezett Bűnözés Elleni Főosztály Kábítószer Bűnözés Elleni Osztály végzi, összesen 22 fő hivatásos beosztottal. A Budapesti Rendőr-főkapitányságon 2008-ban vonták össze a különböző főosztályokon kábítószer-bűnözéssel foglalkozó egységeket, így alakult meg a Kábítószer-Bűnözés Elleni Szolgálat 51 fő hivatásos beosztottal. Az átalakításoknak köszönhetően az új egységek jó eredményeket értek el, mivel a lefoglalt marihuána, amfetaminszármazékok és kokain mennyisége az előző évhez képest jelentősen megemelkedett. (Lásd: 4.4.3 fejezet.)

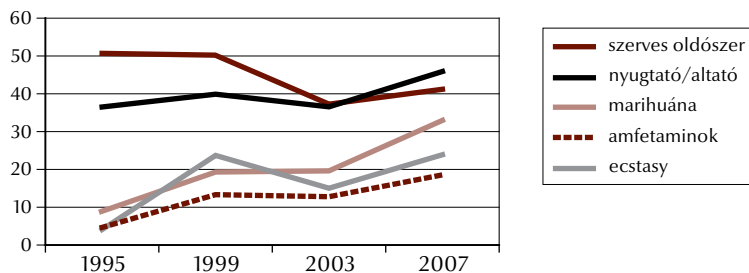
4.4 Kábítószerpiac¹⁵⁵

4.4.1 Hozzáférhetőség

HOZZÁFÉRÉS A KÖZÉPISKOLAI DIÁKOK VÉLEMÉNYE ALAPJÁN

Az ESPAD-kutatások¹⁵⁶ 1995–2007 közötti eredményei alapján (Elekes 2009) a valamennyi adatfelvételben vizsgált tiltott szer (marihuána, amfetaminok, ecstasy) diákok által feltételezett elérhetősége jelentősen nőtt 1995 és 1999 között, majd a 2003. évi adatok az ecstasy esetében csökkenést, a többi szer esetében pedig stabilitást mutattak. A 2007. évi adatok mindhárom tiltott szer vélt elérhetőségének jelentős növekedését mutatják. A legnagyobb változás az elmúlt 12 évben az ecstasy vélt elérhetőségében figyelhető meg, amit ma hatszor annyi diák gondol könnyen/nagyon könnyen hozzáférhetőnek, mint 1995-ben, és ezzel az ecstasy feltételezett elérhetősége 2007-ben Magyarországon meghaladta az ESPAD-ban részt vevő európai országok átlagát. Az amfetaminok vélt hozzáférhetősége négyszeresére, a marihuánáé pedig háromszorosára nőtt 1995-től napjainkig. A marihuána vélt elérhetősége 2007-ben csupán 1 százalékponttal maradt el a valamennyi adatfelvételben részt vett országok európai átlagától. 2003-hoz képest nőtt az altatók/nyugtatók és a szerves oldószerek feltételezett hozzáférhetősége is, bár ez a növekedés nem olyan mértékű, mint a tiltott szerek esetében. Így ma a nyugtatókat/altatókat 9 százalékponttal többen, a szerves oldószereket pedig még mindig 9 százalékponttal kevesebben gondolják könnyen/nagyon könnyen hozzáférhetőnek, mint 1995-ben.

107. ábra: A különböző szereket könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférhetőnek tartók aránya a 16 éves válaszolók %-ában 1995–2007 között



Forrás: Elekes 2009

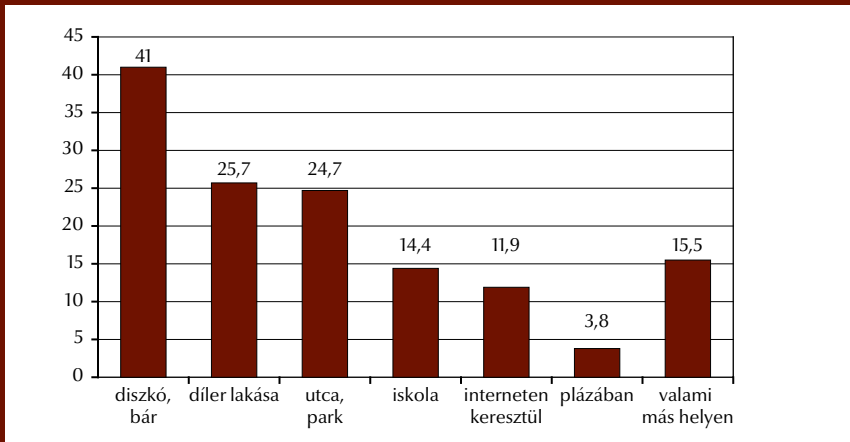
¹⁵⁵ A részfejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Elekes Zsuzsanna, Tarján Anna.

¹⁵⁶ Módszertant lásd 1.4 fejezet.

A kábítószerkezhöz való hozzáférhetőséget a 8–10. évfolyamosok körében végzett kutatás további két kérdéssel vizsgálta: egyrészt megkérdezte a fiatalokat arról, hogy a különböző felsorolt helyek közül melyek azok, ahol könnyen tudnának marihuánához/hasishoz jutni, másrészt megkérdezte, hogyha használtak már életükben marihuánát, ecstasyt vagy amfetaminokat, akkor kitől, hogyan szerezték ezeket.

A diákok több mint fele (56%) tudott legalább egy olyan helyet mondani, ahol szerinte könnyen kaphat marihuánát. Legtöbbször a diszkót, a díler lakását, illetve az utcát, parkot említették. Kevesebben gondolják azt, hogy az iskolában vagy az Interneten keresztül juthatnak kábítószerhez, és a megkérdezetteknek alig 4%-a véli úgy, hogy a plázák jelentik azt a helyet, ahol könnyen lehet marihuánához jutni.

108. ábra: Helyek, ahol könnyen lehetne marihuánát vagy hasist szerezni a 8–10. évfolyamosok százalékában

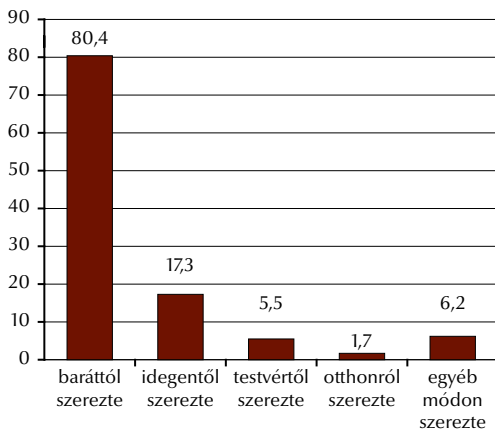


Forrás: Elekes 2009

A kábítószerkezhöz (marihuána, ecstasy, amfetaminok) való hozzájutás tényleges módjaként a kábítószerkezt már próbálták túlnyomó többsége valamilyen baráti kapcsolatot jelölt meg. A fogyasztók 80%-ának a kábítószerkezhöz jutás egyik forrását ez jelenti. Legtöbbször baráti társaságban osztották a szeret (48,6%) vagy kapták idősebb (34,9%) vagy fiatalabb/azonos korú (26,9%) barátaiktól. Kevesebben vannak azok (17,2%), akik vették barátaiktól a drogot. Idegeneket sokkal ritkábban (17,3%) jelöltek beszerzési forrásként a fiatalok, mint barátokat (6,3% vette valakitől, akit személyesen nem ismer, 4,6% idegentől vette). Szintén ritkán szerepelnek a testvérek

a hozzájutás forrásaként. A hozzájutás egyik legritkább forrása az otthon (0,8%-nak szülői adták, 0,2% elvette a szüleitől engedély nélkül).

109. ábra: Honnan jutott kábítószerhez – a kábítószert már használták százalékában



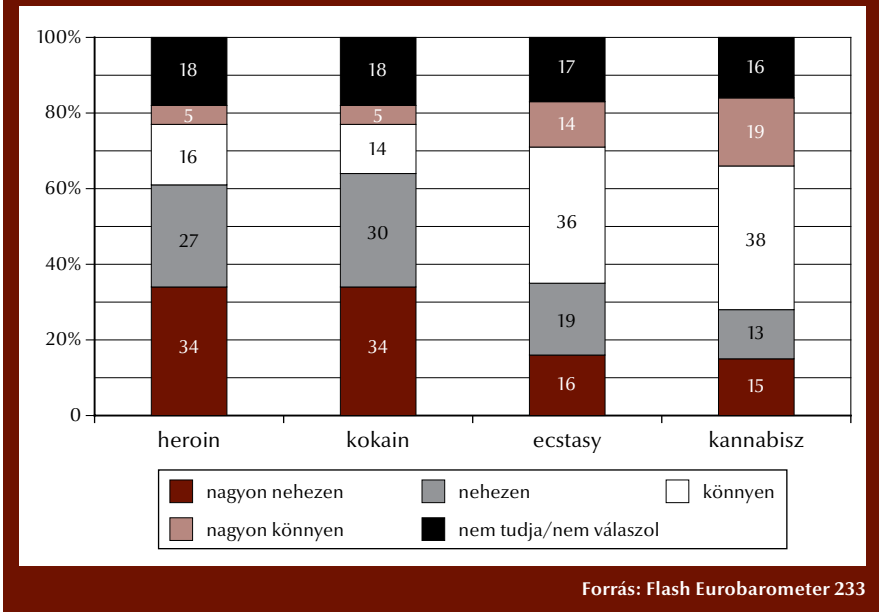
Forrás: Elekes 2009

HOZZÁFÉRÉS A 15–24 ÉVESEK VÉLEMÉNYE ALAPJÁN

A 2008-as Eurobarométer vizsgálat (Flash 2008)¹⁵⁷ szerint a magyar 15–24 évesek körében a kannabisz tekintetében nyilatkoztak legtöbbször úgy, hogy azt könnyen vagy nagyon könnyen be tudnák szerezni. Ezt követte az ecstasy, majd a heroin, végül a kokain. A kokain és a heroin esetében elmondható, hogy több mint a válaszadók fele úgy nyilatkozott, hogy ahhoz nehezen vagy csak nagyon nehezen tudna hozzájutni.

¹⁵⁷ A vizsgálat a 15–24 évesek reprezentatív mintáján készült (N=500). A kérdőíveket telefonos interjú keretében vették fel 2008. április 15. és május 17. között.

110. ábra: Az egyes kábítószerfajták hozzáférhetősége a 15-24 évesek szerint



4.4.2 A kínálat forrásai: hazai kábítószer-termesztés és -előállítás, külföldi importálás¹⁵⁸

Az utóbbi időig hazánkban forgalomba került marihuána (és minden egyéb kannabisz-származék) jelentős része Nyugat-Európából, főként Hollandiából és a balkáni államokból került az országba, azonban további emelkedő tendenciát mutat a belföldön leleplezett és felszámolt ültetvények száma. Továbbra is népszerű az illegális házi kannabisztermesztés, amelyet a lefoglalt növények között a – jellemzően tápkockában nevelt – palánták 30% feletti aránya jelez. (További részletes adatok lásd: 4.4 fejezet.)

A magyar hatóságok 2008-ban három alkalommal foglaltak le, összesen 63 000 liter ecetsavanhidridet, amely a heroin előállításához szükséges anyag.

2008-ban illegálislaboratórium-lefoglalás nem történt. Azonban a jövőre nézve a növekvő keresletet és a technikai, anyagi háttér emelkedett szintjét

¹⁵⁸ A Nemzeti Nyomozóiroda, a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet és az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium beszámolója alapján.

figyelembe véve nem zárható ki, hogy hazai laboratóriumokban is megkezdődik az amfetamin gyártása. Azzal, hogy Magyarország a schengeni övezetbe tartozik, ennek lehetősége hatványozódik, különös tekintettel az övezeten belüli országhatárok szabadabb átjárhatóságára.

CSEMPÉSZÚTVONALAK, A HAZAI PIAC SZERKEZETI FELÉPÍTÉSE

Csempészátvonalak és a hazai piac struktúrája szertípusonként

Egy, a kábítószerpiac jellegzetességeit vizsgáló kutatás¹⁵⁹ szerint (Mészáros 2009) az uniós csatlakozás a nemzetközi kereskedelem és a belpiaci célszállítmányok terén egyaránt komoly változást hozott, hiszen a határállomások megszűnése, az infrastrukturális fejlesztések (elsősorban autópálya-építés) segítették a csempészátvonalak mind biztonságosabbá válását. A jelenség az addig szokásos futárkodási módozatok változásában is megmutatkozott: jóval kevesebb lett a ferihegyi behozatal, mint a régi időszakban, s inkább a gépjárműves szállítás dominál. A schengeni határváltozás már nem befolyásolta jelentősen a Magyarországon áthaladó tranzit vagy éppen ide mutató átvonalakat. Ez leginkább a szintetikus kábítószerfajtákra lehet hatással, mert a déli határ a heroin szempontjából maradt „Európa kapuja”.

A magyarországi szervezetek felépítésében és működésének mechanizmusában átalakulás ment végbe az utóbbi időben. A kezdetben piramidális elrendezésű (befektető, szervező, beszállító, diler) nagy csoportokat felváltották a kisebb, egymással laza kapcsolatban álló, sejtyszerű elrendezésben működő diaszpórák. Ezek a csoportok befektetéseiket és beszerzéseiket is maguk intézik, s akár segíthetik is egymást (Mészáros 2009).

A Szervezett Bűnüldözés Elleni Koordinációs Központ jelentése (SzBEKK 2009) szerint az elosztási rendszerben csökkenni látszik a főváros-központúság, több észak-magyarországi és dunántúli terjesztőhálózat rendelkezik saját külföldi beszerzési csatornával. Az „egyetemi városok” elosztó központtá nőttek ki magukat, Budapest szerepe továbbra is domináns.

¹⁵⁹ A 2009-ben, az OpenNetwork Piac- és Társadalomkutató által végzett kutatásnak a célja az volt, hogy megvizsgálja a hazai kábítószerpiac működésének jellegzetességeit, illetve a kínálati oldalt. Mind kvantitatív, mind kvalitatív módszerek felhasználására sor került a kutatás elkészítése során. Az alkalmazott módszerek: „desk research” (statisztikai, kutatási dokumentumok gyűjtése/másodelemzése, sajtó/tartalomelemzés). A kutatás során szakértői mélyinterjúk készültek a hazai bűnüldöző szervezetek kompetens munkatársaival, a kutatásban felkeresett rendvédelmi szervek a következők voltak: Vám- és Pénzügyőrség Központi Bűnüldözési Parancsnokság, Budapesti Rendőr-főkapitányság Kábítószer-bűnüldözés Ellenes Szolgálat, ORFK Bűnügyi Főosztály, Nemzeti Nyomozóiroda Kábítószer-bűnüldözés Elleni Osztály. Továbbá dílerekre vonatkozó esettanulmányokat készítettek és elemeztek. A dílerek eléréséhez a hólabda jellegű rekrutálást alkalmazták, amely során 6 dílerrel készült interjú.

Az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium beszámolója szerint (IRM 2009) a szintetikus kábítószer tekintetében elmondható, hogy a csempészek elsősorban közúton, a határok hiánya miatt alacsony kockázattal, a marihuánával egyező módon hozzák Magyarországra a kábítószer. Elsősorban a gépkocsikban kialakított rejtékhelyek igénybevételével történik a csempészet. Jellemzően a hazai elosztó hálózatok fejei Hollandiában, Belgiumban szintén magyar állampolgárokkal vannak kapcsolatban. Ezen külföldre települt személyek nagy része korábban hazánkban folytatott kábítószer-elosztó tevékenységet, majd egy büntetőeljárás miatt, vagy pusztán azért, mert itthoni tevékenységükkel komoly anyagi háttérrel teremtettek, külföldre települtek. Hollandiában valóságos magyar kolónia alakult ki, akik hazai kapcsolataikon keresztül szervezik a kábítószer csempészetét. A fogyasztók részére történő értékesítés terén is érezhető egyfajta átrendeződés. Míg korábban ezen kábítószer nagy részét szórakozóhelyeken értékesítették, illetve vásárolták, addig mára ez jellemzően bejártott dílerekon keresztül lakáson, illetve közterületen történik.

Kokain vonatkozásában az úgynevezett futárkijárlások révén válik jelentőssé Magyarország szerepe: hazánkban menekülteként tartózkodó, elsősorban nigériai állampolgárságú férfiak személyes kapcsolatot alakítanak ki magyar nőkkel és azok ismerőseivel, akik maguk működnek közre futárként, vagy a hierarchiában feljebb lépve további futárokat szerveznek be. Dél-Amerikából nyeléssel vagy egyéb rejtési módon Nyugat-Európába csempészik a kokaint, ahol azt a nigériai szervezőknek átadják. (További adatok lásd: 2008-as „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről” 4.2.1 fejezet). A hazai dílerek egyre inkább előnyben részesítik a kokain terjesztését. Ennek oka, hogy a fogyasztók köre sokkal szűkebb, exkluzívabb, zártabb, amely magasabb bevételt, kisebb lebukási kockázatot és állandó forgalmat jelent számukra.

A heroin tekintetében elmondható, hogy Magyarország tranzit, deponáló, illetve a célország szerepét tölti be a Balkán útvonalon. A deponáló szerep révén tőlünk jut el heroin például: Belgiumba, Hollandiába, Svájcba, Nagy-Britanniába és Franciaországba. A Nemzeti Nyomozóiroda felderítési adatai szerint a következő fontosabb csempésmódszerek váltak ismertté a heroin tekintetében: utazási irodák vagy személyszállító cégek, zöldség export-import cégek, illetve export-import fuvarozási cégek alapítása Európában, amelyeken keresztül megvalósul a kábítószer-csempészet, továbbá személygépkocsikkal való szállítás útján.

A felderítések során megállapítható, hogy a kannabisz-származékokkal foglalkozó elkövetői kör egyre szervezettebb, ebből fakadóan konspiráltabb, a bizonyításhoz szükséges tettenérés rendkívül komoly, összehangolt és jól képzett humánerőforrást igényel. A 2009. februári és márciusi, hatal-

mas kannabiszültetvény felszámolások alátámasztják, hogy egy új, megerősödött „feketepiaci szereplővel” kell számolni. (További részletes adatok lásd: 4.5 fejezet.)

Bűnelkövetői csoportok jellemzői

Az Országos Rendőr-főkapitányság elemzése szerint, a bűnügyi hírszerzés, valamint a nyílt büntetőeljárások adatai alapján elmondható, hogy hazánkban a kábítószerbűnözés területén két, egymástól jellegzetességeik alapján elkülöníthető specializált bünszervezeti forma alakult ki.

Az egyik a hagyományos értelemben vett bünszervezetek, amelyek nem egyes bűncselekménytípusok elkövetésére specializálódtak, de többszintű, jól strukturált rendszerben működnek. Tevékenységüket nem csak hazánkban, hanem külföldön is folytatják, kiterjedt külföldi kapcsolatokkal rendelkeznek. Ezeknél a csoportoknál a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény nem elsődleges jövedelemszerző tevékenység. A felhalmozott, illegális úton szerzett tőkét eseti jelleggel kábítószerben kívánják „megforgatni”, az így szerzett extraprofitot pedig legális vagy féllegális vállalkozásokba fektetni.

A másik típus a specializált bünszervezet, az állandósult szervezett vagy szervezettszerű bűnelkövetői csoport, amely a visszaélés kábítószerrel bűncselekménytípus elkövetésére szakosodott. Elsődleges jövedelemforrása ez a bűncselekményi kategória, amely mellett más jogsértő cselekményeket – jellemzően – járulékosan követ el.

Megállapítható mindkét szervezett elkövetési forma esetében az is, hogy azokban a vezető, irányító szerepeket rendszerint nem magyar anyanyelvű személyek látják el.

Ez különösen jellemző a nagybani heroinkereskedelem piacát uraló tisztán idegenajkú személyek irányította bünszervezetekre. E körben meghatározó szerepet töltenek be a török, bolgár és koszovói albán elkövetői körök (Budapesten komoly populációval vannak jelen), amelyek etnikai, családi, vérségi alapon szerveződnek. Tevékenységüket a hosszú évek alatt kialakult és rögzült munkamegosztás, konspiráció jellemzi. A bünszervezet szerveződésére a laza, sejszerű, horizontális struktúra jellemző. Ezen elkövetői kör által felhalmozott „piszkos pénz” jelentős részben visszaáramlik Törökországba, és ez biztosítja a kábítószer-kereskedelem továbbélését. Hazánkban több török bűnözői csoport tevékenykedik, amelyek laza kapcsolatban állnak egymással, azonban együtt nem alkotnak különálló bünszervezetet, mivel a Törökországban székelő, egész Európára kiterjedő török szervezett bűnözői csoportok magyarországi részét képezik.

Hozzájuk kapcsolódnak az elkövetés logisztikai feltételeit biztosító személyek, illetve az utcai kereskedelmet folytató vietnámi és magyar állam-

polgárok, akik legtöbbször maguk is függők, és többször álltak már eljárás alatt.

Budapesten külön vonalként kell foglalkozni a rendőri szervezeteknek a vietnámi szervezett bűnözői körökkel, akik komplett hálózatot üzemeltetnek a nagybani beszerzéstől a fogyasztó részére történő értékesítésig. Tevékenységük szigorúan konspirált, köreiből együttműködőt bevonni lehetetlen, velük szemben a technikai hírszerző eszközökkel és saját erőből (megfigyeléssel) lehet információt szerezni.

A bűnözői csoportok irányítói már nem vagy csak ritkán, kivételes esetekben, vesznek közvetlenül részt a bűncselekmények elkövetésében. A korábban illegálisan megszerzett jövedelmüket legális vagy legálisnak látszó tevékenységekbe fektetik. Közvetlenül nem adnak utasítást a bűncselekmények végrehajtására, több lépcsőn keresztül valósul meg az irányítás. A csúcsvezetők legfeljebb az anyagi bázist biztosítják az extraprofit elérése érdekében.

Egy kutatás¹⁶⁰ (Mészáros 2009) szerint, a szakértői vélemények alapján a hazai piacon jellemzően inkább a szélsőséges egzisztenciájú, vagy a nagyon rossz vagy a nagyon jó körülmények közt élő családokból származó személyek, és inkább 20 és 35 év közötti férfiak foglalkoznak kábítószerkereskedelemmel/-terjesztéssel. A kokain, a szintetikus kábítószeres és a marihuána esetében a terjesztők a magas kockázattal járó, de gyors haszonreményében, vagy a legális jövedelem, vállalkozásból származó bevétel kiegészítése mellett, vagy az elsődleges munkaerőpiaci részvétel helyett „főállásban” foglalkoznak kereskedéssel.

A heroin nagyon zárt piac, csak bizonyos terjesztői csoportok foglalkoznak vele, leggyakrabban a pusherek, a napi adag fedezetéért.

4.4.3 Lefoglalások

Az alábbi táblázat a – kábítószeres bűnügyekben eljáró – rendőrség, valamint a vám- és pénzügyőrség által lefoglalt anyagok együttes mennyiségét tartalmazza.

¹⁶⁰ Módszertant lásd korábban ebben a fejezetben.

61. táblázat: Lefoglalások száma és mennyisége 2007-ben és 2008-ban

Szer típus	2007		2008	
	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség
Marihuána (kg)	1352	346,6	1670	254,6
Kannabisznövény (tő)	70	1667 *	73	1523 *
Hasis (kg)	55	11,9	63	2,8
Heroin (kg)	154	80,3	128	28,6
Kokain (kg)	134	15,3	134	23,1
Amfetamin (kg)	417	35,8	456	61,8
Ecstasytabletta (db)	10	0,3	26	0,5
MDMA, MDA, MDE	152	131 632	186	144 618
LSD (adag)	12	71	18	266

* csak a laboratóriumba küldött reprezentatív minta mennyiségét tartalmazza

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

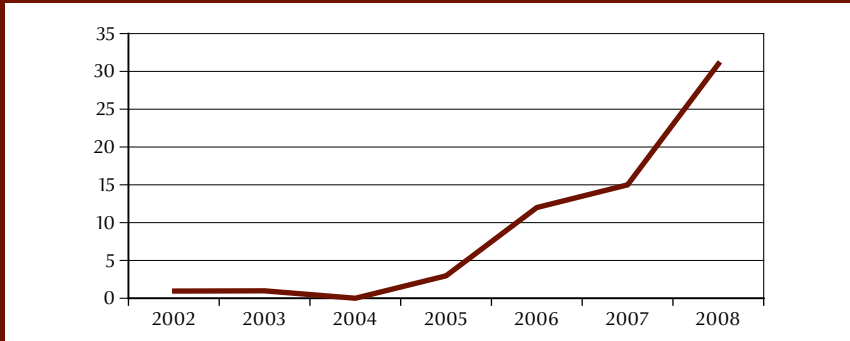
A lefoglalások száma alapján továbbra is a marihuána a legnépszerűbb kábítószer, amelyet az amfetamin követ.

Az ecstasy-lefoglalások az előző két év csökkenése után újból növekvő tendenciát mutatnak. A klasszikus, jellemzően MDMA hatóanyagot tartalmazó ecstasytabletták mellett számottevő mennyiségű (összesen 37 241 db), amfetamin, illetve mCPP hatóanyagú tabletták is lefoglalásra kerültek (lásd 4.4.4 Ár/tisztaság fejezet).

A kokain mind a lefoglalások számát, mind pedig a lefoglalt anyagokban és tárgyakon kimutatott hatóanyagok előfordulási gyakoriságát tekintve megelőzte a heroint, egyértelműen mutatva a szer további térnyerését a fogyasztók körében.

A leggyakoribb kábítószer mellett kisebb mértékű, de jellemző a kábítószernek nem minősülő GBL-lel és a ketaminnal történő visszaélés. A ketamin általában állatgyógyászati készítményekből kinyerve, tiszta vagy hígított formában kerül a fekete piacra. A szervezetben kábítószerként (GHB) alakuló gamma-butirolakton (GBL) vonatkozásában az előző három évben megfigyelhető növekvő tendencia tovább folytatódott, 2008-ban kétszer annyi ügyben foglaltak le GBL-t, illetve GBL-lel szennyezett tárgyat, mint 2007-ben.

III. ábra: A GBL-lefoglalások száma 2002–2008 között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

2008-ban is számottevő mennyiségben kerültek lefoglalásra metadont és – kábítószernek nem minősülő – pszichotróp anyagokat tartalmazó tabletták, valamint ellenőrzés alá nem eső, szteroid tartalmú készítmények, amely ezen szerek feketepiaci jelenlétére utal.

A lefoglalásokban rendszeresen megjelenő kábítószereken kívül, 2008 folyamán 101,6 kg khat növény, illetve egy alkalommal (nagy mennyiségű amfetamin és ecstasy mellett) 5,4 kg BZP-t és TFMPP-t tartalmazó por került lefoglalásra.

4.4.4 Ár/tisztaság

KÁBÍTÓSZEREK UTCAI ÁRAI

2008-ban az előző évhez hasonlóan ismét felmérték a kábítószer utcai árait. Az adatfelvétel az előző évek gyakorlatával megegyező módon történt, azaz az árak a kábítószer-fogyasztók által kitöltött kérdőívek alapján kerültek meghatározásra.

A válaszadók arányait tekintve továbbra is a marihuána esetében tudtak a legtöbben választ adni. Ezt követte az amfetamin, illetve ecstasy esetében választ adók száma, illetve e mögé egyre inkább felzárkózik a kokain esetében információval rendelkezők száma.

62. táblázat: Kábítószeres utcai árai forintban 2008-ban

FORINT	Legala- csonyabb	Leg- magasabb	Leg- gyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	1838	2694	2343	2266	55
Marihuána (gr)	1683	2658	2294	2170	89
Heroin (gr)	9907	16 452	12 713	13 179	49
Heroin (pakett)	4409	7243	5332	5826	51
Kokain (gr)	12 345	16 537	14 675	14 440	65
Crack (gr)	13 667	18 833	15 556	16 249	9
Amfetamin (gr)	2470	3471	3104	2970	81
Ecstasy (tabletta)	855	1572	1167	1213	71
LSD (adag)	2400	3362	2887	2880	39
Metadon (20 mg)	1456	2088	1708	1771	32
Metadon (5mg)	430	750	550	590	18

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

63. táblázat: Kábítószeres utcai árai euróban¹⁶¹ 2008-ban

EURO	Legala- csonyabb	Leg- magasabb	Leg- gyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	7,3	10,7	9,3	9	55
Marihuána (gr)	6,7	10,5	9,1	8,6	89
Heroin (gr)	39,4	65,5	50,6	52,5	49
Heroin (pakett)	17,5	28,8	21,2	23,2	51
Kokain (gr)	49,1	65,8	58,4	57,5	65
Crack (gr)	54,4	75	61,9	64,7	9
Amfetamin (gr)	9,8	13,8	12,3	11,8	81
Ecstasy (tabletta)	3,4	6,2	4,6	4,8	71
LSD (adag)	9,5	13,3	11,5	11,4	39
Metadon (20 mg)	5,7	8,3	6,8	7	32
Metadon (5 mg)	1,7	2,9	2,1	2,3	18

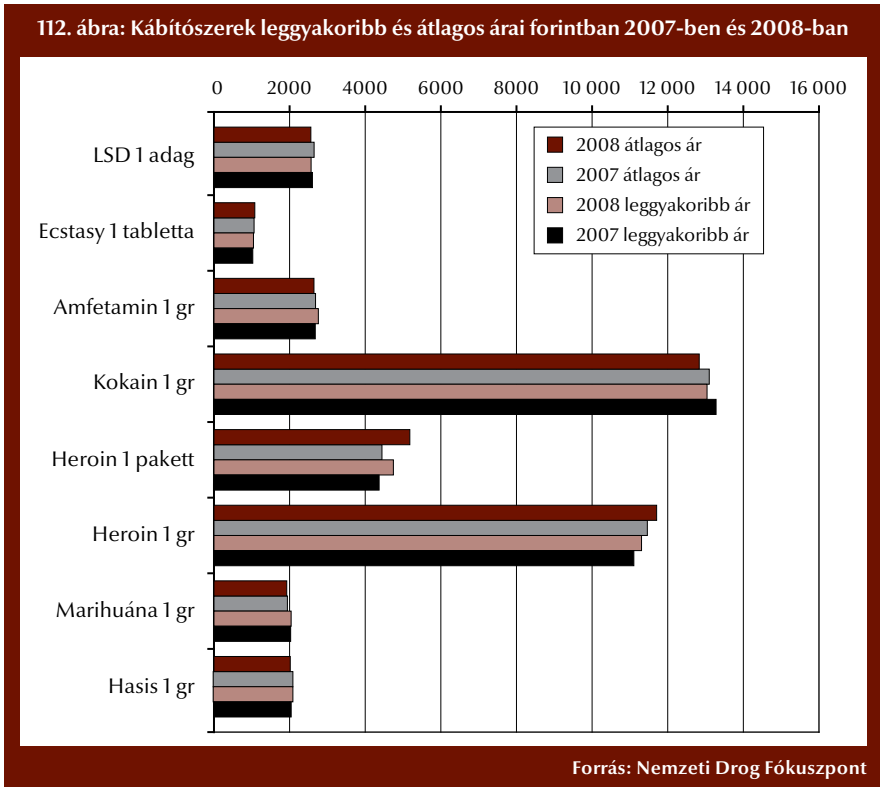
Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Az előző évben jelentett árakhoz¹⁶² képest a következő változások figyelhetőek meg: a kokain leggyakoribb és átlagos ára tovább csökkent a tavalyi évre jellemző tendenciát folytatva. Ez alátámasztja a kínálat és a lefoglalá-

¹⁶¹ A táblázatban szereplő árak a 2008-as hivatalos euró középárfolyam (1 € = 251,25 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

¹⁶² Az elemzés a forintban megadott árak alapján történt.

sok területén megfigyelt jelenséget, azaz a kokain egyre szélesebb körben való elterjedtségét. Az amfetamin átlagos ára szintén csökkenő tendenciát mutat. A heroin átlagos és leggyakoribb ára azonban mind pakett kiszérelésben, mind 1 grammos tételben nőtt az elmúlt évhez képest. A heroin, illetve az amfetamin utcai árának változása összhangban áll a két szer esetében megfigyelt hatóanyag-tartalom változással. A többi szertípus ára közel ugyanolyan értéket mutat, mint az előző évben.

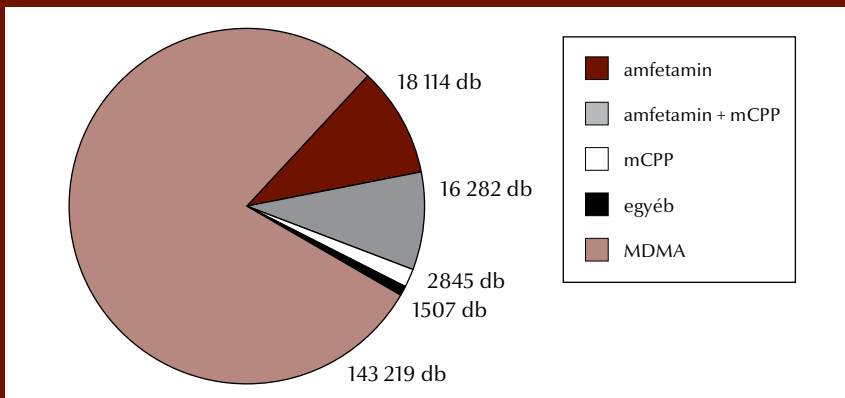


TISZTASÁG

A hatóanyagok tekintetében 2008-ban is jelentős változás volt tapasztalható az ecstasy típusú tabletták esetében. A leggyakoribb hatóanyag továbbra is az MDMA, de számottevő mennyiségű amfetamint, illetve mCPP-t tartalmazó tabletták kerültek lefoglalásra. A tablettákban új hatóanyagként megjelent

a 4-fluoramfetamin, illetve egy-egy alkalommal 2C-B és DOB hatóanyagot tartalmazó tabletták is előfordult.

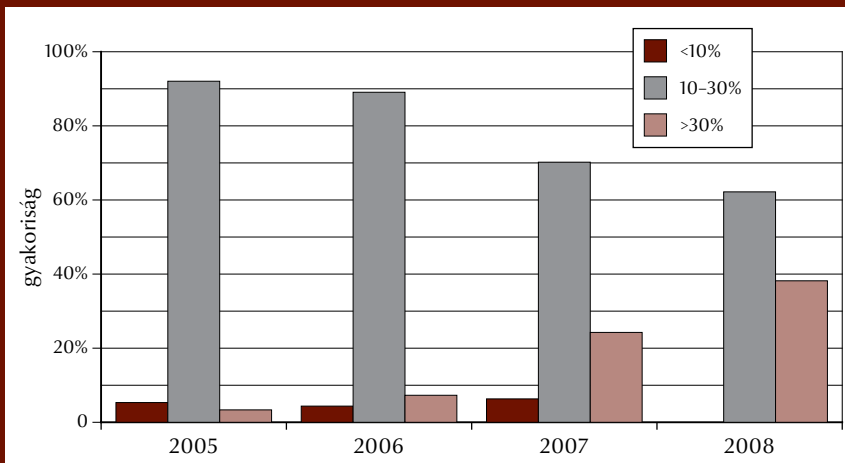
113. ábra: A lefoglalt ecstasytabletták mennyisége és hatóanyagai 2008-ban



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A fogyasztói adagokba (pakett) kiszerelt heroin esetében az elmúlt években fokozatosan emelkedett a nagyobb hatóanyag-tartalmú készítmények aránya, 2008-ban közel 50%-os tisztaságú heroin is előfordult a lefoglalt anyagok között.

114. ábra: A fogyasztói adagokba (pakett) kiszerelt heroin hatóanyag-tartalma és annak előfordulási gyakorisága 2005-2008 között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Az amfetamin esetében a kisebb hatóanyag-tartalmú készítmények aránya emelkedett, és egyre több esetben jelent meg adalékanyagként az efedrin.

A kokain esetében a korábbi jellemző adalékanyagok (fenacetin és lidokain) helyett gyakran fordult elő laktóz és koffein, amely anyagokat az előző években jellemzően az amfetamin hígítására használták.

4.5 Kannabiszpiac és -termesztés¹⁶³

4.5.1 A hazai kannabisztermesztés története és háttere

A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által rendelkezésre álló adatok alapján egyértelműen megállapítható, hogy a kannabisz eredetű kábítószer-lefoglalások száma (marihuána és hasis együttesen) a 90-es évek második felében jelentős növekedést mutatott. 1994 és 2001 között mintegy hétszeresére emelkedett az e kábítószer hatóanyagát, a delta-9-THC-t (delta-9-tetrahidro-kannabinol, továbbiakban: THC) tartalmazó minták száma (Nagy 2002).

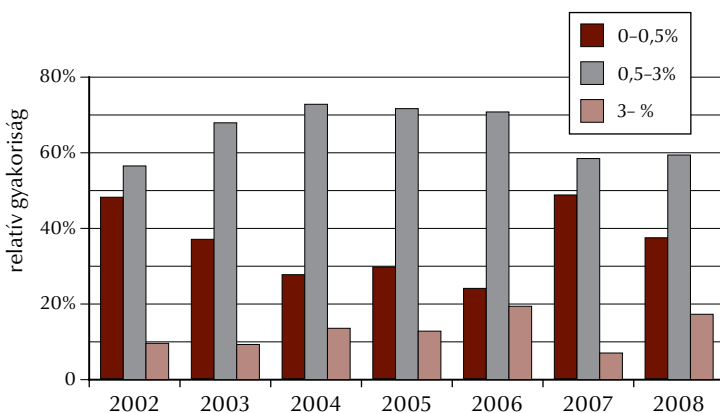
A 90-es évek elején a marihuána megjelenési formája elsősorban zöld színű növényi törmeléket jelentett, az ezredfordulóhoz közeledve viszont egyre gyakrabban kerültek lefoglalásra tömör, gyantában gazdag ágvégződések, amelyek THC-tartalma messze meghaladta a korábban megszokott értékeket (Nagy 2002). Ez a jelenség utalhatott a magas hatóanyag-tartalmú, speciális körülmények között termesztett kannabisz megjelenésére a piacon. Ebben az időszakban a magyarországi illegális termesztés jellemzően szabadföldön vagy egyes esetekben fóliasátrakban folyt.

1997 és 2001 között jelentős változások voltak láthatók a Magyarországon lefoglalt marihuánaminták koncentrációjának alakulásában. Az 1998-ban vizsgálatra érkezett marihuánaminták több mint 86%-ának a koncentrációja az 1 tömegszázalékot sem érte el, 1999-ben azonban ugrásszerű változás következett be. Míg a korábbi években vizsgált marihuánaminták maximális THC-tartalma 2,5% alatt maradt, 1999-ben már 8,5% THC-t tartalmazó anyag is érkezett a laboratóriumba, 2001-ben pedig 10% feletti koncentrációt is kimutattak. A 2001-ben lefoglalt növényi anyagok 17%-ának THC-tartalma meghaladta a 2%-ot. Annak ellenére, hogy a vizsgálatra kerülő növényi anyagok jelentős része még mindig nagyon alacsony koncentrációjú volt, egyre több magas hatóanyag-tartalmú minta is lefoglalásra került (Nagy 2002).

¹⁶³ A részfejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Horváth Gergely, Ritter Ildikó, Tarján Anna.

A BSZKI jelentése szerint ez a tendencia 2006-ig folytatódott, a lefoglalt kannabisznövény és marihuána esetében az alacsonyabb hatóanyag-tartalmú (<0,5%) anyagok aránya csökkent, míg az – ebben az időszakban – általánosnak tekinthető 0,5–3% hatóanyag-tartalom feletti anyagok aránya folyamatosan növekedett. 2007-ben az alacsonyabb koncentrációjú anyagok aránya az előző évekhez képest megnőtt, de a következő évben ismét csökkenés mutatkozott ezen a téren, és újra növekvő tendenciát mutatott a magasabb koncentrációjú anyagok aránya.

T15. ábra: A lefoglalt kannabisznövény és marihuána delta-9-THC tartalmának alakulása 2002-2008 között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A kannabisz növény lefoglalások száma – átmeneti csökkenést követően – az elmúlt 3 évben ismét folyamatosan emelkedett, amely feltételezhetően a magyarországi illegális kannabisztermesztés terjedését mutatja. A lefoglalt növények számának jelentős részét adják a tápkockában nevelt palánták, amely a mesterséges körülmények között történő („indoor”) termesztés népszerűségére utal.

A marihuána termesztéséhez szükséges magok Hollandiából, míg a technikai felszerelések már hazai „mezőgazdasági” boltoknak feltüntetett 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 (2008-as „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről”).

A kábítószerpiac jellegzetességeit vizsgáló hazai kutatás¹⁶⁴ (Mészáros 2009) szerint a 2009 első negyedévi eseményei után felszínre került vietnámi hálózat hazánkban folytatott tevékenysége¹⁶⁵ rámutatott arra, hogy Európában több helyen is a professzionális eszközökkel és kiváló logisztikai háttérrel rendelkező, folyamatos és nagy mennyiségű, zárt marihuánatermesztés fellendülőben van. Ezt támasztja alá az a rendőrségi hír is, miszerint az áru egy részét Csehországban értékesítették, ahol az elmúlt évben 70 kisebb-nagyobb marihuánaültetvényt is felderítettek, és valamennyi vietnámi érdekltségben működött. Nem kizárható, hogy a Budapesten házakat bérlő csoport is kapcsolatban állt a prágai elkövetői csoportokkal.

A Nemzeti Drog Fókuszpont a Kiemelt Téma kapcsán kutatást¹⁶⁶ végzett (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b), amely során 7 városban 125, a közelmúltban intenzíven kannabiszt fogyasztó személyt kérdezett meg a hazai kannabiszpiac sajátosságairól.

A vizsgálat során megkérdezték a fogyasztóktól, hogy szerintük Magyarországon hogyan változott az elmúlt 10 évben az itthon termesztett kannabisz piaci részesedése. A válaszadók 50%-a szerint nőtt a hazai termesztésű kannabisz aránya az utóbbi években, 6,8% gondolta úgy, hogy az importált kannabisz aránya nőtt, míg 11,8% szerint nem változtak az arányok.

¹⁶⁴ Módszertant lásd.: 4.3.2. fejezet.

¹⁶⁵ 2009-ben hatalmas, bérelt házakban található kannabiszültetvény felszámolásokra került sor hazánkban, amely kihatással volt az egész európai piacra. Ez alátámasztja azt, hogy ezen a területen egy új, megerősödött „feketepiaci szereplővel” kell számolni.

¹⁶⁶ A mintába olyan kezelésben részt vevő kannabisz-fogyasztók kerültek, akik a kezelés megkezdése előtt legalább hetente 2 alkalommal kannabisz-származékokat fogyasztottak. A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel történt. A kutatásban 7 városból (Budapest, Szeged, Győr, Debrecen, Miskolc, Pécs, Zalaegerszeg) 7 drogambulancia vett részt, melyek jellemzően a legtöbb kannabisz-használót látják el. A mintavétel nem reprezentatív módon történt. A 125 fős mintában 93 férfi és 13 nő szerepelt, további 19 megkérdezett fő neve ismeretlen. A megkérdezettek átlagéletkora 23,8 év volt. Átlagosan 5,7 éve használtak kannabiszt, a leggyakoribb érték 5 év volt. 2008-ban kannabisz és származékai, mint elődleges szer miatt kezelésbe lépett 2569 fő. A TDI-rendszer kategóriái szerint rendszeres kannabisz-fogyasztónak tekintve a „heti 2–6 alkalommal” vagy „naponta” fogyasztókat, elmondható, hogy az összes kannabisz miatti új kezelési igények 21,6%-a (556 fő) rendszeres fogyasztó. A megkérdezett 125 fő a rendszeres kannabisz-használattal összefüggő új kezelési igények csaknem negyedét (22,5%) teszi ki. Bár a TDI-rendszer csak az új kezelési igényeket tartalmazza, nem valószínű a kannabisz miatt kezelték egy évnél tovább történő kezelése, már csak azért sem, mert ezen kezelési igények mintegy 80%-a fél éven át tartó elterelés.

64. táblázat: Az itthon termesztett és importált kannabisz arányainak változása a hazai piacon a fogyasztók véleménye szerint az elmúlt 10 évben

	Válaszadók (N=118)	
	száma	százaléka (%)
Nőtt a hazai termesztésű kannabisz aránya	59	50
Nem változtak az arányok	14	11,8
Egyre több az importált kannabisz	8	6,8
Nem tudja	37	31,4
Összesen	118	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A kutatásban résztvevők arra is választ adtak, hogy véleményük szerint a Magyarországon kapható marihuána hány százaléka hazai termesztésű, és hány százaléka importált. A leggyakrabban említett megoszlás az 50-50% volt.

„Growshopok”¹⁶⁷

A kábítószerpiac jellegzetességeit vizsgáló hazai kutatás¹⁶⁸ szerint (Mészáros 2009) a 15–20 évvel ezelőtti, jó minőségű, Szerbia és Hollandia felől érkező kannabiszt és a hazai szabadföldi ültetvényeket körülbelül tíz évvel ezelőtt, majdnem kizárólag külföldről behozott, jó minőségű áru váltotta fel. Mára a tendencia megfordult, és ismét előtérbe került a hazai termesztés, azonban már minőségi problémák nélkül, köszönhetően a professzionális technika alkalmazásának és a növények állandó nemesítésének. Ennek köszönhetően várható, hogy a csekély mennyiséget folyamatosan előállító otthoni „termesztők” száma is emelkedni fog. Az utóbbi időben hazánkban is megjelentek a nemzetközi hálózatokban kapható, nem túl drága, otthoni termesztési eszközök és keresztezésekkel létrehozott – újabb, csupán 45–50 cm magas „light tower”¹⁶⁹ mellett – akár vízszintes irányba növvő, pl. 2m²-es kamrában is megfelelő terméshozamot, minőséget adó kannabisz-fajták (például: low rider) is.

A hazai growshopok pontos számáról nincs adat, de – a nyomtatott és internetes hirdetések alapján – Budapesten és több vidéki városban is megtalálhatók. A hazai growshopokban – amelyek sokszor egyben headshopok is – a magokon kívül minden egyéb technikai felszerelés megvásárolható az otthoni növénytermesztéshez (kabin, sátor, hidroponikus-, aeroponikus-,

¹⁶⁷ Mezőgazdasági bolt, ahol a (beltéri) növénytermesztéshez szükséges eszközök kaphatóak.

¹⁶⁸ Módszertant lásd: 4.3.2 fejezet.

¹⁶⁹ Vékony, magas oszloplámpa, amely minden irányba tud világítani.

földalapú berendezés, lámpa, tápoldatok, szagelszívó berendezés). A természetessel kapcsolatosan leginkább interneten és nyomtatott formában lehet információhoz jutni, illetve a boltokban szóbeli felvilágosítást is adnak. A boltokban elérhető egy ingyenes magazin is, amelyben megtalálhatóak az országban fellelhető nagyobb growshopok elérhetőségei, továbbá számos cikk a kannabisztermesztéssel kapcsolatban.

A Nemzeti Nyomozó Iroda információi alapján az elkövetői oldal az Internetet is alkalmazza kommunikációs forrásként és elektronikus szervezési lehetőségként. Megfigyelhető, hogy az interneten keresztül úgynevezett magbankok felkeresése útján történik a magok rendelése, illetve a bel- és kültéri termesztéshez alapvető fontosságú anyagok és eszközök kereskedelme. Az úgynevezett külföldi szerverkapcsolatok miatt nehezen követhetőek ezen oldalak, melyek több esetben jelszóval vagy más oldal mögé rejtve válhatnak ismertté az előtt, aki a megfelelő jelszót ismeri.

A Társaság a Szabadságjogokért honlapján olvasható jogszabályi háttér összefoglaló (TASZ 2009)¹⁷⁰ alapján elmondható, hogy Magyarországon a hatályos törvények nem tiltják, hogy egy újság vagy például egy internetes oldal a kannabisztermesztéssel kapcsolatban általánosságban tanácsokat adjon vagy ismereteket terjesszen.¹⁷¹

A Btk 282. szakaszának (3) bekezdése értelmében valóban büntetik azt, „Aki... kábítószer előállításához szükséges anyagot, berendezést vagy felszerelést készít, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, az országba behoz, onnan kivisz, az ország területén átvisz”. E rendelkezés azonban semmilyen esetben sem használható fel abban az esetben, ha a kifogásolt magatartás kizárólag ismeretek átadásáról szól, ráadásul a jogalkotó e szakaszban kizárólag kábítószer előállításáról szól, és nem a Btk-ban egyébként külön is nevesített kábítószer-termesztésről.

A magyar büntetőjog bűnsegédfogalmának felhasználásával elképzelhető (és a hazai joggyakorlatban ismert is) olyan eset, amikor valakit egy konkrét büntetőügyben azért vonnak felelősségre, mert kannabisztermesztés során bármilyen módon segítséget nyújtott valakinek a termesztési bűncselekmény elkövetéséhez. A bűnsegédi magatartás megvalósításához azonban ilyen esetekben az szükséges, hogy a bűnsegéd tudjon arról, hogy az alapbűncselekmény elkövetője milyen tevékenységet folytat.

Általános, termesztési tanácsok interneten vagy nyomtatott újságban való terjesztése nem lehet eljárás alapja. Fentiekből következik, hogy Magyar-

¹⁷⁰ <http://drogriporter.hu/ckjog> (2009. 08. 25.)

¹⁷¹ 2003 tavaszáig valóban volt hatályban egy olyan Btk-paragrafus, amely nevesítetten büntette a kábítószer-termesztéshez vagy előállításához szükséges technikai vagy tudományos ismeretek átadását, azonban a Btk-nak ezt a – szinte soha nem használt – szakaszát a jogalkotó már több mint hat évvel ezelőtt hatályon kívül helyezte.

országban szabadon terjeszthetők olyan berendezések és anyagok, melyek növények termesztésére alkalmasak, illetve a kannabisztermesztésről általánosságban adott szakmai tanácsok, tapasztalatok is szabadon terjeszthetők és közölhetők.

AZ EGYES KANNABISZ-SZÁRMAZÉKOK MEGOSZTLÁSA A FOGYASZTÓI PIACON

A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet megvizsgálta az elmúlt 3 évben a 100 gramm alatti kiskereskedelmi lefoglalási tételekben a hasis, hasisolaj, illetve a marihuána megoszlását. Ezen adatok alapján a kannabisz-származékok fogyasztói szinten való piaci részesedése a következőképp becsülhető: a marihuána 95%-ot, a hasis 5%-ot tesz ki, a hasisolaj nem jelenik meg a hazai piacon.

A piaci megoszlás 2001 óta stabil. Előtte a hasist magasabb részesedési arány jellemezte, 1999-ben 9%, míg 2000-ben 7%.

65. táblázat: 100 g alatti lefoglalási tételek aránya
a kannabisz-származékok típusai szerint 2006–2008 között (%)

év	Hasis	Marihuána
2006	6	94
2007	5	95
2008	5	95

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett felmérés (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) során a kutatásban résztvevőket arról kérdezték meg, hogy a korábbi egy évben tényleges, saját fogyasztás alapján hány százalékban fogyasztottak marihuánát, és hány százalékban hasist. Az arányt 100%-ra számolva nyitott kérdés formájában jelölhették meg a válaszadók. A válaszadók átlagosan 91%-ban fogyasztottak marihuánát, és 9%-ban hasist. Leggyakrabban (34,4%) a 100% marihuána, 0% hasis válasz szerepelt; a válaszadók 72%-a 90%-ban vagy ennél is többször inkább a marihuánát fogyasztotta.

A válaszadók megbecsülték a marihuána és a hasis részesedését a piacon, az általuk észlelt helyzet alapján. A válaszok itt is a marihuána dominanciájára utalnak, a leggyakrabban említett arány a 90% marihuána és 10% hasis volt.

66. táblázat: A marihuána és a hasis megoszlása saját fogyasztás és a fogyasztók által becsült piaci arányok bontásban (N=125)

	Saját, tényleges fogyasztás az elmúlt egy évben (%)		A fogyasztók szerint becsült piaci megoszlás (%)	
	Marihuána	Hasis	Marihuána	Hasis
Átlag	91	9	80,7	19,3
Medián	96,5	3,5	80	20
Módusz	100	0	90	10

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A felmérés során megkérdezték a hagyományos marihuána és a sinsemilla¹⁷² arányát is. A válaszok csak korlátozottan értelmezhetők, hiszen a fogyasztott szer minőségére vagy típusára vonatkozóan a fogyasztók nem rendelkeztek ellenőrzött információval.

A válaszadók több mint negyede (28,8%) mondta azt, hogy 80%-nál is gyakrabban inkább sinsemillát fogyaszt. Hagyományos marihuána 80%-nál gyakoribb fogyasztását a megkérdezettek mindössze 14,4%-a említette. A piacon való részesedést a hagyományos marihuána és a sinsemilla tekintetében 50%-50% -ra becsülték átlagosan a fogyasztók.

67. táblázat: A hagyományos marihuána és a sinsemilla megoszlása saját fogyasztás és a fogyasztók által becsült piaci arányok bontásban (N=125)

	Saját, tényleges fogyasztás az elmúlt egy évben (%)		A fogyasztók szerint becsült piaci megoszlás (%)	
	Hagyományos marihuána	Sinsemilla	Hagyományos marihuána	Sinsemilla
Átlag	56,7	46,3	50	50
Medián	60	40	50	50
Módusz	50	50	50	50

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

¹⁷² Indoor körülmények között termesztett, mag nélküli, nőnemű egyedekből készülő, jó minőségű – magas hatóanyag-tartalmú marihuána.

A KANNABISZ HAZAI TERJESZTÉSE

Egy a drogkereskedő karriereket vizsgáló kutatás¹⁷³ (Ritter 2009) adatgyűjtése során keletkezett információk alapján elmondható, hogy a hazai kannabiszkinálati piac kétpólusú: egyrészt a hazai termesztés jellemző, másrészt az import. Hazai termesztésű a kiskereskedelmi szinten kapható marihuána egyre jelentősebb része. Magyar és külföldi állampolgárságú elkövetők is természetesen kannabiszt; jellemző a kisebb, saját fogasztást szolgáló pár egyed termesztése csakúgy, mint a nagybani eladásra szánt ültetvényeken folyó termesztés.

A termesztők, sőt az importőrök jelentős része büntetlen előéletű, az átlagosnál magasabb iskolai végzettségű és/vagy jobb társadalmi helyzetű egyén vagy társaság. 20-as, 30-as éveikben járnak. Az egyes nagybani termesztői körök jellemzően nem kapcsolódnak egymáshoz, bár ismerhetik egymást. Elkülönülten, a saját nagybani eladónak vagy eladóknak árulnak. Esetleg ismeretségi körben terjesztenek. Nem jellemző a harc a piac egyes szegmenseinek birtoklásáért. A termesztés célja az extraprofit. A nagybani termesztők maguk nem rendszeres használók.

Az import hasonló elven épül fel, mint a hazai termesztés, és az elkövetők is hasonló szociodemográfiai jellemzőkkel rendelkeznek. Jellemzően Hollandiából érkezik a marihuána, illetve a hasis. Az importban jellemzően magyarok vesznek részt – bár holland vagy Hollandiában élő külföldiek segítik a beszerzést.

A futárok általában magyarok vagy Magyarországon élő román állampolgárok; nem egyszer a beszerző saját ismeretségi köréből vagy tágabb

¹⁷³ A RO-NET Bt. által készített „Drogkereskedő karrierek” című vizsgálat során az volt a cél, hogy a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt végrehajtandó szabadságvesztés büntetésre ítélték életútját, bűnözői karrierjét elemezzék, összehasonlítsák és feltárják azokat a tényezőket, markereket, amelyek egyrészt közös jellemzőként megjelennek minden vizsgált életútban, másrészt pedig vizsgálják a hazai kábítószer-kereskedelem szervezetszociológiai vonatkozásait. A vizsgálat módszere dokumentumelemzés, valamint életútinterjú, mélyinterjú volt. A hazai büntetés-végrehajtási intézetekben 2009 áprilisában és májusában kábítószer-kereskedelem, -terjesztés, -előállítás miatt fogvatartott, jogerősen elítéltek körében végezték a megkérdezést. Azaz ebben az esetben mindazokkal a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt – a vizsgálat idején – végrehajtandó szabadságvesztés büntetésüket töltő elítéltekkel készítették életútinterjút, akik erre vállalkoztak, és megkérdendők voltak a Váci Fegyház és Börtönben, a Kalocsai Büntetés-végrehajtási Intézetben, az Országos Büntetés-végrehajtási Intézetekben Szombathelyen és Budapesten, valamint a Fiaalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézetében Tökölön. Azért ezeket az intézeteket választották, mert a nyilvántartás szerint itt volt a legnagyobb számú kínálati oldali kábítószer-bűncselekmény miatt elítélt. A vizsgálati mintát 47 fő alkotta. Az interjú során és azt követően jegyzeteket készítettek, majd ezeket elemezték. Ezután az ügyiratok adatait és az életút interjúkat számítógépen rögzítették, majd a rögzítés után feldolgozták és elemezték (SPSS).

családjából kerülnek ki. A beszerzés Hollandiában történik, majd egy futár – nem a beszerző, ha nagybani, 10 kg feletti beszerzésről van szó – hozza Magyarországra. Kisebb mennyiség beszerzése esetén sokszor a beszerző a futár, vagy a futár egyben a terjesztő is. Ez a felállás még a kezdeti vállalkozókra jellemző.

Itt is megfigyelhetők az egymástól elszigetelten működő csoportok. Az importőrök nem ismerik az alacsonyabb szintű eladókat, és nincsenek közvetlen napi kapcsolatban a nagybani eladóval sem. Általában több nagybani eladóval dolgoznak, akik több importőrrel, termesztővel is kapcsolatban állhatnak. Az importőrök jellemzően csak kannabisszal foglalkoznak, bár előfordul, hogy amfetaminszármazék is megjelenik a kannabisz mellett, de nem ez a jellemző. A nagybani eladónál már többféle kábítószerfajta megtalálható.

További, kiegészítő információk a 4.4.2 fejezetben olvashatók.

A KANNABISZ NAGYKERESKEDELMI ÁRAI¹⁷⁴

A Nemzeti Nyomozóiroda információi alapján 2008-ban 1 gramm marihuána nagykereskedelmi ára átlagosan 1200 Ft volt, a hasis nagykereskedelmi ára pedig átlagosan 1500 Ft-ra tehető. Az árak a nagybani lefoglalások kilogramm szerinti ára alapján kerültek meghatározásra.

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett felmérés (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) során azt is megkérdezték a résztvevőktől, hogy milyen kiszerezésekben, mennyiért szoktak hasist, illetve marihuánát vásárolni. A válaszadók 16%-a nevezett meg 100 g vagy annál nagyobb tételben történő vásárlást is. Az általuk megadott adatok alapján 100 gramm feletti tételnél egy gramm marihuána átlagos ára 1520 forint, a leggyakoribb 1600 forint, a legkisebb érték 800 forint, míg a legnagyobb érték 2000 forint volt. A hasis esetében csupán 4 fő (3,2%) említett 100 grammos tétel feletti vásárlást, az átlagár grammonként 1640 forint volt.

A KANNABISZ KISKERESKEDELMI ÉRTÉKESÍTÉSÉNEK MÓDSZERE

Polidrog terjesztés

A BSZKI jelentése szerint a polidrogterjesztés tekintetében elmondható, hogy a lefoglalási adatok alapján 2008-ban bármilyen kannabisz-származék az ügyek körülbelül 20%-ában más kábítószerrel együtt került lefoglalásra.

¹⁷⁴ Az árak a 2008-as hivatalos euró középárfolyam (1 € = 251,25 Ft) szerint kerültek kiszámításra a forintban megadott árból.

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása során a megkérdezettek 47,5%-a a kannabisz mellett más típusú kábítószeret is vásárolhatott az általa leggyakrabban látogatott dílernél.

Az értékesítés helyszíne

A 8–10. évfolyamosok körében végzett 2007-es ESPAD-kutatás megvizsgálta, hogy a különböző felsorolt helyek közül melyek azok, ahol a fiatalok könnyen tudnának marihuánához/hasishoz jutni. Az adatok lásd: 4.4.1 fejezet.

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) során, leggyakoribb vásárlási, beszerzési helyszíneként a legtöbben (54%) az utcát, parkot, közterületet említették. Ezt a díler lakása (14,5%), majd valamilyen rekreációs színtér (12,9%) követte.

68. táblázat: A fogyasztók által említett leggyakoribb kannabisz-beszerzési helyszínek¹⁷⁵

Beszerzési helyszín	Elsőként említett leggyakoribb beszerzési helyszín		Másodikként említett leggyakoribb beszerzési helyszín	
	Válaszadók		Válaszadók	
	száma	százaléka (%)	száma	Másodlagos említések százalékában (%)
Utcán, parkban, közterületen	67	54	14	21,5
A díler lakásán	18	14,5	19	29,2
Szórakozóhelyen / diszkóban / partiban	16	12,9	17	26,2
Egy barátom lakásán	12	9,7	7	10,8
Saját lakásomban	6	4,8	5	7,7
Egyéb	3	2,4	1	1,5
Interneten	2	1,6	0	0
Iskolában / egyetemen / munkahelyen	0	0	2	3,1
Összesen	124	100	65	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

¹⁷⁵ A válaszadók két beszerzési helyszínt jelölhettek: az első leggyakoribb és a második leggyakoribb beszerzési helyszínt.

A KANNABISZ BESZERZÉSI FORRÁSAI, KISKERESKEDELMI TÉTELEK

Beszerzési forrás

A Nemzeti Drog Fókuszpont (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) által megkérdezett 125 fő rendszeres kannabisz-fogyasztó közül a legtöbben (54,4%) a dílertől való vásárlást említették a leggyakoribb beszerzési forrásként. A megkérdezettek közel negyede (23,2%) a leggyakrabban csoportos fogyasztás során jutott kannabiszhoz úgy, hogy nem fizetett érte.

69. táblázat: A fogyasztók által említett leggyakoribb kannabisz-beszerzési források¹⁷⁶

Beszerzési forrás	Elsőként említett leggyakoribb beszerzési forrás		Másodikként említett leggyakoribb beszerzési forrás	
	Válaszadók		Válaszadók	
	száma	százaléka (%)	száma	Másodlagos említések százalékában (%)
Megvettem a dílertől	68	54,4	13	17,8
Barátoktól kaptam közös fogyasztás során	29	23,2	34	46,6
Barát szerezte be, fizettem érte	23	18,4	22	30,1
Otthon természettem	0	0	3	4,1
Egyéb	5	4	1	1,4
Összesen	125	100	73	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A második leggyakoribb beszerzési forrás említések nagy része (76,7%) a csoportos fogyasztáshoz kötődik, a fogyasztók 46,6%-a közös fogyasztás során kapta a kannabiszt vagy egy baráttól szerezte be (30,1%).

Kiskereskedelmi tételek

A BSZKI jelentése szerint 2008-ban, a kis tételben lefoglalt anyagoknál¹⁷⁷ az esetek 80%-ában 0,4–0,8 gramm tartományba esett az egy kiszerezési egységben lévő marihuána tömege.

A Nemzeti Drog Fókuszpont által megkérdezettek elmondása alapján (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) a rendszeres kannabisz-használók

¹⁷⁶ A válaszadók két beszerzési forrást jelölhettek: az első leggyakoribb és a második leggyakoribb beszerzési forrást.

¹⁷⁷ Az értékeléshez a több csomagból álló, csomagonként 10 grammnál kisebb tételeket vizsgálták, minimalizálendő a megkezdett adagok statisztikába kerülési valószínűségét.

majdnem fele (43,2%) 1 gramm kannabiszt vásárol egy alkalommal, további 16% is legfeljebb 2 grammot vásárol egyszerre. Gyakori kiszérelés az 5 vagy a 10 gramm (12%, ill. 4%).

70. táblázat: Leggyakrabban vásárolt marihuánatételek

	Válaszadók	
	száma	százaléka (%)
1 gramm alatt	5	4
1 gramm	54	43,2
1,5 gramm	3	2,4
2 gramm	17	13,6
3–4 gramm	5	4
5 gramm	15	12
7,5 gramm	3	2,4
10 gramm	5	4
10 gramm felett	10	8
Nem válaszolt	8	6,4
Összesen	125	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A tételkategoróriáknál a megkérdezettek 45%-a adott meg valamilyen, a tételre vonatkozó speciális elnevezést. A válaszadók következő mennyiségű tételknél adtak meg valamilyen speciális elnevezést: 0,5 gramm (marihuána: felező, feles, fecó, paketó); 0,8 gramm (marihuána: pakli, alap 1); 1 gramm (marihuána: pakk, festék, 1 perc, cd, könyv, teli, géza, egyes, / hasis: csoki, rög, kocka); 3 gramm (marihuána: moka); 5 gramm (marihuána: fűfös, fájvos, ötös); 10 gramm (marihuána: tízes / hasis: sportszet), illetve 100 gramm (marihuána: komplett DVD).

A fogyasztóktól azt is megkérdezték, hogy mennyi volt általában az általuk vásárolt marihuánatételek ára. Egy válaszadó legfeljebb négy tételkategoriót adhatott meg. Megállapítható, hogy minél nagyobb mennyiségben vásárolt valaki, annál kevesebb volt a grammonkénti ár.

71. táblázat: A marihuánavásárlási tételkategoróriák 1 grammra átszámított árai forintban

Tétel (gramm)	Említések száma ¹⁷⁸	1 grammra átszámított ár forintban			
		minimum	maximum	átlag	módusz
0,3	1	8333	8333	8333	8333
0,5	9	3000	5000	4444	5000
0,6	6	3333	4167	3889	4167
0,7	17	2857	3571	3403	3571
0,8	26	2500	3125	2861	3125
1	77	1500	4500	2388	2500
2	6	1800	2500	2133	2000
3	2	1667	1667	1667	1667
5	28	1800	3000	2214	2000
10	40	1000	2500	2018	2000
20	5	1750	2000	1950	2000
50	7	1200	2000	1743	1800 ¹⁷⁹
100	17	800	2000	1553	1800
1000	3	1100	1600	1333	1300 ¹⁸⁰

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A fogyasztók arra is választ adtak, hogy havonta átlagosan mennyi marihuánát vásároltak, és arra átlagosan mennyit költöttek. Az egy hónapban vásárolt marihuána egy személyre kiszámított átlagos mennyisége 26,6 gramm, a leggyakoribb válasz a 20 gramm volt. Az egy hónapban marihuána vásárlására fordított átlagos összeg 36 740 forint volt.

4.5.2 Lefoglalások

KÍNÁLATCSÖKKENTÉS

A Rendőrségnek specifikusan a kannabiszra vonatkozó stratégiája nincs, azonban a 2007-es új stratégiában új feladatokat, hangsúlyváltást jelölt ki a kínálatcsökkentés területén (lásd: 4.3 fejezet).

Általánosságban a kínálatcsökkentésre nézve a Rendőrség Drogstratégiája¹⁸¹ alapján elmondható, hogy szervezetenként a rendőrség bünyügyi szervei

¹⁷⁸ Egy válaszadó több tételt is megemlíthetett.

¹⁷⁹ További módusz: 1700, 2000.

¹⁸⁰ További értékek: 1100, 1600.

¹⁸¹ 17/2006. (XI. 24.) ORFK utasítás a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájában rögzített feladatok egységes végrehajtásáról.

vertikálisan 3 (központi, területi és helyi) szintre tagozódnak, horizontálisan a korábbi klasszikus hármas tagoltság (felderítés, nyomozás, vizsgálat) többnyire megszűnt, a nyomozási és a vizsgálati munkát végző egységek a legtöbb területi szervnél összevonásra kerültek.

A helyi bűnügyi és közrendvédelmi szervek feladata a fogyasztók és a terjesztők által látogatott elosztóhelyek felderítése, ellenőrzése és felszámolása. A megyei szervek az illetékességi területükön a termesztés, a tárolás, valamint a terjesztés felderítését és felszámolását látják el, míg a Nemzeti Nyomozó Iroda a hazai gyártás megakadályozását, az országos terjesztői hálózatok, a határon átnyúló, nemzetközi rendőri együttműködést igénylő behozatali csatornák felderítését, felszámolását végzi.

A megyei (budapesti) és a helyi szervek esetében általánosságban elmondható, hogy az illetékességi területükön tevékenykedő rendvédelmi szervek egységeivel a kapcsolat kiegyensúlyozott, hasznos, amit a kölcsönös adat-egyeztetések, a közös felderítések, egymás informálása is jellemez.

KANNABISZ NÖVÉNY LEFOGLALÁSOK (2006–2008)

A BSZKI nem rendelkezik pontos információval az ültetvények típusáról. Azonban elmondható, hogy a 2008. évben a lefoglalások legalább 30%-ában palánták voltak, amely az indoor termesztésre utal. 2008-ban a lefoglalt ültetvények 58%-a kisméretű, 38%-a közepes méretű, míg a fennmaradó 4% nagyméretű, 100-nál több tövet tartalmazó ültetvény volt. 2006 és 2008 között a 10 tő alatti ültetvények lefoglalási számában figyelhető meg emelkedő tendencia.

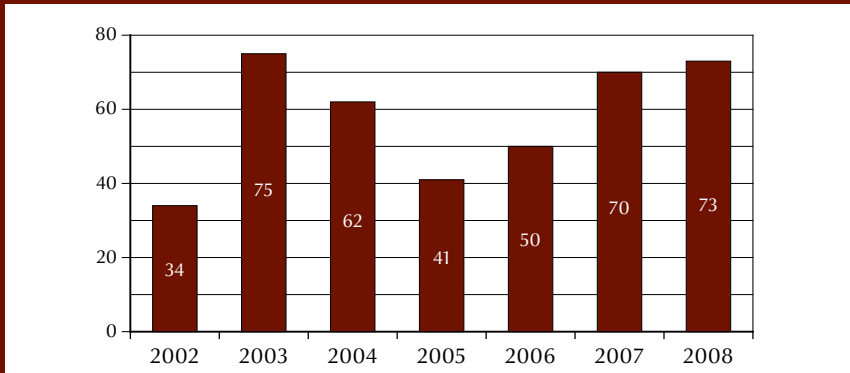
72. táblázat: A lefoglalt ültetvények mérete 2006–2008 között

Lefoglalás éve	Ültetvény mérete			Összesen
	<10 tő	10–100 tő	>100 tő	
2006	21	21	8	50
2007	34	33	3	70
2008	42	28	3	73

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A kannabisz növény lefoglalások számát illetően a 2003 és 2005 között tapasztalt csökkenő tendencia után 2005 óta ismét folyamatos emelkedés figyelhető meg ezen a területen.

T16. ábra: A kannabisz növény lefoglalások száma 2002–2008 között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

73. táblázat: A kannabisz növény lefoglalások száma és mennyisége 2006–2008 között

Lefoglalás éve	Kannabisznövény	
	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség (tő)
2006	50	3529
2007	70	1667 *
2008	73	1523 *

* csak a laboratóriumba küldött reprezentatív minta mennyiségét tartalmazza

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A KANNABISZKÍNÁLAT FORRÁSAI

A Nemzeti Nyomozóiroda jelentése alapján a lefoglalt, import kannabisz-származékok – mind a marihuána, mind a hasis – 99%-a Hollandiából érkezik hazánkba, Németországon és Ausztrián keresztül. A Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ jelentése (SZBEKK 2009) szerint Hollandia mellett a balkáni államok irányából is jut csempészet útján kannabisz hazánkba.

A LEFOGLALT KANNABISZ-SZÁRMAZÉKOK MEGOSZTLÁSA

Legjellemzőbb a kis tételekben való lefoglalás (0–5 gramm), amely a marihuána esetében az összes lefoglalás 72%-át teszi ki, míg a hasis esetében 76% az arány.

74. táblázat: A marihuána és hasis lefoglalások száma

Tétel típusa	Marihuána		Hasis	
	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség (kg)	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség (kg)
0-5 g	1203	1,3	48	0,1
5-150 g	335	11,4	13	0,5
150 g-1 kg	78	35	2	2,2
1-50 kg	54	206,9	0	0
50 kg felett	0	0	0	0
Összesen	1670	254,6	63	2,8

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

4.5.3 Bűncselekmények

A KANNABISSZAL ÖSSZEFÜGGŐ KÍNÁLATI OLDALI BŰNCSELEKMÉNYEK (2007–2008)

Bár a hazai kriminálstatisztika nem igazán alkalmas a szertípus szerint történő elemzésre¹⁸², kivételt képeznek talán a kannabisz-származékokkal kapcsolatos bűncselekmények¹⁸³, amelyen belül a „marihuána” és „hasis” kategóriák¹⁸⁴ is meg vannak különböztetve. A következőkben a 2007. és 2008. év megbízhatóbb és teljesebb statisztikai adatait használjuk az elemzés során.

2007-ben 4697 esetben fordult elő, hogy valamilyen kábítószer típus szerepelt a bűncselekmények elkövetése kapcsán. Ebből 3426 esetben marihuána (72,9%) és 32 esetben (1%) hasis. A kannabisz-származékokkal történt visszaélések 99,8%-a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény volt, ezen túl 5 vagyon elleni bűncselekmény esetén szerepelt kannabisz-származék, mint elkövetési tárgy (4 esetben marihuána, 1 esetben hasis).

¹⁸² Ennek oka, hogy a szertípusok feltüntetése az adatgyűjtés során korábban esetleges volt – bár az 59/2007. (XII. 23.) IRM rendelet 2008. január 1-jétől hatályba lépett rendelkezései óta gördülékenyebben történik. Emiatt, valamint a rossz kategorizáció és a statisztikai lapot kitöltők kábítószerrel kapcsolatos ismereteinek hiánya miatt nem ad megbízható információt az elkövetési szertípusokról. Ezért nem használjuk elemzéseink során ezeket az adatokat.

¹⁸³ Mivel a kannabisz hazánkban a leggyakrabban előforduló szertípus, a statisztikai lapot kitöltő könnyen jelölni tudja az adatlapon.

¹⁸⁴ Az nem derül ki, hogy a marihuána szárított törmelék volt-e vagy növényi egyed, esetleg a hasis, hasis bázis vagy olaj. Mindössze annyi ismert, hogy kannabisz-származékról, ezen belül marihuánáról vagy hasisról volt-e szó.

2008-ban mindösszesen 5480 esetben szerepelt kábítószer elkövetési tárgyként valamilyen ismertté vált bűncselekmény kapcsán. Ebből 3873 esetben marihuána (70,6%), 58 (1,1%) esetben pedig hasis. Az esetek 71,7%-ában valamilyen kannabisz-származék (marihuána vagy hasis) szerepelt elkövetési tárgyként, azaz elmondható, hogy a kábítószeres bűncselekmények több mint 70%-át kannabisz-származékokkal követték el. A kannabisz-származékokkal történt visszaélések 99,7%-a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény volt. Emellett 2 alkalommal vesztegetés, 4 alkalommal lopás történt, amelynek során marihuánát találtak vagy az elkövetőknél, vagy a szervezetükben, továbbá 1 vagyon elleni bűncselekmény során hasist.

2008-ban a kannabisz-származékokkal elkövetett bűncselekmények tekintetében a „termel, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, az ország területén átvisz” magatartások aránya, azaz a csekélyebb súlyú, részben keresleti oldali magatartásoké 94,3% volt (2007-ben 93,4%). A „kínál, átad, forgalomba hoz, azzal kereskedik” tényállásokhoz tartozóké, azaz a súlyosabb, forgalmazói és kereskedői tevékenységgel összefüggőké 5,7% (2007-ben 6,6%) volt.¹⁸⁵

Igazán lényeges elmozdulás nem történt 2007 és 2008 között. Jellemzően a hatóságok előtt ismertté vált kannabisszal történt visszaélések csekélyebb súlyú keresleti oldali magatartások vagy saját használatra, csekély mennyiségben történő termesztői tevékenységek. Forgalmazói, kereskedői magatartás vagy kábítószer kínálása, átadása miatt a kannabisszal való visszaélések alig 6%-ában indult eljárás.

¹⁸⁵ A jogszabályokban az elkövetési magatartások szerinti differenciáció hiánya miatt nem tudjuk megbízhatóan megmondani, hogy a kannabisszal történt visszaéléseken belül mekkora a termesztés, a forgalomba hozatal, a kereskedelem, illetve a keresleti oldali magatartások aránya. A Btk-ban egy bekezdésen belül szerepelnek pl. „a kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik...” vagy pl. „a termel, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz...” elkövetői magatartások. Nem lehetséges úgy leválogatni az adatokat, hogy az egy bekezdésen belül lévő elkövetői magatartások megoszlását a kannabisz-származékok esetén vizsgálni tudjuk.

Felhasznált irodalom

- BAUER, B., SZABÓ, A. (szerk.) (2009). *Ifjúság 2008. Gyorsjelentés*. Kutatási beszámoló. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest.
- BUSA, Cs., TISTYÁN, L., FÜZESI, Zs., SZEMELYÁ CZ, J. (2008a). *Kirekesztődés és kirekesztés kérdőíves szociológiai vizsgálat drogambulanciák és szenvedélybeteg-ellátással foglalkozó szervezetek/intézmények kliensei körében*, Összefoglaló. Pécs.
- BUSA, Cs., TISTYÁN, L., FÜZESI, Zs., SZEMELYÁ CZ, J. (2008b): *Kérdőíves szociológiai vizsgálatok a pécsi lakosság körében*. Pécs.
- BUSA, Cs., TISTYÁN, L., FÜZESI, Zs., SZEMELYÁ CZ, J. (2008c): *Kirekesztődés és kirekesztés összehasonlító elemzés*, Összefoglaló, Pécs, 2008.
- CSÁK, R. (2009). Kálvária téri Kontakt Kávézó program 2008-as kliensforgalmi adatainak elemzése. Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest. Kézirat.
- CSÁK, R., FORSTNER, M., MÁRVÁNYKÖVI, F. ÉS RÁ CZ, J. (2008). Kvalitatív panelvizsgálat a budapesti elektronikus zenei partiélet szereplői, valamint a drogpolitika megvalósítói körében. In: *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcénában*. Demetrovics, Zs., Rá cz, J. (szerk.). L'Harmattan, Budapest. pp. 225–290.
- C SOHÁN, Á., KASZÁS, K., LENDVAI, Gy. (2009). Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről. Országos Epidemiológiai Központ. Nem publikált tanulmány.
- DEMETROVICS, Zs. (2005). A rekreációs környezetben megjelenő droghasználat alakulása Magyarországon. In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2005*. Borsi, É., Portörő P. (szerk.). Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest. pp. 81–98.
- DEMETROVICS, Zs., NÁDAS, E., KUN, B. (2008). Rekreációs droghasználat Magyarországon. In: *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcénában*. Demetrovics, Zs. Rá cz, J. (szerk.). L'Harmattan, Budapest. pp.13–24.
- DEMETROVICS, Zs. (2009). Hungary. In: *Nightlife and Crime: Social Order and Governance in International Perspective*. Hadfield P. (ed.). pp.169–182. OUP, Oxford.

- DOMOKOS, T., RUFF, T. (2008). A kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének vizsgálata EU indikátorok alapján. Kutatási beszámoló 2.0 változat, 2008. július 31.
- DUDÁS, M., RUSVAI, E., GYŐRI, Z., CSOHÁN, Á., MINÁROVITS, J., (2009). A hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2008. évi prevalenciájának vizsgálata. Beszámoló a 2008. évi tevékenységről.
- ELEKES, Zs. (2009). Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007. NDI – L'Harmattan. Megjelenés alatt.
- ELEKES, Zs., PAKSI, B. (1997). Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószerfogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása (kutatási beszámoló). IM.Bv.Op. Büntetés-végrehajtási szakkönyvtár 1997/4. pp. 1–112.
- ELEKES, Zs., PAKSI, B. (2004). A jogerősen fogva tartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata. BVOP kutatási beszámoló.
- ELEKES, Zs., NÁDAS, E., PAKSI, B. (2008): Drogfogyasztás a populációban. In: *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2008*. Felvinczi K., Varga O. (szerk). SzMM, Budapest. pp. 33–53.
- EMCDDA (1999). Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon. Portugal.
- EüM (Egészségügyi Minisztérium) (2009). Az Egészségügyi Minisztérium előterjesztése a szenvedélybetegségek magyarországi helyzetéről és az addiktológiai ellátórendszer változásairól.
- Flash Eurobarometer 233 (2008). Young people and drugs among 15–24 year-olds. Magyar Gallup Intézet. Kutatási beszámoló. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf (megtekintve: 2009. 10. 28.)
- GYARMATHY, V. A., NEAIGUS, A., MITCHELL, M. M., UJHELYI, E. (2008). The association of syringe type and syringe cleaning with HCV infection among IDUs in Budapest, Hungary. *Drug Alcohol Dependence*. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.10.014
- HAJNAL, Gy. (2009): A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2000 és 2007 között. In: *Drogpolitika számokban*. Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk.) pp. 375–409. L'Harmattan, Budapest.

- IRM (Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium) (2009). Minisztériumi beszámoló.
- JÓNÁS, J., BARSINÉ, F. K., PÉTERFINÉ, T. M. (2009). *A pulmonológiai intézmények 2008. évi epidemiológiai és működési adatai*. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest.
- KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2009). *A KSH jelenti, 2008/11 Összefoglalás, Közzététel: 2009. január 29. Sorszám: 15.*
- KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2009). *A KSH jelenti, 2008/12 Összefoglalás, Közzététel: 2009. március 3. Sorszám: 38.*
- MH (Magyar Honvédség) (2009). Beszámoló a kábítószerügyi éves jelentéshez.
- MÁRVÁNYKÖVI, F., MELLES, K., LÉGMÁN, A. ÉS RÁ CZ, J. (2008). A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használok körében, Budapesten. *Addiktológia* (Addictologia Hungarica), 7 (3–4) 205–233.
- Menhely (2009). Beszámoló a Menhely Alapítvány 2008. évi tevékenységéről. Budapest.
- MÉSZÁROS, Z. (2009). „Honnan, hogyan, merre? – avagy a kínálati oldal vizsgálata, a kábítószerpiac működésének jellegzetességei”, OpenNetwork Piac- és Társadalomkutató. Kutatási Jelentés. Nem publikált tanulmány.
- MILETICS, M. (2008). *Kutatási beszámoló a túladagolás körülményeiről*. Kutatási beszámoló. Baptista Szeretetszolgálat – Utcafront. Budapest.
- NAGY, J. (2002). A kender eredetű kábítószer hatóanyag-tartalma és annak változásai. In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2002*. Ritter, I. (szerk.), pp. 266–272. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2009a). HCV-fertőzöttség és a fertőző betegségekkel kapcsolatos kockázatos magatartások a fogvatartottak körében 2008-ban. Nem publikált tanulmány.
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2009b). A hazai kannabisztermesztés és piac jellegzetességei a fogyasztók szemszögéből. Nem publikált tanulmány.
- OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2009). TDI-adatbázis 2008. Nem publikált adatok.

- OKM (Oktatási és Kulturális Minisztérium) (2009). Minisztériumi beszámoló.
- 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. (2008). Droghasználat a magyarországi börtönökben. Droghasználók a börtönben. Problémafeltárás, kezelés és ártalomcsökkentés. MAT II: Tematikus Konferenciája. Budapest. 2008. november 20.
- PAKSI, B. (2008). A nem iskolai szintéren megjelenő prevenció programok feltérképezése. Kutatási gyorsjelentés. Nem publikált tanulmány.
- PAKSI, B. (2009a). A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata Magyarországon 2008-ban. Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.
- PAKSI, B. (2009b). Populációs adatok alakulása. In: *Drogpolitika számokban.* Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk). pp. 81–141. L'Harmattan, Budapest.
- PAKSI, B., ARNOLD, P. (2007). A magyarországi felnőtt népesség drogérzékenysége – új fejlemények. MAT VI. Országos Kongresszusa. 2007. november 22–24. Siófok. Addiktológia 2007. VI. Supplementum 1., 49.
- PAKSI, B., RÓZSA, S., KUN, B., ARNOLD, P., DEMETROVICS, Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. In: *Mentálhigiéné és pszichoszomatika.* Megjelenés alatt.
- RÁCZ, J. (2009). A drogbetegek ellátása. In: *Drogpolitika számokban.* Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk.) pp. 189–232. L'Harmattan, Budapest.
- RÁCZ, J., MÁTHÉ-ÁRVAY, N., FEHÉR, B. (2003). Kezelésre jelentkező és „utcai” injekciós droghasználók kockázati magatartásainak és kockázatesztelésének jellemzői. Előzetes eredmények. In: *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 2 (3–4) pp. 370–388.
- Rendőrségi Drogstratégia (2006). 17/2006. (XI. 24.) ORFK utasítás a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájában rögzített feladatok egységes végrehajtásáról.
- RITTER, I. (2009). Droggereskedő karrierrek. Előzetes kutatási eredmények. Nem publikált tanulmány.

- SZBEKK (Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ) (2009). A szervezett bűnözés magyarországi helyzete, várható tendenciái, a bűnszervezetek elleni fellépés javasolt irányai 2009. Nem publikált jelentés.
- SZMM (Szociális és Munkaügyi Minisztérium) (2008). Jelentés a Kormány részére a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetekről.
- SZMM (Szociális és Munkaügyi Minisztérium) (2008). 2007. évi szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása (KAB-RE-07-A/B/C) pályázat beszámolója.
- TASZ (Társaság a szabadságjogokért) (2008). Megelőzhető halálesetek – szeminárium <http://drogriporter.hu/node/1123> (megtekintve: 2009. 10. 28.)
- TASZ (Társaság a szabadságjogokért) (2009). Szabad-e a kendertermesztésről cikket írni Magyarországon? <http://drogriporter.hu/ckjog> (megtekintve: 2009. 10. 28.)
- VITRAI, J. (2009). *Tanulmány a „Nemzeti drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről.* Egészségmonitor Kft., Budapest.