



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



**2008-as ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára**  
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

## **“MAGYARORSZÁG”**

Új fejlemények, trendek és részletes információk a  
kiemelt témákról

**REITOX**

**A KÖTET SZERZŐI:**

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

CSOHÁN ÁGNES, Országos Epidemiológiai Központ

DARÓCZY ZITA, Nemzeti Drog Fókuszpont

ELEKES ZSUZSANNA, Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia és Társadalompolitika Intézet

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

HORVÁTH MÓNICA CSILLA, Semmelweis Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet

KOÓS TAMÁS, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

KUN GÁBOR, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

NÁDAS ESZTER, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORKOLÁB LAJOS, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet

PAKSI BORBÁLA, Budapesti Corvinus Egyetem, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet, Viselkedéskutató Központ

RITTER ILDIKÓ, Országos Kriminológiai Intézet

RÁCZ JÓZSEF, Magyar Tudományos Akadémia, Pszichológiai Kutató Intézet

SÓGORKA ILDIKÓ, Semmelweis Egyetem, I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

**LEKTORÁLTA:**

BUDA BÉLA, DEMETROVICS ZSOLT, FELVINCZI KATALIN, GAZDAG GÁBOR, KOÓS TAMÁS, LÉVAY MIKLÓS, SZEMELYÁCS JÁNOS, TAKÁCS ISTVÁN GÁBOR

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>ÖSSZEFOGLALÁS</b>	<b>5</b>
<b>1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI</b>	<b>7</b>
1.1. JOGI KERETEK	7
1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK	8
1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK	9
1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS	9
<b>2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN</b>	<b>14</b>
2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN	14
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	20
2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	22
<b>3. PREVENCIÓ</b>	<b>27</b>
3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	27
3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ	33
3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ	37
<b>4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS ÉS A KEZELÉST IGÉNYLŐ POPULÁCIÓ</b>	<b>38</b>
4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE	38
4.2. TDI – KEZELÉSI IGÉNY INDIKÁTOR	38
4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK	58
4.4. INTENZÍV DROGHASZNÁLATI MINTÁK	58
<b>5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE</b>	<b>60</b>
5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK	61
5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS	65
5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS	68
<b>6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI</b>	<b>71</b>
6.1. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	71
6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	74
6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS	80
6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	83
<b>7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE</b>	<b>88</b>
7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	88
7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	88
7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS KEZELÉSE	91
7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE	91
<b>8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI</b>	<b>93</b>
8.1. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG	93
8.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	105
8.3. KÁBÍTÓSZERHASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	110
8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK	110
<b>9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE</b>	<b>112</b>
9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	112
9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	118
<b>10. KÁBÍTÓSZERPIAC</b>	<b>122</b>
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	122
10.2. LEFOGLALÁSOK	125

10.3 ÁR / TISZTASÁG	126
<b>12. FELHASZNÁLT IRODALOM</b>	<b>129</b>
<b>FÜGGELÉK</b>	<b>132</b>
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	132
ÁBRÁK JEGYZÉKE	133
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	135

## ÖSSZEFOGLALÁS

A Nemzeti stratégiához kapcsolódó, 2007-ben elfogadott új cselekvési terv által meghatározott feladatok több területet érintenek, így pl. a kábítószer-fogyasztók ellátása; Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállítása; prevenciós programok kiterjesztése; prevenciós, egészségügyi és szociális programok kidolgozása, értékelése; rehabilitációs és reszocializációs intézkedések; képzések stb. A cselekvési terv új elemként minden feladathoz eredménymutatót rendel, amely mutató alapján elvégezhető a megvalósulás evaluációja.

A felnőtt népesség körében az illegális szerek vizsgálatára mind az élet-, mind az éves prevalenciák alapján elmondható, hogy továbbra is a kannabisz származékok fogyasztása a legelterjedtebb. Ezt követi az ecstasy, az amfetamin és a hallucinogének használata. Míg 2001 és 2003 között a 18-53 éves népesség körében nőtt a tiltott drogok életprevalencia és éves prevalencia értéke is, addig 2003 és 2007 között az életprevalencia érték nem változott, az éves prevalencia tekintetében pedig kedvező irányú elmozdulást figyeltek meg. A budapesti iskolavizsgálat alapján a budapesti fiatalok körében nem tapasztalható jelentős változás a fogyasztott szerek népszerűségében.

A 2007-ben készült lakossági felmérés szerint Magyarországon a felnőtt lakosságban a különböző szerekkel kapcsolatban a kevésbé differenciált veszélyészlelés jellemző. A korábbi drogepidemiológiai kutatások eredményeivel összehasonlítva nem látszik jelentős elmozdulás sem a drogprobléma társadalmi percipiálásában, sem a lakosság drogpolitikai elképzeléseiben.

2007 végén megkezdődtek a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállításának előkészületei. A Bizottság feladata a prevenciós szolgáltatások tartalmi minimumkövetelményeinek meghatározásáról szóló szakmai ajánlás kidolgozása, valamint az akkreditáció biztosítása lesz.

Az elmúlt évhez képest jelentősen nőtt az államilag finanszírozott, egészségfejlesztéssel kapcsolatos pedagógus továbbképzéseken résztvevők száma. A rekreációs szintűen ártalomcsökkentő szolgáltatást nyújtó szolgáltatások 2007-ben több, mint 270 rendezvényen vettek részt (főleg fesztiválokon, egyetemi és elektronikus zenei partikon), ahol több, mint 38.000 fiatallal kerültek kapcsolatba.

Az Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program adatai szerint 2007-ben összesen 13457 kábítószer-fogyasztót vettek kezelésbe a szolgáltatóknál, melyből alig több mint 4000 fő volt az először kezelésbe kerülő kliens. Ez mindkét kategóriában csökkenést jelent az előző évhez képest, előbbiben 13, utóbbiban 29%-osat.

Az összes kezelt számának jelentős visszaesése feltehetően az első kezelésben részesültek számának csökkenéséből adódott. A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent. Szertípusokat tekintve még mindig a kannabiszt fogyasztók vannak jelen a legnagyobb arányban az elterelésben.

A kezelési-igény (TDI) adatok értelmezése jelenleg Magyarországon két ponton ütközik korlátokba. Egyrészt, mert 2007 volt az első teljes év, amelyben a szolgáltatók kötelezettek voltak a TDI-jelentésre, azaz idősoros adatok nem állnak rendelkezésre, így a korábbi évekkal nem lehetséges az összehasonlítás. Másrészt, mert a 2006-2007-es évek ellátórendszeri történései, a nehezebbé váló finanszírozási környezet olyan terheket jelentett a szolgáltatók számára, amelyek bizonyosan befolyásolták a jelentések teljeskörűségét és megbízhatóságát.

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

2007-ben a szubsztitúciós kezelésben a metadon mellett megjelent a buprenorfin-naloxon keveréke is.

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

A rendelkezésre álló adatok alapján az elmúlt évhez képest nem történt jelentős változás a kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek számában, a heroin okozta túladagolások száma csökkent.

2007-ben Magyarországon az intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV prevalenciájának mérésére közel kétszer annyi adat állt rendelkezésre az előző évi vizsgálathoz képest. HIV fertőzött 2007-ben sem került felderítésre. A HCV prevalencia tekintetében nem mutattak ki lényeges változást az elmúlt két év eredményeit összehasonlítva. A tűcsere programok adatai szerint az egy főre jutó injektorok száma ismét emelkedett, emelkedést tapasztalunk a kliensszámban és a kontaktszámban is. Két éve nem történt változás azonban a vidéki szervezetek területi eloszlásában, az ország észak-nyugati részének tűcsere programokkal történő lefedettsége továbbra sem kielégítő.

A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása meghaladja a vizsgált kábítószer-függő populáció ötven százalékát.

2007-ben jelentős változások történtek a kriminálstatisztikai adatok alapján mind az ismertté vált elkövetői kör, mind pedig a kábítószer-fogyasztással összefüggő bűncselekmények tekintetében. Jelentős mértékben csökkent az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények, valamint az ezen bűncselekmény miatt eljárás alá vont személyek száma is. Figyelmet érdemel, hogy minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fiatalos volt, az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalosok ilyen alacsony részesedését 1997 óta nem detektálták. Jelentősen csökkent a vádemelés elhalasztással befejezett ügyek száma, és így e jogintézmény alkalmazásának gyakorisága a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkkel szemben.

A kínálat területén megfigyelt tendenciák, illetve a lefoglalások adatai alapján, a kábítószerpiacon zajló legjelentősebb változás a kokain-használat több éve tartó folyamatos emelkedése. A lefoglalási adatok szerint a kokain előfordulási gyakorisága 2007-re elérte a heroin és az ecstasy szintjét. Az „ecstasy” tabletták körében újabb hatóanyagok (DOB és jelenleg kábítószernek nem minősülő piperazin származékok) jelentek meg.

# 1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI<sup>1</sup>

## 1.1. JOGI KERETEK

### Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

#### a) 1/2007. (V. 21.) Büntető jogegységi határozat

1/2007. Büntető jogegységi határozat a kábítószerrel visszaélés bűncselekménye megvalósulásának kritériumairól.

A büntető jogegységi határozat megállapítása szerint:

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

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

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

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

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

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

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

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

A kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. számú korm. határozat az azonos című 1129/2004. (XI. 24.) Korm. határozat helyébe lépett. (Lásd még 1.2. alfejezet)

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

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

---

<sup>1</sup> A fejezet szerzői: Elekes Zsuzsanna, Paksi Borbála, Tarján Anna, Varga Orsolya

d) 1/2008. Büntető jogegységi határozat

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

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

e) 26/2008. HM utasítás

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

## **Jogalkalmazás**

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

- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 2341 főt
- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 188 főt;
- a Btk. 282/B. §-ába ütköző magatartások (a 18. életévét be nem töltött személy felhasználásával, illetve annak sérelmére elkövetett fogyasztói, illetve kereskedői típusú tevékenységek) miatt 127 főt;
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 298 főt;
- a Btk. 283/A §-ába ütköző bűncselekmény (kábítószer előállításához használt anyaggal való visszaélés) miatt 2 főt ítélték el jogerősen.

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

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

## **1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK**

### **Koordinációs intézkedések, változások**

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



## Nemzeti stratégia és megvalósítása

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

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

### 1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK

Nincs új információ.

### 1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS

#### Társadalmi viták a kábítószer-problémáról

A bécsi székhelyű Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs kezdeményezésére és a Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) szervezésében Budapesten került megrendezésre 2008. január 24. és 25. között a Beyond 2008 regionális konzultációs találkozó, amelynek az volt a célja, hogy összegyűjtse az Európai Unió nem-kormányzati szervezeteinek tapasztalatait az elmúlt 10 év drogpolitikai trendjeivel kapcsolatban. A rendezvény része egy nemzetközi értékelési folyamatnak, amely azt próbálja megállapítani, vajon mennyire volt sikeres az 1998-as ENSZ Közgyűlés (UNGASS) által elfogadott drogpolitikai akcióterv végrehajtása.

A konferencia három kérdést kívánt megválaszolni:

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

A résztvevők három munkacsoportban vitatták meg ezeket a kérdéseket. Konszenzus azonban csak viszonylag kevés kérdésben mutatkozott.

#### Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök

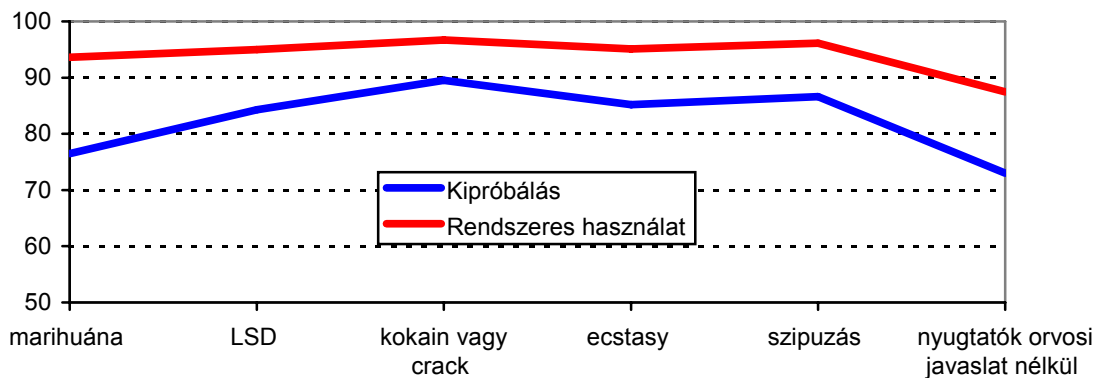
*Drogokkal és drogfogyasztókkal, illetve drogpolitikával kapcsolatos attitűdök a felnőtt populációban*

A 2007-ben készült lakossági felmérés<sup>2</sup> (Paksi és Arnold 2007) szerint Magyarországon a felnőtt lakosságban a különböző szerekekkel kapcsolatban a kevéssé differenciált

<sup>2</sup> A kutatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont finanszírozásával a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja készítette (Paksi és Arnold 2007). A kutatás célpopulációja a magyarországi 18-64 éves népesség. Az

veszélyészlelés<sup>3</sup> jellemző. A különféle drogok veszélyeinek percipiálása meglehetősen „egybecsúszdik”. Mindössze a különböző gyakoriságú szerfogyasztások veszélyességének megítélésében jelentkeznek – mint azt a két grafikon egymáshoz viszonyított helyzete mutatja - konzekvensen egy kismértékű különbségtétel.

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



Forrás: Paksi és Arnold 2007

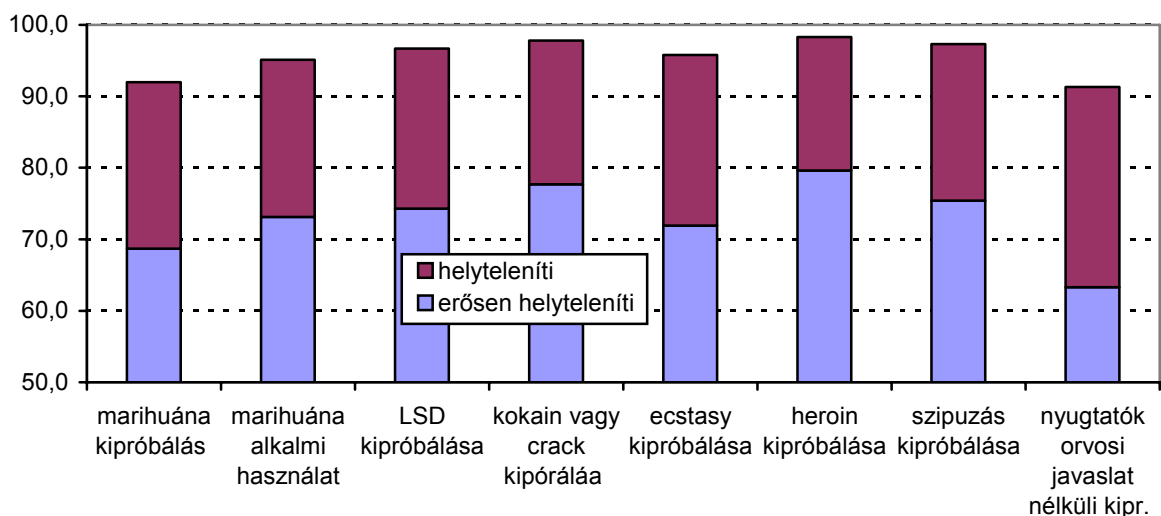
A szerhasználat helytelenítése<sup>4</sup> a társadalom gondolkodásában gyakorlatilag leképezi a fogyasztás veszélyességével kapcsolatos percepciókat, a különböző szerhasználó magatartások között e tekintetben is csak igen kismértékű differenciálás tapasztalható. A lakosság több mint kilencven százaléka valamilyen mértékben helyteleníti, s ezen belül 70-80%-a „erősen helyteleníti” bármilyen tiltott drog fogyasztását.

adatfelvétel a keretpopuláció rétegzett (a fővárosban korcsoportok, vidéken település méret, régió és korcsoport szerint rétegzett, összesen 186 rétegbe sorolt) reprezentatív mintáján, 2007 tavaszán történt. Bruttó minta 3000 fő, nettó minta nagyság 2710 fő volt. Az adatfelvétel ún. kevert módszerrel, azaz az önkitöltős elemekkel kombinált face to face technikával történt.

<sup>3</sup> A megkérdezettek - EMCDDA (2002) ajánlásainak megfelelően - négyfokozatú skálán fejezhetik ki véleményüket: 1 - nem veszélyes; 2 - kicsit veszélyes; 3 – közepesen veszélyes; 4 – nagyon veszélyes.

<sup>4</sup> A megkérdezettek – az EMCDDA (2002) ajánlásainak megfelelően - háromfokozatú skálán fejezték ki véleményüket: 1 – nem helyteleníti; 2 - helyteleníti; 3 – erősen helyteleníti.

2. ábra. A különböző fogyasztói magatartásokat „helytelenítők” illetve „nagyon helytelenítők” aránya (a 18-64 éves válaszolók %-ában)



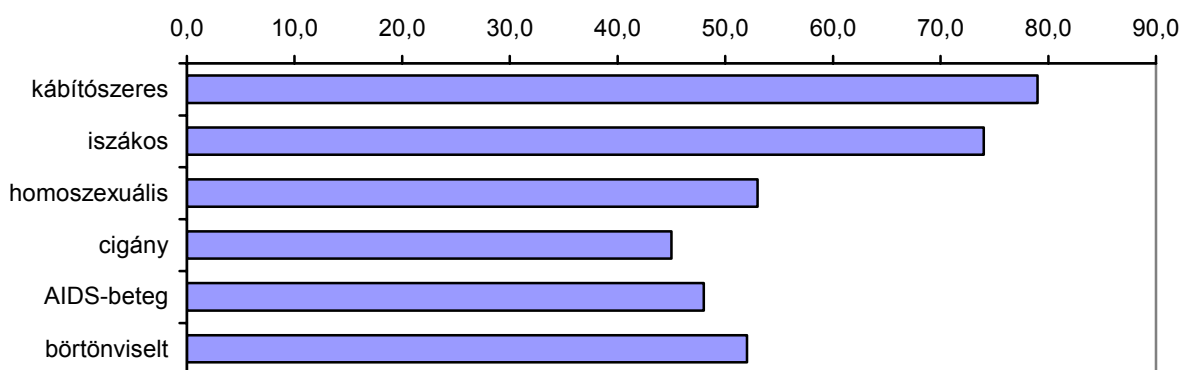
Forrás: Paksi és Arnold 2007

A veszélyészlelés alacsony szintű szerenkénti differenciáltságával összhangban, a marihuána/hasis és a heroin közötti drogpolitikai különbségtétel is igen alacsony szinten fogalmazódik meg a lakosságban. Minden szer esetében a restriktív drogpolitikával való nagyfokú egyetértés jelentkezik (arra a kérdésre, hogy „milyen mértékben ért egyet azzal, hogy meg kéne engedni az embereknek a következő szerek fogyasztását” az elutasító válaszok aránya a marihuána, hasis esetében 89,8%, a heroin esetében pedig 98%), bár a marihuána fogyasztással kapcsolatban valamelyest megengedőbb a hozzáállás.

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

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

3. ábra. Néhány leginkább társadalmi elítélés alá eső csoport szomszédként való elutasítása (az „inkább nem” és az „ellenezné” válaszok összesen) (a 18-64 éves válaszolók %-ában)



Forrás: Paksi és Arnold 2007

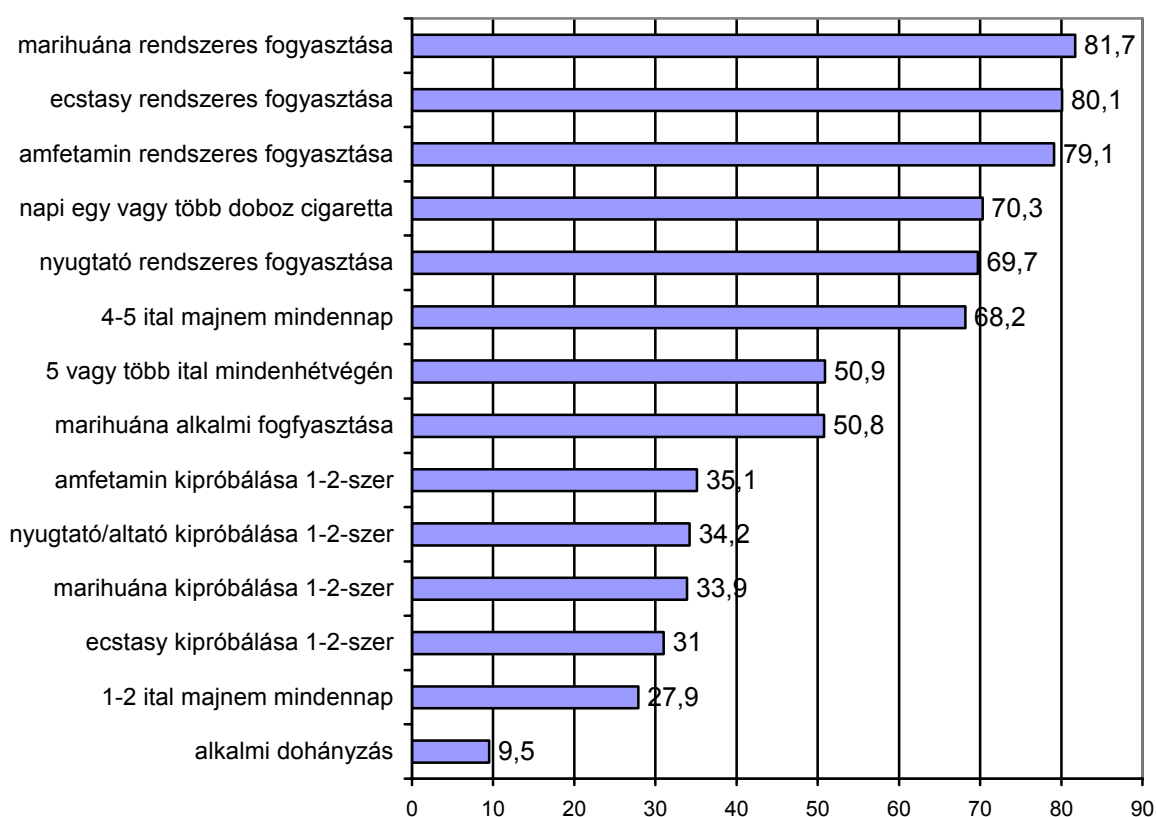
A korábbi drogepidemiológiai kutatások (Paksi 2003) eredményeivel összehasonlítva nem látunk jelentős elmozdulásokat sem a drogprobléma társadalmi percipiálásában, sem a lakosság drogpolitikai elképzeléseiben. Az utóbbi években a társadalmi távolság tekintetében sem történt hibahatáron túli elmozdulás.

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

2007-ben az ESPAD vizsgálat keretei között annak kérdőívével és módszertani útmutatója szerint készült vizsgálat Budapesten a 8-10. évfolyamon tanuló (14-17 éves) diákok között<sup>5</sup> (Elekes 2007). A kutatás során a diákok droggal kapcsolatos attitűdjét a „mennyire tartja veszélyesnek a fogyasztást” kérdéssel mérték, a korábbi adatfelvételekhez képest azonban a 2007. évi kérdőívben a vizsgált szerek listája jelentősen lerövidült, és csak a legelterjedtebb szerekre terjedt ki.

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

4. ábra. Az egyes fogyasztási formákat nagyon veszélyesnek tartók aránya (%)



Forrás: Elekes 2007

<sup>5</sup> A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete készítette az ECHO Survey Szociológiai Kutatóintézetrel együttműködésben. Az adatfelvétel önkitöltős, csoportos lekérdezéssel történt külső kutatási asszisztensek közreműködésével a 8-10 évfolyamosok reprezentatív mintáján, rétegzett csoportos mintavételi eljárással a 10 évfolyamon tanuló felülreprezentálásával. Bruttó minta 2108 fő, nettó minta 1788 fő volt.

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

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

## 2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN<sup>6</sup>

### *Háttér, előzmények*

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

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

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

### 2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN

A 2007-es felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján készült kutatás<sup>7</sup> (Paksi és Arnold 2007) alapján a megkérdezett 18-64 éves korosztály 9,3%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. Az éves prevalencia érték 2,6%, az előző havi prevalencia érték pedig 1,3%. A valaha használók körében az új belépők aránya 3,1%, a folyamatos használóké 23,8%-a, a kilépők aránya pedig 72,3%.

Az illegális szerek tekintetében a vizsgált népesség körében mind az élet-, mind az éves prevalenciák alapján (továbbra is) a kannabisz származékok fogyasztása a legelterjedtebb (életprevalencia 8,5%). A kannabisz-származékokat az ecstasy (2,4%), az amfetamin (1,8%) és a hallucinogének (1,4%) követik, a többi vizsgált tiltott szer életprevalencia értéke 1% alatti.

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

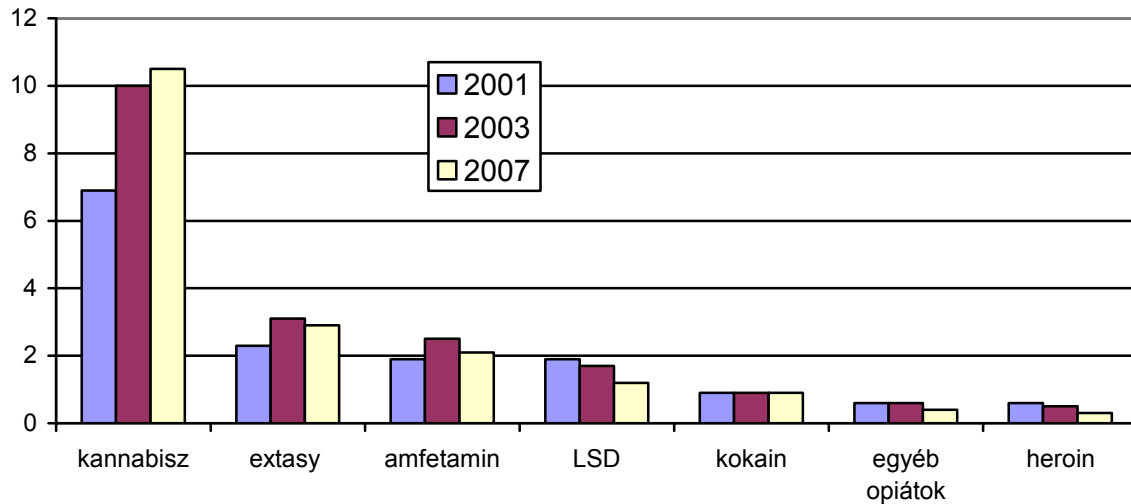
A 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben készült általános populációs vizsgálatok összehasonlítható korévekre (18-53 éves népességre) számított prevalencia értékei alapján a következő mondható el: míg 2001 és 2003 között szignifikánsan (3,6 százalékponttal) növekedett a tiltott drogok életprevalencia értéke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

<sup>6</sup> A fejezet szerzői: Elekes Zsuzsanna, Nadas Eszter, Paksi Borbála

<sup>7</sup> Módszertant lásd 1. fejezet

megbízhatósági szinten az életprevalencia érték, a többi szer esetében csak hibahatáron belüli elmozdulásokat tapasztaltunk).

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

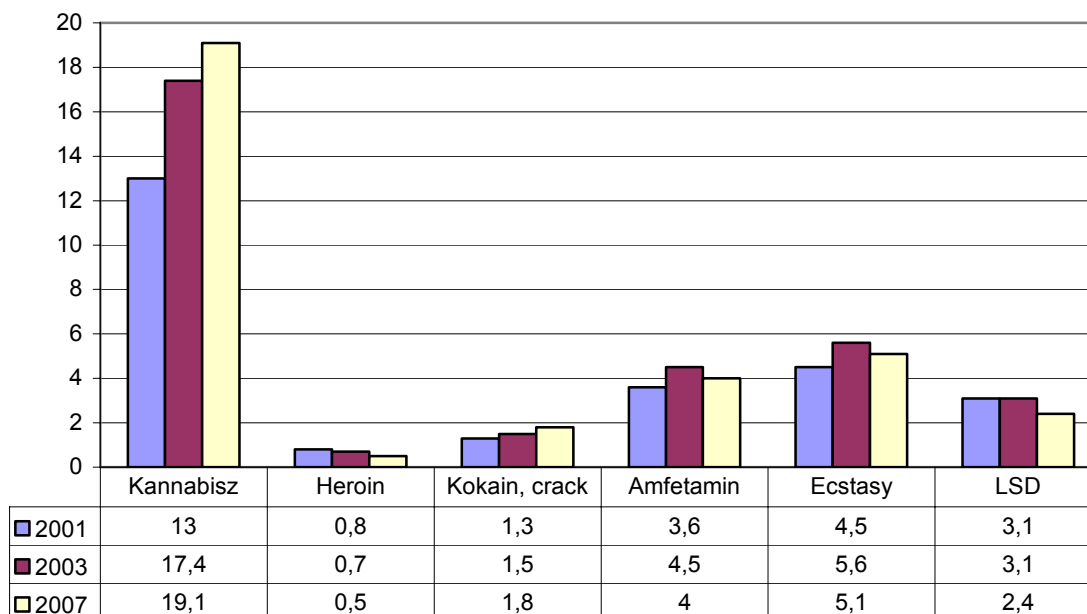


Forrás: Paksi és Arnold 2007

A fiatal felnőtt populációban mért eredményeket összehasonlítva a korábbi kutatások eredményeivel<sup>8</sup> (Paksi és Elekes 2004) szintén megállapítható, hogy az utóbbi 4 évben a tiltott szerfogyasztás növekedése nem folytatódott. Míg 2001-ben a 18-34 évesek körében a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értéke 14,6% volt, 2003-ra ez az arány 20,1%-ra nőtt, 2007-ben azonban nem figyelhető meg hibahatáron túli emelkedés (20,9%).

<sup>8</sup> 2001-ben a legfiatalabb korcsoport 19 éves volt.

6. ábra. A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékeinek változása 2001 és 2007 között, a 18-34 éves populáció körében (%)



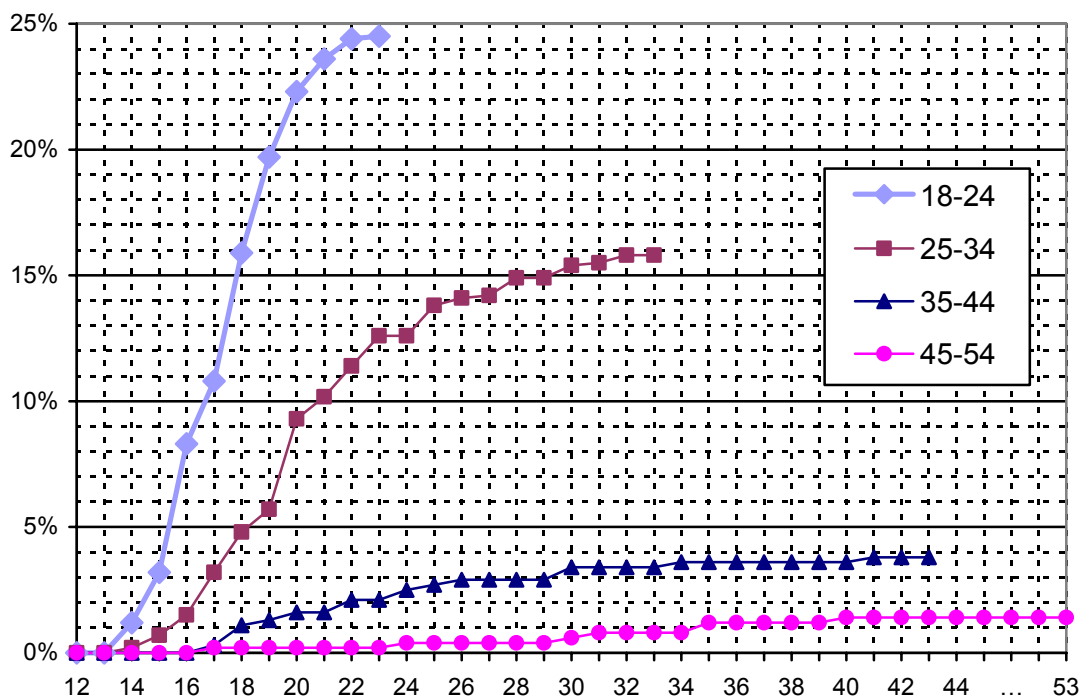
*Forrás: Paksi 2003; Paksi és Elekes 2004; Paksi és Arnold 2007*

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

Az első drogfogyasztás életkora alapján korcsoportonként felrajzolt kumulált prevalenciagörbe – a korábbi (2001-es, ill. 2003-as) általános populációs kutatásokhoz (Paksi 2003; Paksi és Elekes 2004) hasonlóan – ma is a különböző korosztályok eltérő életkori kitettségét mutatja. A mai felnőtt népesség fiatalabb (18-34 év közötti) korcsoportjainak tagjai 14-15 évesen kezdték, és az első években intenzíven éltek meg a tiltott drogokkal való „ismerkedést”. Különösen érvényes ez a legfiatalabb, 18-24 éves korosztály tagjaira, akiknek évente 3-5%-a jutott túl az első használaton 15-20 éves kora között, majd a 20-as éveikben évi 1% körüli értékre esett vissza körükben a drogokkal való kapcsolatba kerülésnek, illetve az érintettség növekedésének a kockázata. A 25-34 éves korosztályra vonatkozó adatok alapján pedig úgy tűnik, hogy 25 éves kor után már minimalizálódott de – a korábbi vizsgálatoktól eltérően, ahol gyakorlatilag a nullához közelített a kitettség ezekben az években – nem szűnt meg a tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata, átlagosan háromévente 1%-al növekedett az érintettség. A ma 35 év feletti korosztályok élete során pedig – abszolút értelemben és a fiatalabb korosztályokhoz képest is – mindvégig igen alacsony volt a tiltott drogok kipróbálásának kockázata. E korosztályok életében 18 éves kor körül jelentek meg alacsony kockázati magatartásként a tiltott drogok, és életük során mindvégig igen mérsékelt kockázattal találkozottunk.



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



Forrás: Paksi és Arnold 2007

## A droghasználat mintázatai

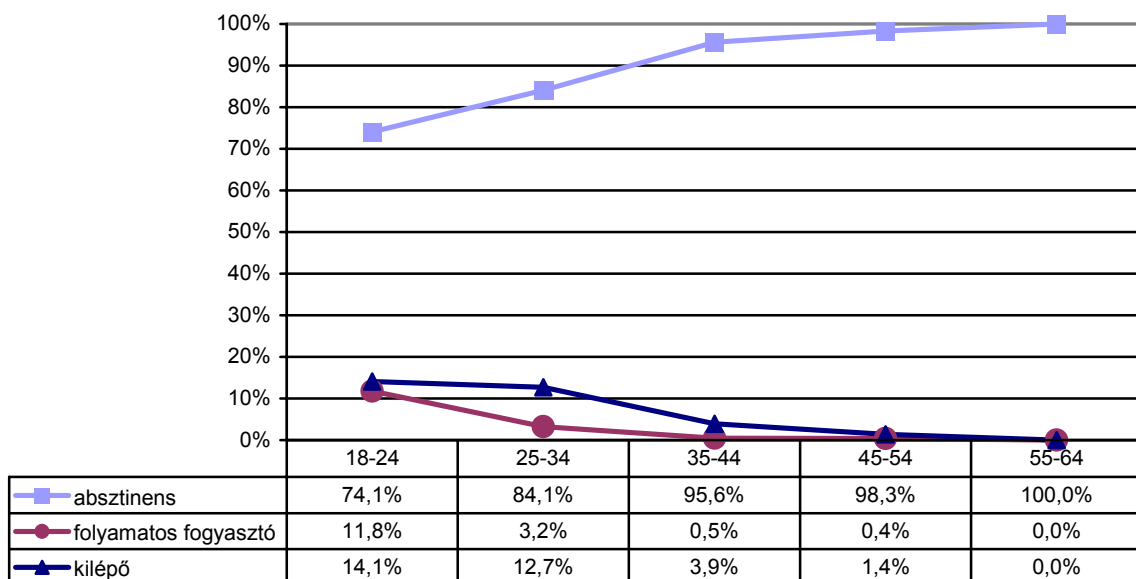
A korábbi magyarországi vizsgálatokhoz hasonlóan (Paksi 2003; Paksi 2007) a droghasználat – mint ahogy azt a kumulált prevalencia-görbék elhelyezkedése is mutatja – markáns életkori mintázattal rendelkezik ( $p < 0,001$ ). A fiatal felnőtt korosztálytól az idősebb korcsoportok felé haladva fokozatosan csökken – a 44 év feletti korcsoportokban már minimális – a droghasználati tapasztalattal rendelkezők aránya. A magas kilépési arány következtében a közelmúltbeli (folyamatos) droghasználók<sup>9</sup> aránya pedig már a 35-44 évesek körében is minimális. Összességében a 35 éves vagy annál idősebb korosztályokban mindössze 0,4% azoknak az aránya, akik az elmúlt egy évben<sup>10</sup> (is) fogyasztottak valamilyen tiltott drogot<sup>11</sup>.

8. ábra. A folyamatos fogyasztók, a kilépők, és az absztinensek aránya a különböző korcsoportokban (az egyes korcsoportokban tartozó válaszolók %-ában)

<sup>9</sup> A közelmúltbeli (folyamatos) droghasználók aránya azt fejezi ki, hogy a valaha fogyasztók között milyen arányban (%) vannak azok, akik az elmúlt évben is fogyasztottak valamilyen drogot.

<sup>10</sup> Az általános populációra vonatkozó vizsgálatokban az életprevalencia érték kategóriája a drogfogyasztók társadalmi mintázódásának leírása során nehezen értelmezhető, mivel a valaha használók jelentős része (Magyarországon ez az arány 69,9%) aktuálisan, illetve a közelmúltban nem használt semmilyen tiltott drogot, ugyanakkor a társadalmi/demográfiai háttérváltozók az aktuális társadalmi elhelyezkedésüket mutatják, tehát a droghasználat, és az egyéb jellemzők nem azonos életperiódusra vonatkoznak. Ezért a tiltott droghasználat megóvó és rizikó-tényezőinek vizsgálata során a valaha fogyasztók közül különválasztották a közelmúltban használókat és a kilépőket, és hozzájuk hasonlítják az absztinenseket.

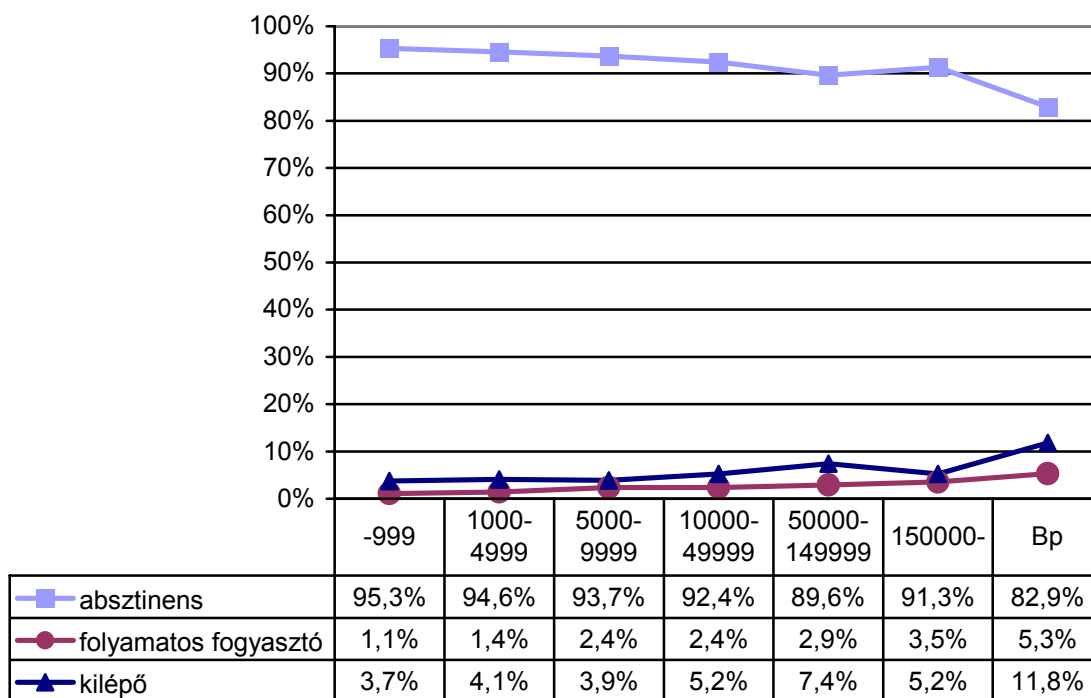
<sup>11</sup> Ez a mintában összesen 6 főt jelent.



Forrás: Paksi et al. 2007

A droghasználat urbanizációs mintázata – a korábbi vizsgálatokkal összhangban (Paksi 2007) – szintén szignifikánsan megjelenik ( $p < 0,001$ ). A nagyobb lélekszámú települések felé haladva növekszik a közelmúltbeli droghasználók aránya. A 10.000-nél kisebb lélekszámú települések esetében összesen a népesség 1,5%-fogyasztott az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot.<sup>12</sup>

9. ábra. A folyamatos fogyasztók, a kilépők, és az absztinensek aránya a különböző méretű településeken (a 18-64 éves válaszolók %-ában)



Forrás: Paksi et al. 2007

<sup>12</sup> Ez a mintában összesen 16 főt jelent.

Összességében, a droghasználat életkori és urbanizációs mintázatát figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy a folyamatos droghasználók 90,2%-a a fiatal felnőtt (18-34 éves), illetve több mint kétharmada (68,2%) a nagyvárosi (10.000 főnél nagyobb) fiatal felnőtt populációból kerül ki.

A származási státuszt kifejező, szülők iskolai végzettségét leíró változókkal rendre szignifikáns, lineáris kapcsolatot mutat a droghasználat (az apa és az anya végzettsége esetében is  $p < 0,001$ ). Ez a kapcsolat – hasonlóan az ezredfordulót követő más kutatási eredményekhez (Paksi 2007) – a magasabb iskolázottságú családi háttérrel rendelkezők átlagosnál nagyobb veszélyeztetettségével írható le, ami a tiltott szerekkel való kapcsolatba kerülés és a folyamatos használat vonatkozásában is megjelenik.

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

Származási státusz (Pearson Chi-Square feltüntetésével)	Absztinens	Folyamatos fogyasztó	Kilépő	N	
Apa/nevelőapa	Kevesebb, mint 8 általános	98,0	0,9	1,2	346
	8 általános	97,7	0,8	1,5	612
	Szaktanácsképző	90,1	1,6	8,3	819
	Érettségi	<b>85,2</b>	<b>4,5</b>	<b>10,2</b>	264
	Technikum	<b>84,3</b>	<b>5,2</b>	<b>10,5</b>	153
	Diploma	<b>79,6</b>	<b>9,4</b>	<b>11,1</b>	235
	Összesen	91,2	2,6	6,2	2429
Anyanevelőanya	Kevesebb, mint 8 általános	98,5	0,5	1,0	396
	8 általános	96,1	1,0	3,0	915
	Szaktanácsképző	90,5	2,0	7,5	440
	Érettségi	<b>85,1</b>	<b>4,0</b>	<b>11,0</b>	429
	Technikum	<b>76,8</b>	<b>7,2</b>	<b>15,9</b>	69
	Diploma	<b>74,6</b>	<b>10,8</b>	<b>14,6</b>	213
	Összesen	91,1	2,6	6,2	2462

*Forrás: Paksi et al. 2007*

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

A korábbi évek kutatási adataihoz hasonlóan, a drogfogyasztás ma is rendre szignifikáns kapcsolatot jelzett a társadalmi integráció olyan indikátoraival is, mint a családi, vagy a munkahelyi integráció. A nőtlen/hajadon népesség körében szignifikánsan magasabb a droghasználók aránya. Ez az összefüggés nem csak a családi állapot korosztályos mintázatát is hordozó teljes felnőtt populációban jelenik meg, hanem a fiatal felnőtt korosztályokban is. Hasonlóképpen a házasság intézménye minden korosztályban megővő erőt jelent. A munka világa – a család intézményéhez hasonlóan – a drogfogyasztók számára kevésbé biztosítja a társadalmi életbe való bekapcsolódást. A folyamatos fogyasztók kisebb arányban kapcsolódnak be a munka világába, rövidebb ideig dolgoztak eddigi leghosszabb munkahelyükön, kevésbé elégedettek a munkájukkal, illetve a munkatársi kapcsolatokat is magában foglaló társas kapcsolataikkal.

## 2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

### Budapesti iskolavizsgálat 2007

A 2007-es budapesti iskolavizsgálat<sup>13</sup> eredményei szerint (Elekes 2007) a fiatalok 22,7%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert<sup>14</sup>. A fiúknál az arány 25,8%, a lányoknál pedig 19,9%. Ennél magasabb, 28% azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert<sup>15</sup>. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a fiúknál 30,7%, a lányoknál pedig 25,6%. Az orvosi javaslat nélküli gyógyszerfogyasztás<sup>16</sup> életprevalencia értéke a lányoknál magasabb 21,4%, a fiúknál 14%. A teljes mintára vonatkozó prevalencia érték 17,9%.

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

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

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

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

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

---

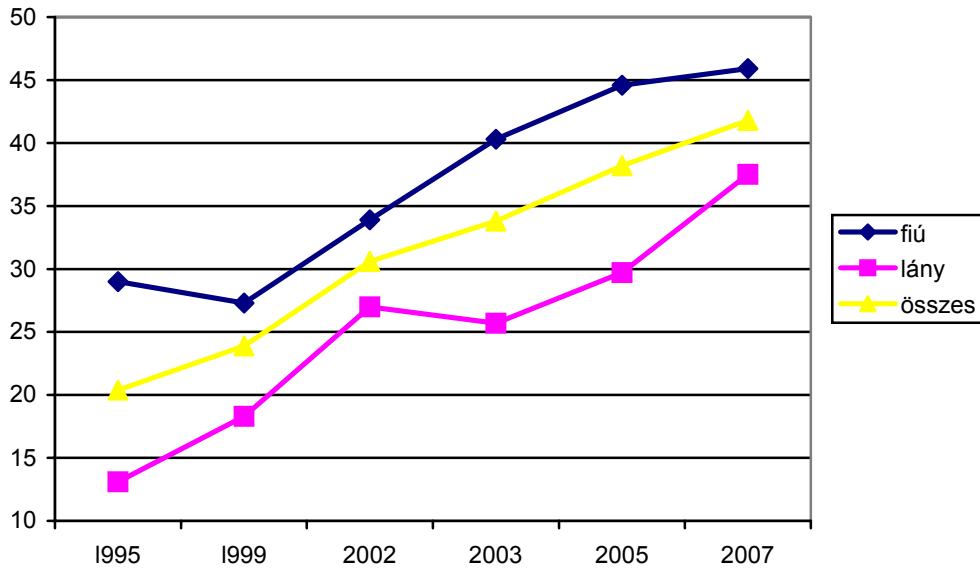
<sup>13</sup> Módszertant lásd 1. fejezet

<sup>14</sup> Tiltott szerek: a korábbi ESPAD beszámolókból tiltott szerek között szereplő drogok: marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

<sup>15</sup> az „ESPAD” tiltott szereken kívül a mágikus gomba, GHB, egyéb opiátok (pl. máktea), egyéb drogok, szerves oldószerek, patron/lufi

<sup>16</sup> nyugtatók/altatók és alkohol gyógyszerrel

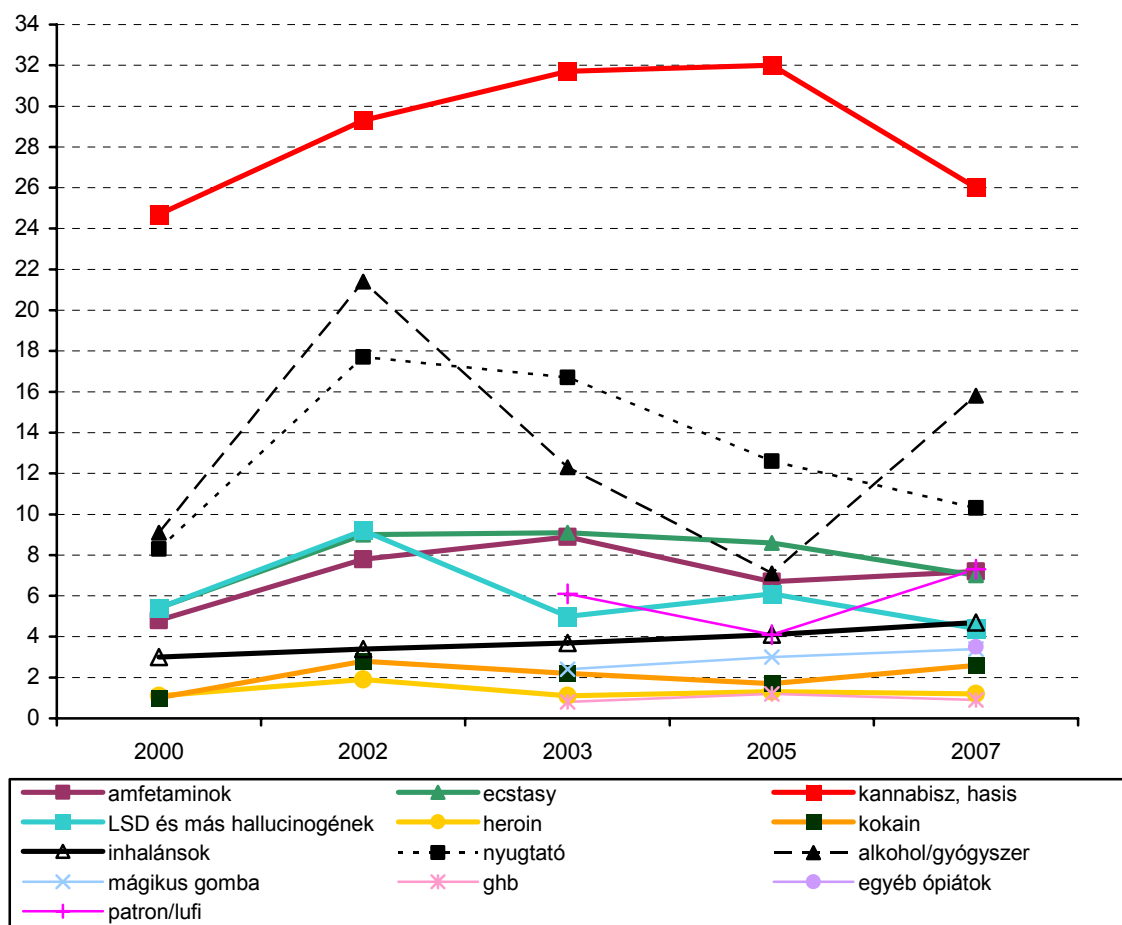
10. ábra. A nagyívás havi prevalenciája a 10. évfolyamon



Forrás: Elekes 2007

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

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



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

### 2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

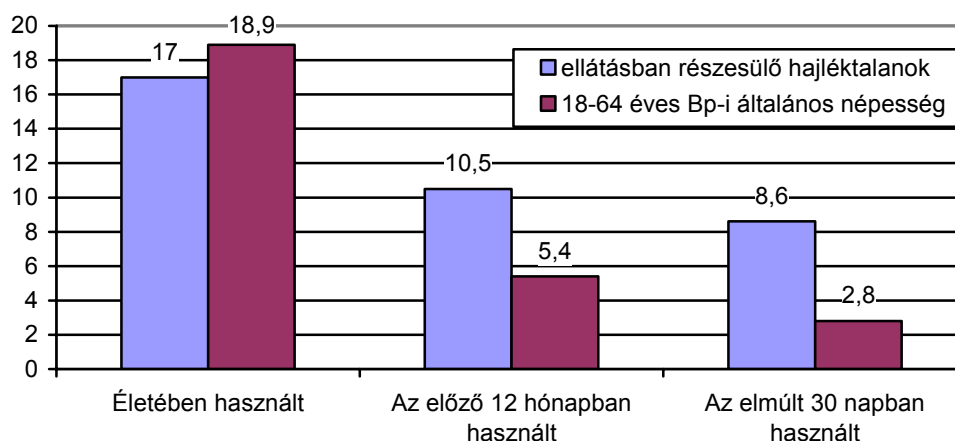
#### Hajléktalanok drogfogyasztása

2007 februárjában készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás<sup>17</sup> (Paksi et al. 2008), amely a hajléktalanok drogfogyasztási szokásait, illetve célzottan a hajléktalanság és a szerhasználat összefüggését vizsgálta a fővárosi hajléktalan populációban.

<sup>17</sup> A kutatás metodikájának kidolgozását, és az adatfelvétel lebonyolítását a BCE Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központjának munkatársai (a kutatás vezetője Paksi Borbála volt) a Február 3. munkacsoporttal, és a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részlegével együtt végezték. A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából és finanszírozásával készült. A kutatás adatfelvétele egyfelől az ellátórendszerben – például átmeneti szállásokon, és éjjeli menedékhelyeken – február 3-án megjelenő hajléktalan populáció 25%-os reprezentatív mintáján (a minta kiválasztása ellátóhelyek szerint rétegzett, véletlen mintavétellel történt, bruttó minta 757 fő, nettó minta 583 fő) történt. Ez esetben a vizsgálat célpopulációját a fővárosi, hajléktalan-ellátásban részesülők, a mintavételi keret pedig a „Február 3. munkacsoport” 2007. évi hajléktalan népszámlálása során azonosított, azaz február 3-án az átmeneti szállásokon valamint az éjjeli menedékhelyeken megjelenő hajléktalanok képezték. Az adatfelvétel másfelől az ismert droghasználó hajléktalanok körében történt, ez esetben a célpopulációt a droghasználó hajléktalanok ellátására specializálódott megkereső szolgálat, a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részlegének látókörébe került droghasználó populáció képezte, ahol a kutatás az adatfelvételi periódusban elérhető kliensek körében teljes körű adatfelvétel megvalósítására törekedett (N=224, n=198). Az

A kutatás eredményei szerint az ellátásban részesülő fővárosi hajléktalanok körében mért életprevalencia-érték hibahatáron belül megegyezik a fővárosi 18-64 éves lakosság körében<sup>18</sup> mért értékekkel. Más speciális populációk – például parti-látogatók, szabadságvesztés büntetésüket töltők – körében mért életprevalencia adatokkal összevetve azoknál jóval alacsonyabb értéket mutat. Ebből adódóan a hajléktalan populációt nem sorolhatjuk az átlagosnál nagyobb érintettségű speciális populációk közé. A fogyasztási arányokat rövidebb időintervallumokban vizsgálva azonban ez a kedvező kép megváltozik. A vizsgált populáció körében az éves prevalencia érték megközelítőleg kétszerese, az elmúlt 30 napra vonatkozó prevalencia érték pedig majd háromszorosa az általános népességben mért értékeknek.

12. ábra. Drogfogyasztás különböző időszakokra vonatkozó prevalencia-értékei a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok, és a budapesti 18-64 éves általános népesség körében (a válaszolók százalékában)



Forrás: Paksi et al. 2008

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

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

adattfelvétel ún. kevert módszerrel, azaz az önkitöltős elemekkel kombinált face to face technikával (szociális munkások közreműködésével) történt.

<sup>18</sup> A magyarországi általános népességre vonatkozó adatok forrása a 2007 tavaszán készült Országos Lakossági Adattfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) (Paksi, Arnold, 2007).

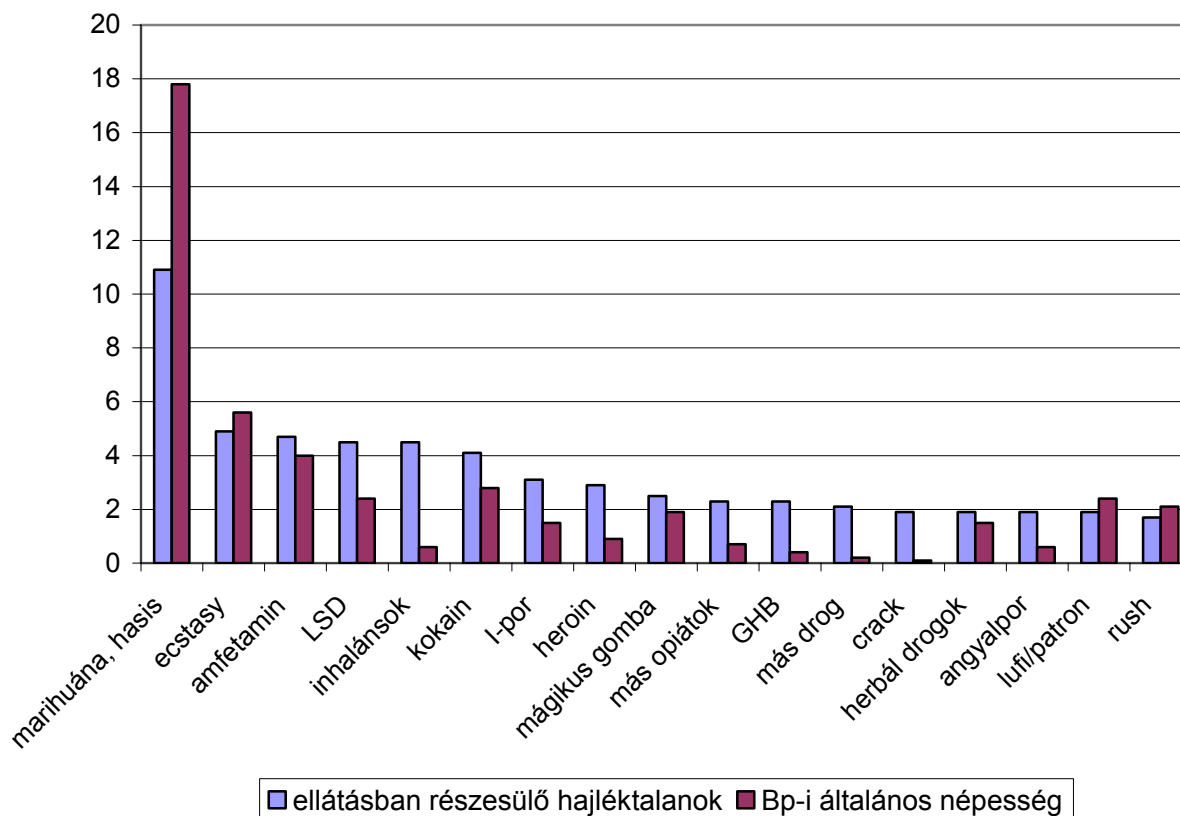
	Budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok	Budapesti 18-64 éves általános népesség
Folyamatos (közelmúltbeli) fogyasztási ráta	61,8	28,6
Kilépők aránya	38,2	71,4
Aktuális használat rátája	50,6	14,8
Aktuálisan nem használók aránya	49,4	85,2

Forrás: Paksi et al. 2008

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

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

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



Forrás: Paksi et al. 2008



Az ellátásban részesülő hajléktalanok körében a marihuánán kívül valamilyen egyéb tiltott drogot (is) használók aránya 11% volt, míg a fővárosi 18-64 éves lakosság körében az egyéb drogok összesített életprevalencia értéke 7,9% volt. Az egyéb drogok közelmúltbeli, valamint az aktuális használata alapján még markánsabban megmutatkoznak a szerhasználat mintázatának különbségei. A hajléktalanok között ötször nagyobb azok aránya, akik a kérdezést megelőző évben fogyasztottak valamilyen egyéb drogot, s több mint tízszer gyakoribb az aktuális használat előfordulása, mint az általános népességben.

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

### Katonák

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

3. táblázat. 2007-ben végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben

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

Megjegyzés: \* előszűrési eredmények, \*\* nagyműszeresen bizonyított fogyasztás

Forrás: Gachályi 2008

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

### Következtetések

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

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

tovább növekedett az előző hónapban legalább egyszer 5 vagy több italt fogyasztók aránya (45,9%), a növekedés a lányok körében volt jelentősebb.

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

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

## 3. PREVENCIÓ<sup>19</sup>

### Háttér, előzmények

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

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

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

### 3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ

#### Iskolai prevenció

Az SzMM-OKM közös iskolai egészségnevelési és drogprevenciós programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2007-ben 160.000.000 Ft (636.663,88 €)<sup>20</sup> volt.

A 265 pályázó közül 230 iskola részesült 157.098.200 Ft (625.117,2 €) pályázati támogatásban<sup>21</sup>. A pályázat keretében 35.557 5-8. évfolyamos (10-14 éves) és 81.237 középiskolás (14-18 éves) diák vett részt prevenciós foglalkozásokon<sup>22</sup>, vagyis az alapfokú oktatásban résztvevő tanulók 8%-a, a középfokú oktatásban résztvevőknek pedig 17,2%-a<sup>23</sup>.

#### Iskolai drogprevenciós tevékenység a dél-dunántúli régióban

A 2007-08-as tanévben több területre kiterjedő kutatás készült<sup>24</sup> a dél-dunántúli régióban<sup>25</sup>, melynek keretében az iskolákat a náluk folyó drogprevenciós és más egészségmegelőző programok gyakoriságáról, minőségéről, és általában az egészségfejlesztési, egészség-megőrzési tevékenységükről kérdezték (Fábián és Posta 2008).

A kutatás eredményei szerint a megkérdezett iskolák 77%-a rendelkezett egészségfejlesztési stratégiával, ehhez 61%-uknál kapcsolódott cselekvési terv is. Valamilyen formában történő drogprevenciós tevékenységről az iskolák 73%-a számolt

<sup>19</sup> A fejezet szerzője: Nádas Eszter

<sup>20</sup> Az értékek a 2007-es hivatalos euró középárfolyam (1€ = 251,31Ft) szerint kerültek kiszámításra.

<sup>21</sup> Az ESZA Kht. adatai alapján

<sup>22</sup> Az Oktatási és Kulturális Minisztérium beszámolója alapján

<sup>23</sup> A 2007/08-as tanév adatai a KSH honlapjáról származnak

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

<sup>24</sup> A kutatást a Dél-dunántúli Regionális Kábítószerügyi Egyeztető Fórum készítette 144 iskola bevonásával. A kutatás keretében vizsgált másik fő témakör a 14 és 16 éves diákok szerhasználat szempontjából mérhető veszélyeztetettségének, illetve védettségének vizsgálata volt (9568 diák bevonásával). A minta nem tekinthető reprezentatívnak, hiszen csak azokon a területeken történt adatfelvétel, ahol működnek KEF-ek. A minta nagysága, és település típusok szerinti összetétele alapján azonban kijelenthető, hogy nagy valószínűséggel jól tükrözi a régióban található iskolák egészségfejlesztési tevékenységét.

<sup>25</sup> A régió három megyét foglal magában (Baranya, Somogy és Tolna), az ország területének 15%-át foglalja el, lakosságának 9,6%-a él itt.

be. Közülük 62 iskolában (57%) kizárólag drogprevenációs céllal, erre fókuszálva történt beavatkozás, további 23 iskolában (16%) pedig komplex egészségfejlesztési tevékenység részeként szerepeltek drogprevenációs elemek is.

4. táblázat. A dél-dunántúli régióban a vizsgált iskolák 8. és 10. évfolyamán megjelenő prevenció programok és tevékenységeket megoszlása

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

Forrás: Fábán és Posta 2008

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

### Képzések pedagógusoknak

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

### Iskolai Szociális Munkás Hálózat

Az INDIT közalapítvány Iskolai Szociális Munkás Hálózata programja „Pécsi modell” néven 2006 augusztusában indult szakminisztériumi pályázati támogatás révén (Gergál és Máté 2008). A program létrejöttében több meghatározó gyakorlati és elméleti tényező játszott szerepet. Az egyik az, hogy az INDIT Közalapítvány „Füge” Dropprevenációs

<sup>26</sup> Arról, hogy ezekben az iskolákban tanuló nyolcadikos és tízedikes diákok mindegyike részt vett a programban, vagy ez csak egy-két osztályra érvényes – nincs adatunk, ez valószínű soronként eltérő

<sup>27</sup> A Rendőrség dropprevenációs programja

csoportja illetve egyéb projektjei révén 2001-től számos Baranya megyei közoktatási intézményben több ezer ott tanuló diák illetve pedagógus körében végzett egészségfejlesztő tevékenységet. Tapasztalataik azt mutatták, hogy nem képzelhető el igazán hatékony komplex iskolai egészségfejlesztési program az iskolai közösségben egész évben jelen lévő professzionális segítő nélkül, aki nem pusztán koordináló feladatokat lát el (pl.: drogügyi kérdésekben), hanem gyermekjóléti és a családtámogatási funkciókat is képes betölteni, egyúttal az egész iskolaközösség facilitálója is.

A Hálózat kialakításának előzményeként 2004-ben készült egy kutatás (Tihanyi 2004), mely a pécsi iskolákban folyó gyermekvédelmi tevékenységet illetve az iskolai szociális munkahelyi lehetőségeit vizsgálta. A kutatás szerint, a megkérdezett pedagógusok 60%-a szükségesnek érezte egy szociális szakember jelenlétét az iskolában, sőt nagyrésztük (74%), ha tehetné, heti rendszerességgel konzultálna is vele. Továbbá a vizsgálat azt is kimutatta, hogy a gyermek- és ifjúságvédelmi felelősök örülnének neki, ha ezt a munkakört szakmai felkészültséggel rendelkező szociális munkások töltenék be, 50%-uk a szociális szakemberek javára le is mondana e tevékenységéről.

A program beindulását megelőzően tehát már felmerült egyfajta igény egy olyan professzionális segítő rendszeres jelenlétére közoktatási intézményekben, aki átfogó jogi (gyermekvédelem és annak intézményrendszere; szociális jog, családtámogatási formák, szociális intézményrendszer, stb.), szociális (társadalmi veszélyeztető tényezők, közösségi erőforrások mobilizálásának természete stb.) és pszichológiai (személyiségfejlődés, családi fejlődési szakaszok nehézségei, konzultációs technikák, gyermekek veszélyeztetésnek, elhanyagolásnak, bántalmazásának figyelmeztető tünetei stb.) ismeretekkel illetve készségekkel rendelkezik, amelyek lehetővé teszik számára, hogy a gyermek fejlődését veszélyeztető problémákat korán felismerje, illetve – szükség esetén egyéb segítő intézmény, szakember révén - kezelje.

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

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

##### 5. táblázat. A program keretében az iskolai szociális munkások által nyújtott szolgáltatások

Egyéni esetkezelés és tanácsadás:

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

Szülőkkel, családokkal végzett szociális munka:

- tanácsadás családoknak iskolai és más életkérdésekben

- részvétel a szülő-tanár megbeszéléseken
- szülői értekezleten való részvétel

Szociális csoportmunka:

- szociális csoportmunka vegyes, illetve specifikus csoportokban
- osztályközösségek támogatása csoport-módszerekkel
- diákszemináriumok különböző témákban
- pályaorientációs csoportok

Közösségi szociális munka:

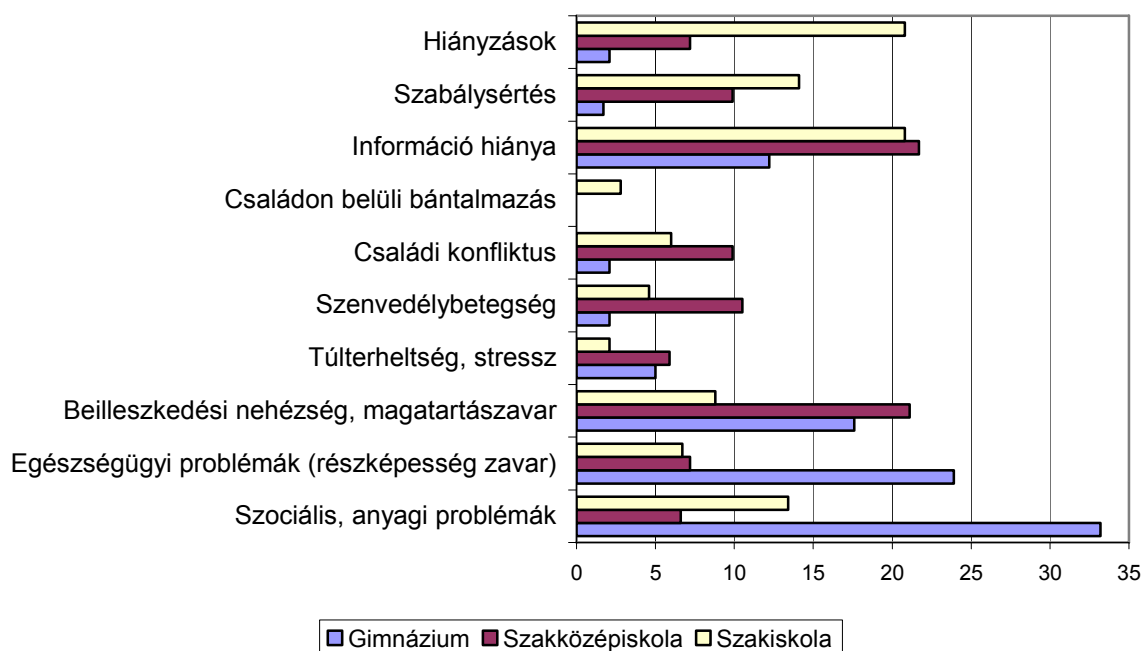
- diákönkormányzattal való együttműködés
- együttműködés az adott városrész ifjúságsegítő csoportjával
- együttműködés a szülői munkaközösségekkel
- különböző kommunikációs lehetőségek bevezetése, szervezése diákok számára (diák teázó, filmklub)
- programok tervezése és szervezése a szabadidő eltöltésére,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

*Forrás: INDIT Közalapítvány*

Az iskolai szociális munka célcsoportjai a tanulók, a tanulók családjai illetve általánosságban mindenki, aki az iskolával, vagyis az iskoláskorú gyermekkel kapcsolatban áll. A felsorolt módszerek közül az iskolai szociális munkás az iskola sajátosságait figyelembe vevő egyedi koncepció dolgoz ki, tekintetbe véve a következő tényezőket: az iskola és a környezet sajátos problémahelyzetei, a tárgyi és személyes erőforrások, szociálpedagógiai tapasztalatok. A modell kísérlet során kiemelt jelentőséggel bír, hogy az iskolai szociális munkás egyrészt az iskola teamjét erősíti – az iskola közösség tagjaként más szemlélettel tudja támogatni az intézményt ugyanakkor szociális szakmai identitása, „szakmai kultúrája” és autonómiája egyfajta függetlenséget jelent az oktatási intézményben, ezáltal egyszerre tud az iskola közösség tagja és segítője is lenni.

A hatékonyságát az egyéni esetkezelések nyomán követésével, a szolgáltatások kihasználtságával, esetszámmal igyekeznek vizsgálni. További indikátorok lehetnek a családsegítő és gyermekjóléti szolgálathoz delegált kliensek száma.

14. ábra. A szociális munkások által definiált problémák megoszlása (2007-2008 I. félév)



Forrás: INDIT Közalapítvány

### Egészségiskola program

A Kék Pont Drogambulancia 2006-ban indította el Egészségiskola nevű programját. Az eiskola<sup>28</sup> egy egész napos, iskolán kívüli program középiskolások számára, mely nem támaszkodik az iskolai drogmegelőző programokra, nem része az iskolai prevenciónak. Az eiskola nem egy falakkal határolt állandó épület, hanem egy olyan, könnyen és gyorsan felépíthető installáció, amit szinte bárhol, bármilyen falak között fel lehet építeni. Bárhol, ami nem iskola.

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

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

<sup>28</sup> Az eiskola az Egészségiskola projekt rövidített elnevezése. Nevében az "e" betű utal az edukációra és az egészségre is. Az eiskolában megtartják az iskola hagyományos kereteit és szerepeit (órák, szünetek, évnnyitó, évnnyáró, tanár, diák, igazgató), de ezeket más tartalommal töltik meg.

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

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

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

Az iskola tanévnitó ünnepségén a diákok szóban és írásban is értékelik a programot egy rövid értékelőlap segítségével. Az értékelés tárgya a modul tartalma, az előadó személye és a használt videó anyag. Az iskolában megszokott osztályzást (1-5) így fordított irányban alkalmazzák, illetve számokban is kifejezhető visszajelzést kapnak a diákoktól. A tesztlapok segítségével megtudhatják azt is, hogy milyen további modulokat látnának szívesen a fiatalok. További fontos értékelő elem az iskolanapló, amelybe szintén lehet (és szoktak is) visszajelzéseket, élményeket megfogalmazni. A visszajelzéseket felhasználják a modulok fejlesztésénél, kiigazításánál.

### **Az iskolai kereteken kívül folyó általános prevenció**

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



## 3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ

### Rekreációs színtér

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

2007-ben a hat szervezet összesen több, mint 270 eseményen vett részt, ahol több, mint 38.000 fiatallal kerültek kapcsolatba.

A kapcsolatteremtés és beszélgetések mellett a szervezetek munkatársai tájékoztató anyagokat, szórólapokat, valamint egyéb, a drogfogyasztás ártalmait csökkentő italokat, ételeket osztottak a szórakozó fiataloknak. A szolgáltatók a következőkkel segítették a fiatalok biztonságosabb szórakozását: ásványvíz (több mint 6000 liter), óvszer (5722 db), szórólapok (40200 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok, gyümölcs.

6. táblázat. A rekreációs szcénában ártalomcsökkentést végző szervezetek tevékenysége 2007-ben

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	9	28000 fő
INDIT Közalapítvány Pécsi Bulisegély Szolgálat (Pécs)	Pécs, Baranya, Dél-Dunántúli régió	2000	7 professzionál is segítő	Rock, disco, alternatív, egyetemi klub, fesztiválok	177	2102 fő
„Mozgó-társ” party service szolgáltatás (Debrecen)	Észak-alföldi régió, országos	2000	3 főállású és 6 részállású szakember, 52 egyetemi kor-társ hallgató	Fesztiválok, egyetemi partik	40-45 egyetemi buli, 8-10 fesztivál	2494 fő
Agria party service (Eger)	Eger és kistérsége	2004	1 projekt koordinátor, 8 önkéntes kortárssegítő	Főleg elektronikus zenei partik, rock koncertek, fesztiválok	26	1660 fő
MI-ÉRTÜNK - Prevenációs és Segítő Egyesület (Békéscsaba)	Békéscsaba és kistérsége	2005	3 főállású alkalmazott, 2 önkéntes, 2-5 kortárssegítő	Fesztiválok	4 fesztivál (12 nap)	3300 fő

Fiatalok a fiatalokért – party service (Székesfehérvár)	Székesfehérvár	2005	1 főállású szociális munkás, 10 fő önkéntes kortárssegítő	Rock, alternatív, elektronikus, fesztiválok	6	612 fő
---	----------------	------	---	---	---	--------

*Forrás: A szolgáltatók tájékoztatása alapján*

## Roma fiatalok

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

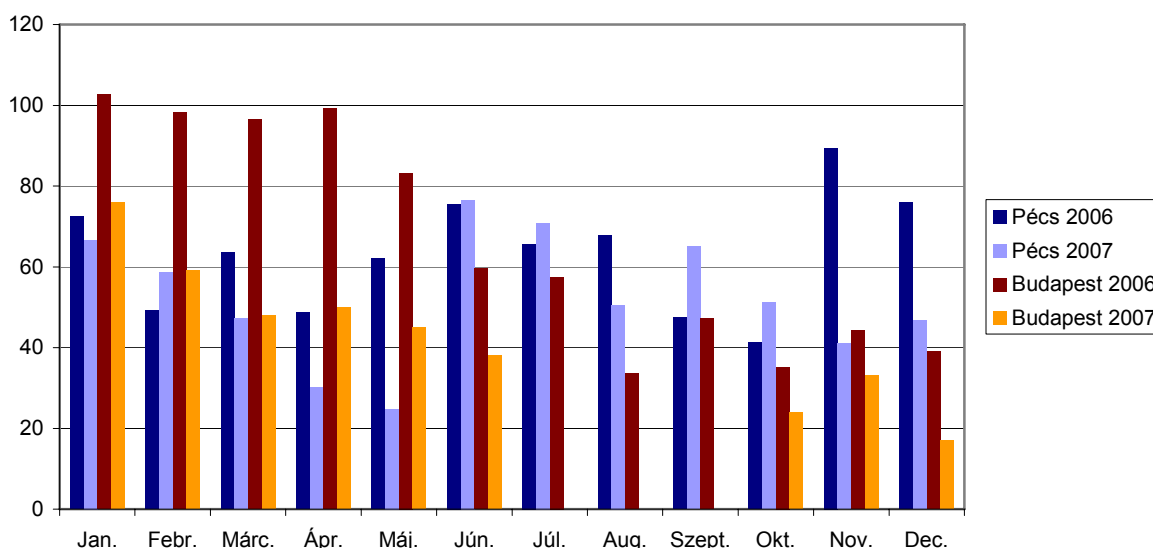
## Bevásárlóközpontokat látogató fiatalok – ALTERNATÍVA program

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

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

A budapesti iroda 9 hónapos működése során, 2007-ben havonta átlagosan 175 betérőt regisztrált, hasonló módon, mint a pécsi ALTERNATÍVA-ban. A budapesti iroda látogatottsága minden hónapban elmaradt az előző évitől, ez valószínűleg a rendelkezésre álló jóval kisebb helyiség, finanszírozási problémák és a bevásárlóközponttal való együttműködési problémák miatt következett be. Utóbbi okoknál fogva a budapesti iroda nyár közepétől ősze elejéig egyáltalán nem tudott látogatókat fogadni. Az utolsó három hónap pedig dominánsan a fiatalokkal való kapcsolat lezárásáról szólt, tekintve, hogy december 31-ével ezen budapesti iroda – a bevásárlóközponttal való sikertelen tárgyalások miatt – véglegesen bezárt. Az irodát látogató fiatalok jellemzői általában megegyeztek a pécsi ALTERNATÍVÁT látogató fiatalok jellemzőivel, az irodák beszámolója szerint nem történt jelentős változás a fiatalokat érdeklő/érintő, a beszélgetések során tárgyalt problémákban. Bár 2007 végére egyetlen – a pécsi – iroda képviselte az ALTERNATÍVA programot, egy másik budapesti plázával megállapodás született egy újabb iroda megnyitásáról 2008. tavaszi indulással.

15. ábra. Az ALTERNATÍVA irodák heti átlagos látogatottsága az egyes hónapokban



Forrás: Alternatíva Alapítvány

## A Magyar Honvédség drogprevenációs tevékenysége<sup>29</sup>

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

Az MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ 2007-ben indította el Egészségmegőrző Programját. A program a személyi állomány egészségtudatos magatartását hivatott kialakítani, illetve továbbfejleszteni, melynek egyik kiemelt területe a szenvedélybetegségek megelőzése. A program megvalósítása az alakulatoknál kiscsoportos (20-25 fős) interaktív csoportfoglalkozás módszerével került végrehajtásra, melynek során 13 alakulatnál 870 főt értek el.

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

## Munkahelyi prevenció

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

A program 2006-ban pilot programként futott a Határőrségnél, a Határőrség 2007-es megszüntetése (Rendőrséggel való integrációja) után azonban a szervezetnél már működő program továbbfejlesztésre, az új szervezeti kultúrához való adaptációra szorult. A Flextronics<sup>30</sup> zalaegerszegi egységében a cég egységes Társadalmi és Környezetvédelmi Felelősségvállalási programjának keretében 2007-ben felmérést

<sup>29</sup> A Magyar Honvédség beszámolója alapján

végeztek<sup>31</sup> a dolgozók között a foglalkozás-egészségügyi szolgálat szakmai vezetésével. A felmérés célja elsősorban a munkavégzésből és munkaszervezésből eredő főbb problémák valamint a pszicho-szociális kóroki tényezők feltárása volt. Tapasztalataik alapján a szenvedélybetegségek problémája elsősorban a munkaerő-piaci nehézségekre, a szociális- és társas kapcsolatok folyamatos romlására, a támogató környezet hiányára vezethető vissza. A felmérés eredményei alapján adaptálják a „Maradj a zöld zónában!” programot a vállalat dolgozóinak igényeihez.

A 2006-os pilot program tapasztalatait a résztvevők a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet által kiadott Módszertani Füzetben foglalták össze. Az Intézet folyamatosan végzi további résztvevő vállalatok toborzását.

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

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

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

---

<sup>30</sup> A Flextronics egy elektronikai alkatrészgyártással, -javítással és számítástechnikai termékek gyártásával foglalkozó multinacionális vállalat.

<sup>31</sup> A felmérésben két gyáregység vett részt, közel 1500 fő részvételével

### **3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ**

Nincs új információ.

#### *Következtetések*

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

A rekreációs szinten ártalomcsökkentő szolgáltatást nyújtó szolgáltatások 2007-ben több, mint 270 rendezvényen vettek részt (főleg fesztiválok, egyetemi és elektronikus zenei partikon), ahol több, mint 38.000 fiatallal kerültek kapcsolatba.

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

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

## 4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS ÉS A KEZELÉST IGÉNYLŐ POPULÁCIÓ<sup>32</sup>

### *Háttér, előzmények*

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

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

### 4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE

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

A rendőrségi adatbázisból 2007-re vonatkozóan az adatok összegyűjtése 2008 márciusára megtörtént. Az egészségügyi rendszerben fellelhető, a becslés elvégzéséhez szükséges adatok kigyűjtésére irányuló szoftverfejlesztés megkezdődött, várhatóan 2008 végére lezárul. A fejlesztés eredményeként a becsléshez szükséges egészségügyi adatok a jövőben automatikusan kinyerhetők lesznek.

### 4.2. TDI – KEZELÉSI IGÉNY INDIKÁTOR

#### **Kezelt betegek és új betegek száma**

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

- Változott a területi ellátási kötelezettség, és jelentős mértékben csökkent az aktív (akut) ágyak száma. Ennek során a tízezer lakosra jutó pszichiátriai-addiktológiai aktív ágyak száma 4-ről 3-ra csökkent.<sup>33</sup>
- Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által elszámolható teljesítményt meghatározó ún. teljesítmény volumen korlát (TVK) csökkent, ez kevesebb beteg ellátásának finanszírozását jelentette.
- A pszichiátriai-addiktológiai gondozók működési feltételeit jelentősen rontotta, hogy az ún. gondozói fix díj az előző évinek a felére csökkent.

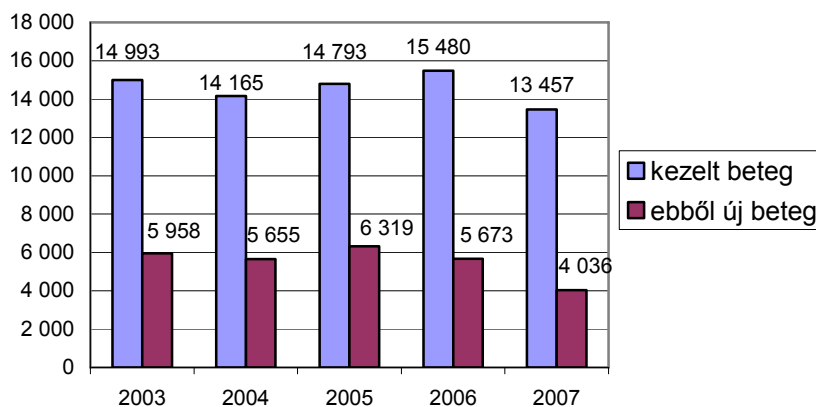
<sup>32</sup> A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Koós Tamás, Porkoláb Lajos

<sup>33</sup> Ennek egyik oka, hogy 2007. április 1-től megkezdődött az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) felszámolása. Az év további részében az Intézet folyamatosan csökkenő ágyszámmal és létszámmal működött, 2007. december 31-én betegellátó tevékenysége megszűnt.

- 2007. februárjától vizitdíj és kórházi napidíj került bevezetésre a túlzott igénybevétel visszaszorítására.<sup>34</sup>

A statisztikai feldolgozás határidejéig (2008. március 31.) beérkezett, feldolgozott és ellenőrzött adatok szerint 2007-ben az egészségügyi szakellátó intézményekben kezelt betegek száma az előző évi 15480 fős csúcstről 13457-re csökkent. A csökkenés döntően az első kezelésben részesült betegek számában jelentkezett. A határidőt követően Fejér és Hajdú-Bihar megyéből még további 140 esetről érkezett jelentés, amelyek már nem kerültek bele a statisztikai elemzésbe. Ehhez csatlakozott még a felszámolás alatt álló OPNI szintén határidő után küldött, és a kábítószer-fogyasztók egyéb adatait nem tartalmazó összesített jelentése 442 főről. Ennek megfelelően a kezelt betegek korrigált száma összesen 14039 fő. Minthogy a késve érkezett adatok már nem kerültek részletes feldolgozásra,<sup>35</sup> a továbbiakban az elemzés csak a 13457 fő adatairól szól.

16. ábra. A kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon 2003-2007 (fő)



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

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

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

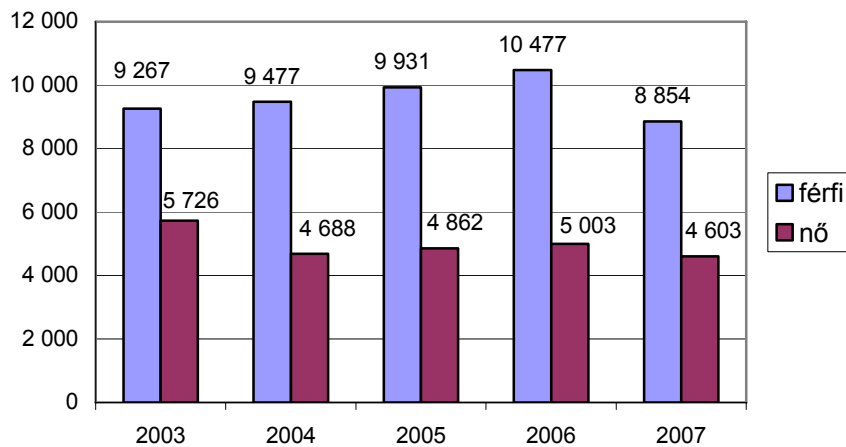
### Szocio-demográfiai jellemzők

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

<sup>34</sup> 2007. július 15-től az alkohol- és kábítószer-függőséggel összefüggő megbetegedések kikerültek a vizitdíj fizetési kötelezettség alól. Maga a vizitdíj és a kórházi napidíj 2008. április 1-től megszűnt, ám ennek betegforgalmat befolyásoló hatása csak a következő évi statisztikában jelentkezhet.

<sup>35</sup> Időközben döntés született az adatgyűjtést és feldolgozást végző Országos Addiktológiai Intézet 2008. május 1-jével történő megszüntetéséről, illetve módszertani szakfeladatának beintegrálásáról az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központba (OSZMK).

17. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása 2003-2007 (fő)



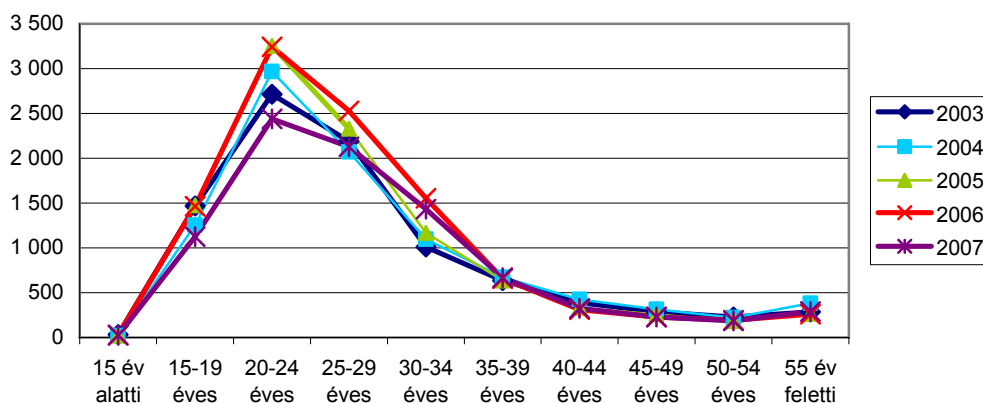
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

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

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

A férfiak és nők életkori megoszlása sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. Az összes kezelt körében, a férfiaknál az utóbbi négy évben a 20-24 év közöttiek voltak legtöbben, és bár 2007-ben csökkenés következett be, ez a korcsoport maradt a legnépesebb. A nőknél 2007-ben szintén a 20-24 évesek előfordulása a leggyakoribb, de a további korcsoportokban is magas az előfordulás, hasonlóan a korábbi évekhez.

18. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében 2003-2007 (fő)

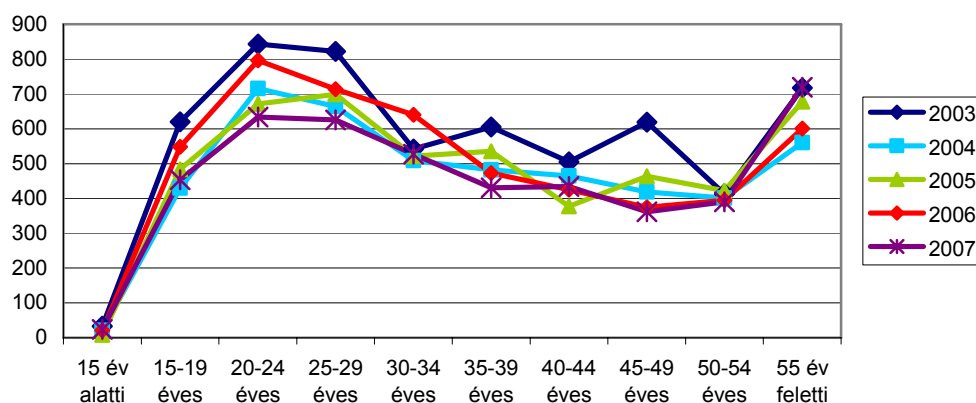


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés



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

19. ábra. *Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében 2003-2007 (fő)*

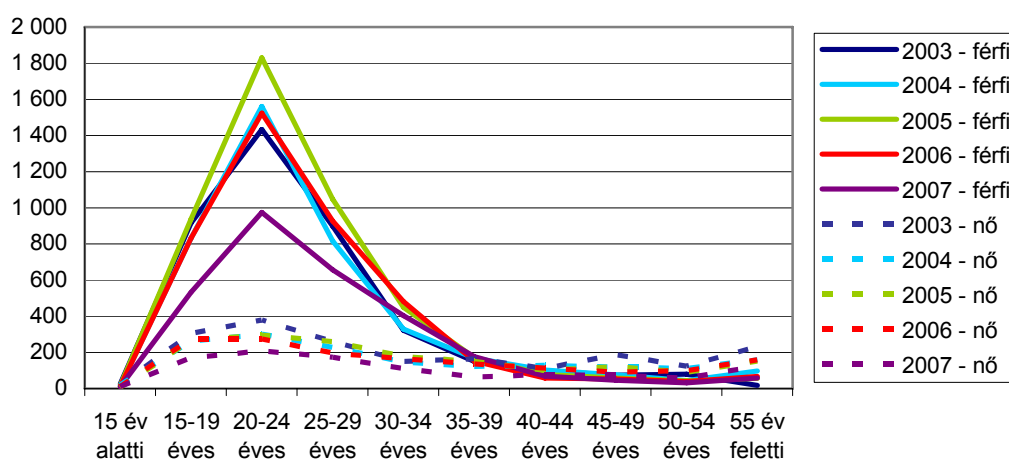


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

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

Az életkori megoszlásban mutatkozó nemek szerinti különbség azzal függhet össze, hogy összességében és arányaiban a nőkre jellemzőbb a politoxikománia<sup>36</sup>, ami hosszabb és „kiegyenlítettebb” drogos karriert jelenthet. A 40 éven felüli, drogfogyasztás miatt kezelt nők száma jelentősen meghaladja a férfiakét. Továbbra is megfigyelhető az a jelenség az első kezelésben részesültek körében, hogy a nőknél a gyakorisági görbe folyamatosan „laposodik”, és a 20-24 évesek aránya csökken.

20. ábra. *Életkori megoszlás az első kezelésben részesült drogfogyasztók körében 2003-2007(fő)*



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

<sup>36</sup> Politoxikománia: esetünkben a nyugtatók és alatók alkohollal történő együttes fogyasztása

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

### Szertípus szerinti megoszlás

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

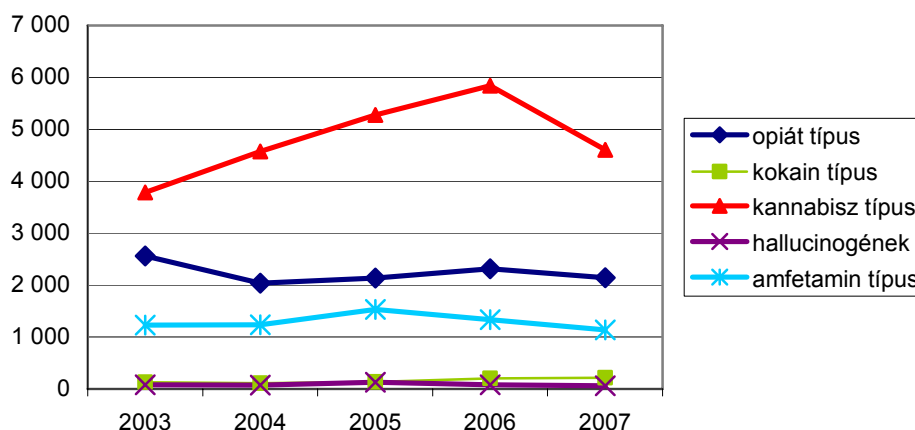
A kannabisz fogyasztás miatt kezelték száma 2007-ben 21%-kal csökkent, jelentősebb mértékben, mint az opiát fogyasztóké. A csökkenés az első kezelésben részesültek körében még nagyobb, 31%, ám ennek ellenére továbbra is a kannabisz-fogyasztók képezik a kezelt betegek legnagyobb csoportját (34%).

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

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

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

21. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-2007 (fő)



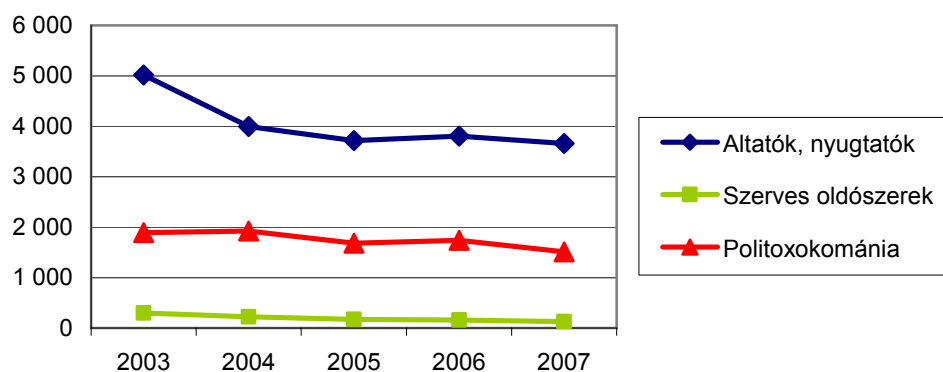
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

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

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

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

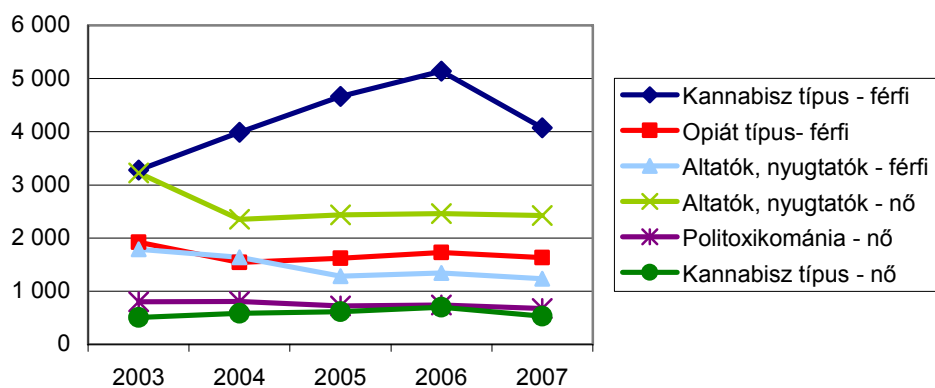
22. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-2007 (fő)



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

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

23. ábra. A leggyakoribb szertípusok a kezelt férfiak és nők körében 2003-2007 (fő)



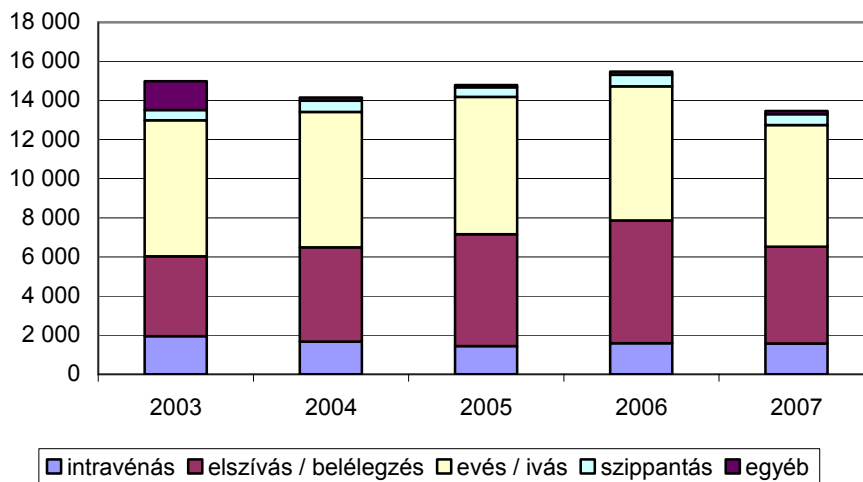
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

### Fogyasztás módja szerinti megoszlás

2007-ben az intravénás heroin használat a kezelték körében csökkent, de az összes szer körében az injektlás - számát tekintve - nem változott. 2007-ben szintén csökkent az elszívás/belélegzés gyakorisága. A kábítószer szájon át történő bevitelének (evés/ivás) gyakorisága az utóbbi évek stagnálása után 2007-ben ugyan csökkent, de a kezelt drogfogyasztók körében még mindig ez a leggyakoribb beviteli mód. Ez összhangban van az altató/nyugtató szerek, illetve a politoxikománia fogyasztott

szereken belüli magas arányával. A szippantás gyakorisága 2007-ben az előző évhez képest valamelyest csökkent.

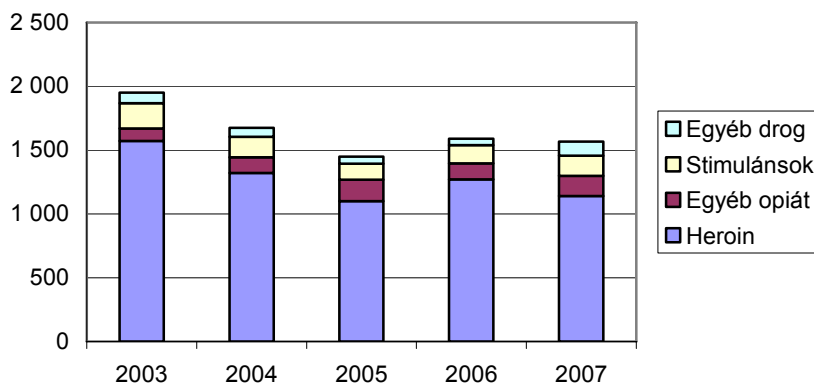
24. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2003-2007 (fő)



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

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

25. ábra. A kezelt intravénás droghasználók megoszlása 2003-2007 (fő)

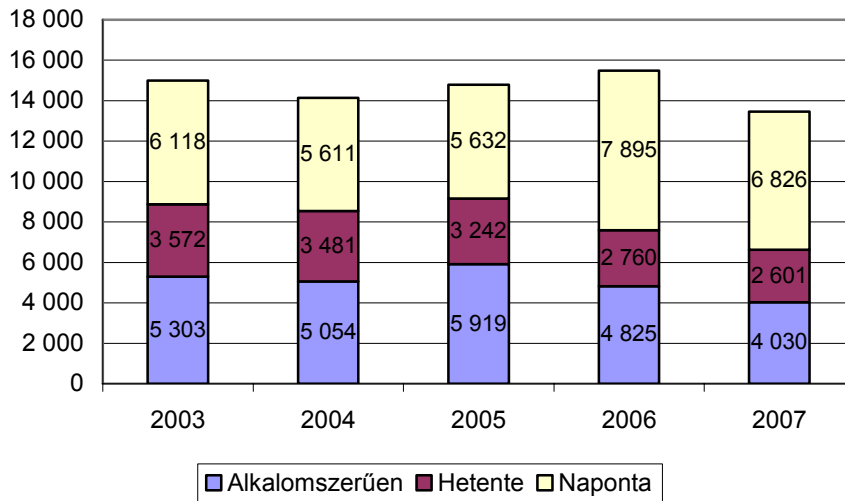


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

### Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

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

26. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint 2003-2007 (fő)



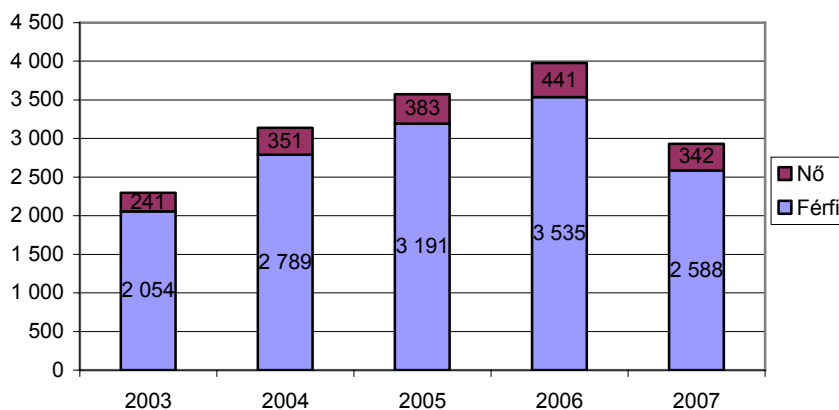
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

### A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának alakulása

Az elterelő kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent. Az Egységes Rendőrségi-Ügyészségi Bűnügyi Statisztikába (ERÜBS) jelentett adatok (lásd 8.2. fejezet) szerint a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők számában drasztikus csökkenés (2000 fő) következett be 2007-ben, amely indokolhatja az eltereltek számának csökkenését.

Ezzel párhuzamosan látható, hogy a kannabisz-problémák miatt kezelték száma is drasztikusan csökkent, mivel a kannabisz-fogyasztók teszik ki az eltereltek legnagyobb részét. 2007-ben 2930 fő kezdte meg az elterelést.

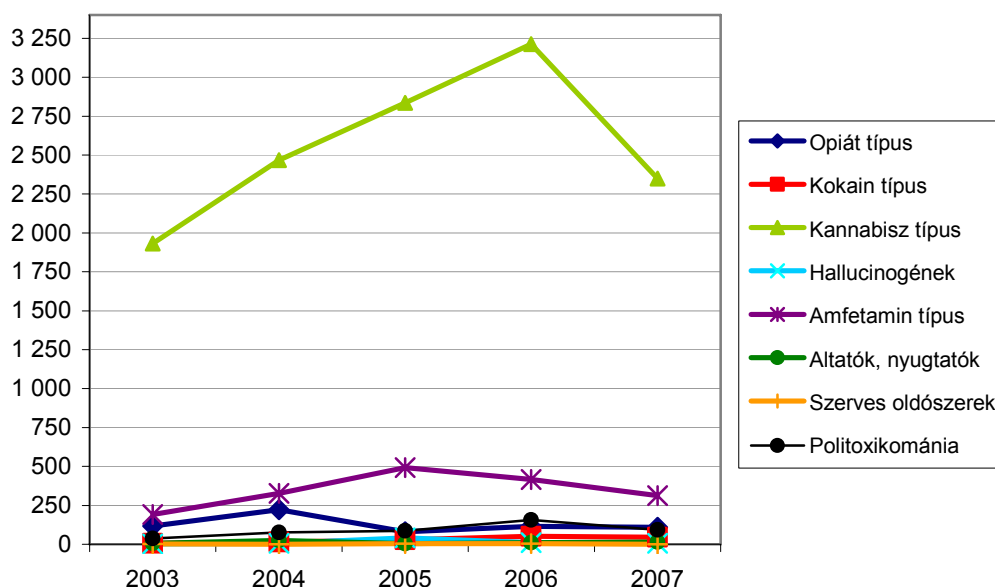
27. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma 2003-2007 (fő)



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

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

28. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma kábítószer fajták szerint 2003-2007 (fő)



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

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

## A RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ TDI ADATOK ÁTTEKINTÉSE

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

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

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

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

Az első, teljes adatgyűjtési évre tekintettel az adatszolgáltatás teljesítését az OSAP jelentésben a 2/a és 2/b (Az első alkalommal kezelésben megjelent kábítószer-fogyasztó

férfiak és nők száma<sup>37</sup>) táblákban az egyes szolgáltatók által megadott számokhoz viszonyítottuk. A gyakorlatban ez a következő módon történt: minden adatszolgáltató esetében összehasonlítottuk a 2/a és 2/b táblában megadott, első alkalommal, illegális szerfogyasztás miatt kezelésben megjelent kliensek számát a TDI-adatbázisba felvitt kérdőívek számával. Amennyiben a 2/a és 2/b táblákban megadott szám nagyobb volt, mint a felvitt TDI-kérdőívek száma, a szolgáltató külön telefonos megkeresést kapott, hogy a 2/a és 2/b táblákon jelzett új kliensek TDI-adatlapját is töltsse fel.<sup>38</sup>

Az összesítések alapján az adatszolgáltatók túlnyomó része eleget tett jelentési kötelezettségének, azaz regisztráltak a TDI adatgyűjtési rendszerbe és töltötték fel TDI kérdőíveket. További kérdés, hogy mennyiben tekinthető teljes körűnek az egy szolgáltató által felvitt TDI-kérdőívek száma, azaz minden új kliensnél vettek-e fel kérdőívet<sup>39</sup>. E tekintetben összehasonlítottuk az OSAP 1211 jelentés 2/a táblájában közölt „az első alkalommal kezelésben megjelent kábítószer-fogyasztó férfiak” számát a TDI-jelentés „Életükben először kezelésbe kerültek elsődleges szere” kérdésre adott válaszokkal, mégpedig azzal, amelyben az összes eset - tehát eltereltek is - szerepeltek.

Az alábbi tábla férfiak tekintetében tartalmazza az adatokat. Látható, hogy két szertípusnál jelentős az eltérés a 2/a tábla (első alkalommal kezelésben megjelent férfi) és az összes esetet tartalmazó életükben először kezelésbe került férfiak TDI adatai között. Az egyik az altató-nyugtató típus, ahol 12-szeres különbség látható. Magyarázat lehet, hogy a túladagolás miatti eseteket<sup>40</sup> nem kell a TDI-be jelenteni, míg az OSAP 1211 szerinti 2. táblákban megjelennek ezek az esetek is.

A másik szertípus az opiátok (ezen belül a heroin), ahol szintén a túladagolások esetek viszonylag magas száma adhatja a jelentős különbséget. A heroin túladagolások eseteket nagyrészt ellátó Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztálya esetében nincs TDI-jelentési kötelezettség, mert a túladagolás miatti felvétel nem tartozik a TDI-jelentés hatálya alá. Az OSAP adatai szerint 2007-ben 154 férfit kezeltek itt heroin túladagolás miatt.

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

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

<sup>37</sup> A 2/a tábla a férfiak, a 2/b tábla a nők adatait tartalmazza.

<sup>38</sup> Erre azért kerülhetett sor, mert a TDI-adatgyűjtésben jelentési kötelezettség alá eső „új eset” meghatározása nem tér el a 76/2004 ESzCsM rendelet 1211. sz. adatgyűjtésének 2/a és 2/b táblájában jelentendő „első alkalommal kezelésben megjelent” eseteitől. Elvben mindegyik kliensről, aki a 2/a és 2/b táblákban jelentésre került az aggregát adatokban, TDI-adatlapot is fel kell vinni az OAI TDI-adatbázisába. A kezelés definíciója is problémásnak bizonyult. A TDI-rendszer logikája szerint pl. az eltereléshez tartozó előzetes állapotfelmérés nem számít kezelésnek az állapotfelmérést végző szolgáltatónál, mivel egyszeri megjelenésről van szó, amelynek nincs folytatása. Az elterelésben lévők emiatt annál a szolgáltatónál kellene, hogy TDI-jelentésre és a 2/a és 2/b táblában összesítésre kerüljenek, mely az elterelés teljes 6 hónapjában a klienssel foglalkozott. Erről az OAI az év folyamán írt tájékoztatóiban javaslatot is tett a szolgáltatóknak.

<sup>39</sup> A TDI adatgyűjtésben két típusú kliens „alap-megkülönböztetés” létezik. Az egyik az 'All treatment' (összes kezelt/kezelés vagy kezelést megkezdő), vagyis az adott évben kezelésben megjelent kliensek (ide tartoznak azok is akik esetleg korábban már álltak kezelés alatt de most újrakezdi azt, vagy hosszabb időre eltűntek a rendszerből, majd most újrakezdi a kezelést). A másik adathalmaz a 'First treatment' (életében először kezelésbe került/lépő) alá tartozó csoport, amely az életükben először kezelésbe kerülteket tartalmazza. Az összes kezelt/kezelést megkezdő kliensek száma magába foglalja az életében először kezelésbe kerülő kliensek számát.

<sup>40</sup> Ezzel a szertípussal a leggyakoribbak az öngyilkossági kísérletek.

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

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

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

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

Forrás: OSAP 1211 2/b tábla és OAI 2008

A magyarországi járó- és fekvőbeteg-ellátók mindegyike kapott megkeresést a TDI rendszerbe történő jelentésre, a jelentési rendszer lefedettsége meghaladja a 90%-ot. Az alacsonyküszöbű szolgáltatók egységes nemzeti regiszterének hiányában nehéz megbecsülni az adatszolgáltatásuk lefedettségét. A büntetés-végrehajtási intézmények mindegyike jelentett, ahol kezelési program folyhat. A további jelentésre kötelezett szolgáltató típusok közül a háziorvosi jelentések jelentik a következő problémát. Gyakorlatilag nem érkezett háziorvostól TDI-adatlap, bár a kezelésbe vételek között észleltünk 65 esetet, ahol a háziorvos volt a kezelés megkezdésének kezdeményezője. Ebben szerepe lehet a jelenlegi magyarországi gyakorlatnak is, mely szerint a háziorvosok tevékenysége meglehetősen korlátozott az illegális szerfogyasztók kezelése terén, a kezelésbe vételt is elsősorban az elérhető drogambulanciára, addiktológiai gondozóba utalással oldják meg. E tekintetben a magyarországi TDI jelentés nem tér el érdemben a legtöbb uniós országtól, mivel általában nem jellemző a háziorvosok részvétele a TDI-jelentési kötelezettségben<sup>41</sup>.

### A TDI-rendszerbe jelentett kliensek jellemzői – nem elterelt kliensek<sup>42</sup>

2007-ben a TDI-rendszerbe összesen 1185 esetet (929 férfi és 253 nő<sup>43</sup>) jelentettek a szolgáltatók. Ebből 563 fő már állt korábban kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt, 489 pedig életében először jelentkezett kezelésbe. Az „állt-e korábban kezelés alatt” kérdésre, viszonylag magas a „nem ismert” lehetőséget választók aránya, kb. 10% (133 fő az 1185-ből). Ennek az arálynak a csökkentése – csakúgy, mint minden hasonló esetben – a szolgáltatók képzésével, szakmai kommunikációval lesz lehetséges az adatgyűjtést végző egység szervezeti konszolidációja után. A kezelést megkezdők kb. 58%-a (első alkalommal kezelték 55%-a) saját maga kezdeményezte a kezelést, a jelentkezés második leggyakoribb oka a család, vagy a közvetlen környezet hatása.

<sup>41</sup> Ez összefügg a legtöbb uniós tagország alapellátásnak gyakorlatával is.

<sup>42</sup> A kliensek jellemzőinek bemutatása során az elterelésben résztvevők sajátosságaiuk folytán külön alfejezetben kerülnek bemutatásra.

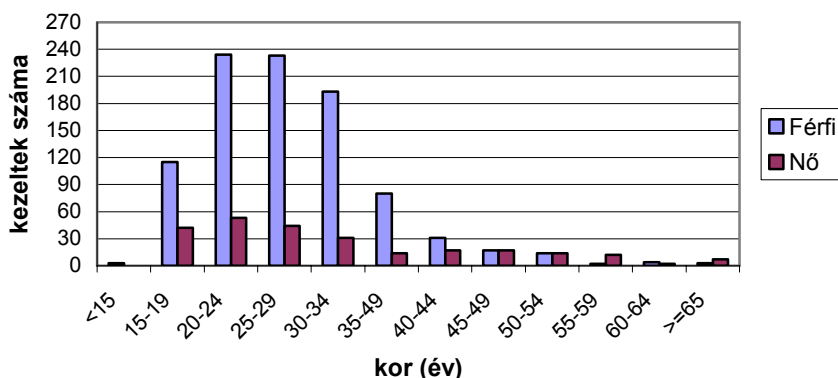
<sup>43</sup> 3 esetben nem került rögzítésre a kliens neme.



## Szocio-demográfiai jellemzők

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

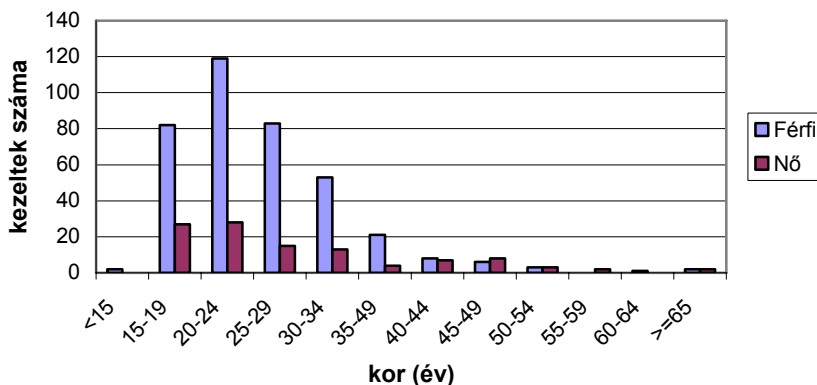
29. ábra. Életkori megoszlás a kezelést megkezdő kliensek körében 2007-ben (N=1182)



Forrás: OAI 2008

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

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



Forrás: OAI 2008

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

A kezelésbe lépők nagy részének stabilak a lakhatási körülményei (86% az összes kezelést kezdő között, ill. 89% az életében először kezelték között), ami utalhat arra is, hogy a legsúlyosabb, marginalizált helyzetben lévő csoportok tagjai nem kerülnek kezelésbe.

Bár a kezelésbe lépők többségének (55%) van rendszeres munkája, vagy tanul, több, mint negyedük munkanélküli (26%). Ugyanezek az arányok az életükben első

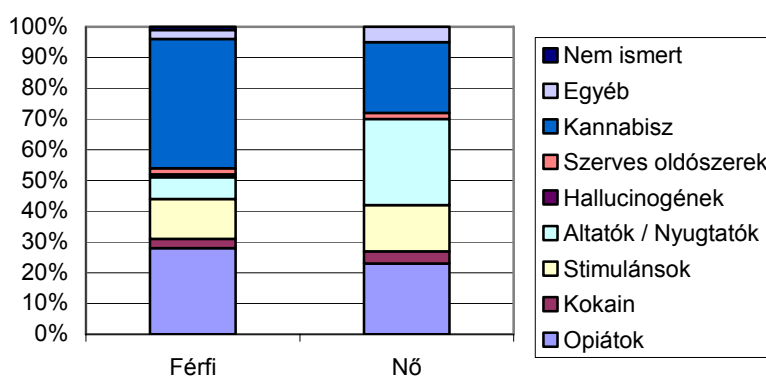
alkalommal kezelése lépők között (67%, illetve 20%)<sup>44</sup>. Ebben a csoportban jóval magasabb a tanulók aránya is.

### Fogyasztott szertípus szerinti megoszlás

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

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

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



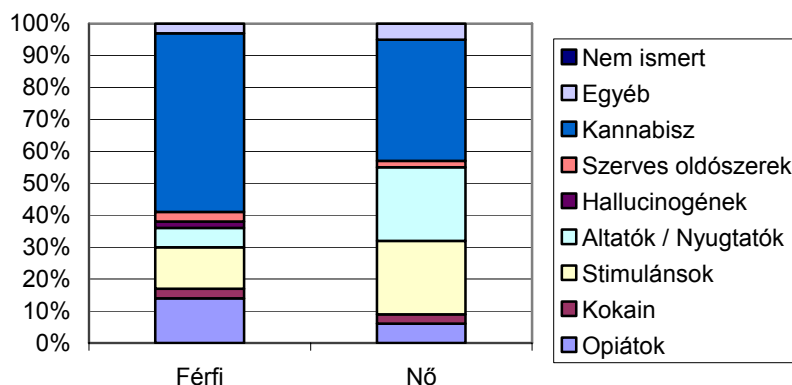
Forrás: OAI 2008

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

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

32. ábra. Életükben először kezelésbe került férfiak és nők elsődlegesen fogyasztott szer szerinti megoszlása 2007-ben

<sup>44</sup> A nem-elterelt populáció további szocio-demográfiai jellemzőit lásd. 8.1 alfejezetben.



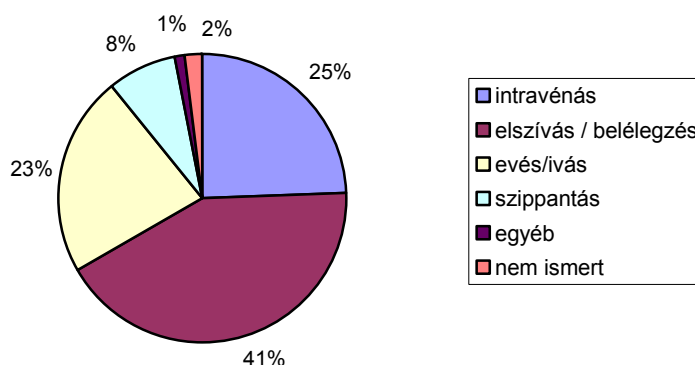
Forrás: OAI 2008

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

#### Fogyasztás módja szerinti megoszlás

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

33. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfüggőség módja szerint 2007-ben



Forrás: OAI 2008

A TDI adatok az intravénás szerhasználatról külön is szolgáltatnak információt. Az összes kezelést megkezdő kliens (1185 fő) 35%-a (410 fő) használt már az életében

intravénásan valamilyen kábítószer<sup>45</sup>, 16% (186 fő) esetében ez a megkérdézt megelőző 30 napban is előfordult. Az életükben első alkalommal kezelésbe kerülők 19%-a használt valaha intravénásan kábítószer, 10%-uk aktuálisan is intravénás kábítószer-fogyasztó.

Az elsődleges szertípus szerint az intravénás használat előfordulása a leggyakoribb a heroin-fogyasztók körében – 272 esetből 235 esetben, közülük 141 fő jelenleg is így fogyaszt heroint. A stimuláns-használók közel fele (46%) használta már intravénásan ezt a szert, 15%-uk jelenleg is intravénás szerfogyasztó. Az amfetamin-használó, kezelést megkezdő férfiak több, mint harmada (36 fő) injektál, az életében első alkalommal kezelést kezdő férfi amfetamin-fogyasztók esetében ez az arány hasonló (15 fő a 41-ből). Ugyanígy a nők körében is mindkét kategóriában meghaladja az összes kezelt egyharmadát az amfetamint intravénásan használók aránya.

### *Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás*

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

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő férfiak között az opiát-fogyasztóknál a legmagasabb a heti többszöri vagy napi használók aránya (88%), az altatókat, nyugtatókat heti többször vagy naponta használók aránya 64%, alacsonyabb ennél az intenzív amfetamin-használók aránya (51%), és az intenzív kannabisz-fogyasztók aránya (40%).

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

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

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

### *A szerfogyasztás megkezdése nemek szerinti bontásban*

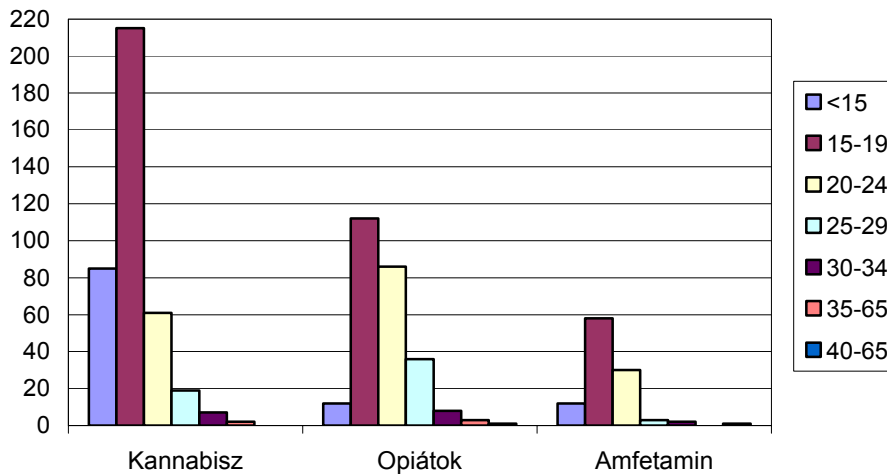
A szerhasználat megkezdésére vonatkozó adatok alapján látható, hogy az összes kezelésbe lépő beteg esetében a kannabisz-fogyasztás kezdődik a legfiatalabb korcsoportokban. Az összes kezelésbe lépő, elsődleges szerként kannabiszt fogyasztó férfi több mint háromnegyede, a nők kétharmada, 19 éves kora előtt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

Az opiát, mint elsődleges szer esetében a szerhasználat mindkét nem esetében később kezdődik. A 15 év alatti szerhasználat-megkezdés az összes opiát-használat miatt kezelésbe lépő férfi 5%-ára volt jellemző. Mind a férfiak, mind a nők tekintetében igaz,

<sup>45</sup> 178 főről nem tudjuk, hogy használt-e valaha intravénásan kábítószer.

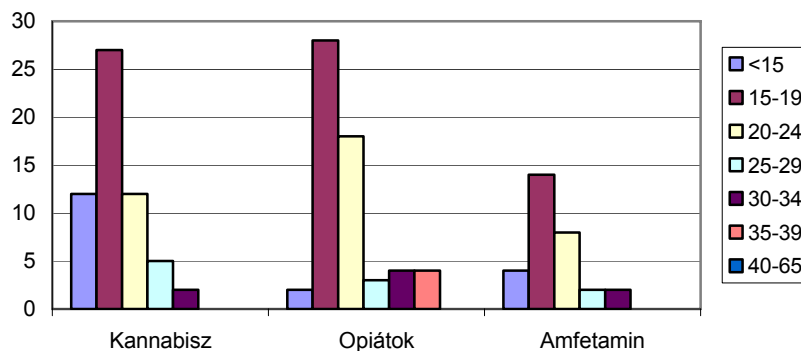
hogy a kezelésbe lépők közel fele 20 éves kora után kezdte el használni az opiátok valamelyikét, döntően a heroint.

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



Forrás: OAI 2008

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



Forrás: OAI 2008

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

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

#### Másodlagos szerfogyasztás

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

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

### **A TDI-rendszerbe jelentett kliensek jellemzői – elterelt kliensek**

A TDI-kérdőív „Beutalás eredete” kérdésre a „bíróság, rendőrség, igazságszolgáltatás” választ megjelölt esetek kerültek leválogatásra. A külön történő kezelés indoka az, hogy az elterelésbe kerülők az eddigi tapasztalatok alapján különböznek a korábban bemutatott beteg-populációtól. Az elterelés három szolgáltatásába egészségügyi jellegű szolgáltatások (kábitószer-függőséget gyógyító kezelés, kábitószer-használatot kezelő más ellátás) és az EMCDDA-kategorizálás szerint a kezelés és a javallott prevenció határterületén lévő szolgáltatás (megelőző-felvilágosító szolgáltatás)<sup>46</sup> tartozik<sup>47</sup>. Ebből a szempontból különösen a megelőző-felvilágosító szolgáltatás helyzete sajátos, mivel ebben az esetben egyértelműen nem egészségügyi ellátásról van szó, a jelenleg a rendszerben tevékenykedő szolgáltatók kb. 2/3-a nem is egészségügyi szolgáltató. Miután azonban a megelőző-felvilágosító szolgáltatók programjai minden esetben jelentős arányban tartalmaznak pszichoterápiás jellegű intervenciókat, továbbá mivel egyértelműen az illegális szerfogyasztás megszüntetésére vagy csökkentésére irányulnak, korábbi konszenzus szerint ez a populáció is jelentésre kerül a TDI-rendszerben<sup>48</sup>.

A 2007. év folyamán 2958 esetet jelentettek a „Beutalás eredete: bíróság, rendőrség, igazságszolgáltatás” kóddal, a továbbiakban ezeket az eseteket egyszerűsítve *elterelt*nek nevezzük. A 2958 esetből 2246 volt életében első alkalommal kezelésben<sup>49</sup>, ez 76%, azaz az elterelésbe kerülők 15,6%-a már állt életében drogfogyasztás miatt kezelés alatt<sup>50</sup>.

### **Szocio-demográfiai jellemzők**

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

<sup>46</sup> A megelőző-felvilágosító szolgáltatás olyan határterületi szolgáltatás, amely bár tartalmilag megfelel a TDI rendszer kezelés definíciójának, Magyarországon azonban a szolgáltatási spektrumban leginkább a magas kockázatú csoportok indikált prevenció szolgáltatásának felel meg.

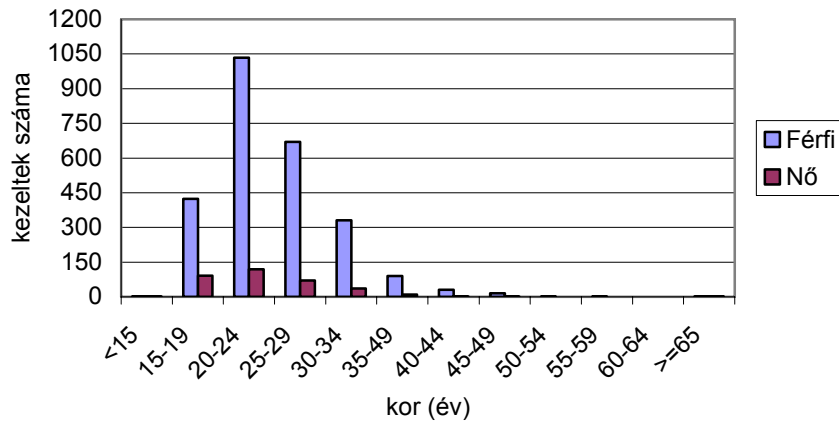
<sup>47</sup> A három szolgáltatásban résztvevők arányát pontosan nem tudjuk, a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesültekről további információ az 5.1 fejezetben olvasható.

<sup>48</sup> A TDI definíciója alapján tehát a megelőző-felvilágosító szolgáltatásokat jelen esetben kezelésnek tekintjük.

<sup>49</sup> 250 főről nem tudjuk, hogy állt-e már korábban kezelés alatt.

<sup>50</sup> Ez az arány a nem-elterelt esetekben: 41% az életében első alkalommal kezelésbe lépő, és 48% a korábban már kezelt beteg.

36. ábra. *Életkori megoszlás az elterelés valamely szolgáltatásába lépő drogfogyasztók körében 2007-ben*

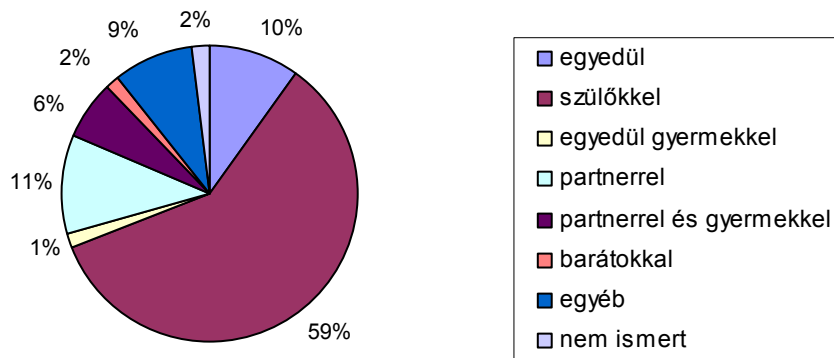


Forrás: OAI 2008

Az elterelésbe lépők kormegoszlása szerint: az összes kezelésbe lépő nem-eltereltnél valamivel fiatalabb, az életében első alkalommal kezelést kezdő nem-eltereltnél idősebb csoportról van szó<sup>51</sup>.

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

37. ábra. *Családi státusz az eltereltek között – összes kezelt 2007-ben*



<sup>51</sup> Lásd.: nem-eltereltek fejezet rész

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

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

### *Fogyasztott szer típus és a fogyasztás módja szerinti megoszlás*

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

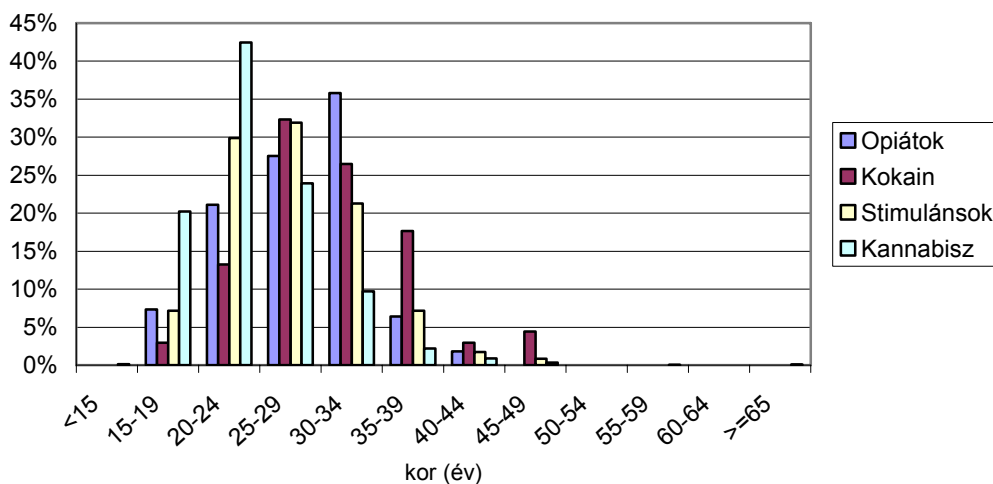
Az életükben első alkalommal kezelésbe lépő elterelésbe kerülő férfiak körében 85% a kannabisz-használók aránya, valamint itt is kb. 9% az amfetamint elsődleges szerként használók előfordulása. Érdekes, hogy ebben a csoportban a kokaint elsődleges szerként használók száma meghaladja az opiát-fogyasztókéét.

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

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



38. ábra. Életkori megoszlás az elterelésbe lépő drogfogyasztók körében, szertípusonként 2007-ben



Forrás: OAI 2008

A kannabisz-dominancia határozza meg a fogyasztás leggyakoribb módját (elszívás/belégzés). Az intravénás szerhasználat az eltereltek között összességében 9%-ra tehető, aktuálisan 2% intravénás használó. Szerenként vizsgálva megállapítható, hogy az amfetamint használó eltereltek 7%-a aktuálisan is intravénás használó, és 23%-uk használt már életében intravénásan kábítószer. A heroin-használók kb. 20%-a jelenleg is intravénásan használ szert, 79%-uk pedig kapcsolatba került intravénás szerhasználattal.

#### Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

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

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

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

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

#### A szerhasználat megkezdésének időpontja nemek szerinti bontásban

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

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

A kokaint az elterelt férfiak 57%-a 20-29 éves korban fogyasztotta először, míg az elterelt nőknél ezt a szert a 15-24 éves korosztályban próbálta ki először a kezelték 71%-a. Hallucinogéneket az elterelt férfiak 85%-a 15-24 éves kora között fogyasztott először, míg az elterelésben részesült nők között nem volt hallucinogénekkal kapcsolatos probléma miatt kezelt.

#### *Másodlagos szerfogyasztás*

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

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

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

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

### **4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK**

Nincs új információ.

### **4.4. INTENZÍV DROGHASZNÁLATI MINTÁK**

Nincs új információ.

#### *Következtetések*

Az Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program adatai szerint 2007-ben összesen 13457 kábítószer-fogyasztót vettek kezelésbe a szolgáltatóknál, melyből alig több mint 4000 fő volt az először kezelésbe kerülő kliens. Ez mindkét kategóriában csökkenést jelent az előző évhez képest, előbbiben 13, utóbbiban 29%-osat.

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

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

A kezelési-igény (TDI) adatok értelmezése jelenleg Magyarországon két ponton ütközik korlátokba. Egyrészt, mert 2007 volt az első teljes év, amelyben a szolgáltatók kötelezettek voltak a TDI-jelentésre, azaz idősoros adatok nem állnak rendelkezésre, így a korábbi évekkel nem lehetséges az összehasonlítás. Másrészt, mert a 2006-2007-es évek ellátórendszeri történései, a nehezebbé váló finanszírozási környezet olyan terheket jelentett a szolgáltatók számára, amelyek bizonyosan befolyásolták a jelentések teljeskörűségét és megbízhatóságát.

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

A legfontosabb és további vizsgálatokat szükségessé tevő információk:

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

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

## 5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE<sup>52</sup>

### *Háttér, előzmények*

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

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

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

- 2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix díjazás az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításának megfelelően az előző évi 50%-ára csökkent.
- Módosításra került a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (18. §) és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997 (XII.1.) Korm. rendelet (1. sz. melléklet). A módosítás eredményeképpen 2007. július 15-étől az alkohol és kábítószer-függőséggel összefüggő megbetegedések a tartós orvosi kezelést indokló megbetegedések körébe kerültek, ezáltal az említett két betegcsoport kezelése kikerült a vizitdíj fizetési kötelezettség alól<sup>53</sup>.

A kábítószer-fogyasztó személyekkel, illetve az addiktológiai betegekkel kapcsolatos adatgyűjtést 2003 óta az addiktológiai terület módszertani koordinációjáért felelős Országos

<sup>52</sup> A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Egészségügyi Minisztérium, Porkoláb Lajos, Rácz József

<sup>53</sup> A vizitdíj és a kórházi napidíj 2008. április 1-től megszűnt.

Addiktológiai Intézet biztosítja. 2007-ben az OAI szakmai tevékenységének köszönhetően először valósult meg az egész évet felölelő kezelési igény alapú adatgyűjtés (TDI).

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

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

## 5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK

### *Egészségügyi ellátás*

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

A drogbetegek egészségügyi ellátásában, a kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztó személyek száma 2007-ben 13457 fő<sup>54</sup> volt. Feltételezhető, hogy az említett esetszám elmarad a valós kezelési igénytől, ami az alábbi okokra vezethető vissza:

1. a struktúra-átalakításból adódóan nem volt teljes körű az adatgyűjtés,
2. néhány egészségügyi szolgáltató befejezte a gyógyító tevékenységet 2007-ben<sup>55</sup> (PI. OPNI-DMKA, gyöngyösi Támasz-gondozó),
3. a bevezetésre kerülő vizitdíj és a kórházi napidíj kedvezőtlenül befolyásolta a betegek együttműködését és motivációját.

A drogfogyasztók egészségügyi ellátása továbbra is térítésmentes, de 2007. április 1-től az egészségügyi szolgáltató a TAJ (társadalombiztosítási azonosító jel) számot igazoló okmány bemutatását követően elektronikus úton (on-line) ellenőrzi, hogy a beteg jogosult-e az egészségügyi szolgáltatásra (részleteket lsd. 1. fejezet) (OEP 2007). Az ellenőrzés eredményétől függetlenül mindenki megkapja a szükséges egészségügyi ellátást. A drogbetegek egészségügyi ellátásának többségét az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozza, de ez még mindig nem teljes körű. A nem OEP által finanszírozottak esetén a beteg bár térítésmentesen megkapja az ellátást, de az egészségügyi szolgáltatást,

<sup>54</sup> Az ehhez fűződő magyarázatot lásd a 4.2 fejezetben.

<sup>55</sup> Ennek okairól pontos információval nem rendelkezünk.

illetve a szolgáltató működését nem az Egészségbiztosítási Alap (E-Alap), hanem az egyház, civil szervezetek vagy az önkormányzatok finanszírozzák.

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

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

9. táblázat. Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2007-ben

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

Forrás: EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

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

#### Szakmai protokollok

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

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

- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használattal kapcsolatos betegségek kezeléséről
- Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a metadon kezelésről

- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használattal összefüggő kórképek kezeléséről
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a kannabisz használattal kapcsolatos zavarokról.

### Pályázatok

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

### *Szociális ellátás*

Az egészségügyi szakellátás mellett a szociális ellátás keretében működő drogterápiás rehabilitációs otthonok biztosítják a drogbetegek rehabilitációját. Az otthonok az egész országból fogadják a betegeket. Elhelyezkedésüket tekintve megtalálhatóak a Közép- és Dél-Dunántúli, a Közép-Magyarországi valamint a Dél-Alföldi régiókban (NUTS 2 szint). A 19 megye + Budapest körből, pedig 8-ban (NUTS 3 szint). A RET döntésének értelmében (Isd. Éves Jelentés 2007, 5.1 alfejezet) a Kovácsszénája Drogrehabilitációs Otthon 2007. április 1-től nyert befogadást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által támogatott intézmények körébe, míg a Paraklisz Drogellenes Alapítvány befogadása megtörtént, de nem kötött OEP finanszírozási szerződést. 2007-ben ezen kívül egy intézmény, a Segély Helyett Esély Alapítvány nyert befogadást a tartós bentlakásos elhelyezést nyújtó ellátások közül az Irányított Területi Kiegyenlítő Rendszerbe (ITKR).

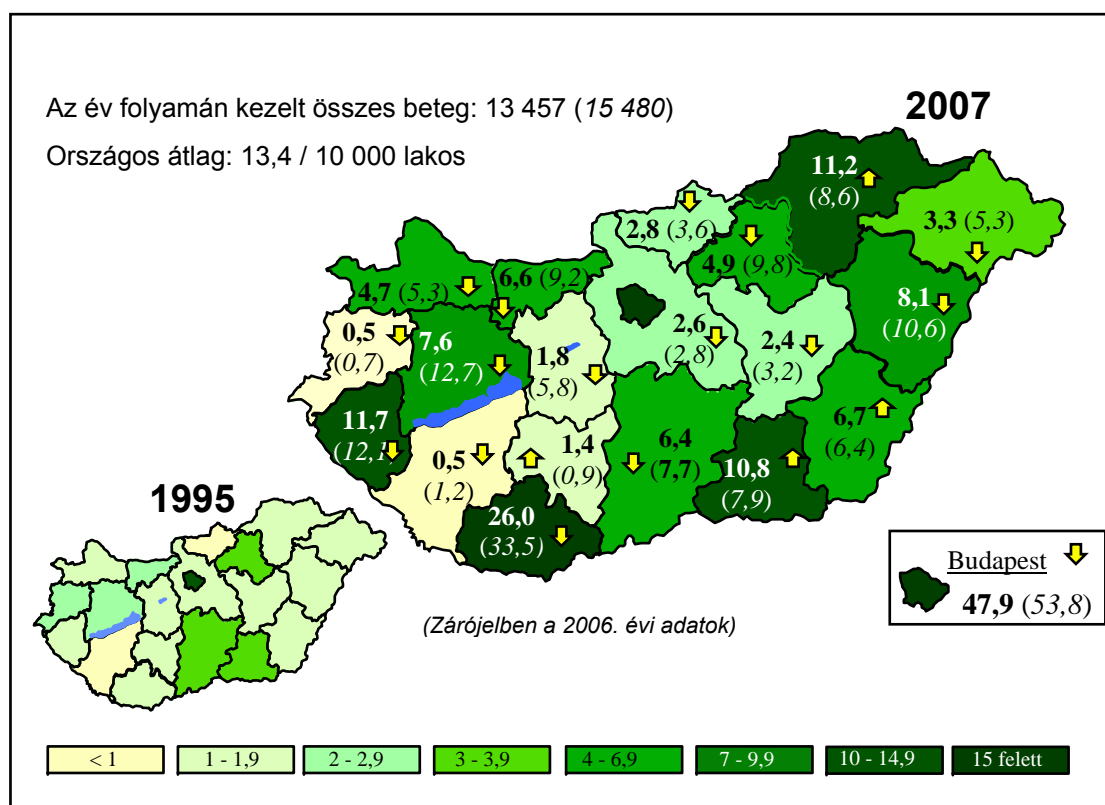
2007-ben 260 ágyra volt szerződése az országban működő rehabilitációs otthonoknak, mely ágyszám 12 intézmény között oszlott el. Ezeket egészíti ki az az 5 intézmény, amelyek összesen 90 férőhellyel rendelkeznek, de nem szerződtek az OEP-pel. Az OEP adatai szerint a drogterápiás rehabilitációs otthonok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

### *Területi különbségek az ellátásban*

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

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

1. térkép. A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók területi megoszlása 2007-ben



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

Budapesten az utóbbi évek tendenciáját megtörve 2007-ben először csökkent a 10000 lakosra jutó kezelt betegek száma a 2004. évi értékek alá. Pest megyében folytatódott az évek óta tartó csökkenés, és csak 4 megyében találunk növekedést a kezeltetek számában (Tolna, Csongrád, Békés és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében).

Budapesten 7 drogambulancia működik<sup>56</sup>, Pest megyében egy sem. Kisebb mértékben, de a főváros és Pest megye kapcsolatához hasonló jelenség tapasztalható Baranya megye (Pécs) vonatkozásában is, ahol szintén van jól működő, nagy forgalmú drogambulancia, amely a környező megyékből is vesz fel betegeket. 2006-ban ugyanez volt elmondható Csongrád megyéről (Szeged) is, azonban itt 2006-ban az előző évhez képest majdnem harmadára esett vissza a forgalom. 2007-ben azonban itt ismét növekedés mutatkozott, bár még mindig fele annyi kezeltet láttak el, mint 2005-ben.

<sup>56</sup> Ezek közül 2007-ben megszűnt az OPNI Drogambulanciája.



A kezelőhelyek körzetébe tartozó lakosság számra vetített kezelt kábítószer fogyasztók számát tekintve 2006-ban nőtt a Dunától nyugatra, és csökkent az attól keletre lévő kezelőhelyek forgalma. Ez a folyamat azonban 2007-ben megszűnt. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete, illetve az ország többi része között mutatkozik.<sup>57</sup>

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

### *Elterelés*

2007 folyamán a Legfelsőbb Bíróság 1/2007. számú büntető jogegységi határozata, többek között állást foglalt abban a kérdésben is, hogy a kábítószer-fogyasztó gyanúsított által elfogyasztott kábítószer-mennyiség összegzendő, azaz a hosszabb időszak alatt bizonyítottan elfogyasztott kábítószer-mennyiséget össze kell adni, és ennek alapján kell kiszabni a büntetést (lásd 1. fejezet). A határozat hatását az elterelési programokba lépők számára egyelőre nem lehet pontosan megítélni, számos más tényező is befolyásolja azt.

Büntetőeljárás alternatívájaként elterelésben a tavalyi évben az OSAP adatok szerint 2930 kábítószer-fogyasztó vett részt, ami 25%-os csökkenést jelent a tavalyi évhez képest. Ennek hátterében az is állhat, hogy a Be. 2006. évi változása miatt<sup>58</sup> számos eset egyszerűen előrébb került. Olyan személyek is szolgáltatásba kerültek 2006-ban, akik egyébként 2007-ben tudták volna megkezdeni az elterelést.

2007-ben 47 megelőző-felvilágosító szolgáltató üzemelt az országban, melyek kb. 2/3-a nem egészségügyi, hanem szociális szolgáltató, egyházi szervezet vagy megelőzésre szakosodott társadalmi szervezet, esetleg gazdasági társaság. Azon egészségügyi szolgáltatók, amelyek megelőző-felvilágosító szolgáltatással is foglalkoznak, kizárólag a normál napi beteg-ellátó tevékenységükön túl, szakmailag és időben is elkülönítve végezhetik a megelőző-felvilágosító szolgáltatást. 2007-ben összesen 2381 fő<sup>59</sup> kezdte meg a 6 hónapos megelőző-felvilágosító szolgáltatást, ebből 1488 főé ért véget ugyanabban az évben, 920 főnek igazolással (a maradék 568 főnek részigazolással ért véget, vagy megszakadt a kezelése). A megelőző-felvilágosító szolgáltatásba lépők közül 893 eset áthúzódott 2008-ra.

## **5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS**

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

<sup>57</sup> A kiugró különbséghez az is hozzájárul, hogy a fekvőbeteg szakellátásra szorulóknak döntő többségét a budapesti Péterfy Sándor utcai kórház látja el sürgősségi ellátás keretében (2007-ben ez az országban kezelt összes beteg 26, az első kezelésben részesültek 19%-a volt, és az előző évhez képest növekedett).

<sup>58</sup> Lsd. 2007. Évi Jelentés 5.1 alfejezet

<sup>59</sup> Az adatok a szolgáltatók által az OAI-hoz kötelezően eljuttatott pénzügyi jelentésekből származnak.

## Fekvőbeteg ellátás (aktív és krónikus)

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

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

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

Az egyes szolgáltatók a különböző típusú kábítószer fogyasztása miatt keletkezett problémával náluk jelentkező klienseik után különböző mennyiségű támogatást kapnak, az intézménynek járó alap járulékon kívül. Ezt a támogatási összeget egy (az eset súlyosságát kifejező) dependencia szorzóval megszorozva, kapja meg a végső összeget az adott kliensre vonatkozóan (pl.: a kannabisz dependencia szorzója 0,72406, míg az opiáté 0,68314<sup>60</sup>). A dependencia szorzók különbsége nem feltétlenül tekinthető hibának. Az aktív ágyra kerülő kannabisz-függő lehet pszichotikus állapotú (különben vélhetően nem kerülne aktív ágyra), az opiát-függőknél az elvonás jelent sajátos problémát. Adott esetben a pszichózist, mint problémát kellene összevetni a megvonással (amely akár intenzív osztályon is történhet, külön finanszírozás szerint). Több szakértő véleménye azonban, hogy a dependencia szorzók nem megfelelően kerültek kialakításra, nem tükrözik tökéletesen az adott probléma súlyosságát, amely kihat az ellátási rendszer tervezhetőségére, működésének és hatékonyságának átláthatóságára és fenntarthatóságára is.

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

Ezzel ellentétben, a napi gyakorlatban dolgozó szakemberek úgy látják, hogy a rehabilitációs fekvőbeteg kapacitás sem tisztázható, mert az ágyak nem szakma-specifikusan kerültek az ellátóhelyekhez. A törvény szerint a helyi érdekeknek kellett eldöntenie, hogy pl. a pszichiátriai rehabilitációs ágyakból milyen ellátás lett. Ez jól nyomon követhető az OPNI rehabilitációs kapacitásának fellelhetetlenségében, valamint abban, hogy a ténylegesen működő aktív és krónikus ágyak száma 2007 végén még nem volt pontosítva.

---

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

## Járóbeteg (ambuláns) ellátás

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

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

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

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

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

2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix díjazás az előző évi 50%-ára csökkent. Ugyan a fix díjazás csökkentésével egyidejűleg az érintett szolgáltatók az elveszített fix díjjal azonos mértékű teljesítmény volumen korlát (TVK) növekményt kaptak, a teljesítményelvű finanszírozásra történő áttérés azonban eltérő módon érintette az egyes járóbeteg-szolgáltatókat.

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

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

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

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

Tekintve, hogy az addiktológiai betegek kevésbé mobilizálhatóak, és nehezebben tarthatóak kezelésben, mint más gondozási tevékenység esetén valamint, hogy a betegcsoportba tartozó személyek együttműködési készsége a betegség természetéből adódóan nem mindig kielégítő, kezelésben tartásuk gyakran jelentős ellátói aktivitást igényel. Vagyis ahol a kezelésben lévő betegek megtartása, esetlegesen a teljesítménynövelés viszonylag kevesebb nehézséggel volt megvalósítható (pl. a szubsztitúciós kezelésben részt vevő opiátfüggők), a csökkenés hatásai kevésbé okoztak problémát, mint az alacsonyabb forgalmú, főleg alkohol-betegeket kezelő gondozók esetében. Ezen felül, a betegek együttműködési készségét jelentős mértékben rontotta az átmeneti időszakra bevezetett vizitdíj és kórházi napidíj is. Az Országos Addiktológiai Intézet adatai szerint ez alatt az idő alatt az ellátott esetek száma 20%-kal csökkent.

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

Az alacsonyküszöbű szolgáltatók egyik legfőbb előnye a kábítószer fogyasztó populáció elérésének érdekében az anonimitás biztosítása. 2007 áprilisa óta azonban a kezelés előtt ellenőrizni kell, hogy az adott személy rendelkezik-e érvényes társadalombiztosítással. Ha nem rendelkezik, a kezelést akkor is meg kell adni számára, de az esetet jelenteni kell az OEP-nek. Ez az anonimitást lehetetlenné teszi. Az addiktológiai kliensek kb. 1/3-a nem rendelkezik érvényes társadalombiztosítással, ami elsősorban a társadalom peremére sodródott, leginkább problémás szerhasználókat jelenti.

### **5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS**

#### **Szubsztitúciós kezelés**

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

Metadon fenntartó kezelés 2007-ben kilenc helyen történt az országban. Budapesten négy helyen (az egyik hely – OPNI – november végéig fogadta a klienseket, de nyílt egy új, a Drogprevenció Alapítvány működtetésében a Drogoplex ambulancia, mely júniustól üzemelt), vidéken pedig Veszprémben, Pécsen, Gyulán, Szegeden és Miskolcon. 2007-ben

a metadon fenntartó kezelésben részesülő betegek száma 778-783 fő<sup>61</sup> volt, ami 70-75 fős csökkenést jelent a tavalyi évhez képest.

10. táblázat. Metadon-kezelésben résztvevők száma (fő) 2007-ben

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

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

11. táblázat. Metadon-kezelésben résztvevők havi megoszlása (fő) 2007-ben

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

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

Az opiátfüggők szubsztitúciós kezelésében megkezdődött a buprenorfin-naloxon keverék hazai alkalmazása. Az év során 4 intézmény: a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája, a Soroksári Addiktológiai Centrum, az INDIT Közalapítvány valamint a Kék Pont Alapítvány nyújtott buprenorfin-naloxon kezelést összesen 33 betegnek<sup>62</sup>. A készítmény OEP által történő befogadása 2007 folyamán még nem történt meg.

12. táblázat. Buprenorfin-naloxon kezelésben résztvevők száma (fő) 2007-ben

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

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

A két eltérő típusú szert alkalmazó szubsztitúciós kezelésben összesen tehát 802-807<sup>63</sup> fő vett részt az év folyamán.

2009-től a büntetés-végrehajtás intézményeiben is tervezik megkezdni a buprenorfin-naloxon keverékének alkalmazását, mivel a metadonnal szemben ezzel a szerrel kisebb az esély a visszaélésre.

## Elvonó kezelés

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

## Következtetések

Összességében az addiktológiai beteg-ellátás helyzete kedvezőtlenül módosult az elmúlt év folyamán. A szakemberek a hiánya és az ellátórendszer egyenlőtlenségei kedvezőtlen kiindulási helyzetet teremtettek a reformintézkedésekhez, miközben a szakterület

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

<sup>62</sup> Novemberben összesen 18, majd decemberben összesen 31 főnek.

<sup>63</sup> A buprenorfin-naloxon kezelésben résztvevő 33 főből 9-en az év első felében metadon kezelésben vettek részt.

finanszírozási környezete a járóbeteg-ellátók hátrányára változott. A kialakult helyzetet tovább nehezítette az ellátók fennmaradásának esetleges bizonytalansága, vagy megszűnése.

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

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

## 6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI<sup>64</sup>

### 6.1. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

A magyarországi kábítószer használatával összefüggő halálozás adatgyűjtése 2007. évben is az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program<sup>65</sup> keretében készült jelentések alapján történt. Az adatok korrigálását az Országos Igazságügyi Intézet végezte el. Ebben az évben a Megyei Rendőr-főkapitányságok részéről az adatszolgáltatás hiányos volt<sup>66</sup>, mely részben visszavezethető a 282/2007. (X.26) Kormányrendelet bevezetésére, amely 2008. január 1-től kizárja a rendőrorvosok részvételét a hatósági és igazságügyi boncolások végzéséből.

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

#### Közvetlen túladagolás okozta halálozások

13. táblázat. *Drogfogyasztással összefüggő direkt halálozások száma 2007-ben*

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

*Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet*

#### Illegális szerek okozta halálozás

Az előző évekhez képest 2007-ben az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma nem változott<sup>67</sup>.

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

<sup>65</sup> Az adatokat az Igazságügyi Orvostani Intézetek, a Megyei Rendőr-főkapitányságok és az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szolgáltatták.

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

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

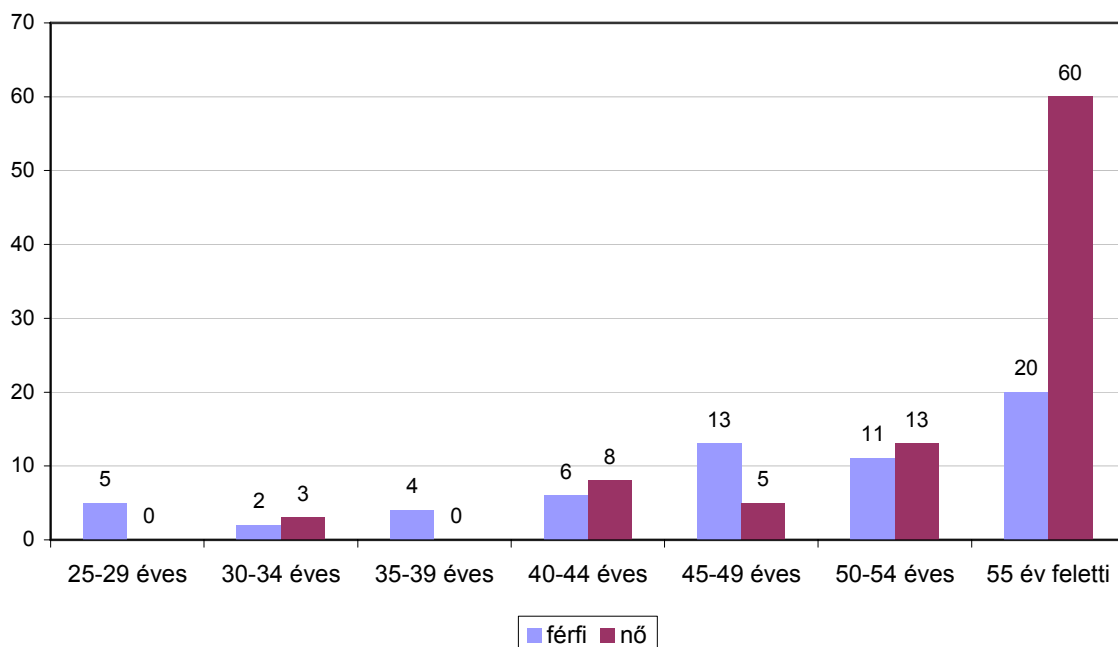
Illegális szerek okozta balesetszerű túladagolásokat ebben az évben csak a fővárosból jelentettek. Az illegális szerek miatti túladagolások túlnyomó részéért az opiátok, főként a heroin volt felelős. Egy esetben történt heroin+kokain által okozott kombinált mérgezés és egy esetben történt amfetamin túladagolás.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

A heroin okozta túladagolások miatt bekövetkezett halálesetekben az átlagéletkor 30,7 év volt, az egyedüli női áldozat 22 éves volt. A heroin és kokain túladagolás áldozata egy 37 éves férfi, míg az amfetamin túladagolás áldozata egy 36 éves nő volt. A heroin túladagolás áldozatai közül hárman hajléktalanok voltak, egy fő pedig külföldi állampolgárságú. Kilenc esetben áll rendelkezésre hozzávetőleges információ a megelőző kábítószer használat hosszúságára vonatkozóan ebben a csoportban, ez átlagosan 11,5 év volt<sup>68</sup>. A metadon túladagolásban elhunyt férfi kezelési státuszáról nincs információ, az illető grúz állampolgárságú volt.

### Legális szerek okozta halálozás

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

39. ábra. Nyugtató-altató szerek okozta mérgezések koreloszlása



Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

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



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

### Közvetett (indirekt) kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás

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

14. táblázat. Közvetett kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekben belül

	Férfi	nő	összesen
opiát	2	0	2
heroin+kokain	1	0	1
amfetamin	2	0	2
kokain	1	0	1
<b>összesen</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

*Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet*

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

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

Az összes kábítószerrel kapcsolatos halálesetet vizsgálva 12 esetben áll rendelkezésre hozzáférhető információ a megelőző kábítószer-használat időtartamára vonatkozóan<sup>69</sup>, ez átlagosan 9,7 év volt.

### Halandóság és a halálok a drogfogyasztók körében

Nincs adat.

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

## 6.2. KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

2007-ben Magyarországon az intravénás kábítószer-fogyasztók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok az előző évekhez hasonlóan az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származtak.

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

### HIV/AIDS

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

15. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása

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

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

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

### Akut Hepatitis B

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

16. 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                      %
2000	130	-                      -

2001	159	6	3,8
2002	159	6	3,8
2003	143	7	4,9
2004	131	6	4,6
2005	119	1	0,8
2006	83	-	-
2007	81	2	2,5

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

A fertőzés terjedési módja az esetek kb. 39,5%-ában volt ismert. Az ismert rizikócsoporthú betegek közül két budapesti férfi volt intravénás kábítószer-használó. Az egyik a 25 éven aluli, a másik a 25-34 évesek korcsoportjába tartozott. Az 1999-ben bevezetett serdülőkori kötelező védőoltások hatásának köszönhetően 2007-ben a 14 évesnél idősebb és a 23 évesnél fiatalabbak gyakorlatilag védettek voltak a betegséggel szemben.

### *Akut Hepatitis C*

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

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

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

Évek	Száma	Bejelentett akut HC betegek közül iv. kábítószer-fogyasztó	
		Szám	%
2000	59	5	8,5
2001	43	5	11,6
2002	42	3	7,1
2003	30	2	6,7
2004	40	11	27,5
2005	22	1	4,5
2006	29	4	13,8
2007	22	5	22,7

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

### **HIV, HBV, HCV prevalencia az intravénás droghasználók körében**

Az Egészségügyi Minisztériummal 2006-ban kötött megállapodás keretében az Országos Epidemiológiai Központ 2007-ben is megismételte az előző évben sikeresen megkezdett szűrővizsgálatot, amelynek célja az intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések HIV, HBV, HCV évi prevalenciájának felmérése volt. A szűrővizsgálat során ismét az újjbegyből történő vérvételt követően szárított vérminta felhasználására került sor. Az előző évi tapasztalatokat felhasználva az volt a cél, hogy növeljék a mintaszámot és a

területi reprezentativitást. Ennek érdekében a 2007. október 15. és 2007. december 31. között lezajlott szűrőprogramban összesen 15 szervezet (Budapesten három tűcsere állomás és két kezelőhely, vidéken hét kezelőhely, három tűcsere állomás) vett részt. A program során 567 intravénás kábítószer-fogyasztótól vettek vérmintát.

18. táblázat. A HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálatban résztvevő szervezetek

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

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

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

A kiválasztás, a mintavételi eljárás, a kódolás, illetve a minták vizsgálata az előző évvel megegyező módon történt.<sup>70</sup>

### *Eredmények és következtetések*

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

A laboratóriumi vizsgálatok során az alkalmazott módszerekkel mind az 567 vizsgált személy esetében megbízható eredmény volt kiadható a HIV fertőzöttséget illetően. A vírus fertőzöttség kimutatására irányuló ellenanyag vizsgálatok hepatitis B vírus esetében három, hepatitis C vírus esetében 19 esetben kétes eredménnyel zárultak, így ezeket az eseteket a feldolgozásból kizárták.

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

<sup>70</sup> Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet, 58. oldal.

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

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

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

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

A kutatás során azt is vizsgálták, van-e összefüggés a hepatitis C fertőzöttség kialakulása és az intravénás droghasználat kezdete óta eltelt idő között. Az intravénás kábítószer-használat kezdetének négy intervallumot lehetett megjelölni (<2 év, 2-4 év, 5-9 év, >10 év), az 567 főből 16 személy nem tudta megmondani, mikor kezdett intravénásan kábítószerrel használni. Intravénás kábítószer-használat tekintetében, a mintát adó személyek 40%-a (233) úgy nyilatkozott, hogy több mint 10 éve használ kábítószerrel intravénásan. A vizsgált személyek 27%-a (153) 5-9 éve használ intravénás kábítószerrel, míg a 2-4 éve (14,3%, 81), és a kevesebb, mint két éve (14,8%, 84) intravénás kábítószerrel használók száma közel megegyezett.

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

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

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

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

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

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

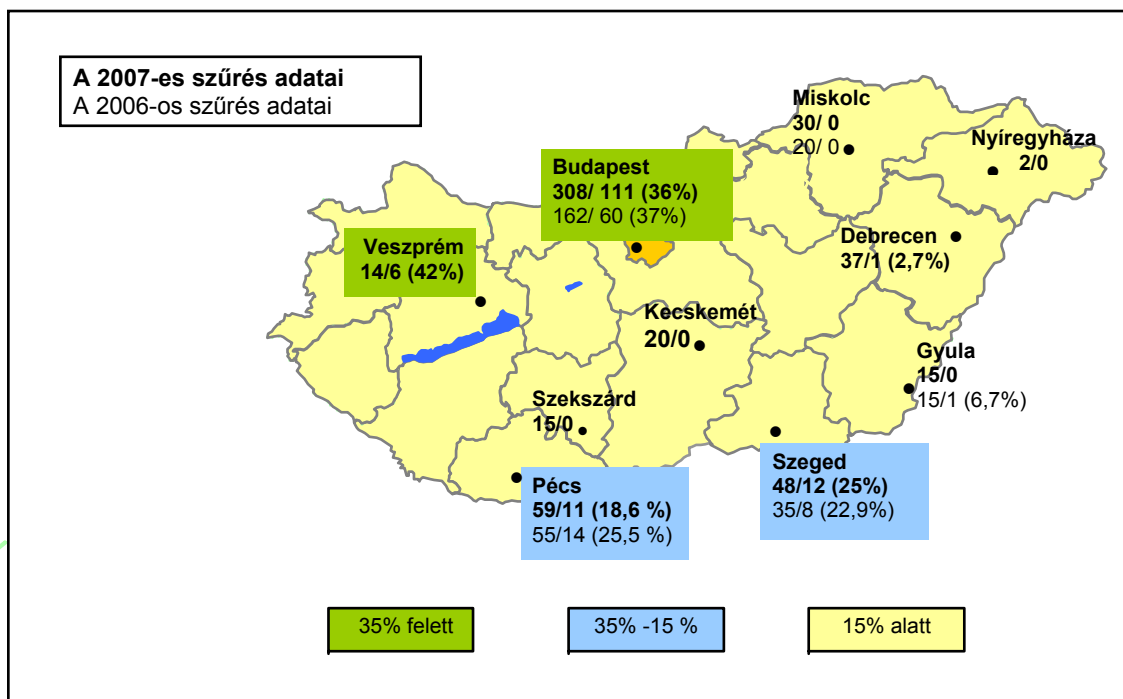
21. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása a kábítószer típusa szerint

Kábítószer típusa	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	Száma	Közül pozitív Szám	%	száma	közül pozitív szám	%
<b>Opiát</b>	412	1	0,2	397	109	27,5
<b>más, nem opiát</b>	152	1	0,7	151	32	21,2
<b>Együtt</b>	<b>564</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>548</b>	<b>141</b>	<b>25,7</b>

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

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

2. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2006-ban, és 2007-ben



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

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

22. táblázat. A HBV és a HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként

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

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

## TBC és kábítószer-használat

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

23. táblázat. TBC-s betegeknél talált rizikótényezők 2007-ben

Rizikótényező	Betegek Száma	Betegek %-a
Alkoholfüggő	285	16,3
Hajléktalan	154	8,8
Kontakt személy	65	3,7
Immigráns	12	0,7
Egészségügyi dolgozó	16	0,9
Magányosan élő	107	6,1
Diabeteses	68	3,9
Szteroid kezelt	17	1,0
Zárt közösség <sup>71</sup>	48	2,7
Kábítószer-használó	1	0,1
HIV fertőzött	4	0,2
Börtön	11	0,6
Nincs rizikó-tényező	1207	68,9
Incidencia:	1752	114%*
Összesen	1995*	

\* a rizikófaktorok közül több tényező megjelölése is lehetséges, ezért magasabb az összeg a betegszámnál  
Forrás: A pulmonológiai intézmények 2007. évi epidemiológiai és működési adatai

## Fertőző betegségek szűrése a büntetés-végrehajtási intézetekben<sup>72</sup>

A büntetés-végrehajtási (továbbiakban bv.) intézetekben 828 fő jelentkezett önkéntesen HIV szűrésre, akik között nem találtak fertőzött személyt. 2007-ben 11761 személy esetében történt tüdőszűrés, közülük 10 fő volt új TBC-s beteg.

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

### 6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS

2007 tavaszán készült Magyarországon először kutatás (Gerevich 2007) a kábítószer-függőség pszichiátriai komorbiditásáról. A vizsgálat a pszichiátriai komorbiditás prevalenciaértékeit a kábítószer-függő páciensek 200 fős ambuláns klinikai mintáján<sup>73</sup> mérte

<sup>71</sup> Szociális-, betegotthon, gyermekotthon.

<sup>72</sup> A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és az Országos Epidemiológiai Központ beszámolója alapján.

<sup>73</sup> A kétlépcsős mintavétellel kiválasztott mintába azok a 2007. márciusában és áprilisában a magyarországi nagyobb forgalmú drogambulanciákon kezelt drogfüggő páciensek kerültek, akik névtelenül hozzájárultak a



fel. A kutatásban résztvevő 10 ambulancia<sup>74</sup> nagy betegforgalommal rendelkezik, területileg lefedte az országot, így elegendő volt ahhoz, hogy megfelelően reprezentálja a területi sajátosságokból adódó egyes betegcsoportok közötti sokféleséget.

A megkérdezett kliensek 76%-a férfi, 24%-a nő volt. Koreloszlásuk az alábbiak szerint alakult: 19 éves vagy annál fiatalabb a minta 18%-a, 20-24 év közötti 29%-uk, 25-29 év közötti 26%-uk, 30-34 év közötti 24%-uk és 35, vagy annál idősebb a minta 12%-a volt. (A kutatás további szocio-demográfiai adatait lásd: 8.1. fejezet).

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

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

---

kutatásban való részvételhez. A vizsgálat mérőeszközei a Serdülőkorú Problémák Értékelő Interjúja (EuroADAD), A Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAK), a Beck Depresszió Kérdőív (BDK), az ADHD Szűrőteszt (ASRS-VI.1.) voltak. A minta tervezett elemszáma 200 fő volt, ami nagyjából a függő betegekkel kapcsolatos forgalom nagyságának megfelelően oszlott meg az egyes kezelő intézmények között.

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

24. táblázat. Hétköznapi pszichológiai problémák előfordulásának gyakorisága az utolsó 30 napban

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

*Forrás: Gerevich 2007*

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

A páciensek 30%-a közepesen vagy súlyosan bizonyult depressziósnak a vizsgálat időpontjában. Az életkor előrehaladtával nő a depresszió aránya. Ezen kívül a nemek szerint is jelentős különbség figyelhető meg, amennyiben a nők inkább depressziósnak mutatkoztak. Agresszív személyiségvonás („vonás-agresszió”) a vizsgálati személyek 60%-át jellemezte (36 % közepes, 25 % súlyos). Azoknál a pácienseknél, ahol a heroin volt az elsődlegesen fogyasztott szer, a vonás-agresszió magasabb volt, mint azoknál, akik marihuánát fogyasztottak elsődleges szerként. Az agresszió növekedésével a depresszió súlyossága szintén jelentős növekedést mutatott. A pácienseknek csaknem fele, 49%-a szedett már orvos által felírt gyógyszert pszichológiai, érzelmi problémáira.

25. táblázat. A pszichopatológiai tünetek élettartam prevalenciája

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

*Forrás: Gerevich 2007*

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

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

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

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

#### **6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI**

##### **Közúti balesetek**

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

A Toxikológiai Intézet a 97 mintából, 61 esetben állapított meg pozitivitást, amelyek közül 27 minta esetében vérben is bizonyítható volt a kábítószer jelenléte.

26. táblázat. Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban

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

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

### A várandósság alatti droghasználat hatása, magzati szindróma

A Semmelweis Egyetem I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika<sup>75</sup> 2006-2007-es adatai alapján a következő megállapításokat tehetjük a kábítószer-fogyasztással kapcsolatban.

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

A tanácsadást követően 10 alkalommal került sor terhesség-megszakításra.

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

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

A 13 esetből 10 esetben az újszülött intenzív ellátást, megfigyelést igényelt. A terhességi kor alapján 5 esetben történt koraszülés, míg további 5 esetben a méhen belüli növekedési elmaradás miatt a terhességi héthez képest jóval kisebb súllyal jöttek világra az újszülöttek. 2 esetben fejlődési rendellenességet diagnosztizáltak (lábfejlődési rendellenesség, corpus callosum dysgenesia).

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

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

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

vételét, 5 esetben ideiglenes hatályú elhelyezését kezdeményezték, 1 esetben titkos, és szintén 1 esetben nyílt örökbeadásra került sor.

### Kábítószer-mérgezési esetek

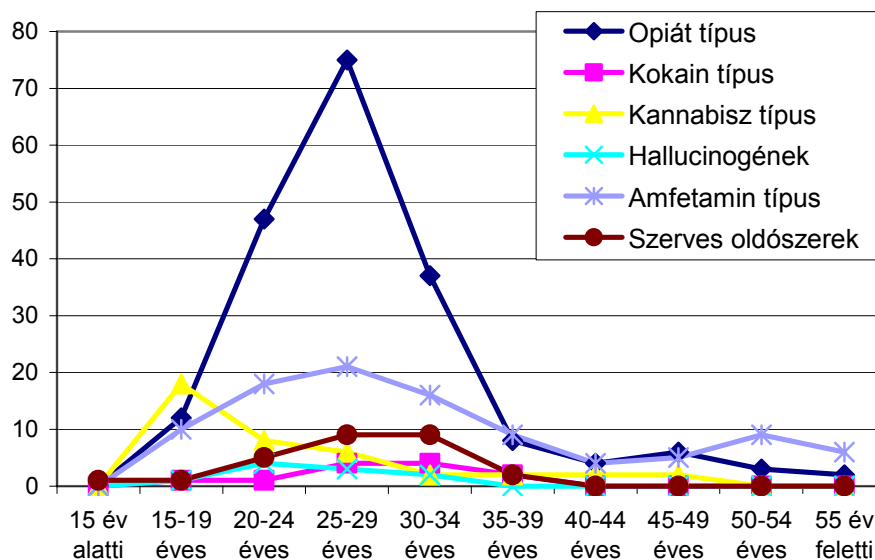
Az elmúlt évhez hasonlóan a 2007-es évben is a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán keletkezett adatokat<sup>76</sup> közöljük a kábítószer-mérgezési esetekkel kapcsolatosan.

Az elmúlt évhez képest az osztályon kezelték száma lényegében nem változott (2006-ban 670 fő, 2007-ben 672 fő), a legnagyobb számban 2007-ben is opiát típusú szerek<sup>77</sup> fogyasztása miatt kerültek az osztályra a kliensek, főleg heroin-fogyasztás miatt (154 férfi, 47 nő). A heroin túladagolás miatt kezelésre szorulóknak száma a 2006-os számhoz képest mind a férfiak, mind a nők körében nőtt. Az opiátok után a második leggyakrabban amfetamin típusú szereket adagoltak túl, itt azonban az esetek 64,6%-ában nem ismert a szer pontos típusa. Ezen esetek jellemzően időskori betegségekre felírt stimuláns tartalmú gyógyszerek miatt következtek be.<sup>78</sup>

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

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

40. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak, korcsoport szerinti bontásban (N=381)



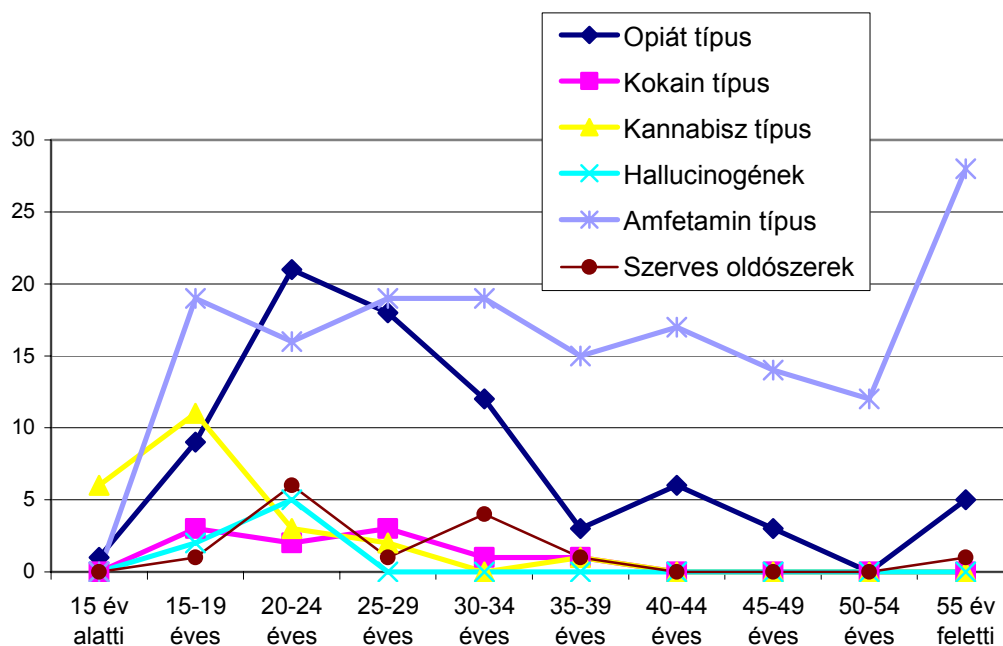
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

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

<sup>77</sup> 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.

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

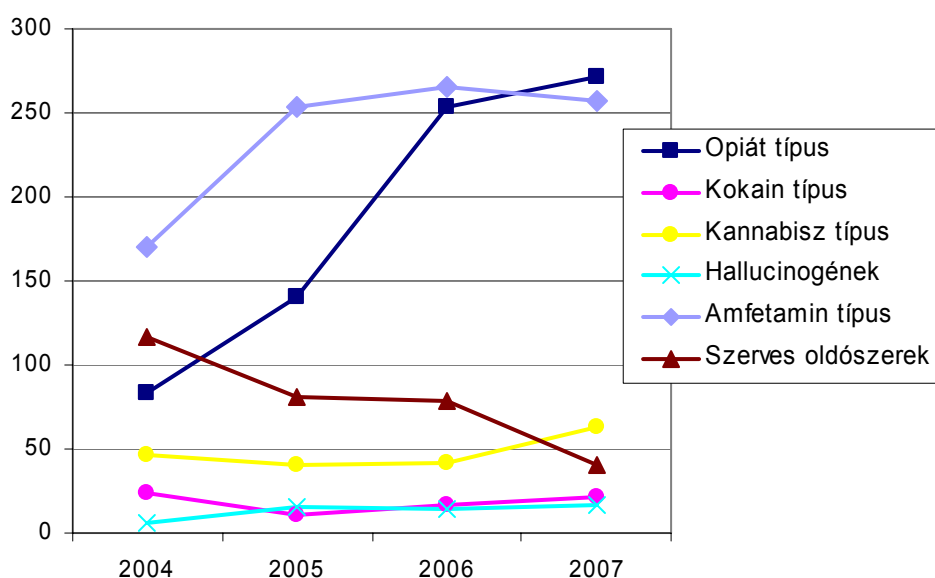
41. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők, korcsoport szerinti bontásban (N=291)



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

Az elmúlt évek mérgezéses eseteit tekintve 2007-re lassuló növekedés figyelhető meg. Az opiát, kokain és kannabisz típusú szereknél, valamint a hallucinogének esetében enyhe növekedés figyelhető meg, az amfetamin típusú szereknél pedig enyhe csökkenés. A legnagyobb csökkenés a szerves oldószerek okozta túladagolások számában jelentkezik.

42. ábra. 2004 és 2007 között a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma



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

## Következtetések

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

2007-ben Magyarországon az intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV prevalenciájának mérésére közel kétszer annyi adat állt rendelkezésre az előző évi vizsgálathoz képest. HIV fertőzött 2007-ben sem került felderítésre. A HCV prevalencia tekintetében nem mutattak ki lényeges változást az elmúlt két év eredményeit összehasonlítva (2006: 28,9%; 2007: 25,7% ). A budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében mért 2007. évi prevalencia (36%) gyakorlatilag megegyezik az előző évivel ( 37%), míg a vidékiek között mért 12,5%-os HCV pozitivitás alacsonyabb a 2006-ban megállapított 18,4%-os aránynál. Tekintettel arra, hogy a vidékről begyűjtött minták száma csaknem duplájára emelkedett az előző évihez képest, a 12,5%-os prevalencia közelebb állhat a tényleges helyzethez, mint a 2006. évi. A vizsgálat folytatása a következő években is szükségszerű. Anyagi keretek függvényében a jövőbeni cél, hogy növeljék a mintába bekerülők számát, még több drogambulanciát, civil szervezetet vonjanak be a munkába, illetve néhány ambulancián megvalósítható az intravénás kábítószer-használók folyamatos, évenként legalább egyszeri rutinszerű HIV és HCV szűrővizsgálatát.

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

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

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

## 7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE<sup>79</sup>

### 7.1 DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

Nincs új információ.

### 7.2 DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

#### Prevenció

##### *Tűcsere programok*

Tűcsere programok működtetésével 2007-ben 14 szervezet foglalkozott, amelyek közül továbbra is 4 található Budapesten. Két éve nem történt változás a vidéki szervezetek területi eloszlásában sem, az ország észak-nyugati részének tűcsere programokkal történő lefedettsége továbbra sem kielégítő.

Állandó telephelyű programokat két budapesti és hat vidéki szervezetnél vehetnek igénybe az intravénás kábítószer-fogyasztók. Két új program indult Miskolcon és Békéscsabán a Baptista Szeretetszolgálat ill. a MI-ÉRTÜNK Prevenációs és Segítő Egyesület keretein belül. A nyolc program keretében összesen kiosztott injektorok<sup>80</sup> száma 151960 db volt, amely már csak 48%-os növekedést mutat az előző évhez képest (2006-ban 75%-os növekedés). A 2007. évi növekedés több mint 90%-át a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány által kiosztott fecskendők adják, ugyanakkor a többi szolgáltató közül is szinte mindegyiknél szignifikáns növekedés tapasztalható kiosztott fecskendők számában az előző évi adataikhoz képest. A vidéki városokban az injektor kiadás 40 és 1740 db között változik. A kliensek által visszahozott (visszajuttatott) injektorok aránya országos viszonylatban a fix telephelyű programok esetében valamelyest csökkent, 50% volt.

Az automaták forgalma 2007-ben további 23%-kal nőtt, az öt program (közülük egy budapesti) keretében 27242 injektor került kiosztásra. Néhány automata közelében elhelyezett speciális hulladékgyűjtőkben 1180 injektort találtak az év folyamán, ami közel 18%-os növekedést mutat az előző évhez képest. Az INDIT Közalapítvány felügyelete alatt levő automata által kiadott fecskendők száma 67,6%-os növekedést mutattak, a Pándy Kálmán kórház automatájából vásárolt fecskendők száma pedig megduplázódott.

Mobil tűcserét a két budapesti szolgáltató mellett a debreceni EFOTT fesztivál miatt a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet debreceni bázisa is biztosított. A kiosztott injektorok száma (16885 db) a 2006-os adatokhoz képest szinte semmit nem változott, a becserelési arány azonban majdnem 100%-os volt. A kiosztott fecskendők számában tapasztalható stagnálás valószínűleg annak tudható be, hogy az egyik szolgáltató által használt mobil busz kikerült a forgalomból, így a 2007. évi adatok szinte egészét a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront programja jelentette.

A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok száma tovább nőtt 9-re (Budapesten 3, vidéken 6

<sup>79</sup> A fejezet szerzője: Daróczy Zita, Tarján Anna

<sup>80</sup> Injektor: tű+fecskendő



program), a gyulai Pándy Kálmán kórház és a Független Egyesület programjainak kettéválása miatt. 2007-től ez utóbbi folytatja az utcai megkereső programot Gyulán. A programok keretében tavaly 17687 db injektor került kiosztásra, amely 2003 óta a legalacsonyabb szám. A becserélési arány ugyan valamelyest emelkedett 2006-hoz képest (66,6%-ra), de 2004 óta lassuló ütemben, folyamatosan csökkent az utcai programon belül a kliensek által az utcai programok munkatársaihoz hozott fecskendők száma. Ennek lehetséges oka, hogy a kábítószer-fogyasztók a használt tűket továbbra is inkább beviszik az állandó telephelyekre, vagy a mobil állomásokon adják le. A becserélési arány 11%-os javulásához hozzájárult a közterületeken összegyűjtött használt fecskendők számának 37%-os emelkedése is.

27. táblázat. Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003-2007

	Fix telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
<b>2003</b>					
osztott	19600	682	28970	2415	51667
hozott (+gyűjtött)	7984	695	15081	5	23764
becserélési arány	40,7%	101,9%	53,1%	0,2%	46,5%
kliensek száma	490	37	424	-	951
kontaktok száma	2321	912	426	-	3659
<b>2004</b>					
osztott	30649	2870	38742	7510	79771
hozott (+gyűjtött)	18739	2370	21384	65	42558
becserélési arány	61,1%	82,6%	55,2%	0,8%	53,4%
kliensek száma	561	82	471	-	1114
kontaktok száma	3665	1590	1007	-	6262
<b>2005</b>					
osztott	58804	5500	20823	20263	105390
hozott (+gyűjtött)	32941	3722	15343	496	52502
becserélési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	-	959
kontaktok száma	5172	2148	1380	-	8700
<b>2006</b>					
osztott	102981	16689	22763	22090	164523
hozott (+gyűjtött)	53907	14789	12613	1002	82311
becserélési arány	52,3%	88,6%	55,4%	4,5%	50,0%
kliensek száma	900	232	636	-	1768
kontaktok száma	6013	3117	1758	-	10888
<b>2007</b>					
osztott	151960	16885	17687	27242	213774
hozott (+gyűjtött)	75498	16848	11787	1180	105313
becserélési arány	49,7%	99,8%	66,6%	4,3%	49,3%
kliensek száma	1333	145	541	-	2019
kontaktok száma	14570	3158	10239	-	27967

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

2007-ben az összes kiosztott injektorok száma az előző évhez képest 30%-kal növekedett, a becserélési arány pedig, követve a 2003 óta kialakulni látszó lépcsőzetes trendet, ismét csökkent. Tűcsere szolgáltatásban az adatok szerint 2019 kliens részesült, ami már csak 14%-os növekedést jelent 2006-hoz viszonyítva. A másodlagos tűcsere utaló, 2006-ban az

adatgyűjtés kezdete (2003) óta először csökkenő egy főre jutó injektorok száma 2007-ben azonban ismét emelkedett, 106 injektor/fő-re. Ennek egyik oka lehet a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány állandó telephelyű programja kliensszámának két és félszeresére történő ugrása, ami a kiosztott fecskendők számát is megemelte. Összességében a kliensekkel való találkozások (kontaktok) száma 27967 volt, ami szintén több mint 2,5-szeres növekedést jelent. Ezen találkozások alkalmával kiosztott steril fecskendők is okozhatták az egy főre jutó injektorok számának növekedését.

### **Tanácsadás, tesztelés**

A 2007. október 15. és december 31. között az Országos Epidemiológiai Központ által szervezett HIV/HBV/HCV kampányszűrés<sup>81</sup> során mintát adó 567 intravénás kábítószer-fogyasztóval közölték a vizsgálati eredményeket a 15 résztvevő drogambulancia, illetve szervezet dolgozói. Pozitív vizsgálati eredmény esetén megfelelő információval látták el a HBV, HCV fertőzött személyeket, mit tehetnek a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében és hova fordulhatnak további orvosi gondozásba vétel céljából.

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

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

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

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

A kezdőoldalon egy tesztet lehet kitölteni, amely a megfertőződés módjaival, illetve a májgyulladás tüneteivel kapcsolatban tesz fel kérdéseket. Ezután az oldal kiértékeli az eredményt, és jelzi, ha a kérdőívet kitöltőnek további konzultációra van szüksége. A megfertőződés rizikófaktoraik között a problémás kábítószer-fogyasztás (intravénás szerhasználat, kokain-szippantás) is feltüntetésre került. 2007 végén (november végétől december végéig) 8763 személy töltötte ki a kérdőívet, amelyek közül 586 fő jelölte be a kábítószer-fogyasztást, mint rá jellemző kategóriát.<sup>83</sup>

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

<sup>81</sup> A 2007-es vizsgálat eredményeit lásd: 6.2. fejezet.

<sup>82</sup> Az Egészségügyi Minisztérium beszámolója alapján

<sup>83</sup> Duplikációkat tartalmazhat.

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

### **7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS KEZELÉSE**

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

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

### **7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE**

#### **Kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek megelőzése**

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

#### **Kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások**

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

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

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

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

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

### *Következtetések*

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

## 8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI<sup>84</sup>

### *Háttér, előzmények*

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

E kutatásokon kívül a fejezet háttérét, a kezelést igénylő és a kezelő-ellátó rendszerben, illetve az elterelés rendszerében megjelenő, azt igénybe vevő kliensekről rendszeres és egységesített adatok biztosítják (TDI).

### 8.1. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG

#### *A TDI adatbázisból származó szocio-demográfiai adatok*

Jelen fejezetben a drogfogyasztók szociális kirekesztettsége mértékének változásai elsősorban a TDI adatbázis alapján kerülnek bemutatásra. A TDI adatbázis jelenlegi feldolgozottság mellett 90%-osnak tekinthető, így az alábbiakban megfogalmazott, TDI adatbázison alapuló megállapításokat nem tekinthetjük véglegesnek<sup>87</sup>. Az így kapott eredmények, amennyiben módszertanilag lehetséges, kiegészítésre, összehasonlításra kerülnek a fent nevezett kutatások eredményeivel.

2007-ben 1185<sup>88</sup> kliens TDI adatait jelentették<sup>89</sup> a szolgáltatók az OAI-nak (a kezelték jellemzőinek bővebb ismertetését lásd a 4.2. fejezetben). A mintában szereplők átlagéletkora 28,7 év (2006-ban 28,5 év) volt.

Az adatbázisban a nemek aránya gyakorlatilag nem változott. 2007-ben is túlnyomórészt férfiak szerepeltek, arányuk 78,6% (929 fő), míg a nők aránya 21,4% (253 fő)<sup>90</sup> volt.<sup>91</sup> Szerhasználat tekintetében elmondható, hogy elsődleges szerként legnagyobb arányban változatlanul a kannabisz-származékok fogyasztása volt a jellemző (36,1%), melyet az opiátok (kimagaslóan a heroin) követett (28,8%). Elsődleges szerként a minta 11,5%-a használt altatókat és nyugtatókat. 2007-ben mind a stimulánsok, mind a visszaélészerű gyógyszerhasználat átlépte a 10%-os határt. A kokain (összes) 3%-os, a stimulánsok (összes) 13,9%-os, a hallucinogének (összes) 0,9%-os, az inhalánsok 2,2%-os, az egyéb anyagok (összes) 4,6%-os arányban szerepeltek elsődleges szerként a mintában<sup>92</sup>.

<sup>84</sup> A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Gerevich József, Hajdu Gábor, Kun Gábor, Ritter Ildikó, Tarján Anna

<sup>85</sup> támogató: NKTH 2005-2008, témavezető: Dr. Gerevich József

<sup>86</sup> támogató: SzMM, kutatásvezető: Dr. Gerevich József

<sup>87</sup> Az adatbázis további jellemzőit lásd a 4.2 fejezetben.

<sup>88</sup> 2006-ban összesen 1472 fő adatait jelentették.

<sup>89</sup> Az elterelés kapcsán kezelésbe kerültek adatait nem tartalmazza.

<sup>90</sup> A kieső 3 fő esetében nem került rögzítésre a neme.

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

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

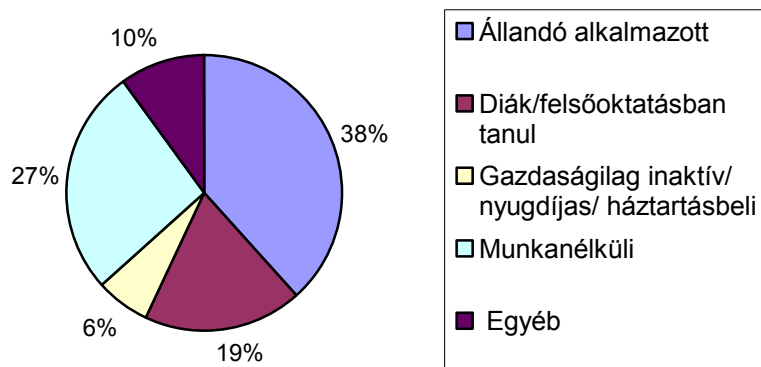
## Munkanélküliség

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

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

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

43. ábra. Munkaügyi státusz a kezelték körében 2007-ben



Forrás: OAI 2008

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

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

## Iskolából való kimaradás

A TDI adatok alapján a kezelték 42,7%-nek a legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú iskolai végzettség, 2,7% soha nem járt iskolába, illetve nem fejezte be a 8 általánost.

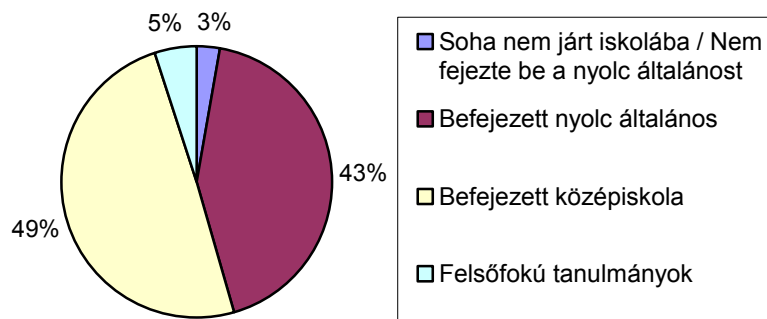
<sup>93</sup> 1185 főből 38 esetben nem ismert a munkaügyi státusz.

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

<sup>95</sup> A módszertani különbségekből – lásd 6.3 fejezet - adódóan a kutatás eredményei nem, vagy csak részben hasonlíthatók össze a TDI adatbázis eredményeivel.

Felsőfokú tanulmányait 5% (57 fő), középiskolai tanulmányait 49,6% (559 fő) fejezte be.<sup>96</sup> A válaszoló szerhasználók 18,5%-a (213 fő) tanuló/hallgató volt a kérdőív felvételének idején.<sup>97</sup> A 2006-os és a 2007-es év adatai közelítenek egymáshoz<sup>98</sup>.

44. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelték körében 2007-ben



Forrás: OAI 2008

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

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

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

<sup>97</sup> A tanulói, hallgatói viszony a munkaügyi státuszra vonatkozó kérdés keretében került megjelölésre, ahol 1185 főből 35 esetében nem ismert a munkaügyi státusz, így 1150 fő lett a százalék alapjául véve.

<sup>98</sup> A 2006-os adatokat ld. a 2007-es Éves Jelentés 8.1 fejezetben.

28. táblázat. Az egyes iskolai problémák előfordulási gyakorisága (%)

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

*Forrás: Gerevich 2007*

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

29. táblázat. Az átlagos iskolai problémaszám az egyes csoportok esetében

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

*Forrás: Gerevich 2007*

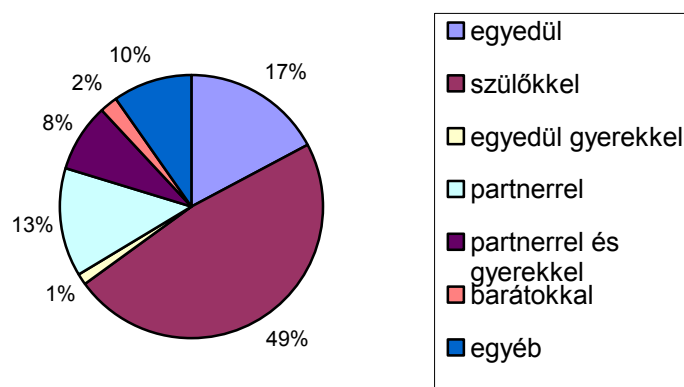
## Szociális háló

A TDI adatok alapján 2007-ben a kezelésben résztvevők 47,8%-a (552 fő) élt a szüleivel<sup>99</sup>. A megkérdezettek átlagéletkora 28,7 év volt. Az egyedül élők aránya 17,4%, a partnerrel kettesben élők aránya 13,3%, a partnerrel és gyerekkel élők aránya 8,3%, az egyéb kategóriában megjelenők aránya pedig 9,6% volt. A gyerekekkel egyedül élők, valamint a barátokkal élők aránya a mintán belül igen alacsony. Előbbi 1,2%, utóbbi pedig 2,4%.

<sup>99</sup> 1185 fő közül 29 élethelyzetét nem ismerjük.



45. ábra. Kezeltek családi állapota 2007-ben



Forrás: OAI 2008

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

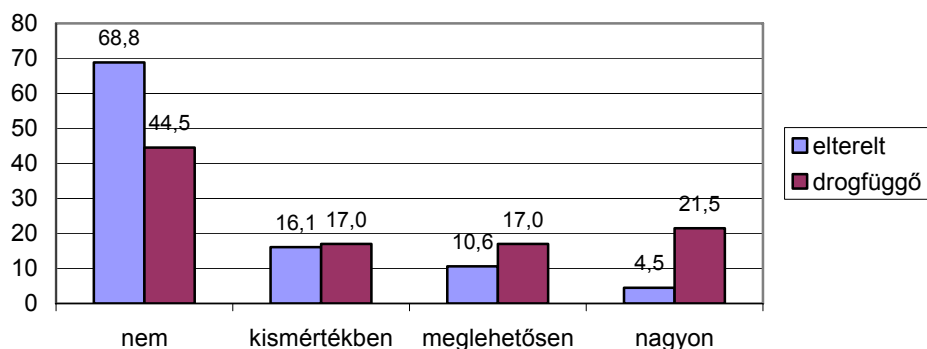
A komorbiditás kutatás a válaszadók társas kapcsolataira is rákérdezett. A drogfüggők egytizede egyáltalán nem tudhat magáénak ismerősei körében közeli barátot. 72%-uk 1 és 5 közötti közeli baráttal rendelkezik, 18%-uk pedig 5-nél is többel. Jellemző, hogy a válaszadók 75%-ának a legjobb öt barátja közül legalább egy alkohol, vagy kábítószer problémából eredően kapcsolatba került már a rendőrséggel, 12% esetében pedig már mind az öt barát. A partnerkapcsolatra jellemző, hogy a vizsgált minta ötödének nem volt az elmúlt 3 hónapban partnerkapcsolata. 58% válaszolt úgy, hogy egy kapcsolata volt. A nők inkább rendelkeztek partnerkapcsolattal, mint a férfiak.

A szociális háló fontosságát mind az eltereltek, mind a függő kábítószer-fogyasztók körében, a következő kutatás adatai is alátámasztják. Az *Eltereltek és drogfüggők támogatási szükséglete* című összehasonlító elemzés<sup>100</sup> (Hajdu 2008) keretében az alábbi eredmények születtek.

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

46. ábra. Az egészségi állapottal kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az eltereltek és a drogfüggők között

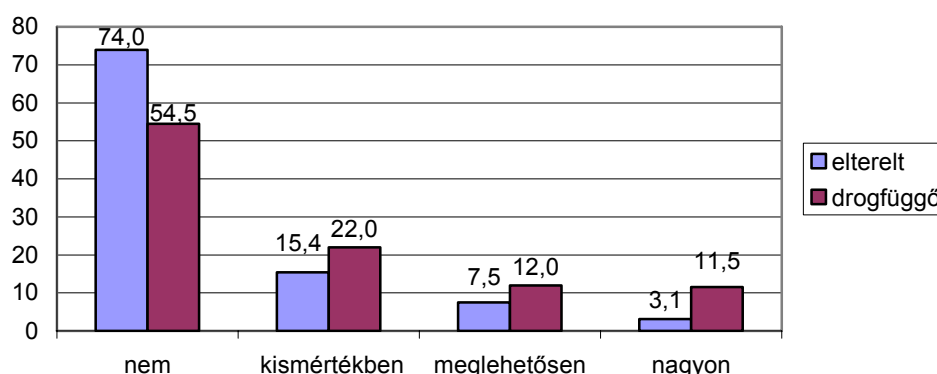
<sup>100</sup> Az elemzés egyrészt a 6. fejezetben (ill. fent) már említett kutatás (Gerevich 2007) populációját, másrészt pedig a Veszélykereső és veszélyeztetett fiatalok pszichoszociális problémái és támogatási szükségletei című, szintén Gerevich József és munkatársai által végzett kutatásban résztvevőket (293 fő elterelésben – drogambulancián elterelésben és megelőző-felvilágosító intézményben elterelésben – résztvevő kábítószer-fogyasztó) hasonlította össze. Az összehasonlító elemzést az EuroADAD teszt nyolc változója (egészségi állapot, iskola, társas kapcsolatok, család, pszichológiai állapot, jogi helyzet, alkohol-fogyasztás és drogfogyasztás) mentén végezték. Jelen fejezetben a teljesség igénye nélkül csak néhány kerül kiemelésre a változók közül.



Forrás: Hajdu 2008

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

47. ábra. A társas kapcsolatokkal kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az elterelték és a drogfüggők között

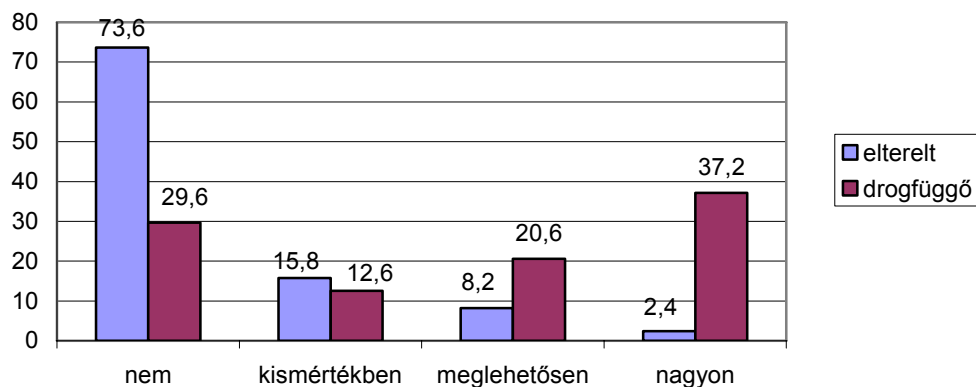


Forrás: Hajdu 2008

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

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

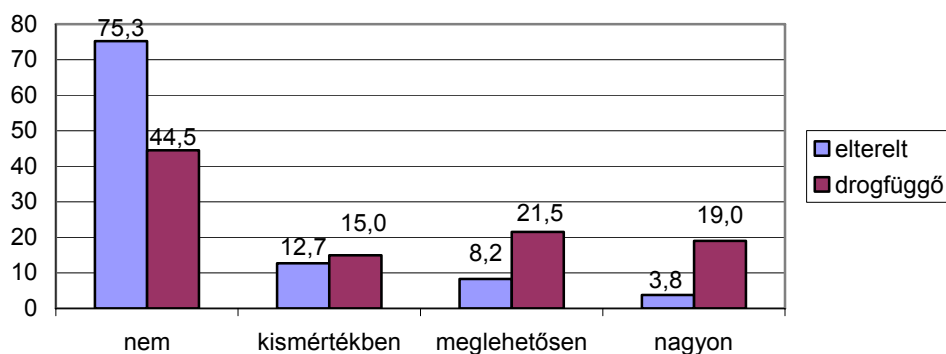
48. ábra. A drogfogyasztással kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az elterelték és a drogfüggők között



Forrás: Hajdu 2008

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

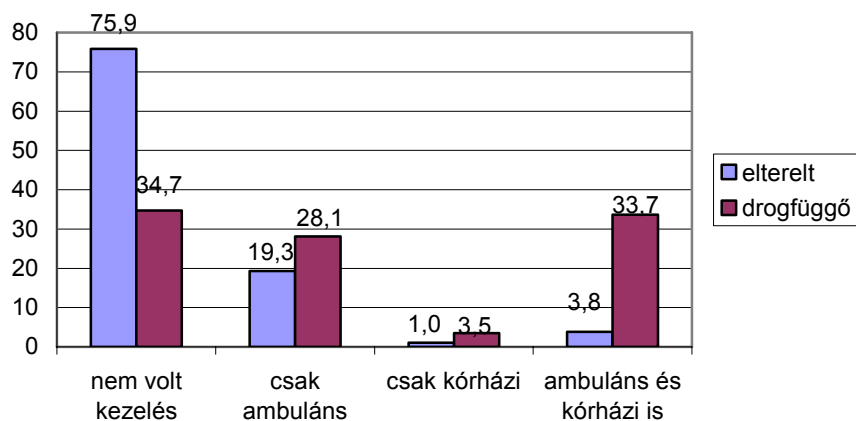
49. ábra. A pszichológiai és érzelmi problémákkal kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az eltereltek és a drogfüggők között



Forrás: Hajdu 2008

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

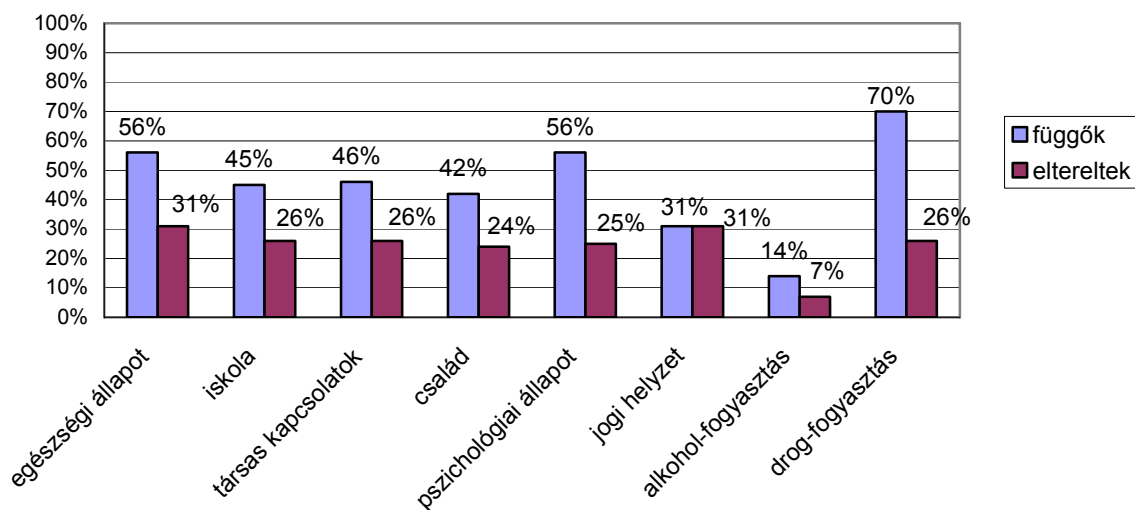
50. ábra. A pszichológiai és érzelmi problémák miatti korábbi kezelések az eltereltek és a drogfüggők között



Forrás: Hajdu 2008

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

51. ábra. Támogatási szükséglet az EuroADAD problématerületei szerint a drogfüggők és az eltereltek körében



Forrás: Gerevich 2008<sup>101</sup>

## Prostitúció

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

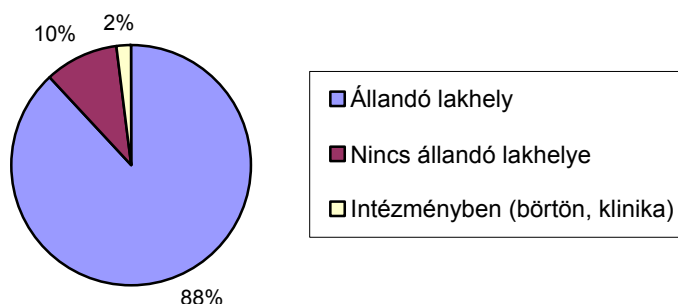
A kutatás során megkérdezettek 92%-a élt szexuális életet. A minta 89%-a saját bevallása szerint élete során egyszer sem létesített szexuális kapcsolatot pénzért, alkoholért, vagy kábítószerért. A nők 27%-a, míg a férfiak 6%-a létesített már szexuális kapcsolatot pénzért, alkoholért, vagy kábítószerért.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

<sup>101</sup> Elhangzott „A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása” c. konferencián (2008. május 9.), Gerevich József azonos című előadásának részeként

## Hajléktalanság

A TDI kérdőív a lakhatási körülményekre („Jelenleg hol él?”) vonatkozó adatai tekintetében nem következett be érdemi változás az előző évi adatokhoz viszonyítva. Az adatbázisban szereplők 88,2%-a rendelkezett állandó lakhellyel, 1,8%-uk intézményben élt, 10%-uk pedig nem rendelkezett állandó lakhellyel a kérdőív felvételének pillanatában.<sup>102</sup>

52. ábra. Lakhatási körülmények a kezelték körében 2007-ben



Forrás: OAI 2008

### Drogfogyasztó hajléktalanok jellemzői

Azok a hajléktalanok, akik életük során használtak már valamilyen drogot<sup>103</sup>, 37%-ban nyilatkoztak úgy, hogy az életük során volt már olyan időszakuk, amikor a drogfogyasztás következtében fizikai és/vagy lelki problémáik adódtak, illetve személyes és/vagy intézményes kapcsolataikban kézzelfoghatóvá váltak a szerhasználat káros hatásai (ez az arány az ellátásban részesülő hajléktalanokra vetítve 6%) (Paksi et al. 2008). Jellemzően a problémás esetek több mint felében kettő vagy annál több életdimenzióra is hatással volt a drogfogyasztás.

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

A legkevésbé az iskolai, munkahelyi viszonyokra hat negatívan a szerhasználat a hajléktalan droghasználók esetében, az általános népességben tapasztalt arányokhoz képest is kisebb arányban fordultak elő ezeken a területeken problémák. Ennek feltételezett magyarázata, a hajléktalanok társas kapcsolatok terén mutatkozó eleve kedvezőtlen helyzete, illetve, hogy körükben sem az iskolai tanulmányok, sem a munkahely nem jelennek meg hangsúlyosan, esetenként egyáltalán nem.

<sup>102</sup> 1185 esetből 30-nál nem ismerjük a lakhatási körülményeket. 2006-ban a minta lakhatási körülmények tekintetében a 2007-es arányokkal megegyező arányokat mutatta. Feltételezhetjük, hogy teljes körű adatszolgáltatás esetén is a megengedett hibahatáron belül maradna az eltérés a két év adatai között.

<sup>103</sup> A kutatás módszertanát és a prevalencia értékeit lásd a 2. fejezetben.

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

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

Forrás: Paksi et al. 2008

### Társadalmi kirekesztettség

A „Kirekesztődés és kirekesztés – a droghasználók társadalmi megítélése és kirekesztettsége a kábítószer-fogyasztók és a társadalmi környezet szemszögéből” c. kérdőíves kutatás<sup>104</sup> (Busa et al. 2008) során megkérdezett válaszadók túlnyomórészt férfiak voltak (79,5%) és mindössze ötödük volt nő (20,5%).<sup>105</sup> A megkérdezettek átlagéletkora 26,5 év volt. Korcsoporti megoszlás tekintetében a minta legnépesebb csoportja a 21-25 év közöttieké (30,3%). Őket követik a 31 éves, vagy annál idősebbek (26,4%), a 26-30 évesek (23,1%), majd végül a 15-20 év közöttiek (20,3%).<sup>106</sup> Iskolai végzettség szerint a legfeljebb 8 általánossal rendelkezők és a szakmunkásképzőt, szakiskolát végzetek aránya közel azonos (előbbi 28,6%, utóbbi 28,2%). Az érettségivel rendelkezők százalékos aránya a mintán belül 37,9%, a legalacsonyabb a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya (5,3%).<sup>107</sup> A minta gazdasági aktivitását tekintve közel negyedük tanult, 52,3%-uk dolgozott (beleértve a feketemunkát is). A munkanélküliek aránya 16,8% volt. A minta 7,5%-a egyéb kategóriába tartozik, ami azt jelenti, hogy leginkább dolgoznak és tanulnak egyszerre, vagy rokkantnyugdíjasok.<sup>108</sup>

Szerhasználati szokás tekintetében zömében alkalmi szerhasználóként definiálták magukat a válaszadók (30,3%); csak kipróbálta, de azóta nem fogyaszt, valamint az „éppen leszokóban van” kategóriákat közel azonos arányban jelölték meg (21,9% és 23,5%). A rendszeresen fogyasztók és az absztinensek szintűgy közel azonos mértékben voltak jelen a vizsgált populációban (11,9% és 12,5%).<sup>109</sup>

### Kirekesztettség – a szenvedélybetegekhez való viszonyulás

A válaszadók úgy ítélték meg, hogy a magyar társadalom többsége a leszokott drogosokkal kapcsolatban toleránsabb, mint az aktív szerhasználókkal szemben. Aktív szerhasználat vonatkozásában a közvéleményt a kérdezettek 69%-a, a leszokott drogosok tekintetében pedig 36%-a vélte elutasítónak. Az elfogadó attitűdöt a leszokott drogosok megítélésében a

<sup>104</sup> A vizsgálat a Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete és az INDIT Közalapítvány szociális vizsgálata, mely a KAB-KT-07-011 számú SzMM pályázat által támogatott kutatási projekt keretében zajlott, drogambulanciák és szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetek kliensei körében. A kutatás anonim, önkitöltős kérdőívre történő válaszadásra épült és összesen 18 város (Balassagyarmat, Békéscsaba, Budapest, Debrecen, Eger, Gyula, Kaposvár, Kecskemét, Miskolc, Mosonmagyaróvár, Nagykaló, Nagykanizsa, Pécs, Szeged, Székesfehérvár, Szekszárd, Veszprém, Zalaegerszeg) vett részt a vizsgálatban. A 18 városban összesen 1900 kérdőívet küldtek ki a kutatók, kiküldött kérdőívekből 846 érkezett vissza.

<sup>105</sup> 21 válaszadó, a kérdőív kitöltése során nem jelölte meg a nemét.

<sup>106</sup> 27 válaszadó a kérdőív kitöltése során nem jelölte meg életkorát.

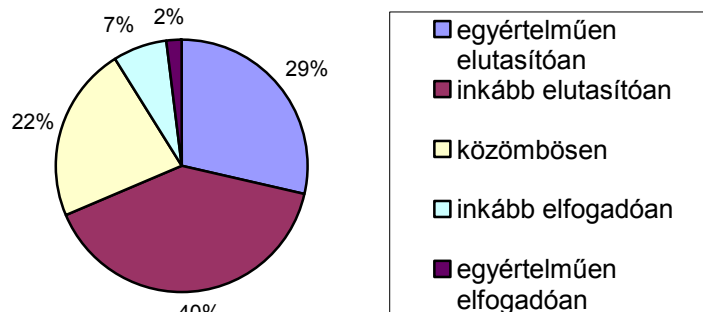
<sup>107</sup> A kutatás során 22 fő nem válaszolt az iskolai végzettségre vonatkozó kérdésre.

<sup>108</sup> Nem válaszolt a kérdésre 30 fő.

<sup>109</sup> Nem válaszolt a kérdésre 11 fő.

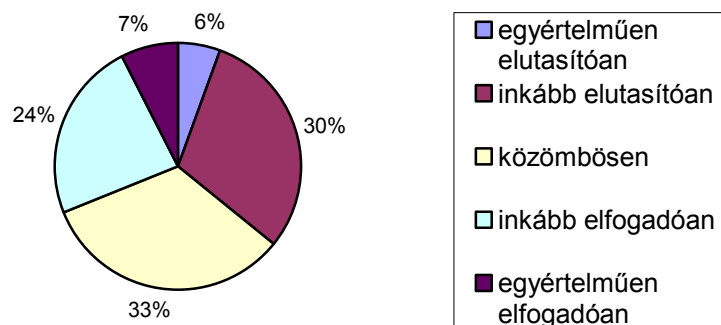
válaszadók 31% tapasztalta / valószínűsítette a társadalom részéről. Ez az arány az aktív szerhasználók esetében mindössze csak 9%.

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



Forrás: Busa et al. 2008

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

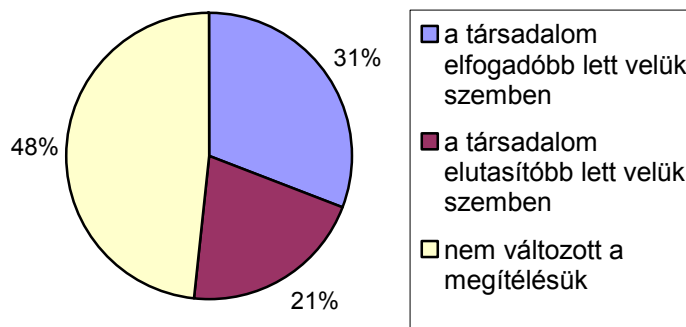


Forrás: Busa et al. 2008

Összességében az elmúlt néhány évben a kábítószeresek társadalmi megítélésében a válaszadók 48%-a nem észlelt változást. 31%-ban válaszoltak úgy, hogy a „társadalom elfogadóbb lett velük szemben”, 21%-uk pedig negatívan látta a jelenlegi társadalmi vélekedést a korábbi évekhez képest<sup>110</sup>.

<sup>110</sup> A kérdést a válaszadók számottevő része (155 fő) nem tudta megítélni.

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

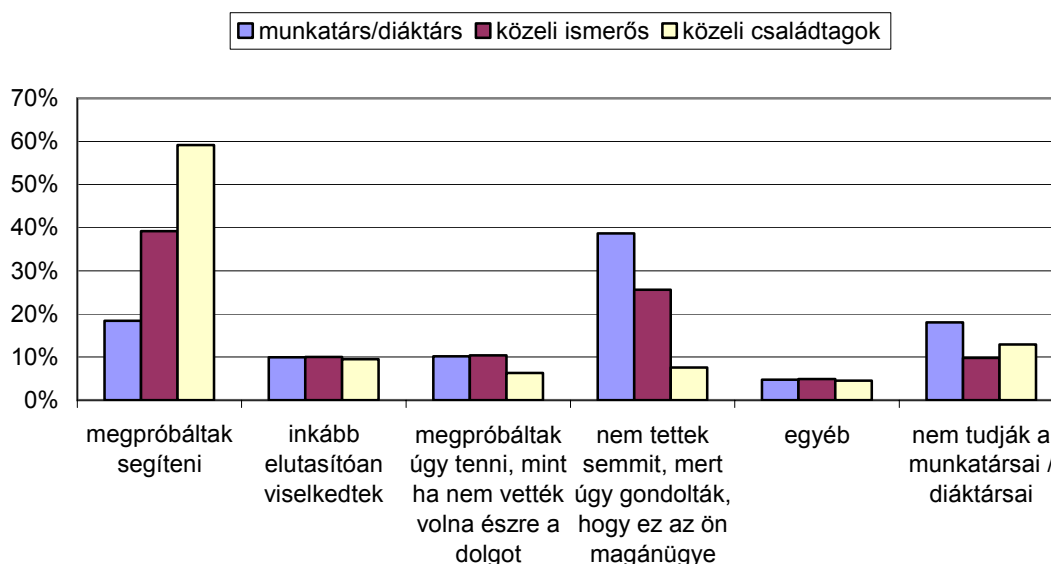


Forrás: Busa et al. 2008

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

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

57. ábra. „Mit tettek a munkatársai/diáktársai, közeli ismerősei, közeli családtagjai, amikor megtudták, hogy Ön drogot fogyaszt(ott)?”<sup>111</sup> kérdésre adott válaszok megoszlása



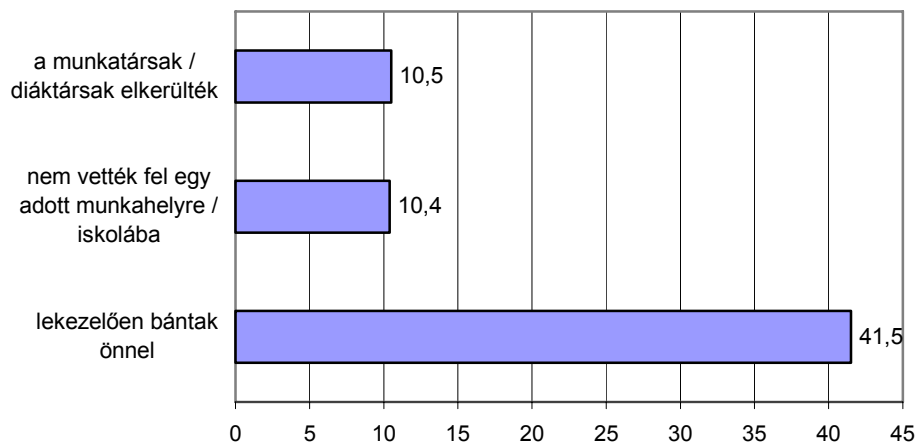
Forrás: Busa et al. 2008

<sup>111</sup> A három kategória közül az elsőre (mit szóltak munkatársai/diáktársai) 21 fő, a másodikra (mit szóltak közeli ismerősei) 30 fő, a harmadikra (mit szóltak közeli családtagjai) 26 fő nem válaszolt.



A válaszadók több mint fele (54,4%) jelezte, hogy a szerhasználat miatt érte már hátrányos megkülönböztetés. A drogfogyasztással összefüggő negatív diszkrimináció a kérdezettek 41,5%-át (351 fő) érte oly módon, hogy valamely szituációban lekezelően bántak vele, s 10-10%-uk (89, 88 fő) számolt be arról, hogy droghasználata miatt munkatársai/diáktársai elkerülték, illetve, hogy nem vették fel egy adott iskolába vagy munkahelyre.

58. ábra. „Ha Önt érte hátrányos megkülönböztetés drogfogyasztás miatt, pontosan mi volt az?” kérdésre adott válaszok megoszlása (Több válasz is megjelölhető volt.) (N=528)



Forrás: Busa et al. 2008

## 8.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai rendszer (ERÜBS) feladata a magyarországi bűnözéssel kapcsolatos statisztikai adatgyűjtés. Az ismertetett adatok azokra a cselekményekre vonatkoznak, amelyeknél az eljárás 2007-ben fejeződött be.

### A bűncselekmények

A 2007. évi statisztikai adatok szerint 4667 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

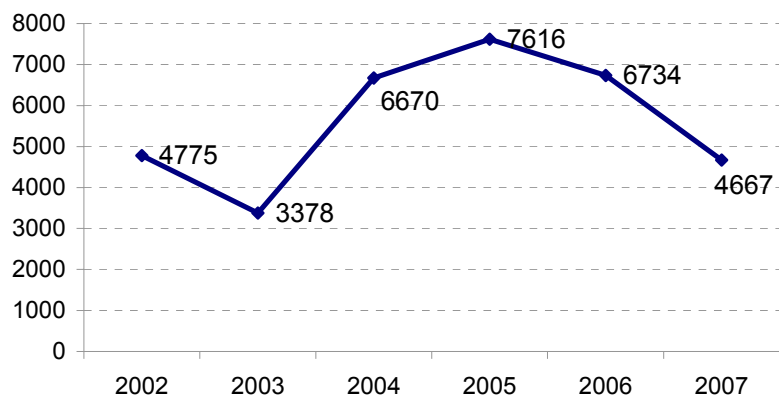
A 2007. évben a korábbi évhez képest jelentős mértékben (30,7%-kal) tovább csökkent az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma.

A csökkenő tendencia 2007-ben sem tudható be jogszabályi változásoknak. Az egyik magyarázó ok a felderítő hatóság érdeklődésének és/vagy kapacitásának csökkenése, amelyet a hatóság éves beszámolója is alátámaszt<sup>112</sup>. Eszerint a kábítószer-rendészeti szakterületen a területi szervek által végzett több ezres ellenőrzések száma csökkent az előző évhez viszonyítva. Ennek alapvető oka, hogy a kábítószer rendészeti feladatokat ellátó állomány mind nagyobb számban kénytelen egyéb rendészeti feladatokat is ellátni.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények össz-bűnözésen belüli aránya 2007-ben 1,1% volt. Elmondható, hogy míg 2005-ben és 2006-ban 100-ból körülbelül 2 ismertté vált bűncselekmény volt kábítószerrel kapcsolatos, 2007-ben mindössze 1.

59. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma

<sup>112</sup> Az Országos Rendőr-Főkapitányság 2007-ről szóló beszámolója alapján



Forrás: ERÜBS

### Az elkövetési idő

A 2007-ben lezárult 4667 eljárást megvizsgálva, a bűncselekmények elkövetési idejének évekre lebontott arányszámai nem változtak az előző évhez képest.

30. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés éve szerint

Elkövetés éve	Esetszám	%
2007	744	16,0
2006	2638	56,5
2006 előtt	1285	27,5
Összesen	4667	100,0

Forrás: ERÜBS

### Az elkövetési magatartások

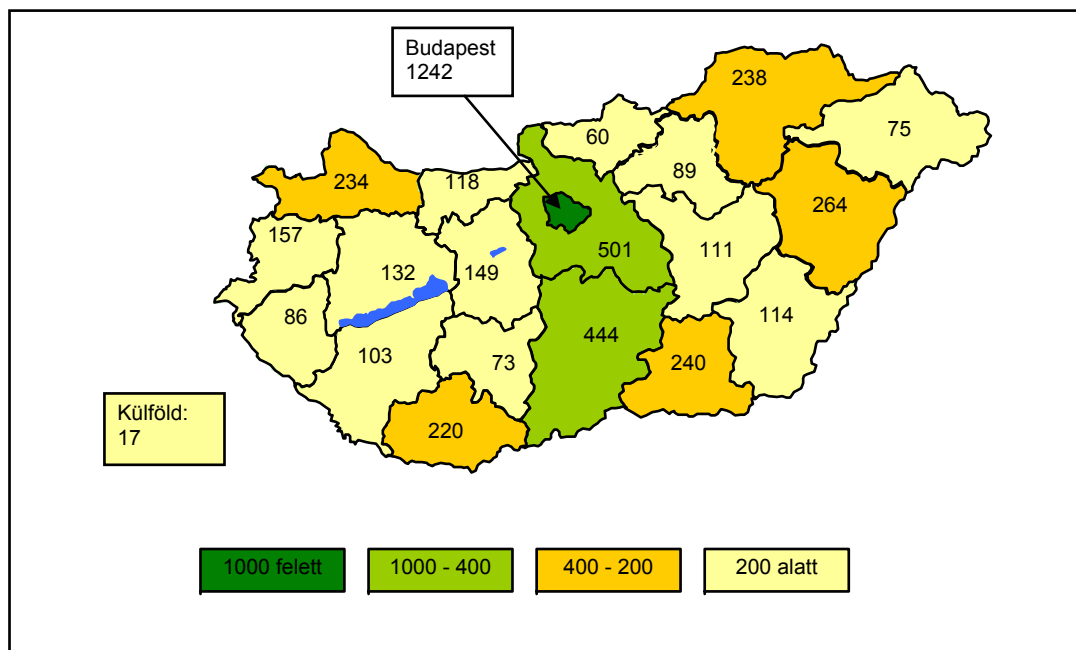
91,8% az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között azoknak a magatartásoknak a részaránya, amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak („termel, előállít, megszerez, tart, behoz...”). Ez az arányszám csekély növekedést mutat az előző évek adataihoz képest (2006-ban 89,8%, 2005-ben 90,9% volt). A legjellemzőbb keresleti oldali elkövetési magatartás továbbra is a fogyasztás.

A kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részaránya a felderített esetek egytizedét sem teszi ki (7,5%). Ez az érték hasonló ahhoz, amit 2006-ban detektáltak (7,6%).

### Az elkövetés helye

A legtöbb visszaélés kábítószerrel bűncselekmény 2007-ben is a fővárosban vált ismertté (26,6%). Emellett még Pest (10,7%) és Bács-Kiskun (9,5%) megye tartozik az első három – e cselekmény vonatkozásában – legmagasabb felderítési mutatóval rendelkező megyék közé.

3. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megyék szerinti megoszlása az elkövetés helye szerint 2007-ben



Forrás: ERÜBS

### Az elkövetők

A 2007 során lezárult eljárások körében az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma 3881 fő volt, amely 32,2%-kal csökkent a 2006-ban regisztrált adatokhoz (5725 fő) képest.

A következőkben ezen elkövetők (3881 fő) szocio-demográfiai jellemzői kerülnek bemutatásra (függetlenül attól, hogy büntethetők voltak-e vagy sem).

#### Nemek szerinti megoszlás

A korábbi évekhez hasonló arányszámok figyelhetők meg a nem szerinti megoszlás tekintetében. Az ismertté visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 90,2%-a férfi, 9,8%-a pedig nő volt. Ez az arányszám megközelíti az összes bűnelkövető körében jellemző nem szerinti megoszlást is.

#### Életkor szerinti megoszlás

Az elkövetők korösszetételében 2007-ben figyelemre méltó változás történt. Habár továbbra is a fiatal felnőttek (18–24 év) ellen indult legnagyobb számban eljárás, a fiatalok aránya 3,5%-kal, a 18-24 éveseké 4,4%-kal csökkent, miközben a 25-40 évesek részesedése 7,2%-kal nőtt. Az abszolút számokat tekintve látható, hogy az elemszám jelentős csökkenése ellenére is magasabb volt a kábítószer-bűncselekmény miatt eljárás alá vont 31-40 és a 41-50 év közöttiek száma 2007-ben, mint 2006-ban.

31. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2006-ban és 2007-ben

Korcsoportok	2006		2007	
	Eset	%	Eset	%
Gyermekkorú (0-14)	17	0,3	7	0,1
Fiatalkorú (14-18)	836	14,6	433	11,1
18–24 éves	3166	55,4	1980	51,0
25–30 éves	1190	20,8	919	23,7
31–40 éves	439	7,6	459	11,9
41–50 éves	60	1,0	67	1,7
51–60 éves	11	0,2	10	0,3
61 év feletti	6	0,1	6	0,2
Összesen	5725	100,0	3881	100,0

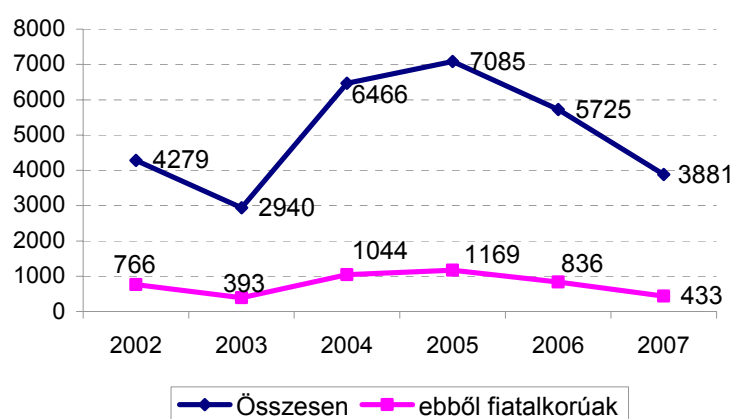
Forrás: ERÜBS

### Fiatalkorú elkövetők

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett fiatalkorú bűnelkövetők száma 2007-ben 433 fő volt. Ők alkották az összes kábítószer-bűncselekményt elkövető 11,1%-át. (2006-ban ez az arány 14,6% volt). Gyakorlatilag minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fiatalkorú volt. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalkorúak ilyen alacsony részesedésével 1997 óta nem találkoztunk. Az okok elsősorban azzal magyarázhatók, hogy a hatóság figyelmét és kapacitását más típusú bűncselekményekre fordítja. A rendőrség felderítő tevékenységét is jelző kriminálstatisztikai adatok szintén ezt erősítik.

A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben ennek ellenére lényegesen nem változott. E bűncselekménytípust jellemzően fiatalabb korban követik el, mint más bűncselekményeket. Míg a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők 86%-a 2007-ben 30 évesen vagy annál fiatalabban követte el a bűncselekményt, addig a többi bűncselekmény elkövetői között ez az arány nem éri el a 60%-ot.

60. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma



Forrás: ERÜBS

A grafikon jól szemlélteti az ismertté vált kábítószer-bűncselekményt elkövetők számában történt jelentős elmozdulást. Az elkövetők száma a 2000. évben mért szintre esett vissza (figyelmet kivül hagyva a 2003-ban a jogszabályi környezet változása által erősen befolyásolt elemszámot). Amint az ismertté vált bűncselekmények, úgy az ismertté vált

elkövetők száma is 2005-ben volt a legmagasabb. Az elmúlt két évben csökkenő tendencia érvényesült, a csökkenés üteme azonban az elmúlt évben felgyorsult.

#### *Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása*

2007-ben a kábítószerrel visszaélők 45,7%-a általános iskolai, 25,4%-a szakmunkás, 23,4%-a pedig valamilyen más középiskolai végzettségű volt. Az általános iskolát be nem fejezettek aránya alacsonynak mondható (0,1%). Egyetemet, főiskolát az eljárás alá vontak 2,1%-a végzett. A 2006. évhez képest az általános iskolát végzettek aránya csökkent, miközben a szakmunkás végzettségűeké, az érettségizetteké és a felsőfokú végzettséggel rendelkezőké nőtt. Ez az ismertté vált (visszaélés kábítószerrel bűncselekményt) elkövetői kör életkorbeli elmozdulásával hozható összefüggésbe.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetői továbbra is megőrizték iskolázottságbeli előnyüket az egyéb bűnelkövetőkkel szemben. Továbbra is igaz az a megállapítás, hogy az „átlagos” kábítószerrel visszaélő sokkal iskolázottabb az „átlagos” bűncselekményt elkövetőnél.

#### *Előélet szerinti megoszlás*

2007-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők egyharmada (32,4%-a) volt büntetett előéletű (2006-ban 33,8%-uk). Közülük minden ötödik (22,2%) volt visszaeső (azaz 3 éven belül újabb szándékos bűncselekményt követett el). 2006-ban a visszaesők aránya alacsonyabb volt, 18,5%.

A büntetett előéletűek jelentős része kábítószerfüggő és korábbi bűncselekményeik is a szerhasználattal vagy a szerhez jutással voltak összefüggésben. Kisebb részük azonban a bűnöző szubkultúrából került ki, ami azt jelzi, hogy a kereskedelmi jellegű tevékenység mellett ebben a körben is jelen van a szerhasználat.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetőinek többsége korábban még nem volt büntetve, azaz első bűntényes. 2007-ben a büntetlen előéletűek aránya 67,6% volt, amely arány magasabb az egyéb bűncselekmények esetében megfigyeltekhez képest.

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

2007-ben 14%-kal kevesebben (2761 fő) követtek el bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt, mint 2006-ban. Közülük a legtöbben (63,5%) a kábítószerrel visszaélés bűncselekményt valósítottak meg. Ez az érték 2005-ben 76,2%, 2006-ban 70,8% volt, tehát jelentős elmozdulásról beszélhetünk e változó tekintetében is.

Főbb bűncselekményi csoportokra lebontva: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 23,1%-a, mely az eddig tapasztalt legmagasabb arány. 2006-ban arányuk mindössze 14% volt. Elsősorban a lopások és a csalások száma emelkedett jelentősen, ez pedig azt tükrözi, amit már korábban is jeleztünk a kriminálstatisztikai adatokat elemezve, hogy a bűnözői szubkultúrában egyre több a kábítószerfüggő, illetve növekszik azoknak a függőknek az aránya, akik „belecsúsztak” a szenvedélyszer-használat következményeként a bűnöző szubkultúrába. Ezt erősíti az is, hogy a korábbi éveket meghaladó mértékű volt 2007-ben a kábítószerrel visszaélés elkövetése miatt eljárás alá vont kábítószerfüggők aránya. Az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények negyede (25,1%) kábítószerfüggő személy által valósult meg.

Közlekedési bűncselekményt 3,9%-uk (ezen belül abszolút számokban is jelentősen nőtt az ismertté vált bódult állapotban történt gépjárművezetések száma), személy elleni bűncselekményt 4,3%-uk, gazdasági bűncselekményt 1,5%-uk követett el kábítószer hatása alatt. Ezek az arányok mindhárom bűncselekménytípus esetén meghaladják a 2006-ban mért értékeket.

## Vádemelés elhalasztása

2007-ben a befejezett, kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetővel szemben elrendelt vádemelés elhalasztások száma 1519 volt. Míg 2006-ban az összes ismertté vált kábítószer-bűncselekmény miatt eljárás alá vont elkövető 58,7%-ával (3360 fő) szemben került sor vádemelés elhalasztására, addig 2007-ben mindössze 39,1%-ukkal.

A jelentős csökkenés hátterében az állhat, hogy 2007-ben az előző évihez képest jelentősen csökkent az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma. Továbbá több mint ötszörösére nőtt a nyomozás megszüntetésével járó büntethetőséget megszüntető egyéb ok megállapítása, amely 2007-ben 557 esetben, míg 2006-ban csak 94 esetben fordult elő. (Ennek hátterében a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény áll, lásd: Éves Jelentés 2006, 1. fejezet).

Az eljárás befejezési módok tekintetében a vádemelések aránya 6,7%-al nőtt a 2006-os arányokhoz képest.

Az adatokat magyarázza az is, hogy 2007-ben a vádemelés elhalasztása jogintézményt hazánkban összesen 4296 elkövetővel szemben alkalmazták (ez az összes elkövető 3,5%-a volt), míg 2006-ban az összes vádelhalasztás száma 7338 volt. 2007-ben az összes vádelhalasztás 35,3%-a történt visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetővel szemben, míg 2006-ban ez az arány 45,8% volt.

A vádemelés elhalasztásának csökkenő tendenciáját szintén alátámasztja az az adat, miszerint az elterelő kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent (Lásd: 4.2.1 fejezet).

## 8.3. KÁBÍTÓSZERHASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN

2007-ben 23 esetben, 20 fő érintettségével találtak kábítószerrel a büntetés-végrehajtás intézményeiben. Legtöbbször kannabisz-származékokat foglaltak le csomagban, beszélőhelyiségben, vagy zárkában. 2 főt munkavégzés közbeni bódult állapotuk miatt kivizsgáltak, amelynek során amfetamin-fogyasztást mutattak ki. 3 főt a zárkában találtak bódult állapotban, a vizsgálatok által kimutatott fogyasztott szerek az egyes esetekben: kokain, morfium, illetve fentanil voltak. 1 esetben csomagban találtak 400 db kokain tartalmú tablettát.

A büntetés-végrehajtás intézményeiben szakpszichológusok kidolgoztak egy suicidium felmérési tesztet, amely az öngyilkosságra való hajlamot vizsgálja, ennek kérdései között szerepelt a kábítószer-fogyasztás is. A teszt nem tért ki a kábítószer típusára. A 2007. évben 1519 fogvatartott vallotta be, hogy fogyasztott már életében kábítószerrel. (2007-ben a büntetés-végrehajtás intézményeiben megfordult fogvatartottak átlagléttszáma 14789 fő volt).

## 8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK

Nincs új információ.

### *Következtetések*

A fejezetben bemutatásra került kutatások során vizsgált, egészségügyi vagy szociális ellátást igénybevevő szerhasználók számára a természetes támasz rendszerének megléte és funkcionális működése meghatározó. A legintenzívebb segítséget a közvetlen családtagoktól várják. A munkatársak/iskolatársak zömében közömbösek a szerhasználat tényével való találkozásokor.

A TDI adatok alapján a kezelésben lévő szerhasználók lakhatási körülményei jellemzően kedvezőek, 88,2%-uk rendelkezett állandó lakhellyel, 38%-nak volt állandó munkaviszonya és 27% munkanélküli volt a kérdezés idején. Ezt kiegészítendő, a *Drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása* című kutatás eredményei szerint minél idősebb volt valaki – egészen a 25-29

éves korcsoportig – annál többet dolgozott. A TDI rendszer által rögzített adatok alapján látható, hogy a kezelték csaknem 50%-a élt a szüleivel, 17,4%-a egyedül, míg 13,3%-a partnerrel. A komorbiditást vizsgáló kutatás (Gerevich 2007) szerint a megkérdezettek 58%-nak egy kapcsolata volt az elmúlt 3 hónapban.

A TDI adatok iskolai végzettséget felmérő kérdése szerint, a kezelték 92%-nak befejezett 8 általános-, vagy befejezett középiskolai végzettsége volt. A komorbiditást vizsgáló kutatás megkérdezettjeinek több mint 70%-a 24 év alatti volt. A kutatás a megkérdezettek körében 14 téma mentén vizsgálta az iskolai problémák előfordulását. Az eredmények személyenként átlagosan 6 probléma keletkezését mutatják.

Az eltereltek és a kábítószer-függők támogatási szükségleteit összehasonlító elemzés két legfontosabb eredménye, hogy a kábítószer-függők az egészségi problémákkal és a drogfogyasztással kapcsolatos támogatási szükségletet sokkal fontosabbnak ítélik, mint az eltereltek. Egyedül a jogi problémákhoz kapcsolódó támogatási szükséglet esetén egyezett a két csoport szerinti fontosság.

A kirekesztettség vizsgálata folytán a megkérdezettek 62%-a vélte úgy, hogy érte őt hátrányos megkülönböztetés kábítószer-használata miatt.

A drogfogyasztás és a prostitúció összefüggéseire vonatkozóan változatlanul nem rendelkezünk célzott adatokkal. Ugyan egy 2007-es, a drogambulanciák kliensei körében végzett vizsgálat azt jelzi, hogy a droghasználók körében is jelen van a prostitúció, a szexuális munkát végzők drogfogyasztásáról nincsenek adataink.

A fővárosi hajléktalanok reprezentatív mintáján végzett kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy drogérintettségük nem tér el a normál populációtól, azonban a folyamatos szerhasználat szempontjából a vizsgált populáció mindenképpen veszélyeztetettnek tekinthető.

2007-ben jelentős változások történtek a kriminálstatisztikai adatok alapján mind az ismertté vált elkövetői kör, mind pedig a kábítószer-fogyasztással összefüggő bűncselekmények tekintetében. Jelentős mértékben csökkent az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények, valamint az ezen bűncselekmény miatt eljárás alá vont személyek száma is. Az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között továbbra is magas, 91,8% azoknak a magatartásoknak a részaránya, amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak. Figyelmet érdemel, hogy minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fiatalkorú volt, az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalkorúak ilyen alacsony részesedését 1997 óta nem detektálták. Az elkövetők korösszetételében is jelentős változás történt. Habár továbbra is a fiatal felnőttek (18–24 év) ellen indult legnagyobb számban eljárás, a fiatalkorúak és a 18-24 évesek aránya számottevően csökkent, miközben a 25-40 évesek részesedése jelentősen nőtt. Emelkedést mutatott a vagyon elleni bűncselekményt kábítószer hatása alatt elkövetők száma is. 2007-ben jelentősen csökkent a vádemelés elhalasztással befejezett ügyek száma, és így e jogintézmény alkalmazásának gyakorisága a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkkel szemben.

## 9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE<sup>113</sup>

### *Háttér, előzmények*

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

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

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

### 9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

#### Lakáskérdés

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

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

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

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

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

---

<sup>113</sup> A fejezet szerzője: Daróczy Zita, Harsányi Kornélia, Kun Gábor, Tarján Anna



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

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

A programban 2007-ben 6 fő vett részt (két év alatt összesen 13 kliens volt.). 1 résztvevőnek szerződészegés miatt kellett elhagynia a programot, a többiek sikeresen befejezték azt, leghamarabb 2, legkésőbb 7 hónap alatt. A félutas lakás 2007. november közepére kiürült. Ebben az időszakban a zárt rehabilitációs kezelésben lévők közül nem volt olyan kliens, aki megérett volna a félutas programra.

Az utánkövetés adatai alapján a 6 fő közül ketten nyúltak újból kábítószerhez, alkoholhoz. Az ő életminőségükben sem következett be olyan mértékű visszaesés, amely indokolta tette volna, hogy ismételt zárt kezelésbe kerüljenek, megcsúszásukkal együtt is aktív részesei maradtak a pécsi önszolgáltató közösségnek. Négyen a programot követően is absztinensek, józan életet élnek. A 2007-es évben részt vevő hat fő mindegyike Pécsen él albérletben, és bejelentett munkaviszonnyal rendelkezik, valamennyien alkalmazottként dolgoznak.

### **Oktatás, képzés**

Az Emberbarát Alapítvány 2007. április 30-án sikeresen lezárta „Pszicho-szociális gondozás és módszertani ajánlás” című projektjét (Emberbarát 2007). A program 2005. július 01–2007. április 30. között zajlott. A program forrása a Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Program (HEFOP) 2.2.1 „A társadalmi befogadás elősegítése a szociális területen dolgozó szakemberek képzésével” című pályázati kiírás volt. A projekt nem közvetlenül a szenvedélybetegeket, hanem a velük foglalkozó szakembereket célozta meg. A megvalósításban az Alapítványon kívül konzorciumi partnerként részt vett a Motiváció Mozgássérülteket Segítő Alapítvány, valamint a Vargabetű Klub-Műhely Egyesület is.

A 190 órás képzés során 40, az ország több pontjáról érkező szakember sajátíthatott el speciális (munkaerő-piaci, képzési, rehabilitációs, reszocializációs, szubkulturális) ismereteket. Az elsajátított tudásról vizsgán kellett számot adniuk a résztvevőknek. 2007. áprilisában záró konferencia keretében került sor a tapasztalatok összegzésére 35, a képzésen is részt vett szakemberrel. A program eredményeként létrejött egy módszertani kézikönyv is.

Szintén HEFOP pályázat keretében „A reintegrációs esélyek komplex, közösségi szemléletű megközelítése” címmel indult 2005-ben képzési sorozat három szervezet - Dél-Dunántúli Regionális Forrásközpont, Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esztergár Lajos Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat, INDIT Közalapítvány - együttes szervezésében. A képzésben elsősorban Baranya megyei családsegítő központokban és gyermekjóléti szolgálatoknál dolgozó szociális szakemberek vettek részt, de 2007-ben pártfogó felügyelők és baranyai Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok szociális végzettségű munkatársai is csatlakoztak a képzéshez. 2007-ben összesen 100 fő vett részt eredményesen a képzésben<sup>114</sup>.

A szolnoki Humán Szolgáltató Központ, Drog Konzultációs és Információs Központ 2007-ben szervezett akkreditált képzést a szolnoki kistérségben. A képzés azon szociális

---

<sup>114</sup> Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esztergár Lajos Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat; INDIT Közalapítvány

munkásokat szolgáltatta meg, akik a szenvedélybetegek közösségi ellátásában dolgoznak. A képzésben 21 szakember vett részt, mindannyian eredményesen.

Belvárosi Tanoda Alapítvány „*Akiket kezd elveszíteni az élet...*” elnevezésű, a szenvedélybetegek komplex ellátását célzó innovatív EQUAL programját 2007-ben is folytatta. A program képzési részében 99 fő vett részt, közülük 52 férfi és 47 nő. A férfiak csoportjában a 25 éven aluliak aránya 53% volt, a többiek 25-45 évesek korcsoportjába tartoztak. A nőknél hasonló volt az arány, 58%-uk a 25 év alattiak kategóriájában, 42%-uk pedig a 25-45 évesek korcsoportjában volt megtalálható.

## **Foglalkoztatás**

Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány konzorciumi partnerként vett részt az „*Akiket kezd elveszíteni az élet...*” elnevezésű, a szenvedélybetegek komplex ellátását célzó innovatív EQUAL projektben (Lencse és Rácz 2008). 2005 januárjától 2007 decemberéig tartó projekt időszakban 106 fő esetében sikerült javulást elérni foglalkoztatási, munkaerőpiaci helyzetében. 2007-es évre vonatkoztatva ez a létszám 35 fő.

Közülük 60 fő jutott vissza a munkaerőpiacra, 22 fő átképzéseket, tanfolyamokat kezdett meg, valamint 24 fő általános iskolai, középfokú vagy felsőfokú tanulmányokat kezdett el, vagy folytatta korábban megszakított tanulmányait. Ezen felül további 11 fő kapott hasznos információkat, melyek segítségével a későbbiekben javíthatja saját maga átképzési, iskolai, valamint munkaerő-piaci esélyeit.

## **Életvitel**

A MAGADÉRT Drogmentességet Védő Alapítvány 1998 óta végzi absztinens szenvedélybetegek utógondozását, a társadalomba történő reintegrációjuk segítését, fő hangsúlyt az életvitelre helyezve. Józanodó szenvedélybeteg csoportjaikban, melyek a magasküszöbűség elvét vallják, 2007-ben viszonylagos rendszerességgel 213 fő vett részt (MAGADÉRT 2008). A csoport létszáma 10-25 fő között mozog, a résztvevők életkora pedig 15-57 év közé tehető. A nemek eloszlása 68% - 32% a férfiak javára. Az Alapítványnál dolgozók legfontosabb célja az utógondozásban résztvevők visszaesésének megakadályozása, életminőségük javítása, a társadalomba való visszailleszkedésük segítése.

Az Alapítvány hazánkban egyedi programjának számító „Női csoport”-ja 2007-ben indult először, az év folyamán kétszer (tavasszal és ősszel) 15 fős csoporttal. A kezdeményezés önszorgító jelleggel indult, figyelembe véve, hogy többek között az addikció kialakulásának okaiban, a szerválasztásban, a kezelés tekintetében lehetnek nemi különbségek. A program célcsoportja az absztinens szenvedélybetegek illetve hozzátartozóik csoportjának nőtagjai, céljuk pedig a női identitás megerősítése és a pozitív személyiségtudat gyakorlatban és hosszú távon történő stabil alkalmazása, csökkentve ezáltal a visszaesés valószínűségét<sup>115</sup>.

## **Alapvető szociális szolgáltatások nyújtása**

Az ellátórendszerre hatást gyakorló jogszabályi változások 2007. évben is megjelentek. Az 1993. évi III. tv. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban Szt.) 2007. január 1-jével nevesítette a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatásait az alapellátások közé tartozó közösségi ellátásokon belül, ugyanis korábban az alacsonyküszöbű szolgáltatások jogszabályi háttér nélkül működtek. A jogszabályi háttér

---

<sup>115</sup> MAGADÉRT Drogmentességet Védő Alapítvány, 2007

harmonizálása mind a nevesítés, mind a normatív támogatások nyújtása miatt szükséges volt<sup>116</sup>.

A jogszabályi környezet változásának eredményeként a 30.000-nél több, állandó lakosú települések önkormányzatainak biztosítania kell a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást – vagyis az érintett települések önkormányzata számára kötelezően ellátandó feladattá vált a nevezett ellátás<sup>117</sup>.

Az Addiktológiai Szakértői Munkacsoport<sup>118</sup> (ASzM) kidolgozta a szenvedélybetegek nappali ellátása, közösségi ellátása és az alacsonyküszöbű szolgáltatások irányelveit. Az irányelvek kidolgozásában az ICsSzEM az NCsSzl munkatársai, valamint a szűkebb területek szakmai képviselői vettek részt. A három irányelv, bár már korábban elkészült, 2007-ben jelent meg nyomtatásban a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet gondozásában (Csákiné 2007). Az irányelvek nem jogszabályok, így azok a szakma szereplőire nézve nem kötelező érvényűek.

A korábbiakban már említett „*Akiket kezd elveszíteni az élet...*” elnevezésű, a szenvedélybetegek komplex ellátását célzó innovatív EQUAL projektben 2005. januárjától 2007. decemberéig tartó időszakban a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítványnak sikerült megerősítenie az ambuláns rehabilitációs programját (Lencse és Rácz 2008). A projekt időtartama alatt összesen 610 fő (103 nő, 507 férfi) részére nyújtott elsősorban egészségügyi és pszichoszociális ellátást az Alapítvány. 151 hozzátartozó bevonásával, -jelentős részüknél több alkalommal- hozzátartozói konzultációs ülésekre is sor került. 2007-ben a projektbe 176 új kliens lépett be. Ebből 142 férfi volt és 34 nő, valamennyien 16 év felettek.

A projekt teljes időtartama alatt nyújtott szolgáltatások hatására önbevallás alapján 149 fő (a kezelésbe vontak 24%-a) esetében sikerült elérni stabil szermentességet, ami legalább 3 hónapos, folyamatos absztinens időszakot jelent az elsődlegesen használt drog vagy drogok tekintetében, és kizárja a szerváltást. Ugyancsak önbevallás alapján 29 fő esetében (ez a kezelésbe vontak 5%-át jelenti) a kezelés időtartama alatt sikerült jelentős mértékben csökkenteni a szerhasználat gyakoriságát.

2007 márciusában nyitotta meg kapuit Budapest XI. kerületében a "Rév" Szendélybeteg-segítő Szolgálat nappali ellátó intézménye. A nappali ellátás célközönsége a saját otthonukban élő és hajléktalan szenvedélybetegek. Az intézmény az új telephelyen 210 m<sup>2</sup>-en egyszere 25 főt tud ellátni.

Az INDIT Közalapítvány 2007 nyarán két hiánypótló szolgáltatást indított Somogy megyében, szűkebben Kaposváron, hiszen a megyében korábban szinte egyáltalán nem volt elérhető kábítószer-problémával foglalkozó ellátó hely.

- A Bulisegély Szolgálat egy speciális ártalomcsökkentő szemléletű megkereső szolgáltatás. Havi három alkalommal két helyszínen partizó fiatalok számára nyújtja szolgáltatásait. A szolgáltatások körébe tartozik: ivóvíz, szőlőcukor, keksz biztosítása a buli alatt, valamint tanácsadás, objektív felvilágosítás, jogi információnyújtás, krízisintervenció, továbbirányítás más szolgáltatásba.
- A Szendélybetegek Nappali Ellátója mindenki számára nyújt elérhető szolgáltatásokat, akár szerhasználónak, akár hozzátartozóknak. Egyéni és csoportfoglalkozásokat, tanácsadást egyaránt kínál.

Szolnokon 2007 őszén jött létre a Szolnoki Kistérség Többcélú Társulása. A Társulás 18 települést tömörít magába, melyekben 2007. október 1-jétől a Humán Szolgáltató Központ,

<sup>116</sup> 9/2006. (XII. 27.) SzMM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet módosításáról; 2006. évi CXXVII. Törvény a Magyar Köztársaság 2007. évi költségvetéséről

<sup>117</sup> Az 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételéről rendelet módosítását lásd a 2007. évi Éves Jelentés 9. fejezetben.

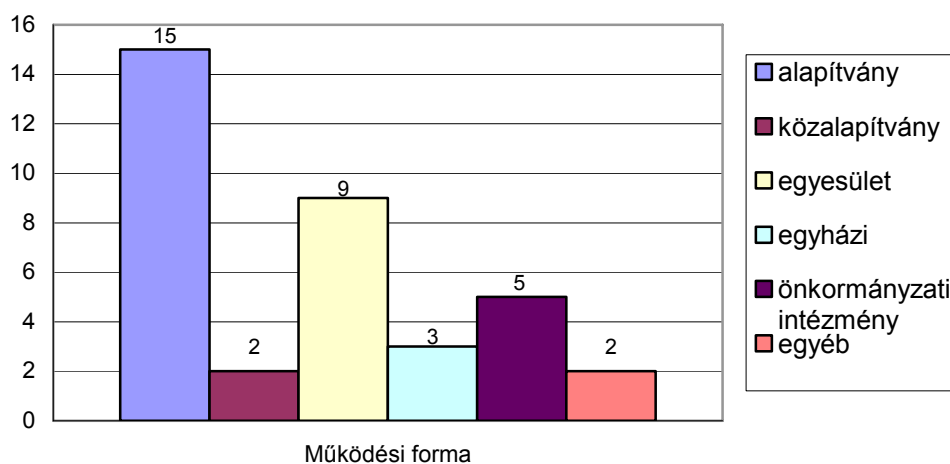
<sup>118</sup> lásd. 2006. évi Éves Jelentés 9. fejezet

Drogkonzultációs és Információs Központ (HSZK) végzi az alacsonyküszöbű ellátást. Ennek keretében Szolnokon a HSZK új tevékenységként beindította a drop-in szolgáltatást. A szolgáltatás a Nappali Centrumban kapott helyet, ahol tanácsadást, folyadékhoz jutást, mosási, tisztálkodási, pihenési lehetőséget biztosítanak.

2007 januárjában a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet kérdőíves felmérést végzett a szenvedélybetegek számára alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtók körében (NDI 2007). Miután az alacsonyküszöbű szolgáltatók tekintetében nem rendelkezünk pontos számadatokkal, amely alapján meg tudnánk mondani, hogy hány szolgáltató, mekkora szolgáltatási területen, milyen tevékenységet végez, ezért a kutatásba bevont szolgáltatók nem egy adatbázis, hanem három forrás alapján (2006. évi alacsonyküszöbű szolgáltatóknak kiírt pályázat nyertes listája<sup>119</sup>; Droginfo 2005<sup>120</sup>; valamint internetes gyűjtés alapján<sup>121</sup>) kerültek a mintába. A vizsgálat célja az alacsonyküszöbű szolgáltatások pályázati finanszírozásának előkészítése, az ország lefedettségének feltérképezése volt. Az adatfelvétel önkitöltős, elektronikus kérdőív visszaküldésével folyt.

A megkeresett 84 szolgáltató közül mindössze 36 szolgáltató küldte vissza a kérdőívet. A szolgáltatók zömében alapítványi (15 szolgáltató), vagy egyesületi (9 szolgáltató) formában működtek, 5 szolgáltató esetében önkormányzat volt a fenntartó. Ugyanakkor megtalálható még közalapítványi (2 szolgáltató), egyházi (3 szolgáltató) és két esetben egyéb működési forma is.

61. ábra. Az alacsonyküszöbű szolgáltatók működési formája



Forrás: NDI 2007

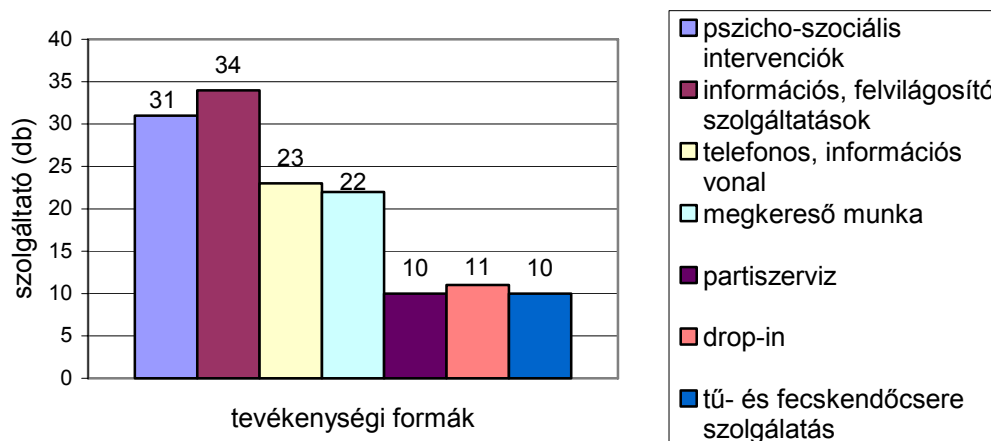
A nyújtott szolgáltatások tekintetében szinte kivétel nélkül valamennyi szolgáltató nyújt információs, felvilágosító szolgáltatást és ugyanígy pszichoszociális intervenciót is (34, illetve 31 szolgáltató). Jelentős számban végeznek megkereső munkát (22 szolgáltató) és nyújtanak segítséget telefonon keresztül az érdeklődők számára (23 szolgáltató). Drop-in szolgáltatást 11, míg partiszervíz, valamint, tű-, és fecskendőcsere szolgáltatás 10-10 szolgáltató palettáján található meg.

62. ábra. Alacsonyküszöbű szolgáltatók által végzett tevékenységi formák

<sup>119</sup> Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium: KAB-AL-06-ABC pályázata

<sup>120</sup> Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára (Droginfo 2005).

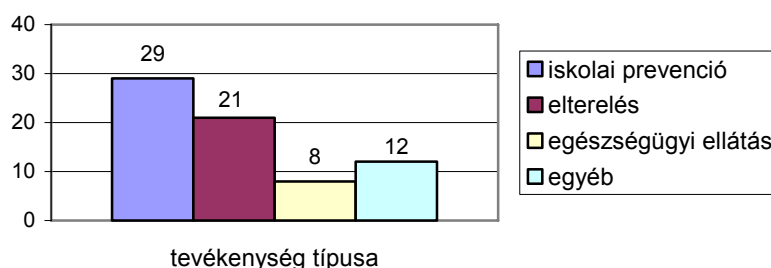
<sup>121</sup> Az interneten saját honlappal, vagy bármilyen egyéb módon szereplő szervezetek, melyek alacsonyküszöbű tevékenységet végeznek.



Forrás: NDI 2007

A megkérdezett szolgáltatók jellemzően nem csak alacsonyküszöbű ellátással foglalkoznak. 29 közülük az iskolai színtéren végzett prevenciós munkába is becsatlakozott, de végeznek elterelést (21 szolgáltató), egészségügyi ellátást (8 szolgáltató) és további egyéb szolgáltatásokat (12 szolgáltató) is.

63. ábra. Az alacsonyküszöbű szolgáltatók által végzett kiegészítő tevékenységek



Forrás: NDI 2007

A válaszadók közül a legrégebben két szolgáltató végzi tevékenységét. Ők 1992 óta működtetik alacsonyküszöbű szolgáltatásaikat. 1992-től 2006-ig terjedő időszakban összesen két év volt (2001 és 2004) mikor egyáltalán nem indult új alacsonyküszöbű szolgáltatás Magyarországon.

A 2001. évi népszámlálási adatok alapján Magyarországon 56, 30.000 fő feletti állandó lakosú település van, melyből 20 fővárosi kerület. A kutatás alapjául szolgáló adatbázist és a KSH 2001. évi népszámlálási adatait egybevetve, a lekérdezés pillanatában 24 olyan 30 000 fővel rendelkező állandó lakosú település<sup>122</sup> volt 2007-ben az országban, ahol sem az önkormányzat, sem más fenntartók nem nyújtottak alacsonyküszöbű szolgáltatást. A 24-ből 8 fővárosi kerület, 2 Bács-Kiskun megyei, 1 Békés megyei, 2 Borsod-Abaúj-Zemplén megyei, 2 Csongrád megyei, 1 Győr-Moson-Sopron megyei, 1 Hajdú-Bihar megyei, 1 Heves megyei, 2 Pest megyei, 2 Veszprém megyei és 2 Zala megyei város volt. Az említett megyék közül Zala megyében egyetlen egy alacsonyküszöbű szolgáltató sem működött.

<sup>122</sup> Bejelentett állandó népesség: az adott területen bejelentett lakóhellyel (állandó lakással) rendelkező személyek tartoznak a bejelentett állandó népesség körébe, függetlenül attól, hogy van-e máshol bejelentett tartózkodási helyük (ideiglenes lakásuk), vagy hogy az összeírás eszmei időpontjában jelen voltak-e.

Az ország lefedettségét tekintve tehát 2007-ben több olyan város/városrész volt, ahol a törvény akkori álláspontját figyelembe véve még elérhetővé kellett volna tenni az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat<sup>123</sup>.

## 9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE

### A fogvatartottak segítése

#### *Prevenció<sup>124</sup>*

19-re emelkedett a büntetés-végrehajtási intézetekben kialakított drogprenvenációs körletek száma. Ezek közül 4 helyszínen kifejezetten fiatalkorú és fiatal felnőtt fogvatartottak számára szerveznek különböző programokat, amelyek részben pályázati források, valamint civil szakemberek, szervezetek bevonásával működnek. A speciális kezelésbe vont személyek olyan közösségbe kerülnek, ahol a példamutatás, a közös sors vállalása motivációs erővel segíti az esetleges problémák feldolgozását, megoldását. A tapasztalatok azt igazolják, hogy a viszonylag komfortosabb körülmények, a „védett környezet” is növeli a hatékonyságot.

A gyógyító-nevelő csoportok és a drogprenvenációs körletek vezetői, valamint a börtönpszichológusok számára szervezett 2007. évi 2 napos továbbképzés témáinak jelentős része a kábítószer-megelőzés kérdéskörét érintette.

#### *Kezelés a büntetés-végrehajtási intézményekben*

A fogvatartottak kábítószer-problémák miatti kezelése – a progresszív betegellátás elvei szerint – több helyszínen történik: az elhelyezésükre kijelölt büntetés-végrehajtási intézetben, vagy – akik pszichiátriai betegségük, állapotuk miatt nem kezelhetők járóbetegként – az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe (IMEI) kerülnek.

Ezen két csoport összesített létszáma 2007-ben a lejelentett TDI adatlapok alapján 40 fő volt, mindegyikük férfi. 35%-uk az adott időszakban került kezelésbe először élete folyamán. Átlagéletkoruk 28,6 év, korosztályuk 20-49 év közötti, a két leggyakrabban előforduló korcsoport pedig a 20-24 évesek és a 30-34 évesek korcsoportja volt 11 ill. 18 fővel. Iskolázottságukat tekintve 77,5%-uk elvégezte a 8 általános iskolai évet, 10%-uknak nincs iskolai végzettsége, 12,5%-uk pedig középfokú végzettséggel rendelkezik.

A kezelték 52,5%-át életükben először opiát problémákkal, azon belül is heroin fogyasztással kapcsolatos probléma miatt kezelték. A második legnagyobb csoportot (22,5%) a stimulánsok fogyasztása miatt létrejött gondok következtében kezelték. A heroin-fogyasztók 90%-a intravénásan fogyasztotta a szert, a stimulánsokon belül az amfetamint fogyasztók (89%) 78%-a is injektálta az amfetamint<sup>125</sup>. A fogvatartottak 12,5%-a kokaint használt. Az életükben először kezelésbe kerülők több mint 70%-a ugyancsak heroin és stimuláns fogyasztás miatt került kezelésbe, egyenlő arányban elosztva.

A kábítószer kipróbálásának életkora a heroin probléma miatt kezelték körében 57%-ban a 15-19 éves korosztályba esett, 14%-uk 15 éves kora előtt, 24%-uk 20 éves kora után próbálta először a heroint. A kokaint fogyasztók nagy része a 20-24 éves kora körül, a stimulánsokat fogyasztók a 15-24 éves korban próbálták ki először az adott szert. A kannabiszt fogyasztóknál szintén ez utóbbi helyzet áll fenn. Az életükben először kezelésbe kerültek között is a 15-24 éves korosztályba tartozók próbálták ki a legtöbben a problémát okozó szert (heroin, kokain, amfetamin, kannabisz).

<sup>123</sup> A Szt. 2008. évi változásai miatt itt további következtetések levonása nem lehetséges, hiszen 2008-tól más irányelvek szerint alakulnak majd az alacsonyküszöbű szolgáltatás nyújtásának szabályai.

<sup>124</sup> A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának beszámolója alapján.

<sup>125</sup> Az intravénás kábítószer-fogyasztás élettartam prevalenciája az összes kezelt körében 80%-os.

Másodlagos szerként heroin mellett legtöbbször a stimulánsokat (főként amfetamint) és a kannabiszt jelölték meg. A kokain mint elsődleges szer mellett a stimulánsokat és néhány esetben az opiátokat; stimuláns fogyasztás mellett második szerként főleg a kannabiszt; kannabisz elsődleges szer mellett pedig a kokaint és a stimulánsokat jelölték meg a kezeltek.

A kezeltek TDI adatlapjának felvételekor egyik fogvatartott sem jelezte, hogy az elmúlt hónapban fogyasztott volna kábítószerrel. Ezt magyarázhatja az, hogy az adatlapot nem azonnal az intézetbe kerülésük után veszik fel.

Azok a férfi fogvatartottak, akik nem igényelnek kórházi kezelést, de kábítószer-függők és a vonatkozó jogszabályok értelmében elterelésben részesülhetnek, az alternatív drogterápiás csoportban kapnak kezelést, mely szintén az IMEI szakembereinek közreműködésével, csoportterápia keretében valósul meg. A kezelésben résztvevők száma 2007-ben a Büntetés Végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) által szolgáltatott adatok szerint 57 fő volt. A BVOP Egészségügyi Főosztályának adatai szerint 2007. évben közülük 34 személy kezelését fejezték be.

A kábítószer-használatot kezelő más ellátást, mint az elterelés egyik lehetséges formáját, az erre kijelölt, megfelelő szakemberekkel rendelkező 11 bv. intézet hajtja végre, különös figyelemmel az előzetesen letartóztatottakra, nőkre, illetve fiatalokra.

Az elterelés harmadik változatát jelentő megelőző-felvilágosító szolgáltatást mindegyik büntetés-végrehajtási intézet köteles nyújtani. Esetükben általános gyakorlattá alakult a szakmai együttműködés az adott területen lévő büntetés-végrehajtási intézetek és szerhasználók kezelésével foglalkozó szakmai szervezetek között. A szolgáltatást általában pszichológusok, lelkeszkek közreműködésével végzik. Ezek a programok általában motiváló, pszicho-educációs, önsegítő típusú, főleg csoportos, ritkábban egyéni terápiai. Ezek pontos számáról, működéséről adatok nem állnak rendelkezésre, de vannak intézmények, ahol évek óta folyik ilyen munka (pl. INDIT Közalapítvány – Pécs), vagy alkalmi jelleggel történik beavatkozás (Szekszárd, Gyula). Sok, az IMEI-be ugyan nem kerülő, de kezelésre szoruló (akár előzetes letartóztatásban lévő) szerhasználóval a büntetés-végrehajtás pszichiátriai, pszichológusai külön foglalkoznak.

### *Reszocializáció, reintegráció*

A bv. intézetek szoros együttműködésben dolgoznak az Igazságügyi Hivatal Párfogó Felügyelői Szolgálatával, illetve a különböző segítő civil szervezetekkel a szabadulást megelőző időszakban is.

A Sopronkőhidai Fegyház és Börtönben 2007-ben pályázati program keretében a térség egyik civil szervezete megvalósította a „Rácson túl is lehet változni” nevű programot. Az egyedülálló komplex – szociálterápiás, pszichológiai és pedagógiai szempontok szerint kialakított - program<sup>126</sup> célja a fogvatartottak kábítószer-függőségének feltérképezése, kezelése, konfliktuskezelésük javítása, illetve személyiségük fejlesztése (önbizalom helyreállítása, nyelvi kifejezőkészség finomítása, társadalmi szerepek gyakorlása) volt, hogy mindezekkel segítse a fogvatartottak reszocializációját, a munkaerő-piacra történő reintegrációt, a bűnismétlés elkerülését. A programban 23 valaha kábítószerrel fogyasztó, szabadulás előtt álló férfi fogvatartott vett részt. Az átlagéletkor 31,2 év a legfiatalabb 28, a legidősebb 44 éves volt a vizsgálat idején. A leggyakrabban fogyasztott szer a kannabisz és származékai volt, a minta 91%-a jelezte a fogyasztást, második helyen az amfetamin származékok szerepelnek (73%). Az esetek 100%-ában felfedezhető volt a polidrog fogyasztás. Az első drogfogyasztás életkori átlaga 18,6 év volt. Az első drogfogyasztás

<sup>126</sup> Alkalmazott módszerek: szupportív terápia, szociálterápiás csoport, pszichológus által vezetett tematikus csoport, krízisintervenció, mediáció, pszichológiai tanácsadás, pszichológiai tesztek, hatásvizsgálat.

átlagosan 3,9 évig tartott. A vizsgált mintából 13 fő (56,5%) ellen indítottak eljárást visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt. Az előzetes felmérés után egy személyre szabott kezelési terv készült, amelyet a fogvatartottak csoportszinten dolgoztak fel. A program végén készített hatásvizsgálatokból arra lehet következtetni, hogy nőtt a résztvevő fogvatartottak helyzet feletti kontrollja, a változtatásra való motiváltság. Közlékenyebbek, empátikusabbak lettek egymással szemben. A düh-elfojtás skála értéke szignifikánsan alacsonyabb lett, így közelebb kerültek az adekvát megküzdési módokhoz.

Ugyanez a szervezet kivitelezte a „Rabságból a Révbe érni” nevű programot a Vas Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetből és a Sopronköhida Fegyház és Börtönből szabadulók körében. Az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány támogatásával a büntetés-végrehajtási intézetből szabadulók reszocializációját, munkaerő-piacra történő reintegrációját valósította meg először a 2005/2006, majd a 2007/2008 évben. A szolgáltatás középpontjában az AVP tréning (Alternatívák az erőszakkal szemben) állt, célja az erőszakmentes konfliktus megoldási, - kezelési alternatívák elsajátítása, a felelősségvállalás és az önálló döntéshozatali képesség erősítése. Emellett a program, szabadulás után támogatást (megélhetési, lakhatási) nyújt, segít szociális ügyek intézésében és munkahelykeresésben. A munka során szoros együttműködés történik a térségben található bv. intézetekkel, pártfogó felügyeleti szolgálattal, munkaügyi központokkal és a munkáltatókkal. 2005/2006-ban 72 fogvatartott vett részt a programban, melyből 16 fő szabadult. A program közülük 15 főt juttatott jövedelemhez. 2007-ben a programban részt vevő 43 fő közül 6 fő szabadult, akik mindegyike munkához jutott. A 2 ciklusban zajló programban 5 fő vett részt, aki kábítószer-fogyasztó múlttal, függőséggel rendelkezett.

A Pest Megyei Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálat a Budapesti Fegyház és Börtönnel, illetve a Fiatalokorúak Tökéli Büntetés-végrehajtási Intézetével közösen 2007-ben megkezdte a „Harmonikus szabad életért” című, az Országos Bűnmegelőzési Bizottság pályázati kiírásán nyertes mikroprojektjét. A projekt célja olyan kísérleti program kidolgozása volt, amely a börtönpártfogás, az utógondozás, és a családi döntéshozó konferencia módszereinek komplex alkalmazásával teremthet újszerű reszocializációs, reintegrációs lehetőségeket. A büntetés-végrehajtási intézetekből a büntetésüket letöltve, illetve feltételesen szabaduló – előéletükben kábítószer- és/vagy alkoholfogyasztásban érintett, illetve visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett – elítéltek számára a projekt lehetőséget biztosít arra, hogy a családi, illetve kis-közösségi konferenciabeszélgetés módszerének alkalmazásával, az ilyen kapcsolatok mozgósításával a szabadulás, illetve a társadalomba való visszailleszkedés eredményesebb legyen. A konferenciabeszélgetésekbe bevonják a reszocializációt elősegíteni képes szakembereket is annak érdekében, hogy a kliensek a család folyamatos támogatása mellett eljussanak a megfelelő kezelőhelyekre, illetve igénybe vegyék a helyi közösségben működő professzionális és civil segítő szervezetek, egyházi közösségek, munkaügyi központok (stb.) szolgáltatásait.

### **A kábítószer-bűnözés megelőzésével kapcsolatos egyéb intézkedések**

2007-ben az Országos Bűnmegelőzési Bizottság 11 olyan komplex bűnmegelőzési programot támogatott, amelyek kábítószer-prevenációs elemeket is tartalmaznak. A 2007-ben megvalósult támogatott programok legfontosabb kábítószer-bűnözés megelőzésével kapcsolatos módszerei: a kortárs-segítés, filmterápia, konfliktus-kezelési képességeket fejlesztő drámapedagógia, illetve alternatív szabadidő-eltöltési módok biztosítása a csellengés, sodródás helyett; főleg hátrányos helyzetű, illetve veszélyeztetett fiatalok számára.

A kábítószeres tiltott gyártásához is használt vegyi anyagok felhasználásának hatékonyabb ellenőrzéséhez a Vám- és Pénzügyőrség képzési anyagot dolgozott ki, amely a 2006/2007-es tanévben beépítésre került a Rendőrtiszti Főiskola és a Vám- és Pénzügyőri Iskola oktatási tematikájába. A „Prekurzor Kézikönyv” címmel megjelenő segédanyag tartalmazza mind a hazai, mind a nemzetközi szabályozást, valamint a vegyi anyagok jellemzőit és a



munkavédelmi előírásokat is. A kézikönyv a Testület valamennyi érintett szervezeti egysége részére kiosztásra került.

### *Következtetések*

A korábbi évhez hasonló tendencia figyelhető meg drogfogyasztás szociális vonatkozásainak, következményeinek vizsgálata során. Az ellátórendszer szolgáltatási palettáján, és annak háttéréül szolgáló jogszabályok soraiban folyamatos a változás, amely azonban nem nevezhető dinamikusnak, sem a felmerülő igényeket kielégítőnek. Továbbra is fontos cél a meglévő alacsonyküszöbű szolgáltatás fejlesztése, különös tekintettel azokra a területekre, melyeken egyáltalán nem, vagy csak minimális számban működnek szolgáltatók. A működés jogi követelményeinek változása mellett fontos a szakmai elvárások meghatározása is, amely közvetlen módon az ellátások számszerűségére nem gyakorol hatást, ellenben a minőségére igen. Ennek a követelménynek kívánnak eleget tenni a kidolgozásra került szakmai irányelvek.

## 10. KÁBÍTÓSZERPIAC<sup>127</sup>

### *Háttér, előzmények*

A Magyarországon lefoglalt kábítószeranyagok vizsgálatát a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet laboratóriumai végzik.

A büntetőeljárásról szóló törvény szerint 2007. január 1.-től büntetőügyekben szakértőként nem járhat el „az ügyben eljáró bírósággal, ügyészséggel, nyomozó hatósággal alkalmazotti vagy szolgálati viszonyban lévő személy”. A törvény módosításából adódó szervezeti átalakítások keretében az országban működő, korábban a helyi megyei rendőrfőkapitányságokhoz tartozó regionális kábítószer-vizsgáló laboratóriumok szervezetileg integrálódtak a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézetbe. Az átszervezés következtében – a korábban 10 szakértővel működő – 5 regionális laboratóriumban jelenleg 6 szakértő dolgozik.

### 10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

#### **Hozzáférhetőség**

A Nemzeti Nyomozóiroda információi szerint a kokainnak mind a kínálati, mind a keresleti oldalán 2007-ben szignifikáns növekedés volt érzékelhető. Ennek következtében a kokain beszerzési, „nagybani” ára is csökken, illetőleg könnyebben hozzáférhető az európai nagyelosztók számára, mely folyamat a hazánkhoz hasonló, viszonylag kisebb felvevő országok piacaira is hatással van.

Hasonló elmozdulás tapasztalható a GHB piacán is. Bár lefoglalási adatok ez idáig ezt a folyamatot nem támasztják alá, hírszerzési információk alapján elmondható, hogy a rekreációs környezetben használt kábítószeresek között egyre markánsabb szerepet tölt be az említett szer, mely elsősorban a 18-25 év közötti korosztály körében közkedvelt.

#### *Hozzáférés a középiskolai diákok véleménye alapján*

A 2007-es budapesti iskolavizsgálat<sup>128</sup> során azt kérdezték a diákoktól, hogy véleményük szerint hol tudnának könnyen marihuánához, vagy hasishoz jutni (Elekes 2007).

A 8-10. évfolyamos diákok 34,1%-a nem tudott ilyen helyet megnevezni. A többiek legnagyobb arányban a diszkókat, bárókat (41,0%) említették, ezt a diler lakása (25,7%) és az utca, park (24,7%) követték. A megkérdezett diákok mindössze 14,4%-a gondolja azt, hogy az iskolába könnyű marihuánához, vagy hasishoz jutni. Legkisebb arányban az Internetet (11,9%) és a plázákat (3,8%) nevezték meg.

Az eredményeket összehasonlítva a 2003-as budapesti iskolavizsgálat<sup>129</sup> eredményeivel megállapítható, hogy kevesebb budapesti diák gondolja úgy, hogy az iskolában könnyű marihuánához, vagy hasishoz jutni, azonban több, mint 10%-kal nőtt azok aránya, akik szerint a diszkókban, bárókban könnyen beszerezhetők ezek a szerek.

<sup>127</sup> A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Tarján Anna

<sup>128</sup> Módszertant lásd 1. fejezet

<sup>129</sup> Budapesti iskolavizsgálat 2003. Reprezentatív minta Budapest iskoláinak 8-9-10. évfolyamán tanuló (14-16 éves) fiatalokra (nettó minta 2453 fő, válaszadási arány: 79,8%), önkéntes kérdőív ESPAD standardok szerint (Paksi és Elekes 2003)

32. táblázat. A marihuána helyszín szerinti hozzáférhetősége a 9-10. osztályosok véleménye alapján, 2003-ban és 2007-ben

Hely	Könnyen hozzá tudna jutni	
	2003	2007
utcán, parkban	18,4%	24,7%
iskolában	18,5%	14,4%
diszkóban, bárban	29%	41,0%
a díler lakásán	20,1%	25,7%
plázában	7,2%	3,8%

Forrás: Paksi és Elekes 2003, Elekes 2007

### Kábítószer-termesztés és előállítás

A kannabisz növény lefoglalások száma az elmúlt években folyamatosan emelkedett, ami a magyarországi illegális kender termesztés terjedését mutatja. A lefoglalt növények számának jelentős részét adják a tápkockában nevelt palánták, ami a mesterséges körülmények között történő („indoor”) termesztés népszerűségére utal. A marihuána termesztéséhez szükséges magok Hollandiából, míg a technikai felszerelések már hazai „mezőgazdasági” boltoknak álcázott árusítóhelyeken is beszerezhetők.

A hazai ültetvényekkel kapcsolatban megállapítható, hogy azok kialakításában egyre több esetben jelennek meg olyan külföldi, elsősorban holland állampolgárok, akik korábban hazájukban a rendőrség látókörébe kerültek már hasonló tevékenység miatt. Gyakorta ők biztosítják a szellemi és anyagi tőkét, a technológia beszerzési forrását. A hazai elkövetők anyagi forrással és személyes munkavégzéssel (gondozás, betakarítás, értékesítés) vesznek részt a kábítószer előállításában.

2007 folyamán a rendőrség egy illegális kábítószer előállító laboratóriumot foglalt le. A házi laboratóriumban a lefoglaláskor 2C-B előállítás volt folyamatban, mintegy 1,5 kg hígítatlan hatóanyag került lefoglalásra. A 2C-B mellett további amfetamin-származékok előállítására alkalmas kiindulási anyagokat, valamint mintegy 0,5 kg 2,5-dimetoxi-amfetamin (DMA) vagy 4-bróm-2,5-dimetoxi-amfetamin (DOB) előállítására alkalmas anyagot (köztiterméket) is találtak.

Lefoglalásra került egy olyan illegális laboratórium is, ahol feltételezhetően átitatott hordozóban csempésztett kokaint vontak ki és alakítottak vissza – a feketepiacon értékesíthető – por formára. Ebben a laboratóriumban a kokain tartalmú porokon és oldatokon kívül, többek között amfetamin és metamfetamin előállítására alkalmas, nagyobb mennyiségű alapanyagot (benzil-metil-ketont) és reagenseket is találtak.

A heroin hígítására leggyakrabban alkalmazott paracetamolból és koffeinből álló porkeverékből több alkalommal, általában nagyobb mennyiségű heroin mellett, összesen mintegy 37 kilogramm került lefoglalásra.

Szintén több esetben, kokain mellett, a kokain hígítására gyakran használt komponenseket és a hígított anyag tömbbé préselésére szolgáló eszközöket is lefoglaltak.

### A kínálat forrásai, csempésztvonalak<sup>130</sup>

A szintetikus kábítószeres csempészetében és terjesztésében (elsősorban Hollandiában) közreműködő elkövetői körök, illetve a „Balkán-útvonalon” heroin csempészetben résztvevő elkövetői körök tekintetében a 2006-ban jelentett állapotokhoz képest 2007-ben markáns eltérés a kábítószer-kínálat, illetőleg kereskedelem terén nem mutatkozott. A 2006. és 2007. év tapasztalata az volt, hogy a szintetikus kábítószerrel foglalkozó nagyobb terjesztői hálózatok teljes, vagy részleges felszámolása sem hozhat tartós sikert, amennyiben a hazai

<sup>130</sup> A Nemzeti Nyomozóiroda, illetve a Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ jelentése alapján.

csempész és terjesztő hálózatokat ellátó, Hollandiában tevékenykedő kiszolgáló hálózat működhet tovább.

A felderítő munka során információk keletkeztek arra vonatkozóan, hogy az elkövető csoportok, a volt szovjet tagköztársaságokban is rendelkeznek kapcsolatokkal, és Ukrajna irányából csempésznek kábítószer Magyarországra, illetve hazánkon keresztül más országokba. Ezt konkrét nagy mennyiségű kábítószer lefoglalások is alátámasztják. A Magyarországra irányuló csempészetet kamionokkal, autóbuszokkal, személygépkocsikkal végzik, de vonaton és folyami hajón is szállítanak Magyarországra kábítószer.

A Magyarországon árult kokaint jellemzően Hollandiából, a Holland-Antillákról, illetve Kolumbiából vagy Ecuadorból szerzik be, de az utóbbi két évben elosztóhelyként lépett elő Németország és Románia. Az országba érkező anyag nagy része csomagolásra, majd továbbszállításra kerül olasz, német, illetve angol célállomások felé.

Figyelemre méltó, hogy továbbra is használatos módszer a gyomorban történő „nyeléses” behozatal. A kokaincsempészetben a magyarok, mint drogfutárok vesznek részt. A megbízók és szervezők köre jellemzően nyugat-afrikai, elsősorban nigériai bűnszervezetekhez köthető.

A Nemzeti Nyomozóiroda információi alapján az is elmondható, hogy a nemzetközi kokaincsempészetre használt tradicionális hajóútvonalak egyre inkább háttérbe szorulnak, és az Európába áramló kokain jelentős része Afrika –jellemzően „közép-afrikai” vizeken történő kirakodást követően- érintésével érkezik a kontinensre. A jelenséghez továbbá hozzájárul az afrikai térségben megfigyelhető, mindent átfogó korrupció, a rendőri-, vám-, valamint határellenőrzés gyakorlatilag teljes hiánya, illetőleg a folyamatos európai kereslet-növekedés is.

Ezt igazolja az az információ is, miszerint erősödni látszik az a törekvés egyes bűnelkövetői csoportok tekintetében, hogy a kokaincsempész útvonalakat áteszik Dél-Európába, elsősorban Spanyolországba, ahova hajóval érkezik Dél-Amerikából, illetve Észak-Afrikából a kábítószer. Ezeket a jelenségeket alátámasztva tapasztalható, hogy a magyar kábítószer futárok közúton Spanyolországból (a korábbi hollandiai beszerzési forrásokat mellőzve) Magyarországra csempésznek kokaint. A struktúraváltás alapvető oka, hogy a Spanyolországból becsempészett kokain minősége jóval meghaladja a Hollandiában beszerezhető kokain tisztaságát. A fenti új útvonalon keresztül hazánkba csempészett kokain legnagyobb részének végső állomása Nyugat-Európa.

Az Europol szakemberei szerint a határok átjárhatósága miatt Európa-szerte egyre nagyobb jelentőséggel bír azon vegyi anyagok előállítása, illetőleg kereskedelme és szállítása, melyekből még közvetlenül kábítószer nem állítható elő, azonban jelenlétük szükséges a kémiai folyamatok lejátszódásához.<sup>131</sup> Ezen tevékenység egyre kevésbé kontrolálható, és ezt a kábítószer előállításban érdekelt bűnözői csoportok is kihasználják. Ebben a típusú illegális kereskedelemben több tagállam adatai szerint Magyarország is erősen érintett, amelyet a rendelkezésre álló hazai információk is részben alátámasztanak.

Magyarországon belül a kábítószer elosztás rendszerében már megszűnt a főváros központúság, a terjesztő hálózatok saját külföldi forrásokkal és hazai termelői kapacitással rendelkeznek. A terjesztésben egyre nagyobb szerepet tölt be az Internet felhasználása.

---

<sup>131</sup> Többségében a BMK-n (benzil-metil-ke-ton) és a PMK-n (piperonil-metil-ke-ton) kívüli prekursor anyagokról van szó.

## 10.2 LEFOGLALÁSOK

Az alábbi táblázat a – kábítószeres bűnügyekben eljáró – Rendőrség valamint Vám- és Pénzügyőrség által lefoglalt anyagok együttes mennyiségét tartalmazza.

33. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége

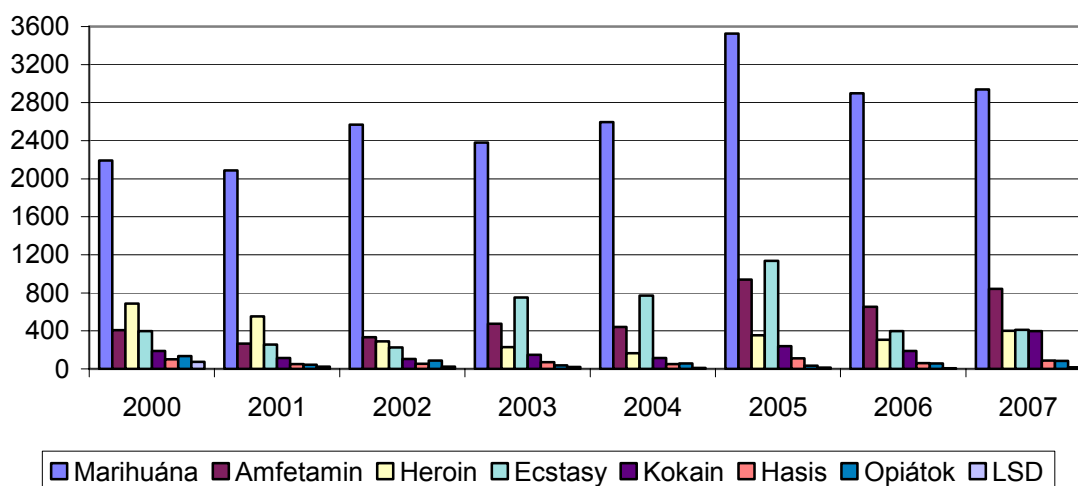
Szer típus	2006		2007	
	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség
Marihuána (kg)	1540	266,5	1352	346,6
Kannabisz növény (tő)	50	3529	105	1667 *
Hasis (kg)	67	3,0	55	11,9
Heroin (kg)	144	131,1	154	80,3
Kokain (kg)	113	7,3	134	15,3
Amfetamin (kg)	368	21,8	417	35,8
Ecstasy tabletta (db) /MDMA, MDA, MDE/	145	138 278	152	131 632
LSD (adag)	13	2148	12	71

\* csak a laboratóriumba küldött reprezentatív minta mennyiségét tartalmazza  
Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A lefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség alapján a legelterjedtebb kábítószer továbbra is a marihuána, amelyből a lefoglalt mennyiség az utóbbi években folyamatosan növekszik. Ezt követi az amfetamin, majd a heroin, a kokain és az ecstasy. A lefoglalt ecstasy tabletták mennyisége, az előző évhez hasonlóan, csökkenő tendenciát mutat.

Egyértelmű növekedés tapasztalható továbbra is a kokain lefoglalások tekintetében – különösen a lefoglalt anyagokban és tárgyakon kimutatott hatóanyagok előfordulási gyakorisága alapján – aminek eredményeképpen a kokain 2007-ben a heroinnal és az ecstasy-val azonos gyakorisággal előforduló kábítószer volt.

64. ábra. A kábítószerfajták előfordulási gyakorisága



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A leggyakoribb kábítószereket az előfordulás gyakorisága szerinti sorban 2006-hoz hasonlóan a ketamin követi. Az előző évek növekvő tendenciája folytatódik a – kábítószernek nem minősülő, de a szervezetbe jutva gamma-hidroxi-vajsavvá (GHB) alakuló – gamma-butirolakton (GBL) esetében is: 2007-ben 12 ügyben, közel 7 liter GBL került

lefoglalásra, ami a szerrel való visszaélések további terjedésére utal. Fontos megjegyezni, hogy 2007 folyamán egy alkalommal kis mennyiségű, szilárd GHB is lefoglalásra került.

(Lefoglalt illegális laboratóriumok 2007-ben lásd: 10.1.: Kábítószer-termesztés és előállítás)

### 10.3 ÁR / TISZTASÁG

#### Kábítószeres utcai árai

2007-ben ismét felmérték a kábítószeres utcai árait, amelyek az előző évek gyakorlatát követve a kábítószer-fogyasztók által kitöltött kérdőívek alapján kerültek meghatározásra. A válaszadás arányait tekintve továbbra is a marihuána esetében tudtak a legtöbben választ adni. Ezt az arányt lassan eléri az amfetamin, illetve ecstasy esetében választ adók száma, amely az előző évhez képest tovább nőtt. A kokain áráról is többen rendelkeztek információval a múlt évhez képest. Ez egyrészt alátámasztja a kínálat, illetve a lefoglalások tekintetében szintén megállapított jelenséget, miszerint a kokain elterjedtsége egyre nő a kábítószerpiacon. Másrészt a kokain miatt kezelésbe kerültek számának emelkedésével (Lásd.: 4.2. fejezet), illetve az átlagpopulációban megfigyelt kokain-fogyasztásra vonatkozó növekvő(18-34 évesek körében) tendenciákkal (2.1. fejezet) is összhangban van.

34. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban

FORINT	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	1880	2804	2308	2342	62
Marihuána (gr)	1770	2582	2274	2176	90
Heroin (gr)	10531	15263	12488	12897	55
Heroin (pakett)	4022	6000	4910	5011	52
Kokain (gr)	12648	16827	14931	14738	68
Crack (gr)	11444	16667	11750	14056	10
Amfetamin (gr)	2468	3573	3014	3020	83
Ecstasy (tabletta)	806	1593	1164	1199	81
LSD (adag)	2458	3500	2930	2979	45
Metadon (20 mg)	1247	1930	1600	1589	37
Metadon (5mg)	472	763	545	617	19

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2008

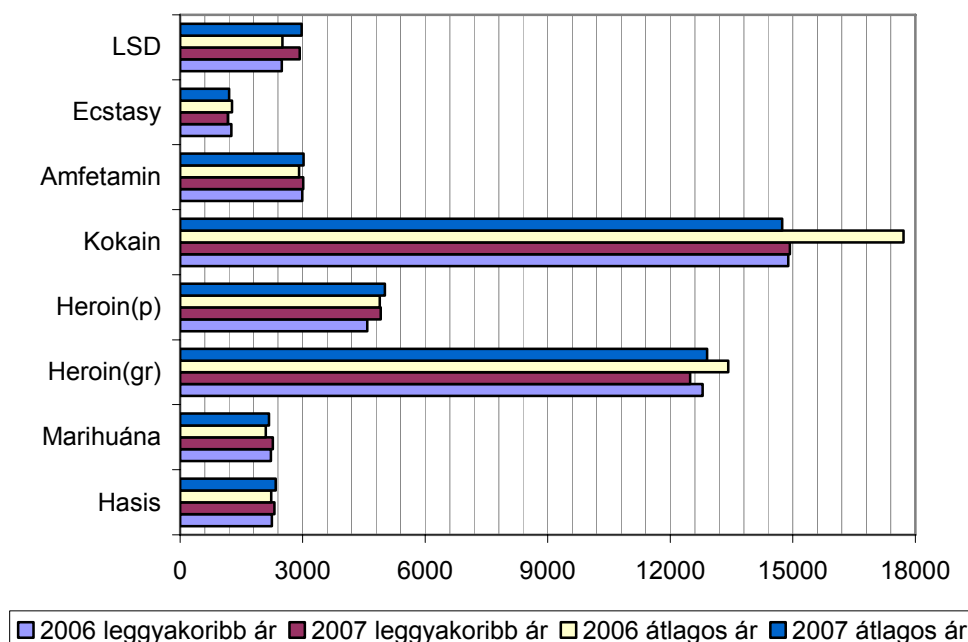
35. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban<sup>132</sup>

EURO	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	7,5	11,2	9,2	9,3	62
Marihuána (gr)	7,0	10,3	9,0	8,7	90
Heroin (gr)	41,9	60,7	49,7	51,3	55
Heroin (pakett)	16,0	23,9	19,5	19,9	52
Kokain (gr)	50,3	67,0	59,4	58,6	68
Crack (gr)	45,5	66,3	46,8	55,9	10
Amfetamin (gr)	9,8	14,2	12,0	12,0	83
Ecstasy (tabletta)	3,2	6,3	4,6	4,8	81
LSD (adag)	9,8	13,9	11,7	11,9	45
Metadon (20 mg)	5,0	7,7	6,4	6,3	37
Metadon (5 mg)	1,9	3,0	2,2	2,5	19

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2008

Az előző évben jelentett árakhoz<sup>133</sup> képest a következő változások figyelhetők meg: Nőtt a hasis, a marihuána, az amfetamin és az LSD átlagos és leggyakoribb ára is. A heroin grammonkénti ára csökkent, azonban pakett kiszerezésben drágult az előző évhez képest mind az átlagos, mind a leggyakoribb ár tekintetében. A kokain leggyakoribb ára nagyon csekély mértékben nőtt, azonban átlagos ára jelentősen csökkent, ami arra utal, hogy a kokain egyre olcsóbban érhető el a hazai piacon. Ez összhangban van a kínálat és a lefoglalások területén megfigyelt tendenciákkal.

65. ábra. Kábítószeres leggyakoribb és átlagos árai forintban, 2006-ban és 2007-ben



<sup>132</sup> A táblázatban szereplő árak a 2007-es hivatalos euró középfolyam (1€ = 251,31 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

<sup>133</sup> Az elemzés a forintban megadott árak alapján történt.

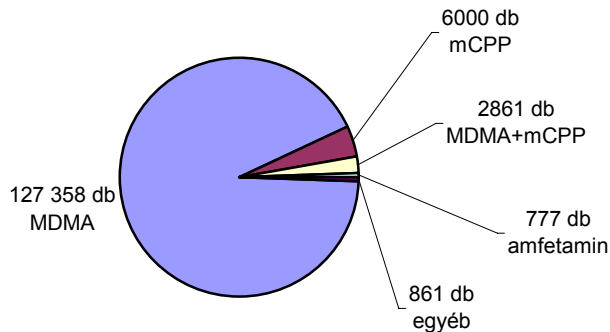
## Tisztaság

Hatóanyag-tartalom tekintetében, 2007 folyamán a korábbi évhez viszonyítva jelentősebb változás az ecstasy tabletták esetében tapasztalható.

A lefoglalt ecstasy tabletták legtöbbször 2007-ben is MDMA hatóanyagot tartalmazott, de számottevő mennyiségben foglaltak le az MDMA mellett mCPP-t is tartalmazó, illetve kizárólag mCPP hatóanyagot tartalmazó tablettákat is.

A lefoglalásokban új hatóanyagként tűnt fel ecstasy tablettákban néhány alkalommal a DOB nevű amfetamin származék, továbbá több alkalommal foglaltak le kábítószernek nem minősülő piperazin származékokat tartalmazó tablettákat is.

66. ábra. A lefoglalt ecstasy tabletták mennyisége és hatóanyagai



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Az MDMA-t tartalmazó tabletták körében – a 2006. évvel ellentétben – a 2007. évben nem fordultak elő kiugróan alacsony hatóanyag-tartalmú tabletták. Az amfetamin hatóanyagot tartalmazó ecstasy tabletták esetében, a korábbi években tapasztalt, jellemzően 4-30 milligramm/tabletta hatóanyag-tartalomhoz képest, a 2007 folyamán vizsgált tablettákban lévő amfetamin mennyisége egy esetben sem haladta meg a 10 milligrammot.

A klasszikus kábítószer (marihuána, heroin, kokain) és az amfetamin esetében a hatóanyag-tartalom eloszlásában az előző évhez képest markáns változás nem tapasztalható.

### Következtetések

A kínálat területén megfigyelt tendenciák, illetve a lefoglalások adatai alapján, a kábítószerpiacon zajló legjelentősebb változás a kokain-használat több éve tartó folyamatos emelkedése. A lefoglalási adatok szerint a kokain előfordulási gyakorisága 2007-re elérte a heroin és az ecstasy szintjét, ezekkel „holtversenyben” a harmadik legelterjedtebb kábítószerre lépett elő. Ezt alátámasztja az utcai árakat feltérképező kutatás is, amelynek során megnőtt a kokain áráról információval rendelkezők száma, illetve átlagos árának tekintetében jelentős csökkenésről lehet beszámolni.

Az ecstasy tabletták körében újabb hatóanyagok (DOB és jelenleg kábítószernek nem minősülő piperazin származékok) jelentek meg.

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



## 12. FELHASZNÁLT IRODALOM

Busa Cs., Tistyán L., Füzesi Zs., Szemelyácz J. (2008). Kirekesztődés és kirekesztés. A droghasználók társadalmi megítélése és kirekesztettsége a kábítószer-fogyasztók és társadalmi környezet szemszögéből. Kérdőíves szociológiai vizsgálatok a pécsi lakosság és drogambulanciák kliensei körében. Pécs. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.

Csákiné K. L. (szerk.) (2007). Szakmai irányelvek a szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásaihoz. Kapocs füzetek (5). Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest.

Csohán Á., Dudás M., Győri Z., Minárovics J., Rusvai E., (2008a). A hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2006-2007. évi prevalenciájának vizsgálata. Országos Epidemiológiai Központ, Beszámoló a 2007. évi tevékenységről.

Csohán Á., Kaszás K., Lendvai Gy. (2008b). Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről. Országos Epidemiológiai Központ. Nem publikált tanulmány.

Droginformáció 2005 (2005). Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.

Elekes Zs., Paksi B. (2000). Drogok és fiatalok. A középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. ISMertető, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért felelős helyettes államtitkárság, Budapest.

Elekes Zs. (2004). A középiskolás fiúk és lányok dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások 1992-2003 között. Addiktológia 2004 (4) 515-532.

Elekes Zs. (2005). A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. Demográfia 2005 (4) 345-374.

Elekes Zs. (2007). Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Addiktológia 2007 (3) 189-211.

Emberbarát Alapítvány (2007). Hírlevél az Emberbarát Alapítvány „Pszicho-szociális gondozás és módszertani ajánlás” c. tananyag készítése, és képzés szervezése a szociális területen dolgozók számára c. projektjéről.  
<http://www.emberbarat.hu/Items/Projekthirlevel4.html>.

EMCDDA (2002). Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA.

Fábián R., Posta J. (2008). A régió iskoláiban tanuló diákok egészségkárosító magatartásformák iránti veszélyeztetettsége. Szükségletek és igények az iskolai megelőzési tevékenység iránt. Dél-dunántúli Regionális Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.

Gachályi A. (2008). 2007. évben végzett szűrővizsgálatok. MH EVI Toxikológiai Kutató Osztály, Kábítószer Vizsgáló Laboratóriuma. Nem publikált tanulmány.

Gerevich J. (2007). A drogfogyasztás pszichiátriai komorbiditása. Addiktológiai Kutató Intézet. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.

Gerevich J. (2008). A drogfogyasztás pszichiátriai komorbiditása. Addiktológiai Kutató Intézet. Elhangzott: A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása. Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest. (2008.05.09.).

Gergál T., Máté Zs. (2008). A „pécsi modell”. Háló 2008 (3) 10-13.

Hajdú G. (2008). Eltereltek és drogfüggők támogatási szükséglete. Addiktológiai Kutató Intézet. Nem publikált tanulmány.

Jónás J., Barsiné F. K., Péterfiné T. M. (2008). A pulmonológiai intézmények 2007. évi epidemiológiai és működési adatai. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2007). Főbb munkaügyi folyamatok, 2006. január–december.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2008). Főbb munkaügyi folyamatok, 2007. január–december.

Lencse M., Rácz J. (2008). EQUAL A/077 PROJEKT, „... akiket kezd elveszíteni az élet ...”. A komplex nappali terápiás és közösségi szolgáltatásrendszer értékelési modelljének bemutatása. Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány, Budapest. Nem publikált tanulmány.

MAGADÉRT (2008): MAGADÉRT Drogmentességet Védő Alapítvány, Közhasznúsági Jelentés a 2007. évre.

NDI (Nemzeti Drogmegelőzési Intézet) (2007). Az alacsonyküszöbű szolgáltatók tevékenységének felmérése. Nem publikált adatok.

OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) (2007). Összefoglaló a jogviszony-ellenőrzés területén bekövetkező változásokról.  
<http://www.oep.hu/pls/portal/url/ITEM/4061D96AD82DEB1FE040A8C0CB32716F>.

Paksi B. (2003). Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. Szakmai forrás sorozat. 4. L'Harmattan, Budapest.

Paksi B., Elekes Zs. (2003). A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. Addiktológia 2003 (3-4) 275-304.

Paksi B., Elekes Zs. (2004). A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa, Balatonfüred. (2004.10. 21-23.).

Paksi B., Elekes Zs. (2005). A 9-10. évfolyamos középiskolások drogfogyasztása Budapesten 2004-ben. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.

Paksi B. (2007). A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In: Az addiktológia alapjai I, Demetrovics Zs. (szerk), pp.379-413. Eötvös Kiadó, Budapest.

Paksi B., Arnold P. (2007). A magyarországi felnőtt népesség drogérzettsége – új fejlemények. Addiktológia 2007 Supplementum 1. p. 49. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007.11. 22-24.).

Paksi B., Arnold P., Demetrovics Zs., Kun B., Rózsa S. (2007). A droghasználat társadalmi mintázatának egyes aspektusai a magyarországi felnőtt népesség körében. Addiktológia 2007 Supplementum 1. p. 50. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007.11. 22-24.).

Paksi B., Gurály Z., Schmidt A., Arnold P., Breitner P. (2008). A drogfogyasztás és hajléktalanság. Addiktológia 2008 (2). Megjelenés alatt.

Székely T. (2008). Addiktológiai ellátás az egészségügyi reformfolyamat tükrében. Tájékoztató a Kábítószerügyi Eseti Bizottság számára. Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Elhangzott: Magyar Országgyűlés Kábítószerügyi Eseti Bizottsága, Budapest. (2008.02.07.).

Simicz F. (2007). EQUAL A/077 PROJEKT, „... akiket kezd elveszíteni az élet ...”, Félutas Lakás Program. Leo Amici 2002 Addiktológiai Alapítvány. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.

Tihanyi T. (2004). Új feladatok – új szerepek – új státuszok az iskolai gyermekvédelemben. Pécs, 2004. Szakdolgozat.

# FÜGGELÉK

## TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A folyamatos fogyasztók, a kilépők, és az absztinensek aránya a szülők iskolai végzettsége szerint (18-64 éves válaszolók %-ában)	19
2. táblázat. A folyamatos droghasználat mutatói a fővárosi, ellátásban részesülő hajléktalanok és a budapesti 18-64 éves általános népesség körében (a valaha fogyasztók százalékában)	23
3. táblázat. 2007-ben végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben	25
4. táblázat. A dél-dunántúli régióban a vizsgált iskolák 8. és 10. évfolyamán megjelenő prevenciós programok és tevékenységeket megoszlása	28
5. táblázat. A program keretében az iskolai szociális munkások által nyújtott szolgáltatások	29
6. táblázat. A rekreációs szcénában ártalomcsökkentést végző szervezetek tevékenysége 2007-ben	33
7. táblázat. Szertípus közti különbségek az első alkalommal kezelt férfiak körében (OSAP és TDI összehasonlítása)	47
8. táblázat. Szertípus közti különbségek az első alkalommal kezelt nők körében (OSAP és TDI összehasonlítása)	48
9. táblázat. Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2007-ben	62
10. táblázat. Metadon-kezelésben résztvevők száma (fő) 2007-ben	69
11. táblázat. Metadon-kezelésben résztvevők havi megoszlása (fő) 2007-ben	69
12. táblázat. Buprenorfin-naloxon kezelésben résztvevők száma (fő) 2007-ben	69
13. táblázat. Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2007-ben	71
14. táblázat. Közvetett kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekben belül	73
15. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása	74
16. táblázat. Az intravénás (iv.) kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között	74
17. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis C betegek között	75
18. táblázat. A HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálatban résztvevő szervezetek	76
19. táblázat. A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége korcsoportok szerint	77
20. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint	78
21. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása a kábítószer típusa szerint	78
22. táblázat. A HBV és a HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként	79
23. táblázat. TBC-s betegeknél talált rizikótényezők 2007-ben	80
24. táblázat. Hétköznapi pszichológiai problémák előfordulásának gyakorisága az utolsó 30 napon	82
25. táblázat. A pszichopatológiai tünetek élettartam prevalenciája	83
26. táblázat. Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban	84
27. táblázat. Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003-2007	89
28. táblázat. Az egyes iskolai problémák előfordulási gyakorisága (%)	96
29. táblázat. Az átlagos iskolai problémaszám az egyes csoportok esetében	96
30. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés éve szerint	106

31. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2006-ban és 2007-ben	108
32. táblázat. A marihuána helyszín szerinti hozzáférhetősége a 9-10. osztályosok véleménye alapján, 2003-ban és 2007-ben	123
33. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége	125
34. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban	126
35. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban	127

## ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. A különböző drogfogyasztó magatartásokat „nagyon veszélyesnek” tartók aránya (a 18-64 éves válaszolók %-ában)	10
2. ábra. A különböző fogyasztói magatartásokat „helytelenítők” illetve „nagyon helytelenítők” aránya (a 18-64 éves válaszolók %-ában)	11
3. ábra. Néhány leginkább társadalmi elítélés alá eső csoport szomszédként való elutasítása (az „inkább nem” és az „ellenezné” válaszok összesen) (a 18-64 éves válaszolók %-ában)	11
4. ábra. Az egyes fogyasztási formákat nagyon veszélyesnek tartók aránya (%)	12
5. ábra. A tiltott szerek életprevalencia értékeinek változása 2001 és 2007 között, a 18-53 éves populáció körében (%)	15
6. ábra. A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékeinek változása 2001 és 2007 között, a 18-34 éves populáció körében (%)	16
7. ábra. A tiltott drogfogyasztás kumulált prevalencia-görbéje korcsoportonként (a válaszolók százalékában)	17
8. ábra. A folyamatos fogyasztók, a kilépők, és az absztinensek aránya a különböző korcsoportokban (az egyes korcsoportokban tartozó válaszolók %-ában)	17
9. ábra. A folyamatos fogyasztók, a kilépők, és az absztinensek aránya a különböző méretű településeken (a 18-64 éves válaszolók %-ában)	18
10. ábra. A nagyívás havi prevalenciája a 10. évfolyamon	21
11. ábra. Tiltott és legális szerek életprevalencia értéke 2000 és 2007 között a 10. évfolyamos fővárosi diákok körében	22
12. ábra. Drogfogyasztás különböző időszakokra vonatkozó prevalencia-értékei a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok, és a budapesti 18-64 éves általános népesség körében (a válaszolók százalékában)	23
13. ábra. A különböző drogok életprevalencia értékei a fővárosban ellátásban részesülő hajléktalanok, valamint a budapesti 18-64 éves általános népesség körében (a válaszolók százalékában)	24
14. ábra. A szociális munkások által definiált problémák megoszlása (2007-2008 I. félév)	31
15. ábra. Az ALTERNATÍVA irodák heti átlagos látogatottsága az egyes hónapokban	35
16. ábra. A kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon 2003-2007 (fő)	39
17. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása 2003-2007 (fő)	40
18. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében 2003-2007 (fő)	40
19. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében 2003-2007 (fő)	41
20. ábra. Életkori megoszlás az első kezelésben részesült drogfogyasztók körében 2003-2007(fő)	41
21. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-2007 (fő)	42
22. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-2007 (fő)	43
23. ábra. A leggyakoribb szertípusok a kezelt férfiak és nők körében (fő)	43
24. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2003-2007 (fő)	44
25. ábra. A kezelt intravénás droghasználók megoszlása 2003-2007 (fő)	44
26. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint 2003-2007 (fő)	45
27. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezeltetek száma 2003-2007 (fő)	45

28. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek száma kábítószer fajták szerint 2003-2007 (fő)	46
29. ábra. Életkori megoszlás a kezelést megkezdő kliensek körében (2007) (N=1182)	49
30. ábra. Életkori megoszlás az életükben első alkalommal kezelést megkezdő kliensek körében (2007) (N=489)	49
31. ábra. Kezelt férfiak és nők által elsődlegesen fogyasztott szer szerinti megoszlás (2007)	50
32. ábra. Életükben először kezelésbe került férfiak és nők elsődlegesen fogyasztott szer szerinti megoszlása (2007)	50
33. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint (2007)	51
34. ábra. Elsődleges szer fogyasztásának megkezdése (életkor) az összes kezelésbe lépő férfi körében – kannabisz, opiátok, amfetamin (2007)	53
35. ábra. Elsődleges szer fogyasztásának megkezdése (életkor) az összes kezelésbe lépő nő körében – kannabisz, opiátok, amfetamin (2007)	53
36. ábra. Életkori megoszlás az elterelés valamely szolgáltatásába lépő drogfogyasztók körében (2007)	55
37. ábra. Családi státusz az eltereltek között – összes kezelt (2007)	55
38. ábra. Életkori megoszlás az elterelésbe lépő drogfogyasztók körében, szertípusonként (2007)	57
39. ábra. Nyugtató-altató szerek okozta mérgezések koreloszlása	72
40. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak, korcsoport szerinti bontásban (N=381)	85
41. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők, korcsoport szerinti bontásban (N=291)	86
42. ábra. 2004 és 2007 között a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezeltek száma	86
43. ábra. Munkaügyi státusz a kezelték körében	94
44. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelték körében 2007-ben	95
45. ábra. Kezeltek családi állapota (2007)	97
46. ábra. Az egészségi állapottal kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az eltereltek és a drogfüggők között	97
47. ábra. A társas kapcsolatokkal kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az eltereltek és a drogfüggők között	98
48. ábra. A drogfogyasztással kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az eltereltek és a drogfüggők között	98
49. ábra. A pszichológiai és érzelmi problémákkal kapcsolatos támogatási szükséglet fontossága az eltereltek és a drogfüggők között	99
50. ábra. A pszichológiai és érzelmi problémák miatti korábbi kezeléseik az eltereltek és a drogfüggők között	99
51. ábra. Támogatási szükséglet az EuroADAD problématerületei szerint a drogfüggők és az eltereltek körében	100
52. ábra. Lakhatási körülmények a kezelték körében (2007)	101
53. ábra. Drogfogyasztással kapcsolatos problémák előfordulása a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok és a budapesti általános népesség körében (a valaha fogyasztók százalékában)	102
54. ábra. A „Tapasztalatai szerint, ma Magyarországon az emberek általában hogyan viszonyulnak a kábítószeresekhez”? kérdésre adott válaszok megoszlása (N=771)	103
55. ábra. „Mit gondol, az emberek többsége hogyan viszonyul a leszokott drogosokhoz?” kérdésre adott válaszok megoszlása (N= 718)	103
56. ábra. „Ön szerint az elmúlt néhány évben változott-e a kábítószeresek megítélése Magyarországon?” kérdésre adott válaszok megoszlása (N= 691)	104
57. ábra. „Mit tettek a munkatársai/diáktársai, közeli ismerősei, közeli családtagjai, amikor megtudták, hogy Ön drogot fogyaszt(ott)?” kérdésre adott válaszok megoszlása	104

58. ábra. „Ha Önt érte hátrányos megkülönböztetés drogfogyasztás miatt, pontosan mi volt az?” kérdésre adott válaszok megoszlása (Több válasz is megjelölhető volt.) (N=528)	105
59. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma _____	105
60. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma _____	108
61. ábra. Az alacsonyküszöbű szolgáltatók működési formája _____	116
62. ábra. Alacsonyküszöbű szolgáltatók által végzett tevékenységi formák _____	116
63. ábra. Az alacsonyküszöbű szolgáltatók által végzett kiegészítő tevékenységek _____	117
64. ábra. A kábítószerfajták előfordulási gyakorisága _____	125
65. ábra. Kábítószeres leggyakoribb és átlagos árai forintban, 2006-ban és 2007-ben _____	127
66. ábra. A lefoglalt ecstasy tabletták mennyisége és hatóanyagai _____	128

## TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók területi megoszlása 2007-ben _____	64
2. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2006-ban, és 2007-ben _____	79
3. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megyék szerinti megoszlása az elkövetés helye szerint 2007-ben _____	107