



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



2007-es 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

CSONTÁS ÁGNES, Országos Epidemiológiai Központ

DARÓCZY ZITA, Nemzeti Drog Fókuszpont

HAJNAL GYÖRGY, ECOSTAT Kormányzati Gazdaság- és Társadalom-stratégiai Kutató Intézet

HORVÁTH MÓNIKA CSILLA, Semmelweis Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet

KOÓS TAMÁS, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

KOVACSICS LEILA, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

KUN BERNADETTE, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

KUN GÁBOR, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

MÜLLER ÉVA, Egészségügyi Minisztérium

NÁDAS ESZTER, Nemzeti Drog Fókuszpont

NÉMETH ÁGNES, Országos Gyermekégeszségügyi Intézet

NYÍRÁDY ADRIENN, Nemzeti Drog Fókuszpont

PORKOLÁB LAJOS, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet

PAKSI BORBÁLA, Budapesti Corvinus Egyetem, Viselkedéskutató Központ

RITTER ILDIKÓ, Országos Kriminológiai Intézet

SZABÓ KRISZTINA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

BUDA BÉLA, FELVINCZI KATALIN, KASSAI FARKAS ÁKOS, RÁCZ JÓZSEF,
SZEMELYÁCS JÁNOS, TOPOLÁNSZKY ÁKOS, ZACHER GÁBOR

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÁS	5
1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI	7
1.1. JOGI KERETEK	7
1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK	9
1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK	10
1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS	10
2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	17
2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁTLAGPOPULÁCIÓBAN	17
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	17
2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	20
3. PREVENCIÓ	21
3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	21
3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ	30
3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ	33
4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS ÉS A KEZELÉST IGÉNYLŐ POPULÁCIÓ	35
4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE	35
4.2. TDI – KEZELÉSI IGÉNY INDIKÁTOR	35
4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK	45
4.4. INTENZÍV DROGHASZNÁLATI MINTÁK	47
5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE	49
5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK	49
5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS	52
5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS	52
6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	54
6.1. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	54
6.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	56
6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS	62
6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	62
7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	65
7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	65
7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	65
7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS KEZELÉSE	67
7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE	67
8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	68
8.1. SZOCIÁLIS KIREKESZTETTSÉG	68
8.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	71
8.3. KÁBÍTÓSZERHASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	75
8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK	75
9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	77
9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	78
9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	80
10. KÁBÍTÓSZERPIAC	81
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	81
10.2. LEFOGLALÁSOK	81
10.3. ÁR/TISZTASÁG	82
11. KÖZKIADÁSOK	86
11.1. KÁBÍTÓSZERREL ÖSSZEFÜGGŐ CÍMKÉZETT KÖLTSÉGVETÉSI KIADÁSOK	86
11.2. RÁFORDÍTÁSI ARÁNSZÁMOK ÉS A NEM CÍMKÉZETT KÖLTSÉGVETÉSI KIADÁSOK	87
11.3. KÁBÍTÓSZERREL ÖSSZEFÜGGŐ KÖZKIADÁSOK BECSLÉSÉRE IRÁNYULÓ KUTATÁSOK	91

12. VESZÉLYEZTETETT FIATALOK	92
12.1. FŐBB VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK JELLEMZŐI	92
12.2. DROGFOGYASZTÁS A VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOKBAN	94
12.3. VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK A KEZELÉSBEN	95
12.4. VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK DROGFOGYASZTÁSÁNAK VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	95
12.5. JOGI KERETEK	95
12.6. VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG	96
13. DROGKUTATÁSOK EURÓPÁBAN	98
13.1. KUTATÁSI STRATÉGIA	98
13.2. A LEGFONTOSABB KUTATÁSOK ÉS PUBLIKÁCIÓK	99
13.3. A KUTATÁSI EREDMÉNYEK GYŰJTÉSE ÉS KÖZREADÁSA	99
14. FELHASZNÁLT IRODALOM	101
FÜGGELÉK	103
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	103
ÁBRÁK JEGYZÉKE	104
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	105

ÖSSZEFOGLALÁS

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

2006-ban jellemzően a fiatalok körében készült országos, illetve egy-egy város középiskolásainak drogfogyasztási szokásait vizsgáló kutatás. Az országos szintű adatfelvétel a HBSC kutatás keretében zajlott, a vizsgálat eredményei a szerfogyasztás kipróbálásának enyhe növekedését mutatták. A HBSC vizsgálat is igazolta azt a magyar fiatalokra jellemző fogyasztási struktúrát, miszerint a két legkedveltebb szer a kannabisz és az alkohol gyógyszerrel történő együttes használata - utóbbi főként a lányok körében -, ahogy ez a korábbi ESPAD vizsgálatokból is kiderült.

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

2006-ban összesen 15480 drogfogyasztót regisztráltak az adatszolgáltatásra kötelezett kezelőhelyek, az előző évhez képest a növekedés 5%. Ugyanakkor az új betegek száma 10%-kal csökkent (5673 fő). 2000 óta folyamatosan csökkent a kezelt heroin-fogyasztók, és az intravénás használók száma. Ez a tendencia 2006-ban megfordult és mind a kezelt heroin-fogyasztók, mind az intravénásan használók körében növekedés volt tapasztalható. 2006-ban is a kannabisz-származékok miatt kezelték aránya a legmagasabb, a kezelt amfetamin-fogyasztók száma először csökkent az előző évhez képest. Tovább nőtt a kokain, viszont csökkent a hallucinogén szereket fogyasztók száma.

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

A drogfogyasztás szociális következményeinek vizsgálata során megállapíthatjuk, hogy a korábbi évekhez hasonlóan a szociálpolitika és az ellátórendszer válaszai a fennálló és az újonnan jelentkező kihívásokra a legtöbb esetben még mindig elszigeteltnek tekinthetők.

Leginkább - legyen szó lakhatás, oktatás, képzés, vagy a foglalkoztatás kérdéséről - civil, egyházi szervezetek kezdeményezéseiről beszélhetünk, melyek mögött - állami és külföldi - pályázati források állnak.

A 2006. évi jelentett incidencia adatok, valamint a 300 intravénás kábítószer-használó célzott HIV vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a hazai populációban a korábbi évekhez hasonlóan igen alacsony lehet a HIV-fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezeltek, illetve az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat igénybevevők körében 28,9%-os HCV prevalencia volt mérhető. 2006-ban a tűcsere-programok által kiosztott injektorok száma 56%-al, a kliensek száma 84%-kal növekedett az előző évhez képest. A másodlagos tűcsere-re utaló, eddig növekvő tendenciát mutató, egy főre jutó injektorok száma 2003 óta először 2006-ban csökkent. Ez jelentheti azt, hogy a programok egyre több kábítószer-fogyasztót érnek el közvetlenül.

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

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

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

1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI¹

1.1. JOGI KERETEK

Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

- a) 2006. évi LI. törvény (VII. 11.)

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

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

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (XII. 19.) nagyban átalakítja az egészségügyi rendszert, ezzel együtt a kábítószer-fogyasztók ellátását is. A törvény célja az egészségügyi ellátórendszer további átalakítása és fejlesztése, amelynek eredményeként, az elképzelések szerint, a helyi döntéseket is figyelembe véve egy hatékonyabb, korszerűbb, jobb minőségű és fenntarthatóan finanszírozható ellátórendszer jönne létre. Ennek megfelelően a törvény meghatározza az ellátás legfontosabb szolgáltatásait (sürgősségi ellátás, nagyobb szakmai felkészültséget igénylő beavatkozások) adó súlyponti kórházakat és országos feladatú speciális intézeteket, valamint szakmacsoportonként a feladatuk ellátásához minimálisan szükséges –ezért törvényben garantált- ágyszámukat, továbbá szakmacsoportonkénti bontásban régióként meghatározza az elosztható aktív és krónikus kapacitásokat. A törvény 1. és 2. melléklete meghatározza a 2007. április 1-je után működő aktív és krónikus, ezen belül a rehabilitációs ágyak számát.

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

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet módosításáról szóló, 2006. július 1-jén hatályba lépő 132/2006. (VI. 15.) Korm. rendelet szintén komoly változást eredményezett a finanszírozásban. (lásd még 5. fejezet)

- d) 228/2006 (XI. 20.) Korm. rendelet

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

- e) 262/2006. (XII. 20.) Korm. rendelet

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

¹ A fejezet szerzői: Nádas Eszter, Varga Orsolya

f) 1002/2007. (I. 18.) Korm. határozat

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

g) 14/2007. (III. 7.) OGY határozat

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

h) 49/2007. (IV. 26.) GKM-EüM-IRM-MeHVM-PM együttes rendelet

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

i) 38/2007. (V. 9.) OGY határozat

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

Jogalkalmazás

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

- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 1806 főt
- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 182 főt;
- a Btk. 282/B. §-ába ütköző magatartások (a 18. életévét be nem töltött személy felhasználásával, illetve annak sérelmére elkövetett fogyasztói, illetve kereskedői típusú tevékenységek) miatt 148 főt;
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 348 főt;
- a Btk. 283/A §-ába ütköző bűncselekmény (kábítószer előállításához használt anyaggal való visszaélés) miatt nem volt jogerős elítélés.

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

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

1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK

Koordinációs intézkedések, változások

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

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium felelősségi körébe tartozik a Kormány javaslattevő, véleményező testületének, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak (KKB) a működtetése, melynek elnöke a szociális és munkaügyi miniszter, valamint az egészségügyi miniszter. 2006 végén megtörtént a KKB újjászervezése. Az 1002/2007. (I. 18.) korm. határozat értelmében az új struktúrában a Bizottság 10, szavazati joggal rendelkező állandó taggal évente legalább 4 alkalommal ülészik. Az eddigiekhez képest fontos változást jelent, hogy az állandó tagok közül négyen nem kormányzati szervezet delegáltjai.

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

Az eseti és szakértő tagokat a Bizottság elnöke kéri fel a Bizottság ülésén való részvételre, amennyiben az ülés napirendjén szereplő valamely kérdés érinti a tag által képviselt szerv feladat- és hatáskörét.²

Nemzeti stratégia és megvalósítása

2006-ban és 2007 első félévében is aktuálisnak számít a 1129/2004 (XI. 24.) korm. határozat, mely a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokat foglalja magában. A tervek szerint 2007-ben új cselekvési terv megalkotására és vonatkozó kormányhatározat elfogadására kerül sor a számos kifizető határidejű és részben vagy egészben meg nem valósult feladat újraminősítése érdekében.

² A Bizottság állandó tagjai: a Bizottság elnöke és társelnöke; az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium képviselője; az Oktatási és Kulturális Minisztérium képviselője; az Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium képviselője; a Pénzügyminisztérium képviselője; a kábítószerügyi koordináció stratégiai területeit képviselő nem kormányzati szervezetek által delegált négy fő.

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

A Bizottság szakértő tagjai: a Legfelsőbb Bíróság képviselője; a Legfőbb Ügyészség képviselője; az Országos Bűnmegelőzési Bizottság képviselője; a katonai nemzetbiztonsági szolgálatok képviselője; a Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal képviselője; az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal képviselője; az Országos Addiktológiai Intézet képviselője; a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ képviselője; a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet képviselője; a Bizottság elnöke által felkért további szakértők.

1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK

Nincs új információ.

1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS

Társadalmi viták a kábítószer-problémáról

2006-ban is megrendezésre került a Million Marijuana March elnevezésű rendezvény a Kendermag egyesület szervezésében, mintegy 6000 fő részvételével. Hasonlóan a korábbi évek tapasztalataihoz a rendezvény erősen polarizálta a kábítószer problémával kapcsolatos véleményalkotásokat, alkalmat teremtett arra, hogy politikai hovatartozásuktól függően fejték ki a részt vevők, illetve kommentátorok véleményüket a kérdéssel kapcsolatban. Érdemi párbeszédre, eszmecsereére ez alkalommal sem került sor a markánsan különböző nézeteket valló felek között.

Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök

Rendőrök drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata

2006-ban a rendőrök körében, reprezentatív mintán történt vizsgálat³ (Ritter 2007) a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos attitűdök felmérésére. A vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy a kábítószer-fogyasztókkal szemben gyakorlatban is eljáró rendőrök miként értékelik a kábítószer-fogyasztás problémájának hazai társadalmi és büntetőjogi kezelését, illetve annak eszközeit; továbbá hogyan viszonyulnak a kábítószer-fogyasztó populációhoz.

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

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

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

³ A vizsgálat célcsoportját a jogi minősítést meghatározó rendőrök (nyomozók, vizsgálók) és azok közvetlen felettesei (osztályvezetők) alkották. A mintavételi keretet a megyei rendőr-főkapitányságon és minden megyéből a két legmagasabb felderítési mutatóval rendelkező városi rendőr-kapitányságon, a budapesti kerületi kapitányságokon dolgozó rendőrök alkották. A vizsgálatot önkéntes rendőrök segítségével végezték. Az adatgyűjtés során összesen 368 értékelhető kérdőívet dolgoztak fel.

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

1. táblázat. A kábítószer-fogyasztás visszaszorítására alkalmas eszközök

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

Forrás: Ritter 2007

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

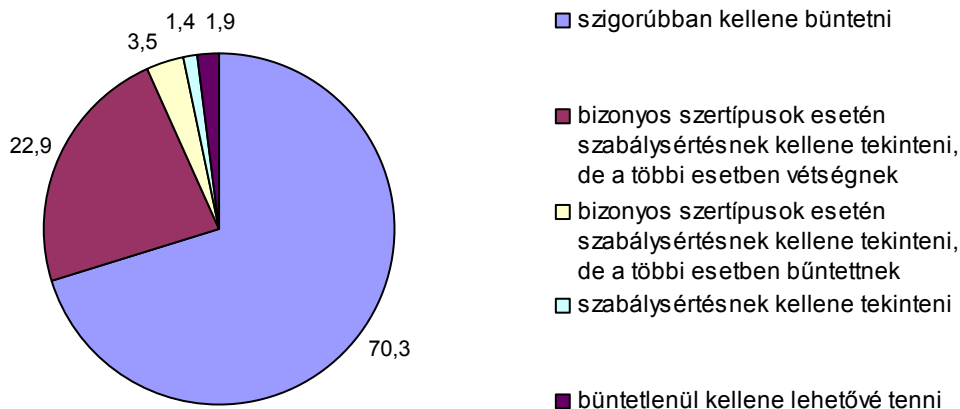
2. táblázat. Indokok a kábítószer-fogyasztás büntetése mellett és ellen

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

Forrás: Ritter 2007

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

1. ábra. Hogyan kellene büntetni a kábítószer-fogyasztást? (a válaszadók százalékában)



Forrás: Ritter 2007

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

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

3. táblázat. A kábítószer-fogyasztókkal kapcsolatos rendőri attitűd⁴

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

Forrás: Ritter 2007

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

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

Parlamenti és társadalmi viták a kábítószer-problémáról

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

- Általános vita folyt a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról (2003-2005. évek vonatkozásában) szóló jelentés elfogadásáról, valamint a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII.11.) OGY határozat módosításáról.
- Az Éves Jelentés 2006: Kábítószer-probléma Európában című EMCDDA által készített dokumentum rövid bemutatása
- Kábítószer-politikai változások és az új Büntető Törvénykönyv kodifikációja
- Kábítószerügyi eseti bizottság felállítása és tagjainak megválasztása
- Drogprevenció a Honvédségben és az iskolákban
- Kábítószer-fogyasztás visszaszorítása civil szervezetekkel és az egyházzal

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

2005. december 1-jén az egyik budapesti tücsere-program munkatársa a Fővárosi Főügyészségen büntetőeljárás megindítását kérte maga ellen. Ennek előzménye a Legfőbb Ügyészség 2005. májusában kiadott állásfoglalása volt, mely szerint „az illegális drogfogyasztás, annak bármilyen módon illetve céllal történő segítése – álláspontom szerint minden esetben – bűncselekmény gyanújára utal. Ennek észlelése esetén a bűnüldöző hatóságok hivatalból kötelesek eljárni”. A Társaság a Szabadságjogokért kampányához tartozó önfeljelentés célja az ártalomcsökkentő programok munkája körül kialakult bizonytalan jogi helyzet tisztázása volt, azzal a hosszú távú célkitűzéssel, hogy a programok kliensei a rendőri eljárástól való félelem nélkül tarthassanak maguknál steril és használt eszközöket, és erről a programok és a rendőrség között országos megállapodás születhessen. Az ügyészség 2006. júniusában megszüntette a tücsere-program munkatársával szemben folytatott nyomozást a társadalomra való veszélyesség tudatában való tévedés miatt, azonban a bűnsegédi magatartást megállapította.

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

Médiakampányok

Országos szinten

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

Munkaügyi Minisztérium 619.000 Ft-tal (2342 €)⁵ támogatta. A spot a következő üzeneteket tartalmazta:

4. táblázat. 2006-ban a Kábítószer-ellenes hét keretében sugárzott televíziós spot tartalma

<p>Magyarországon a felnőtt lakosság 11,4%-a kipróbált már illegális szert. A budapesti 17-18 éves fiatalok 47,5%-a fogyasztott már kábítószer.</p> <p>A DROG KÖZTÜNK VAN. A DÖNTÉS A TIED, DE A FELELŐSSÉG KÖZÖS</p> <p>2006. június 26.- Kábítószer-ellenes Világnap A felelősség közös!</p>
--

Forrás: Szociális és Munkaügyi Minisztérium

Helyi szinten

A helyi szinten szervezett médiakampányok felkutatásához a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok segítségét kértük.⁶ A beérkezett kérdőívek alapján mindössze hat médiakampányt sikerült azonosítani, ezek egyikének sem vizsgálták a hatékonyságát. A kampányok közül három a helyi televízióban, kettő a helyi rádióban egy a helyi újságban folyt. Egy kampány során vettek igénybe két kommunikációs eszközt (televízió, újság), ez azonban inkább egy tájékoztató kampány volt a helyi szervezetek tevékenységéről.

A kampányokról rendelkezésre álló részletes információt a következő táblázat tartalmazza.

⁵ Az euró 2006-os hivatalos középárfolyama alapján (1€=264,27 Ft).

⁶ A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet közreműködésével egy kérdőívet küldtünk a helyi KEF-eknek. A 90 KEF közül 11-től érkezett válasz.

5. táblázat. Helyi szinten szervezett médiakampányok az elmúlt 3 során

A kampány címe / fő üzenete	Felhasznált tömegkomm. eszközök	Földrajzi hatókör	Célcsoport	Kampány időtartama	Kampány fő üzenete	Költség (Ft)	Költség (euro) ⁷
Le(sz)állópálya – televíziós magazinműsor	helyi televízió	Pécs város	középiskolai tanulók, szülők, tanárok, szakemberek	10 hónapon át havonta 30 perc élőadás	Preventív szemlélet, objektív információk hiteles szakemberektől, ártalomcsökkentő filozófia	1 millió Ft	3784 €
Drogveszélyben – rádiós magazinműsor	helyi rádió	Dél-Dunántúl	középiskolai tanulók, szülők, tanárok, szakemberek	havonta egy alkalommal 30 perc élő, interaktív adás	Preventív szemlélet, objektív információk hiteles szakemberektől, ártalomcsökkentő filozófia	-	-
Sorozat a kábítószer-problémáról	havonta megjelenő kulturális és hírújság	Győr-Moson-Sopron megye (kivéve Győr és Sopron)	a megyei polgárai (kivéve Győr és Sopron)	2005 december-2006 május	Nézzünk szembe a problémával, minél hamarabb, minél szakszerűben lépünk a tettek mezejére, annál biztosabb a siker	349.000 Ft + 30.000 Ft szakértőknek	1321€ + 114€ szakértőknek
MEGÁLLÓ - Betekintés a drogok világába és a megelőzés, kezelés lehetőségeibe. Szolnokon népszerű, ismert emberek alternatívákat kínáló üzenetei.	Aktív Rádió, Szolnok	Szolnok 50 km-es körzete	lakosság	2007. május 3. – május 24. között, csütörtökönként 30 percben	A drogozás helyett választhatsz más, értelmes időtöltést is.	200.000 Ft.	757 €
Bűnmegelőzési krónika	Terézvárosi TV, Terézvárosi újság, TÉMA c. újság	Budapest Terézváros	lakosság	Folyamatos, heti egy alkalom	Tájékoztatás a helyi bűnmegelőzési elképzelésekről, a KEF működéséről	kb. 1millió Ft évente	kb. 3784 € évente
Együtt a drog ellen spot-ok bemutatása a nézőknek	televízió	TV Eger sugárzó körzete és kábelen elérhető nézői	elsősorban a fiatalok	társadalmi célú blokkokban, változó hosszban, folyamatos	„Élj drogok nélkül!”	-	-

Forrás: KEF-ek beszámolóí alapján

⁷ A táblázatban szereplő költségek a 2006-os hivatalos euró középárfolyam (1€ = 264,27 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

Következtetések

A 2007. január 1-jén hatályba lépő egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény, valamint a 2006. július 1-jén hatályba lépő 132/2006. Korm. rendelet rendelkezései a kábítószer-fogyasztók ellátását és az ellátás finanszírozását nagyban befolyásolja. Ezen jogszabályok hatásairól csak a következő évben tudunk beszámolni.

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

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

A rendőrök körében végzett attitűd-vizsgálat eredménye alapján a következőket állapíthatjuk meg: a megkérdezett rendőrök 38,2%-a szerint prevencióval és felvilágosítással lehetne visszaszorítani a kábítószer-fogyasztást, míg 37%-uk szerint a szigorúbb büntetés lenne a megfelelő eszköz erre. A válaszok alapján a rendőrök 81,9%-a szerint szükséges különbséget tenni a kábítószer-fogyasztó és más kábítószeres bűncselekményt elkövető között. Ellentmondásos azonban az az eredmény, miszerint a válaszadók 56,5%-a nem tartotta a büntetőjogot megfelelő eszköznek a kábítószer-fogyasztás visszaszorítására, mivel e kérdés vonatkozásában 70,3%-uk mégis úgy gondolta, hogy a kábítószer-fogyasztást szigorúbban kellene büntetni. Ezen ellentmondás feloldására a kutatás nem talált megfelelő magyarázatot, így az eredményből arra következtethetünk, hogy a rendőrökben nem alakult ki tiszta, egyértelmű attitűd a kábítószer-fogyasztással kapcsolatban.

2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN⁸

Háttér, előzmények

2006-ban jellemzően a fiatalok körében készült országos, illetve egy-egy város középiskolásainak drogfogyasztási szokásait vizsgáló kutatás. Az országos szintű adatfelvétel az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) című kutatás keretében zajlott, amely illegális szerfogyasztásra vonatkozó kérdéseket is tartalmazott. Helyi szintű felmérések leginkább az Észak-alföldi régióban történtek, a tavalyi évhez hasonlóan a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok megbízásából, helyzetképet adva a helyi drogstratégia kialakításához. A felnőttek körében drogepidemiológiai vizsgálat nem volt.

2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁTLAGPOPULÁCIÓBAN

Nincs új információ.

2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

A HBSC 2006. évi felmérésében megkérdezett 2877 középiskolás (9. és 11. osztályos⁹) tanuló 20,3%-a fogyasztott valamilyen illegális szert, ill. visszaélészerűen használt már életében gyógyszert és/vagy inhalánsokat. A kannabisz-fogyasztás értéke a legmagasabb az összes illegális szer közül, 17,3%-os prevalenciával. A gyógyszer és az alkohol gyógyszerrel történő együttes alkalmazása a második leggyakrabban alkalmazott szer (14,7%), míg az egyéb¹⁰ említett illegális drogfogyasztás prevalencia értéke 12,4%.

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

⁸ A fejezet szerzői: Kovacsics Leila, Dr. Németh Ágnes, Nyírády Adrienn

⁹ 15 és 17 évesek

¹⁰ Ebbe a csoportba tartozik az ecstasy, a speed, az opiát származékok, a kokain, az LSD és egyéb növényi drogok, pl.: a mágikus gomba

6. táblázat. A használat gyakoriságára vonatkozó értékek az egyes szertípusok szerint

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

Forrás: Kovacsics, Németh

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

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

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

7. táblázat. A leggyakrabban használt illegális szerek megoszlása nemenként és osztályonként (életprevalencia)

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

Forrás: Kovacsics, Németh

A közelmúlta vonatkozó prevalencia adatokból következtethetünk a droghasználat típusára. A kannabisz fogyasztás elmúlt évi prevalencia értéke 15% a 9-11. osztályos tanulóknál. A

gyakorisági értékek a fiúk körében mindenütt magasabbak. A leggyakrabban 1-2-szer próbálták ki a kannabiszt mindkét nem tagjai – a fiúk 9%-a, a lányok 7,2%-a vallotta ezt magáról.

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

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

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

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

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

8. táblázat. Összehasonlítás korábbi eredményekkel

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

Forrás: Sebestyén 2003, Németh

2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

Katonák

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

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

9. táblázat. 2006-ban végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben

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

Forrás: Gachályi 2007

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

Következtetések

A 2006-os országos vizsgálat eredményei a szerfogyasztás kipróbálásának enyhe növekedését mutatták. A HBSC vizsgálat is igazolta azt a magyar fiatalokra jellemző fogyasztási struktúrát, miszerint a két legkedveltebb szer a kannabisz és az alkohol gyógyszerrel történő együttes használata - utóbbi főként a lányok körében -, ahogy ez a korábbi európai középiskolai vizsgálatokból (ESPAD) is kiderült.

Emellett a tavalyi évhez hasonlóan egyre több regionális felmérés készült a helyi drogérintettség elemzéséhez.

A honvédségi szűrővizsgálatok során ismét kimutatható volt opiát-származékok fogyasztása, vagyis folytatódni látszik az a korábban már megfigyelt jelenség, hogy a kannabisz-származékok után valamilyen opiát-származék a második legnépszerűbb kábítószer a katonák körében, a normálnépességben megfigyelhető struktúrától eltérően.

¹¹ Az opiát pozitívítást nagyműszeresen (GC-MS) nem tudták minden esetben bizonyítani, így csak a fogyasztás gyanúja volt megerősíthető.

3. Prevenció¹²

Háttér, előzmények

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

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

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

3.1. ÁLTALÁNOS PREVENICÓ

Iskolai prevenicó

Az ICsSzEM–OM (azóta SzMM-OM) közös iskolai egészségnevelési és drogprevenációs programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2006-ban 170.000.000Ft (643.282€)¹³ volt.

A 451 pályázó közül 289 iskola részesült 154.399.400Ft (584.249€) pályázati támogatásban¹⁴, így a pályázat keretében a 11-18 éves populációból közel 105.225 diák vett részt prevenációs foglalkozásokon¹⁵.

2006-ban kutatás készült, az ICzSzEM-OM által működtetett pályázati rendszer keretében a 2005/2006-os tanévben megvalósult iskolai prevenációs programok leírása – és a prevenációs programok országos kataszterében (lásd Éves Jelentés 2004) való elhelyezése (Paksi és Demetrovics, 2005; Paksi et al., 2006a) – valamint értékelése céljából¹⁶.

Az ICsSzEM-OM pályázat keretében megvalósuló programok jellemzői

A prevenációs beavatkozások 70%-a – a pályázati kritériumok minimum elvárásaihoz illeszkedően – 5 órás időtartamú volt, 17%-uk 6-10 órás, másik 10%-uk ennél is több órában foglalkozott a diákokkal. A vizsgált 229 program közül 8 esetben viszont a pályázati előírásokhoz képest rövidebb időtartamban végezték az intervenciót.

A nyertes iskolákban megvalósuló programok esetében egy-egy tanulócsoporthoz a prevenációs foglalkozások legnagyobb arányban (a programok 60%-a esetében) egy és öt hónap közötti időintervallumban zajlottak le. A programok 20%-a ennél rövidebb időt, másik 20%-uk pedig fél évet, illetve annál hosszabb időt vett igénybe. Az országban 2003-2005 között azonosított, közvetlenül a végső célpopulációra irányuló iskolai prevenációs programok időtartama természetesen az ICsSzEM-OM pályázat keretében megvalósított

¹² A fejezet szerzői: Kun Bernadette, Nadas Eszter, Paksi Borbála

¹³ Az értékek a 2006-os hivatalos euró középárfolyam (1€ = 264,27 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

¹⁴ A Sulinova Kht. adatai alapján

¹⁵ Az Oktatási és Kulturális Minisztérium beszámolója alapján

¹⁶ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja végezte. A pályázaton nyertes 313 iskola közül 277 iskolában (88,5%) sikerült a prevenációs beavatkozásokat megvalósító szolgáltatók, szakemberek, vagy szakmai csapatok körében adatgyűjtést végezni. A 227 iskolában 187 prevenációs szakmai csapat került azonosításra, ebből 64 a prevenációs szinten egyébként is jelenlévő önálló szolgáltató, 123 pedig a nyertes pályázó (az iskola) szervezésével a pályázat végrehajtására létrejött, „alkalmi” szakmai csapat volt. A 187 prevenációs szakmai csapat 229 különböző prevenációs programot valósított meg. Az adatgyűjtés során a következő módszereket alkalmazták: telefonos megkérdezés, face to face kérdőív, önkitalós kérdőív, dokumentumelemzés, face to face interjú.

beavatkozásokhoz képest szélesebb skálán mozog, hiszen a programok 25%-a mindössze 1-2 órában végzi az intervenciót, melyek a jelen pályázati rendszerben nem lettek megszólítva. Azonban annak ellenére, hogy a pályázati kiírás csak minimumkövetelményt fogalmazott meg a program időtartama vonatkozásában, a kínálatnak nemcsak a rövid futamidejű elemei szorultak ki az iskolákból a pályázat keretében. A nyertes iskolákban zajló programok között ugyanis jóval kisebb arányban képviseltették magukat az 5 óránál hosszabb futamidejű programok, mint a kínálatban összességében.

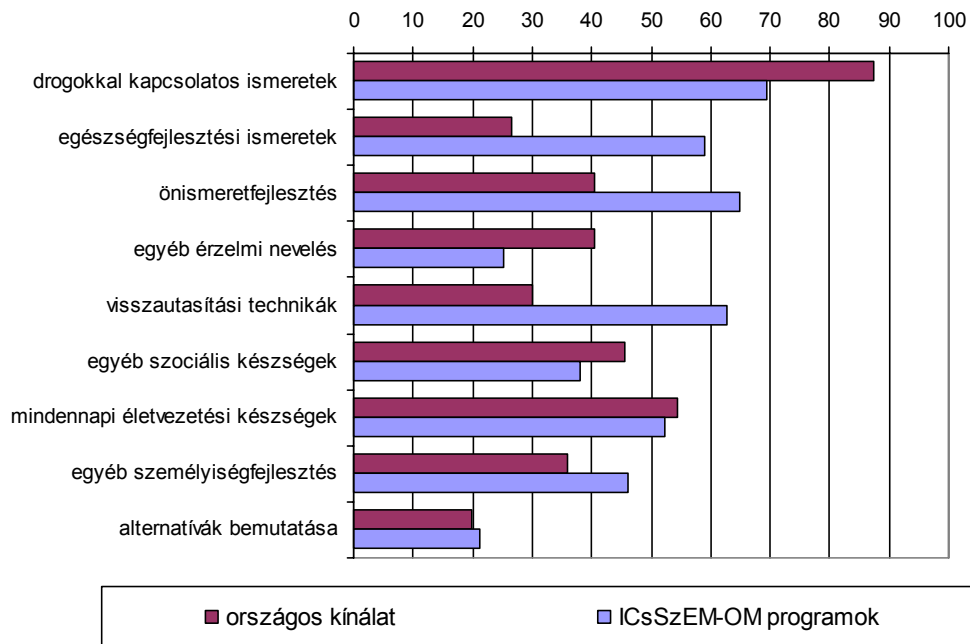
Tematikáját tekintve – a pályázat céljainak megfelelően – mindegyik program megfogalmazott drogprevenációs célkitűzéseket, azonban ezek eltérő hangsúlyt kaptak az egyes esetekben. A programok kisebbik része (37,6%-a) definiálta tevékenységét direkt drogprevenációs beavatkozásnak, többségük (62,3%-uk) elsődlegesen egészségfejlesztéssel foglalkozott, közvetetten kívánt megvalósítani drogprevenációs célokat. Az országos prevenációs kínálatban fordított arányokkal találkozhatunk: az iskolai drogprevenációs szintéren drogprevenációs célzattal (is) tevékenykedő, közvetlenül az interveniált populációra irányuló programok többsége (75%) direkt drogprevenációs program. A pályázati keretben zajló programoknak az országos kínálathoz képest történt eltolódása vélhetően jelentős részben a pályázati követelmények következménye: „a korszerű szemlélet a drogprevenációt az egészségfejlesztés (health promotion) kérdéskörében helyezi el”¹⁷. Ugyanakkor a pályázat keretében zajló programok közül tizből kilenc program közvetlenül megcélolta a tiltott és/vagy legális szereket, és mindössze a programok 9,3% foglalkozott csak közvetetten a különböző drogokkal.

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

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

¹⁷ Idézet a pályázati kiírásból

2. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése az országos programkínálatban, és az ICsSzEM-OM pályázati rendszerben zajló prevenciós programokban (a programok százalékában kifejezve)

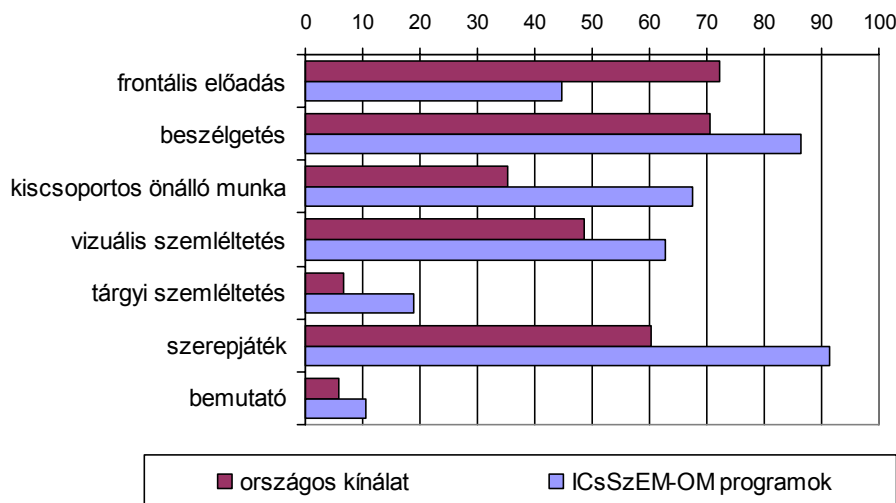


Forrás: Paksi et al. 2006b

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

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

3. ábra. A különböző módszerek megjelenése az országos programkínálatban, és az ICsSzEM-OM pályázati rendszerben zajló prevenciós programokban (a programok százalékában kifejezve)



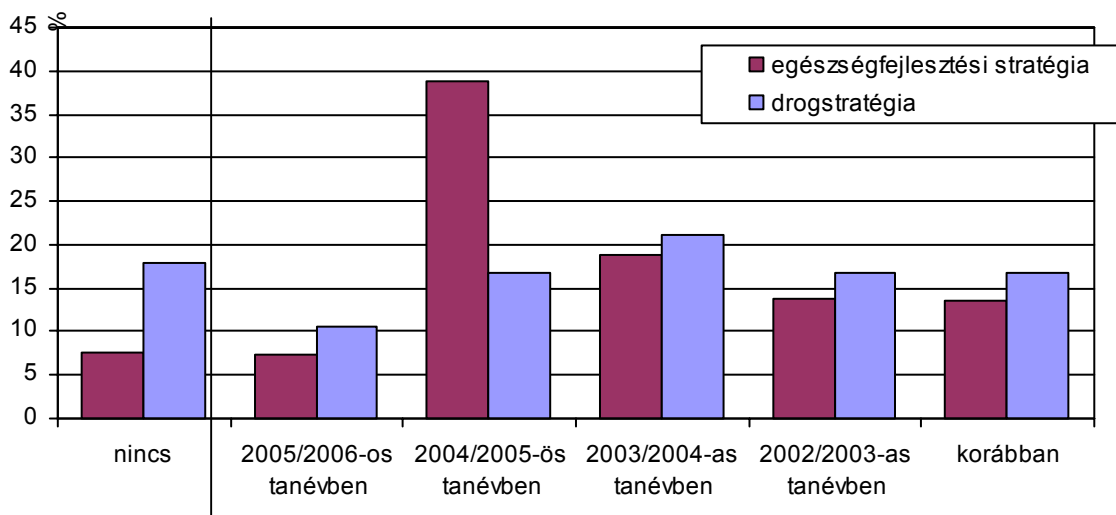
Forrás: Paksi et al. 2006b

A pályázat keretében zajló programok 97%-a eleget tett annak a kívánalomnak, mely szerint a prevenciós foglalkozásokon „egy-egy csoport létszáma az átlagos osztálylétszámot nem haladhatja meg”¹⁸.

A prevenciós/egészségfejlesztési tevékenységgel kapcsolatos stratégiák léte

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

4. ábra. Van-e, és ha igen mikor került kidolgozásra az iskolai egészségfejlesztési, illetve drogstratégia a pályázatban résztvevő iskolákban (%)



Forrás: Paksi et al. 2006b

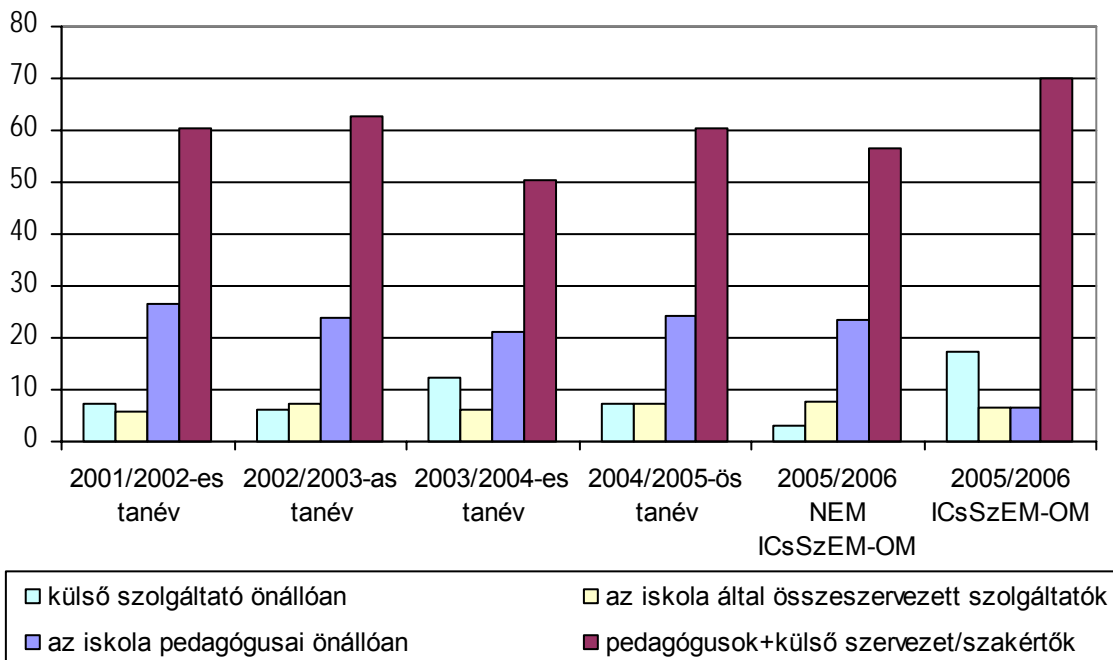
¹⁸ Idézet a pályázati kiírásból

A prevenciós tevékenység végrehajtása

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

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

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



Forrás: Paksi et al. 2006b

Az oktatási intézmények kapcsolatai az egészségfejlesztési intézményrendszer képviselőivel¹⁹

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

¹⁹ A megkérdezetteknek a következő intézményekhez való viszonyukat kellett 5 fokozatú skálán (ahol az 1-es azt jelentette, hogy egyáltalán nincs kapcsolatuk, az 5-ös pedig hogy intenzív kapcsolatuk van) jellemezni: iskola-egészségügyi szolgálat, KEF, családsegítő, nevelési tanácsadó, szociális ellátás, rendőrség, az egészségügyi ellátórendszer intézményei, illetve a pedagógusok képzésében, valamint a diákok interveniálásában részt vállaló szakmai szervezetek.

intézmények, és a többi vizsgált szervezet mögött jelentősen elmaradva, a kábítószerügyi egyeztető fórum.

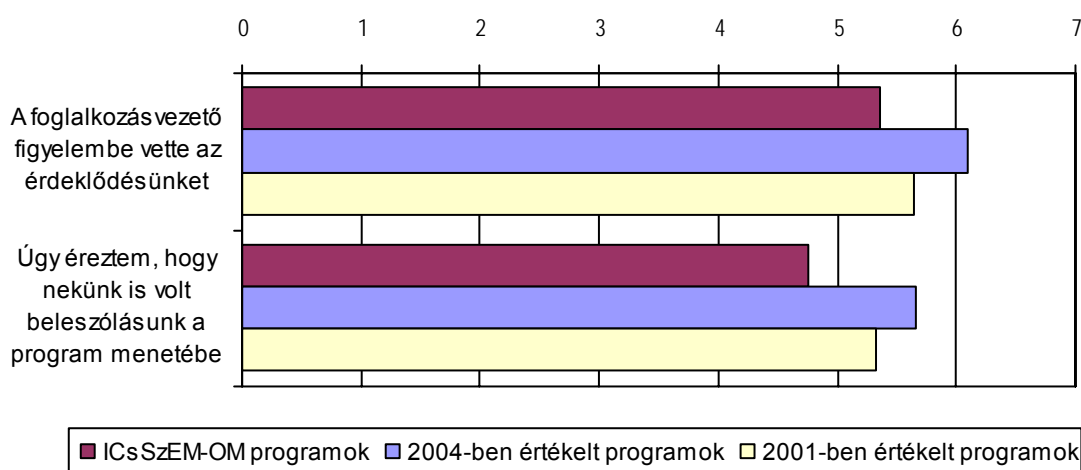
A diákok körében végzett prevenció/egészségfejlesztő tevékenység folyamat-értékelése²⁰

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

A résztvevők tartalmi bevonódásának, azaz a programok interaktivitásának mérése – a korábbi vizsgálatokban (Paksi et al., 2002; Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi et al., 2006a) alkalmazott indikátorokkal megegyező módon – szubjektív indikátorok mentén történt. A pályázat keretében megvalósult programok a prevenció beavatkozás alanyaitól²¹ összességében az „inkább kedvező” tartományba eső minősítést kaptak: a résztvevők közel háromnegyede (átlag: 5,36, szórás: 1,76), érezte azt, hogy „a foglalkozásvezető figyelembe vette az érdeklődésüket”, és a válaszolók fele (átlag: 4,76, szórás: 1,88), hogy „neki is beleszólása volt a program menetébe”.

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

6. ábra. Az ICsSzEM-OM programokban résztvevő diákok, illetve a korábbi evaluációs kutatásokban megkérdezettek véleménye a prevenció programok interaktivitásáról (skálapontértékek átlagai)²²



Forrás: Paksi et al. 2006b

²⁰ A diákok körében lefolytatott tevékenység folyamatértékelése a beavatkozásokat követően 96, a pályázatban résztvevő iskolákat reprezentáló intézmény, 189 osztályának 3495 diákja körében felvett kérdőívek segítségével, a következő szubjektív indikátorok mentén történt: elért hatékonyság, interaktivitás, a tényleges beavatkozás viszonya a tervezetthez, elégedettség.

²¹ Itt és a programok evaluációjával foglalkozó elemzések során a programokon való részvételre vonatkozó kérdésre „igen, az egész programon részt vettem” illetve az „igen, a program egy részén ott voltam” választ adó, 3012 diák válasza került felhasználásra.

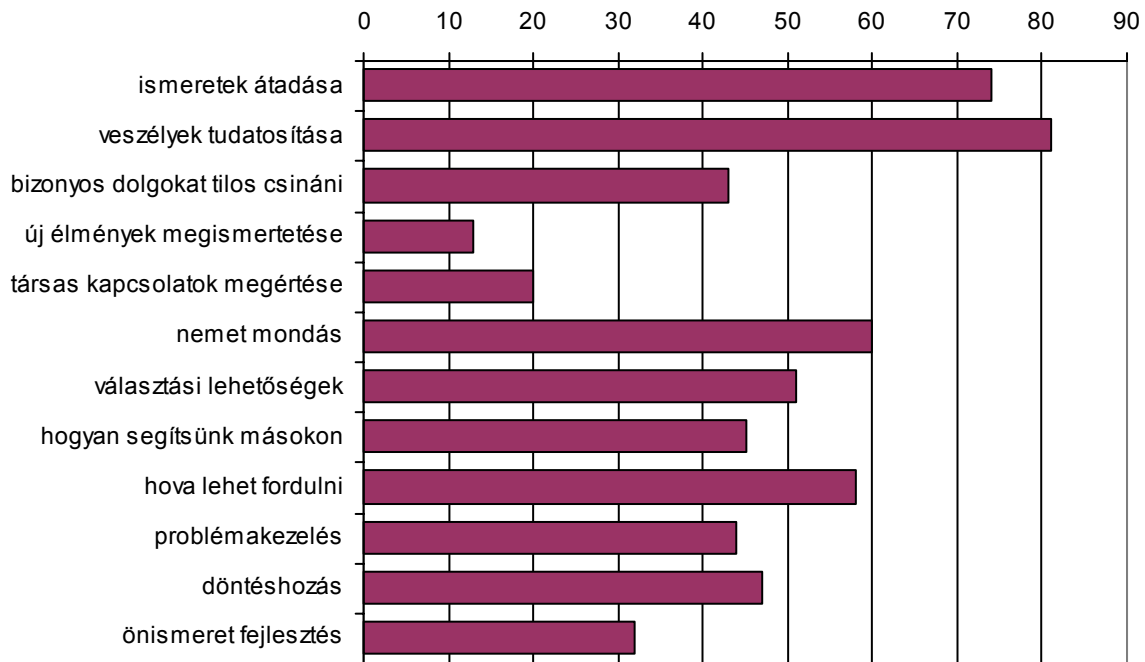
²² Az egyetértés mértékét a megkérdezettek minden esetben 7 fokozatú skálán fejezték ki, ahol az 1-es azt jelentette, hogy a megfogalmazott állítással „egyáltalán nem ért egyet”, a 7-es pedig, hogy „teljes mértékben egyetért”.

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

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

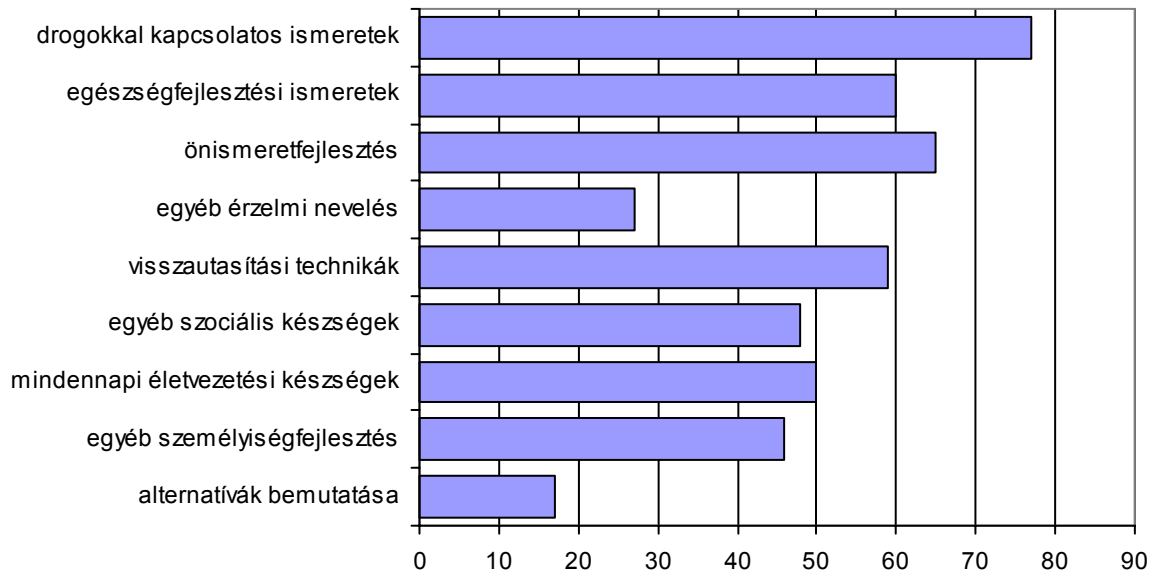
A diákok által érzékelt célok között leggyakrabban a veszélyek tudatosítása, és az ismeretek átadása jelent meg. Ezeket a résztvevők több mint 70%-a említette. A diákok 60%-a érzékelt a „nemet mondással” kapcsolatos célokat, és 40-50%-os volt a különböző készségfejlesztéssel kapcsolatos célok percipiálása. Ezek az arányok a különböző céltételezéssel dolgozó programok által elért diákok arányait tekintve (lásd 7. ábra) összhangban állónak tekinthetők a tervezett céltételezések előfordulásával. A pályázati kiírás azon prioritásának megjelenését, hogy a programok foglalkozzanak a segítő helyek megismertetésével, a diákok közel 60%-a érzékelt. A programleírásokban megfogalmazott törekvésekhez képest viszont alacsony arányban észlelték a diákok az önismeret-fejlesztéssel kapcsolatos célkitűzéseket.

7. ábra. A különböző célkitűzések észlelése az ICsSzEM-OM pályázati rendszerben megvalósuló programok résztvevői körében (a résztvevő diákok százalékában kifejezve)



Forrás: Paksi et al. 2006b

8. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése az ICsSzEM-OM pályázati rendszerben megvalósuló programok leírásaiban (a résztvevő diákok százalékában kifejezve)



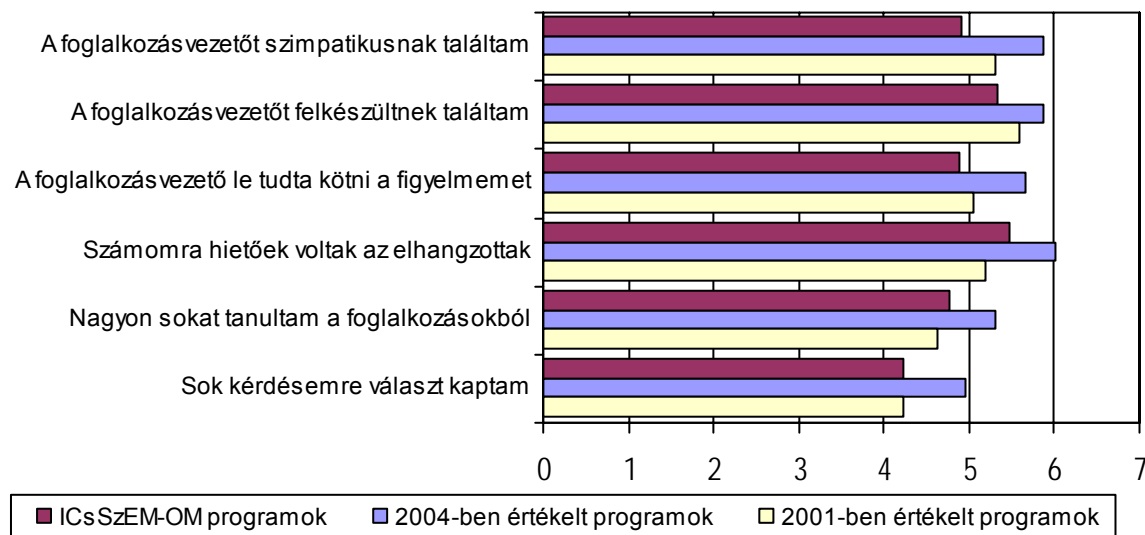
Forrás: Paksi et al. 2006b

A résztvevők reakcióinak, a programokkal kapcsolatos elégedettségének vizsgálata tetszési mutatók segítségével történt. A diákok – a korábbi vizsgálatokban (Paksi et al., 2002; Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi et al., 2006a) alkalmazott indikátorokkal megegyező módon – különböző szempontok mentén 7 fokozatú skálán fejezték ki elégedettségüket a programmal, illetve annak egyes dimenzióival összefüggésben. A foglalkozásvezetők összességében a résztvevőktől mindhárom vizsgált dimenzióban „inkább kedvező” minősítést kaptak. Leginkább a foglalkozások hitelessége tekintetében érkeztek kedvező

reakciók. A diákok háromnegyede adott az „inkább pozitív” viszonyulásokat kifejező válaszolási tartományba eső választ. A válaszadók mintegy 70%-a felkészültnek találta a foglalkozások vezetőit, s a diákok mintegy háromötöde nyilatkozott kedvezően arról, hogy a foglalkozásvezető szimpatikus volt, és le tudta kötni a figyelmét. A diákok legkevésbé a programok információ tartalmával voltak megelégedve, annak ellenére, hogy a megkérdezettek közel 90%-a olyan programban vett részt, melynek céljai között szerepelt a drogokkal és/vagy egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása.

A prevenció programok körében végzett korábbi értékelő vizsgálatokkal (Paksi et al. 2002, Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi et al., 2006a) való összehasonlítás alapján megállapítható, hogy az ICSZEM-OM pályázati rendszerben megvalósuló programokon résztvevő diákok körében a foglalkozásvezetők – bár összességében megítélésük pozitív – kevésbé kedvező reagálásokat váltottak ki. A többi értékelési dimenzióban kapott elégedettségi mutatók alapján is azt mondhatjuk, hogy a pályázat keretében megvalósuló prevenció programok összességében nem tartoznak a résztvevő diákok körében a legkedvezőbb reakciókat kiváltó programok közé.

9. ábra. A különböző véleménydimenziókban kapott válaszok átlagai az ICSZEM-OM programokban résztvevő diákok, illetve a korábbi evaluációs kutatásokban megkérdezettek körében (skálapontértékek átlagai)



Forrás: Paksi et al. 2006b

A diákok reagálásai alapján a fentiekben megfogalmazott megállapítások természetesen a pályázat keretében zajló programok együttesére, az azokban résztvevő diákok összességére vonatkoznak. Az egyes dimenziókban kapott átlagértékek viszonylag nagy (2 közeli) szórása azt jelzi, hogy a diákok véleménye nem egységes, mindazonáltal a véleménykülönbségek magyarázatára – a programok, az iskolák, illetve a résztvevő diákok jellemzőit megjelenítő több mint 100 változó segítségével – nem sikerült megfelelő erősségű magyarázó modellt létrehozni²³.

A diákok körében végzett prevenció/egészségfejlesztő tevékenység eredmény-evaluációja

A kutatás kísérletet tett a pályázati prioritásokat kifejező, valamint a drogprevenció programok általános végső céljait megjelenítő – korábbi vizsgálatokban is alkalmazott –

²³ A reagálásokat kifejező változók mentén kapott válaszokon főkomponens-elemzés segítségével létrehozott tetszési index varianciájának magyarázatára lépésenkénti (ún. stepwise) módszerrel végzett lineáris regressziós elemzés nem eredményezett megfelelő erősségű modellt.

mutatók mentén a beavatkozások rövid távú hatásának becslésére is. Tekintettel arra, hogy a kutatás időzítése miatt csak a prevenciós beavatkozások után történt adatfelvétel, a célváltozóknak a prevenciós programok hatására bekövetkezett elmozdulások mérésére nem volt lehetőség. Ennek következtében az eredményértékelés során csak azt lehetett vizsgálni, hogy a program lezajlását követően a célváltozóknak jelentkező különbségek mennyiben magyarázhatók a résztvevők individuális jellemzőivel, vagy az iskola világának sajátosságaival, illetve mennyiben a prevenciós programok különböző jellemzőivel²⁴.

A kutatás azokra a programjellemzőkre próbált rámutatni, melyek különösen jótékony hatással vannak a prevenciós célkitűzések (pl. a diákok ismereteire, vagy énhatékonyságára) megvalósulására.

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

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

Drogügyi koordinátor képzés

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

Az iskolai kereteken kívül folyó általános prevenció

Nincs új információ.

3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ

Rekreációs színtér

A 2006-os évben 6 szervezet végzett a rekreációs színtéren ártalomcsökkentő/prevenciós tevékenységet. A 2005-ös Éves Jelentésben bemutatott szervezetek közül egy (Bulisegély, Veszprém) nem végzett ilyen jellegű tevékenységet 2006-ban. 2005-ben két szolgáltatás kezdte meg működését. A szolgáltatást nyújtó szervezetek jellemzően egy városban, vagy kistérségben tevékenykedtek, két szervezet jutott csak el távolabbi városokban szervezett rendezvényekre, főleg fesztiválokra. A 2006. év során a 6 szervezet összesen több mint 250 eseményen vett részt, ahol közel 28000 fiatallal kerültek kapcsolatba.

²⁴ A függő változók variabilitásának magyarázatára a modellalkotás stepwise módszerrel végzett lineáris regressziós elemzéssel történt.

10. táblázat. A rekreációs szcénában ártalomcsökkentést végző szervezetek tevékenysége 2006-ban

Program neve	Szolgáltatás földrajzi hatóköre	Program indulásának éve	Munkatársak száma	Rendezvények típusai	Események száma	Kontaktus szám
Kék Pont Party Service projekt (Budapest)	országos	1999	1 főállású koordinátor, 15-30 önkéntes	Partik, fesztiválok	21	19650 fő
INDIT Közalapítvány Pécsi Bulisegély Szolgálata (Pécs)	Pécs, Baranya, Dél-Dunántúli régió	2000	8 professzionális segítő	Rock, disco, alternatív, egyetemi klub, fesztiválok	160	1720 fő
„Mozgó-társ” party service szolgáltatás (Debrecen)	Észak-alföldi régió, országos	2000	3 főállású és 7 részállású szakember, 46 egyetemi kortárs hallgató	Fesztiválok, egyetemi partik	27	911 fő
Agria party service (Eger)	Eger és kistérsége	2004	1 projekt koordinátor, 3 kortársoktató, 12-15 önkéntes kortárssegítő	Főleg elektronikus zenei partik, fesztiválok	29	1451 fő
MI-ÉRTÜNK - Prevenációs és Segítő Egyesület (Békéscsaba)	Békéscsaba és kistérsége	2005	3 főállású alkalmazott, 2 önkéntes, 2-5 kortárssegítő,	Fesztiválok	12	3300 fő
Fiatalkok a fiatalokért – Party Service a partikra (Székesfehérvár)	Székesfehérvár	2005	1 főállású, 10 önkéntes kortárssegítő	Rock, alternatív, elektronikus, fesztivál	6	600 fő

Forrás: A szolgáltatók tájékoztatása alapján

A kapcsolatteremtés és beszélgetések mellett a szervezetek munkatársai tájékoztató anyagokat, szórólapokat, valamint egyéb, a drogfogyasztás ártalmait csökkentő italokat, ételeket osztottak a szórakozó fiataloknak. A szolgáltatók a következőkkel segítették a fiatalok biztonságosabb szórakozását: ásványvíz (kb. 4500 liter), óvszer (3844 db), szórólapok (46000 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok, gyümölcs.

Roma fiatalok

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

Bevásárlóközpontokat látogató fiatalok – ALTERNATÍVA program

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

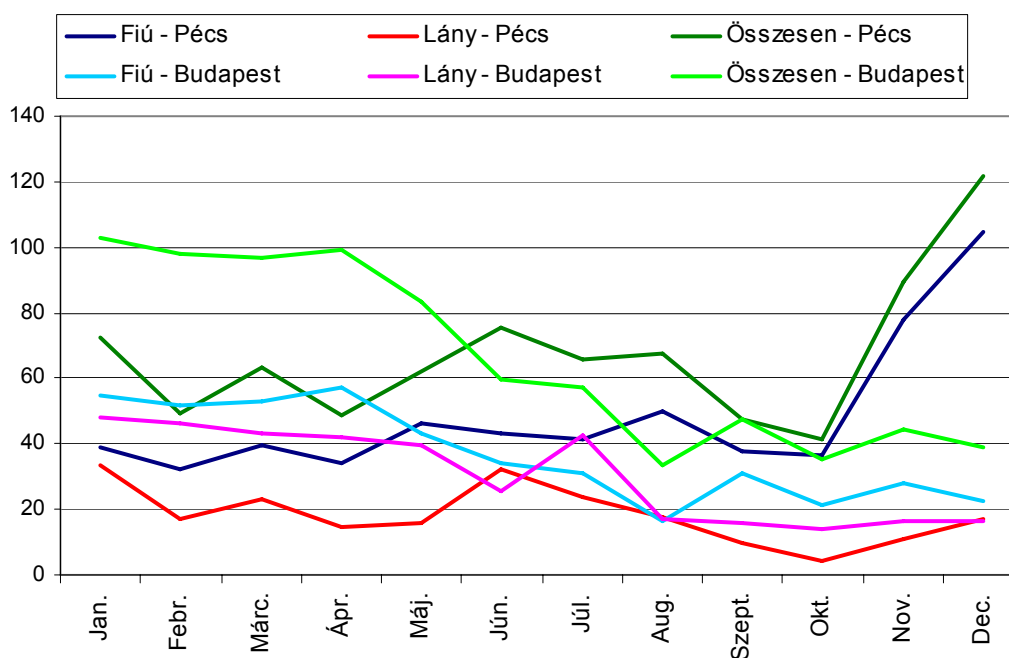
A kutatás tapasztalataira építve 2005-ben két helyszínen indult el új szolgáltatás a fiatalok részére: a budapesti Pólus Centerben és a pécsi Pécs Plázában. Az ALTERNATÍVA iroda alacsony küszöbű szolgáltatásként működik, ahova ingyenesen, a hét minden napján betérhetnek a plázában csellengő fiatalok.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

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

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

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

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



Forrás: Alternatíva Alapítvány

A Magyar Honvédség drogprevenációs tevékenysége²⁵

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

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

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

Munkahelyi prevenció

Nincs új információ.

3.3. JAVALLOTT PREVENICÓ

Nincs új információ.

Következtetések

Az ICsSzEM-OM által működtetett pályázati rendszer keretében megvalósult iskolai prevenció programok leírását célzó kutatás részletes képet ad arról, hogy ezen programok miben különböznek a prevenció programok országos kínálatától. Kevésbé koncentrálnak az ismeretátadásra, a hangsúlyt inkább a visszautasítási technikákra és az önismeret-

²⁵ A Magyar Honvédség beszámolója alapján

fejlesztésre helyezik, több interaktív módszert alkalmaznak. A pályázat keretében lebonyolított programokra jellemző, hogy azt külső szakemberek bevonásával végzik, azonban az iskola pedagógusai is aktívan részt vesznek benne. A korábbi vizsgálatok eredményeivel összehasonlítva ezek a programok a diákok körében mind az interaktivitás, mind a foglalkozás vezetők megítélésében kevésbé kedvező reagálásokat váltottak ki.

A 2006-os évben hat városban működött olyan szervezet, mely a rekreációs szintén nyújt ártalomcsökkentő szolgáltatást. A programok munkatársai összesen több mint 250 rendezvényen vettek részt, ahol közel 28000 fiatallal kerültek kapcsolatba. A rekreációs szintén nyújtott szolgáltatások országos lefedettsége igen alacsony, az ország 10 legnagyobb városa közül mindössze 4-ben található a szintén tevékenykedő szervezet. Az iskolán kívül folyó, célzott és javallott prevenció munka megismerése további kutatásokat igényel.

4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS ÉS A KEZELÉST IGÉNYLŐ POPULÁCIÓ²⁶

Háttér, előzmények

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

2006-ban az előző évhez hasonlóan aggregát formában jelentett adatok állnak rendelkezésre a kezelésben részesültekről. Az adatszolgáltatásra kötelezett intézmények köre lényegében teljesen lefedi a pszichiátriai és addiktológiai járó- és fekvőbeteg szakellátást.²⁷

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

4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE

Nincs új információ.

4.2. TDI – KEZELÉSI IGÉNY INDIKÁTOR

Az alábbi adatok az Országos Addiktológiai Intézet (OAI) által az ellátóhelyektől gyűjtött Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) eredményeit tartalmazzák, csakúgy, mint az elmúlt években. Erre azért volt szükség, mert a TDI rendszerű adatok rögzítése 2006-ban csak májustól volt kötelező a kezelőhelyek számára, ami részleges adatszolgáltatást eredményezett az évről (erről részletesebben lásd a fejezet végén).

Kezelt betegek és új betegek száma

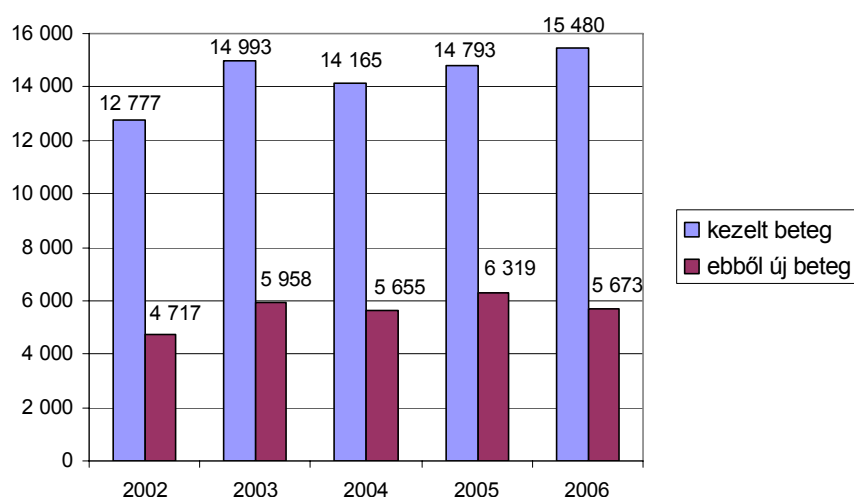
2005-ben a kezelésben részesültek száma 4%-kal nőtt, majd 2006-ban tovább növekedve 5%-kal, 15480 főre emelkedett. Míg 2000-2002 között a kezelték száma 12-13 ezer fő között ingadozott, a következő 3 évben az ingadozás a 14-15 ezer fős sávba tolódott, és 2006-ban már át is lépte a 15 ezer fős értéket.

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

²⁶ A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Dr Koós Tamás, Kun Gábor, Nyírády Adrienn, Porkoláb Lajos

²⁷ Nem tartoznak az említett adatszolgáltatási kötelezettség alá az alapellátás intézményei.

11. ábra. A kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon 2002-2006 (fő)



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

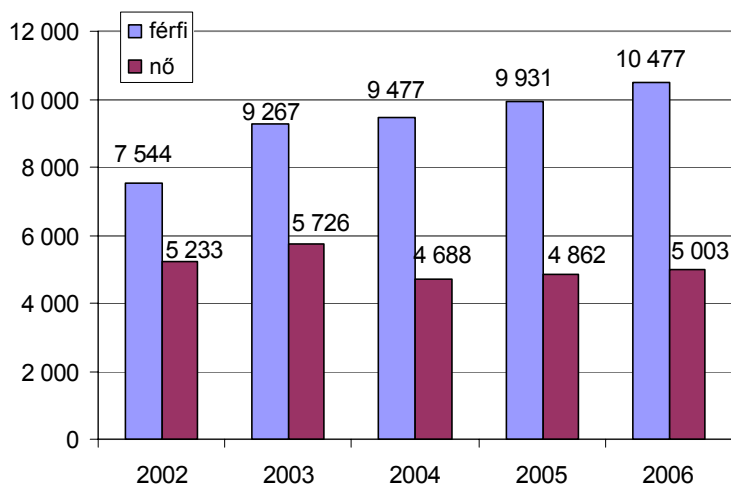
Mind az összes kezelt, mind az első kezelésben részesültek körében mutatkozó évenkénti ingadozás, illetve a kezelési igény növekedésének lépcsőzetes alakulása összefügghet a törvényi szabályozás, illetve az elterelés intézményének és kiterjedési körének elmúlt években bekövetkezett változásaival.

Szocio-demográfiai jellemzők

Az alábbi ábrából leolvasható, hogy a kezelt nők száma abszolút értékben nőtt 2005-höz képest.

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

12. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása 2002-2006 (fő)

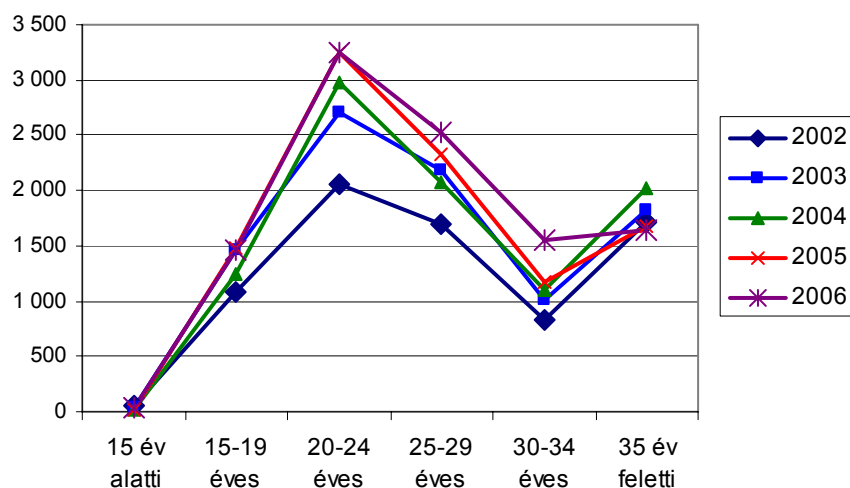


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

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

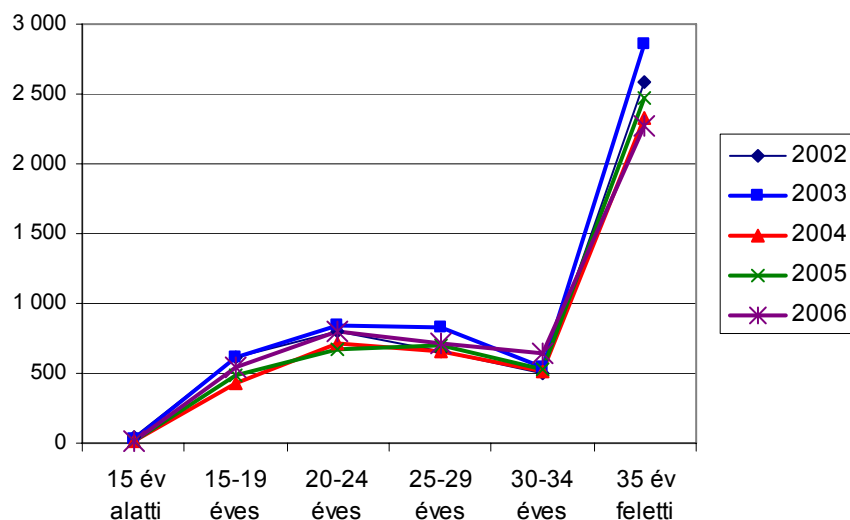
A férfiak és nők életkori megoszlása sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. Az összes kezelt körében, a férfiaknál 2002-2006 között minden évben a 20-24 év közöttiek voltak legtöbben, ugyanakkor 2006-ban ebben a korcsoportban nem volt növekedés. 2005-ig a nőknél a 20-24 év közöttiek korcsoportja adta a legnagyobb gyakoriságot, azonban az említett évben, ha kismértékben is, de már a 25-29 éves korcsoport volt a legnépesebb. 2006-ban ismét a 20-24 évesek gyakorisága a legmagasabb, és a korábbi évekhez hasonlóan, a további korcsoportokban is viszonylag magas a gyakoriság.

13. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében 2002-2006 (fő)



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

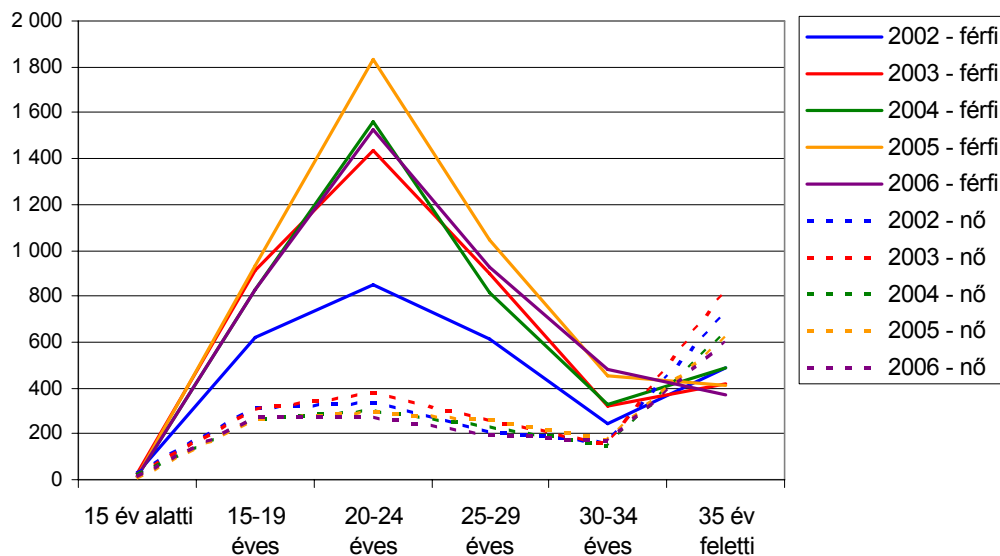
14. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében 2002-2006 (fő)



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

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

15. ábra. *Életkori megoszlás az első kezelésben részesült drogfogyasztók körében 2002-2006*

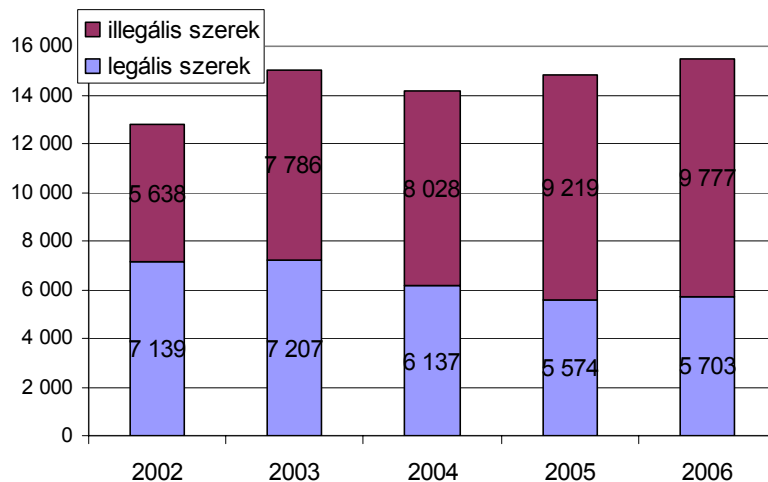


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Szertípus szerinti megoszlás

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

16. ábra. *Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján 2002-2006 (fő)*



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

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

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

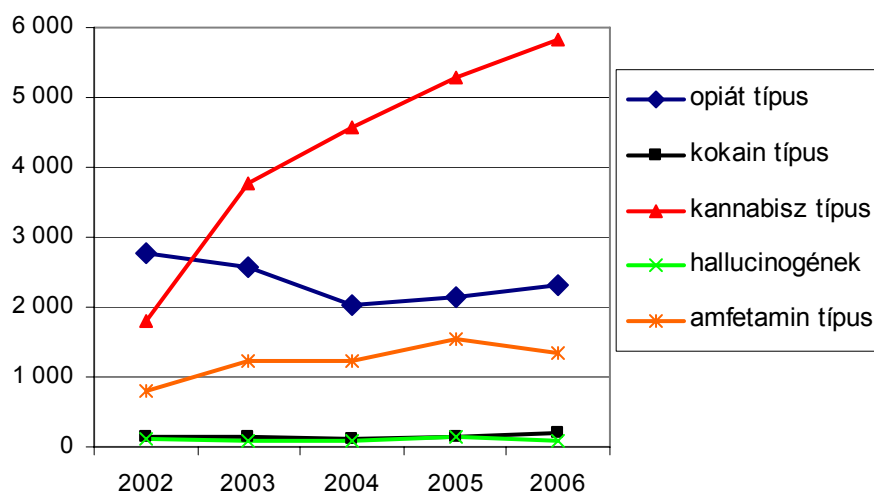
A kannabisz-fogyasztók száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2002 óta folyamatosan és meredeken emelkedik. 2004-ben 21%-kal, 2005-ben további 16%-kal, majd 2006-ban még 11%-kal nőtt a kezelt kannabisz-fogyasztók száma. Ezzel, a kezelt betegek összesen 38%-át teszik ki.

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

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

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

17. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2002-2006



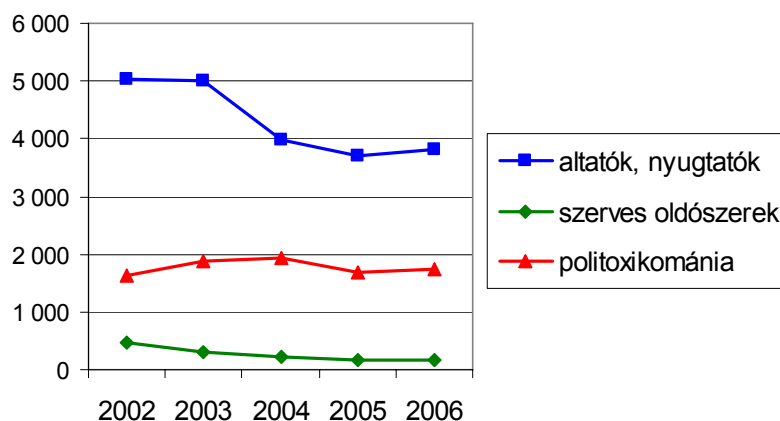
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

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

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

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma folyamatos csökkenést mutat, az összes kezelt közötti arány 2006-ban 1% volt.

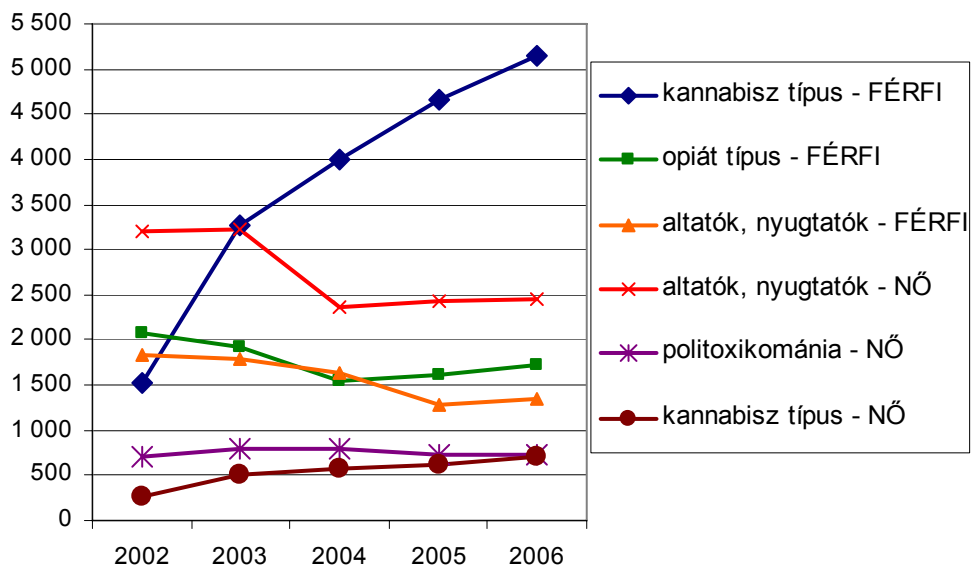
18. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2002-2006



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

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

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



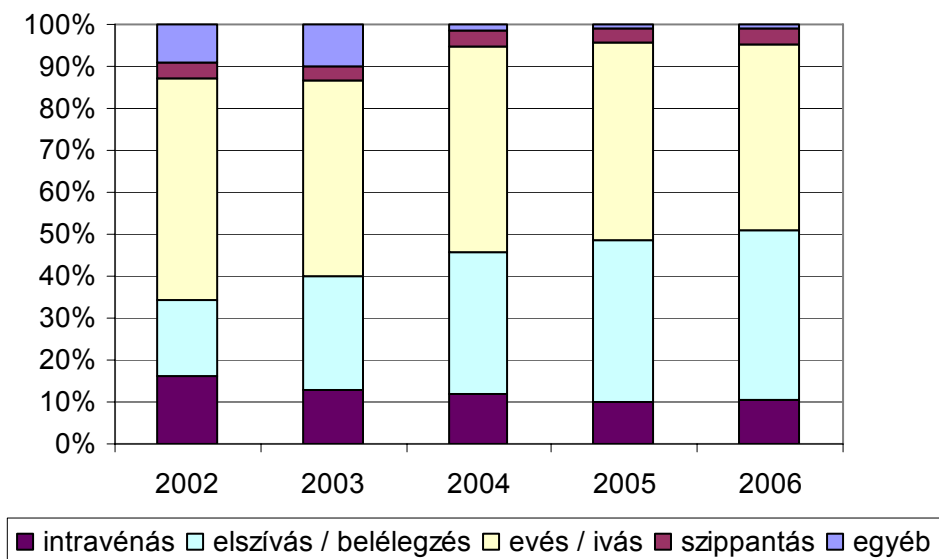
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Fogyasztás módja szerinti megoszlás

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

leggyakoribb beviteli mód, amely összhangban van az altató/nyugtató szerek, illetve a politoxikománia fogyasztott szereken belüli magas arányával. A szippantás gyakorisága 2006-ban az előző évhez képest nőtt.

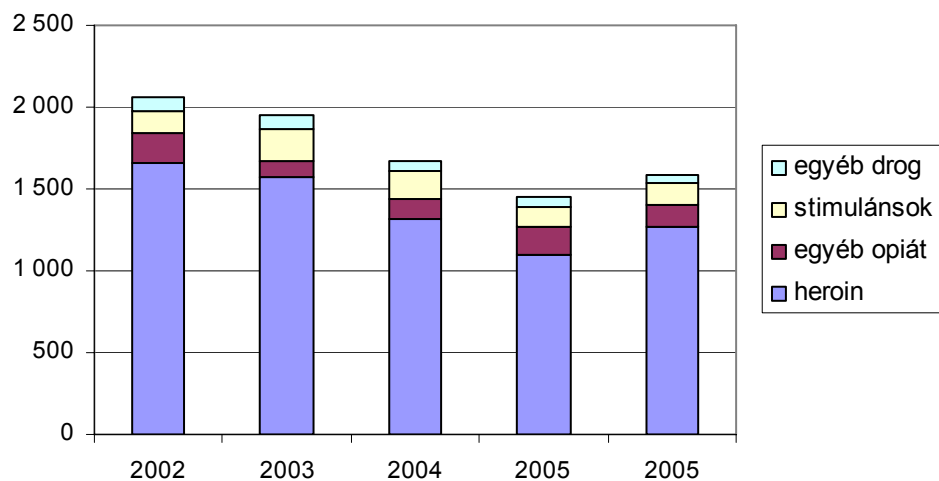
20. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2002-2006 között



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

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

21. ábra. A kezelt intravénás droghasználók megoszlása 2002-2006 (fő)



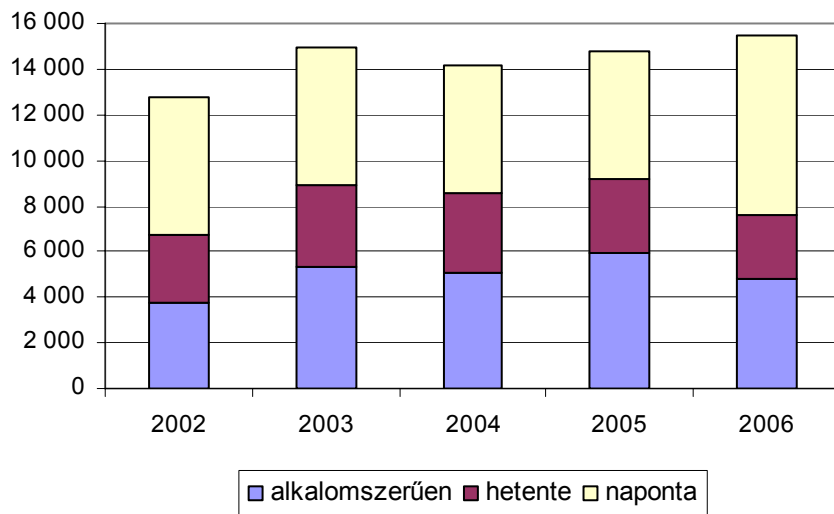
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

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

2006-ban viszont ugrásszerű emelkedés jelentkezett, amelynek háttérében a benzodiazepinek napi fogyasztásának megháromszorozódása áll.

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

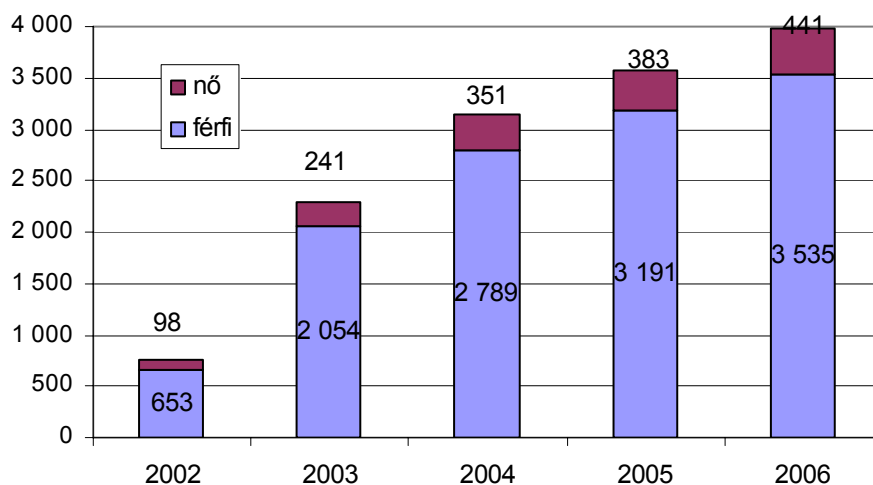


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

A büntetőeljárás alternatívájaként kezeltetek számának alakulása

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

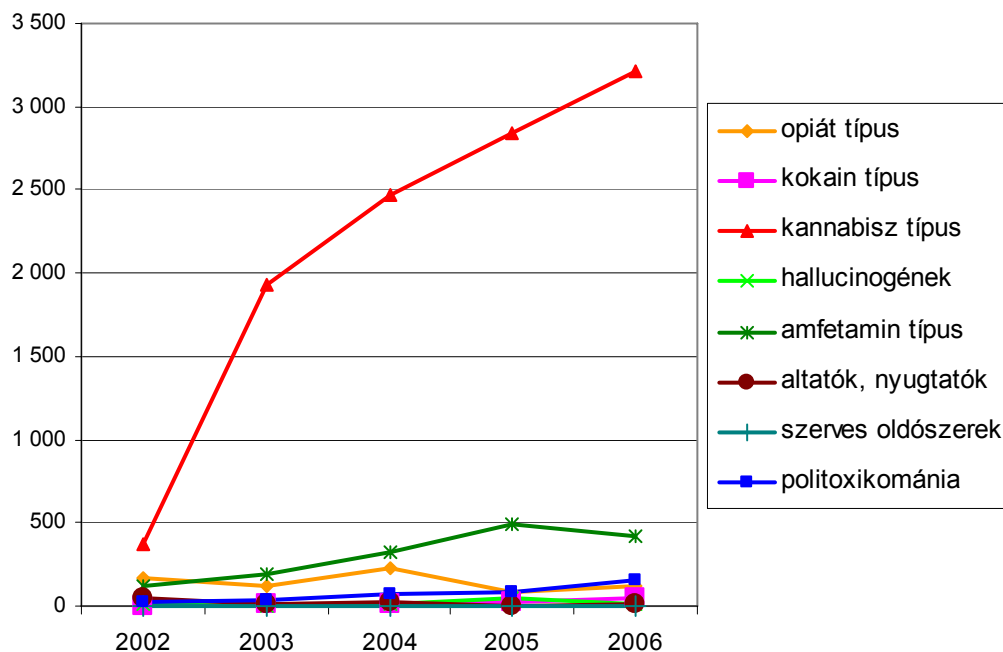
23. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma 2002-2006 (fő)



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

A 2003-ban tapasztalt és azóta is tartó folyamatos növekedés visszavehető az elterelésben részesülő kannabisz-fogyasztók számának ugrásszerű emelkedéséhez.

24. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma kábítószer fajták szerint



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

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

A RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ TDI-ADATOK ÁTTEKINTÉSE

Az elemzett adatok eredete

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

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

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

Elterelésben nem részesült kliensek jellemzői

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

A kezelési programot megkezdők által leggyakrabban használt elsődleges szer a kannabisz, (42%), az életükben először kezelték esetében ez eléri az összes eset 2/3-át. Ez utóbbi

csoportnál a második helyen a stimulánsok állnak (elsősorban amfetamin miatti kezelési igénnyel), a harmadik leggyakoribb kezelési ok az opiát-használat, döntően a heroin. A férfiak esetében jelentősen magasabb arányban szerepel kezelési okként a kannabisz-használat, mint a nőknél. Ez a jelenség megfelel az egyéb epidemiológiai adatoknak.

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

A férfiak között a kannabisz-fogyasztás a kezelésbe lépés leggyakoribb oka, döntően a fiatalok (15-19 éves) és fiatal felnőtt (20-24 éves) korcsoportban. A nők körében is a kannabisz-fogyasztás miatti kezelési igény megjelenése a leggyakoribb, ám korántsem olyan kiemelkedően, mint a férfiak esetében. A nők körében lényegesen nagyobb arányban vannak jelen az altató és nyugtató fogyasztása (különösen benzodiazepinek) miatt kezelésbe lépők. A harmadik leggyakoribb ok az opiát-fogyasztás, elsősorban itt is a heroin. Lényeges adat még a szerhasználat megkezdésének időpontja. A korai szerhasználat prediktora a későbbi súlyosabb, problémás kábítószer-használatnak.

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

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

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

Szocio-demográfiai adatok

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

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

Az összes kezelt körülbelül egyharmada dolgozik, egyharmada munkanélküli és kb. 20%-a tanul (az először kezelésbe kerülők közel 40%-a tanul). Az elterelésben nem részesülő kezelt további szocio-demográfiai adatait lásd a 8. fejezetben.

Elterelésben résztvevők jellemzői

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

Az elterelési programba kerülők körében 10% alatti az intravénás kábítószer-használati arány. Az elterelési programot megkezdők leggyakrabban használt elsődleges szere a kannabisz, 82% az összes kezelésbe lépő körében. Ez nagyjából kétszer magasabb arány, mint a nem-elterelték között, ahol ez 42% volt. Hasonló a helyzet az életükben először kezelt

eltereltek körében, akiknél 84%-ban kannabisz a fő szer, míg a nem-elterelt, életében először kezelték körében ez az arány 63%. Az elterelésbe kerülő nők körében a kannabisz, mint elsődleges szer használata a férfiakénál jóval alacsonyabb, a nők kb. 2/3-a használ kannabiszt. A stimulánsok használata eléri az összes eset 25%-át, a férfiaknál ez 10% körüli. Az opiát- és kokain-használók számaránya igen csekély (2-3%).

Az elterelésben résztvevők esetében az első illegális szerhasználat időpontja a férfiaknál közel 70%-uk esetében a 15-19 éves kor közé esik, nők körében ebben a korcsoportban ez az arány 80%. A másodlagos szerfogyasztás hasonlóan alakul a nem eltereltek csoportjához.

Szocio-demográfiai adatok

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

4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK

2006 tavaszán készült egy kutatás (Márványkövi et al., 2006), mely olyan budapesti problémás droghasználókat²⁸ kérdezett meg, akik vagy a kezelőrendszeren kívül helyezkedtek el, vagy pedig minimum egy év után – a kérdezést közvetlenül megelőzően – jutottak egészségügyi intézményekbe. A kutatás célja az volt, hogy feltárja mindazon akadályokat, nehézségeket, amelyek gátolják a kezelésen kívüli problémás drogfogyasztók egészségügyi, pszichoszociális ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz, valamint a túcsere-programokhoz való hozzáférését.

A mintába²⁹ 49 férfi, és 18 nő került. A minta átlagéletkora 27,4 év volt. Közel azonos a 18-24 év, a 25-29 év közöttiek, illetve a 30 év feletti aránya. A megkérdezettek háromnegyede magyar származásúnak vallotta magát, negyede pedig romának. A minta iskolázottságát tekintve homogénnek mondható: több mint felének nem volt középiskolai végzettsége, az elvégzett iskolai osztályok átlaga 10. Szintén jellemző a mintába kerültekre, hogy háromnegyedének nem volt állandó munkája, és/vagy alkalmi munkából tartotta fenn magát. Mindössze négyen éltek házasságban, 35 droghasználónak nem volt partnere a kérdezés idején. Körülbelül egyenlőnek bizonyult azok aránya, akik szülői lakásban és albérletben vagy más lakásban éltek.

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

Elmondható, hogy a mintába került problémás droghasználók szinte mindegyike kipróbálta már a három problémás szer (heroin, kokain, amfetamin) valamelyikét. Egy megkérdezett kivételével mindenki fogyasztott már életében marihuánát, 45-en kokaint, 63-an amfetamint és 61-en heroint. Az amfetamin, kokain és heroin kipróbálásnak életkora szinte teljesen megegyezett (19-20 év), az első használat és a rendszeres fogyasztás kezdetének időpontja gyakorlatilag egybeesett. A kérdezést megelőző 30 napban, illetve 48 órában heroint vagy marihuánát fogyasztottak a legtöbben. Közel kétharmaduk többfajta szert is használt ebben az időszakban, és szinte mindenki injektálta valamelyik problémás szert. A drogkarrier hossza átlagosan 7,6 év volt. Gyakori a megosztott eszközhasználat (46-an vallották), azaz

²⁸ Heti 3-4 alkalommal fogyaszt opiát-származékot vagy amfetamint legalább 3 éve.

²⁹ A megkérdezettekhez kétféle módszerrel jutottak el a kutatók: hólabda (négy, független ponton indítva), illetve kezelőhelyi/szolgáltatói alapú mintavételi technikával, amelyek eredményeképpen 67 problémás drogfogyasztóval készült interjú.

az intravénás használattal kapcsolatos kockázati magatartásformák, de ugyanígy a szexuális kockázati magatartásformák előfordulása is. A mintát közepesen erős drogfüggőség jellemezte.

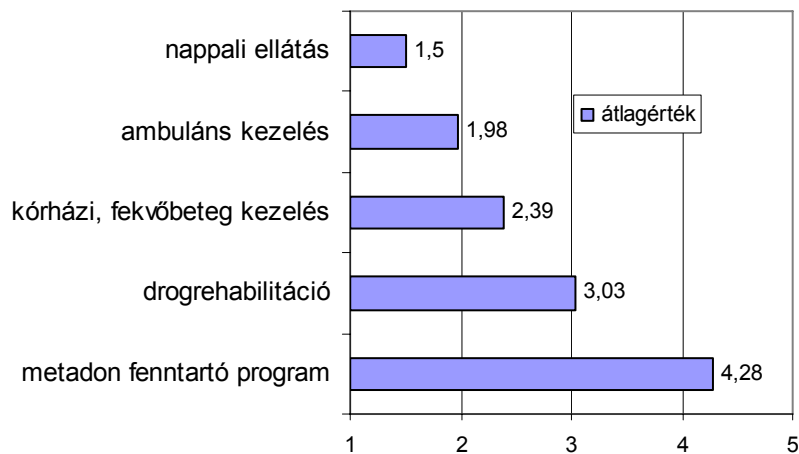
A kutatás eredményei rávilágítanak a kezelési szükséglet és a kezelésbe jutás arányának összefüggéseire. A megkérdezettek fele már járt valamilyen kezelésben, vagy részesült pszichológiai vagy munkavállalást elősegítő tanácsadásban. A túcsere programok szolgáltatásai (alacsonyküszöbű szolgáltatások)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

A kezelési igény azoknál a problémás droghasználóknál nagyobb valószínűséggel jelentkezik, akik korábban már eljutottak valamilyen kezelésbe, vagy rendelkeznek intravénás droghasználó barátokkal³⁰.

A kérdezést megelőző 30 napban egészségügyi kezelésben³¹ 11-en részesültek, legtöbben kórházi kezelésben. Az elmúlt egy év folyamán a problémás használók több mint fele igénybe vett háziorvosi kezelést is, azonban mindössze heten jelezték, hogy háziorvosi beutalóval kerültek további szakellátásba. Viszonylag magas azok aránya, akik fogászati kezelést kaptak (28 fő). Jólal kevésbé jellemző a nemibeteg gondozóban és a bőrgyógyászati kezelésen való megjelenés (8 ill. 9 fő). A megkérdezettek közül 53-an vettek már részt különböző szűréseken (HIV, hepatitisz, tüdőszűrés), amelyek leginkább a magasabb küszöbű ellátó helyeken történtek.

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

25. ábra. Az egyes kezelőhelyekre való bejutás nehézségének megítélése



Forrás: Márványkői et al. 2006

A drogrehabilitáció megítélése részben érthető, hiszen a problémás droghasználók leállás, szermentes élet iránti motivációja nem mindig elegendő ahhoz, hogy a rehabilitációba való bejutás lépcsőfokait valóban végigjárják. A túcsere szolgáltatás iránti magas igény is ezt

³⁰ A szerzők az alábbiak szerint magyarázzák: „A korábbi kezelési múlt, mint szükségletet pozitív irányban (fokozó) befolyásoló tényező magyarázható az előző kezelés(ek) szocializációs hatásával: ha baj van, kezelést kell vállalni, és az adott személy tudja is, hol és hogyan kell. Az intravénás szerhasználó barátok ilyen szerepe utalhat kortárshatásokra a kezelés inicializálásában, de közvetve utalhat a megromlott pszichoszociális helyzetre, a társadalmi kirekesztődésre, amikor már csak injekciós barátok maradnak.” Márványkői et al 2006.

³¹ Igénybe vett egészségügyi kezelések: kórházi, ambuláns, rehabilitáció, metadon fenntartó, nappali ellátás.

támaszthatja alá. A metadon fenntartó kezelés megítélésénél más a helyzet, ennek az ártalomcsökkentő ellátásnak könnyebben elérhetőnek kellene lennie, azonban a kutatás több adata is azt támasztja alá, hogy nehezen elérhető. Súlyosabb függőség esetén a kezelésbe jutás feltételeit nehezebbnek ítélték meg a kérdezettek.

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

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

Forrás: Márványkői et al. 2006

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

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

12. táblázat. *Kezeléshez való hozzájutás*

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

Forrás: Márványkői et al. 2006

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

4.4. INTENZÍV DROGHASZNÁLATI MINTÁK

Nincs információ.

Következtetések

2006-ban összesen 15480 drogfogyasztót regisztráltak az adatszolgáltatásra kötelezett kezelőhelyek, az előző évhez képest a növekedés 5%. Ugyanakkor az új betegek száma

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

5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE³²

Háttér, előzmények

A drogbetegek egészségügyi ellátásában, a kezelésben részesülő személyek számának további növekedése volt jellemző 2006-ban. Az intézményrendszerben lényegi változások nem történtek. A járóbeteg-ellátást továbbra is a heterogenitás jellemzi, míg a fekvőbeteg ellátás többségében a pszichiátriai ellátás bázisán valósul meg.

Az egészségügyi szakellátás finanszírozását, valamint az intézmények működését a teljesítmény-volumen korlátozás (TVK) mellett az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) korm. rendelet módosításáról szóló, 2006. július 1-jén hatályba lépő 132/2006. (VI. 15.) korm. rendelet befolyásolta jelentősen. A szakmai szorzók 2006. július 1-jétől történt módosítása a szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs pszichiátria finanszírozásának jelentős csökkenését eredményezte. Ezen kívül a korábbi évek gyakorlatától eltérően 2006-ban a teljesítményvolumen szerinti finanszírozás alapját a 2005-ben – a járóbeteg-szakellátás esetében pontszámban, az aktív fekvőbeteg-szakellátás esetében súlyszámban – depresszió nélkül elszámolt teljesítmény 95%-a képezte. Ilyen módon korlátozta az egészségügyi szolgáltatók betegforgalmának esetleges növekedését, valamint több esetben a korábbi szolgáltatás-mennyiség csökkenését eredményezte.

A magyar Országgyűlés által 2006. decemberében elfogadott „Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről” szóló CXXXII. törvény nagymértékben átalakítja az egészségügyi rendszert, ezzel együtt a drogfogyasztók ellátását is. Mivel azonban a törvényt 2006 végén fogadták el, hatásairól csak jövőre tudunk beszámolni.

5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK

Egészségügyi ellátás

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

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

³² A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Müller Éva, Porkoláb Lajos

13. táblázat. *Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2006-ban*

Intézménytípus	Összes kezelt		Először kezelt	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	3 557	22,98	1247	21,98
Drogambulanciák	6505	42,02	2856	50,34
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók	32	0,21	20	0,35
Pszichiátriai gondozók	415	2,68	246	4,34
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	4971	32,11	1304	22,99
Összesen	15480	100,0	5673	100,0

Forrás: EÜM 1211. sz. jelentés

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

Továbbképzés

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

Szakmai protokollok

Az Országos Addiktológiai Intézet 2006-ban az előzetes állapotfelmérés, a metadon-kezelés, a kannabisz-függőség, az amfetamin-függőség, az opiát-függőség, valamint a kábítószer használó várandós nők és gyermekeik ellátásával kapcsolatos szakmai protokoll előkészítését kezdte meg.

Szociális ellátás

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

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

A drogrehabilitációs otthonok finanszírozása két forrásból történik: az egészségügyi szolgáltatást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozza, míg a szociális gondoskodás finanszírozására szociális normatíva kerül megállapításra.

2006-ban két drogrehabilitációt folytató intézmény OEP által történő befogadását támogatta az Egészségügyi Minisztérium: a Paraklisz Drogellenes Alapítványét (13 ágy), és a Kovácsszénája Drogrehabilitációs Otthonét (16 ágy). Tekintettel arra, hogy az egészségügyi

ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény a helyi döntések szervezeteként a Regionális Egészségügyi Tanácsokat jelöli meg, így a két otthon 2007. évi befogadására csak abban az esetben kerülhet sor, ha az érintett Regionális Egészségügyi Tanácsok a kapacitásaik felosztására vonatkozó javaslataik elkészítése során is támogatják azokat.

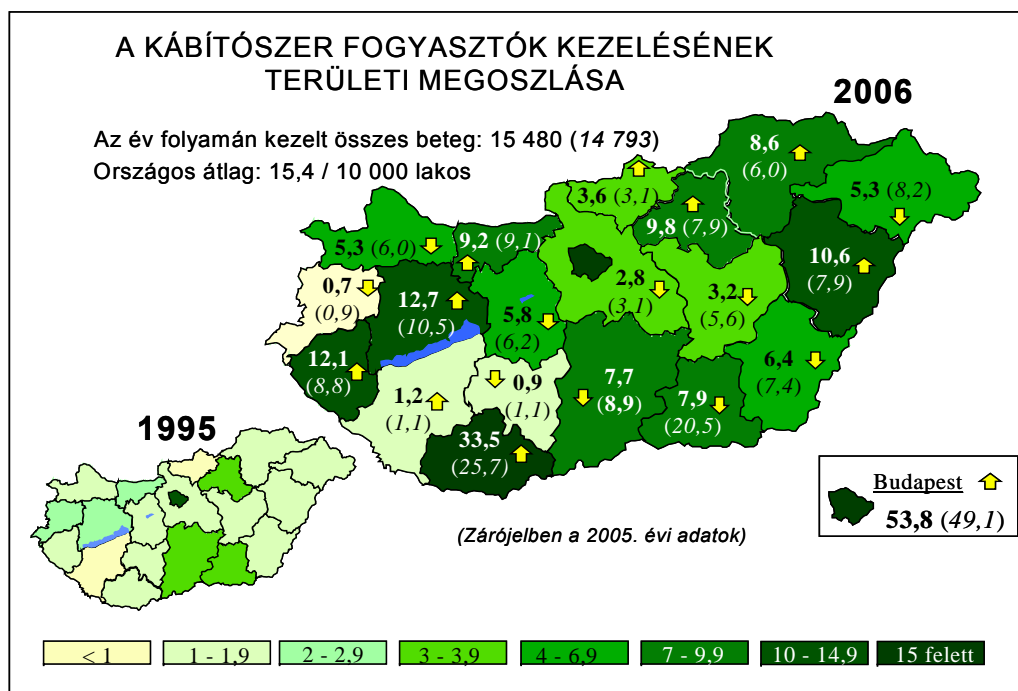
Területi különbségek az ellátásban

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

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

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

1. térkép. A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók területi megoszlása 2006-ban



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

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

Elterelés

2006. július 1-jétől hatályos a Büntetőeljárásról szóló törvény, mely módosítása lehetővé teszi, hogy az elterelésre jogosult, kisebb súlyú kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményeket elkövetők már a rendőrségi szakaszban is részt vehessenek az elterelési programok valamelyikében. Korábban csak az ügyészi határozat kiadásának időpontjától lehetett a kezelési programban eltöltött időt beleszámítani a kötelező elterelési időbe. A módosítás azt jelenti, hogy a korábbi, az ügyészi határozat kiadásáig eltelt akár több hónapos várakozási idő megszűnik, és a büntetőeljárás megindulása után akár egy-két héten belül kezelési programba kerülhetnek az elterelésre jogosult személyek.

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

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

5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS

Fekvőbeteg ellátás (aktív és krónikus)

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

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

Járóbeteg (ambuláns) ellátás

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

5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS

Szubsztitúciós kezelés

Szubsztitúciós fenntartó kezelés nyolc helyen történik az országban járóbeteg ellátás keretében. Budapesten változatlanul három helyen, vidéken pedig Veszprémben, Pécsen,

Gyulán, Szegeden és Miskolcon. 2006-ban 853 fő vett részt metadon-programban. A kliensek több mint 78%-a Budapesten vette igénybe a szolgáltatást. A teljesítmény-volumen korlát miatt helyenként komoly várólisták alakultak ki.

14. táblázat. *Metadon-kezelésben résztvevők száma (fő) 2006-ban*

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

Forrás: Jász utcai Drogambulancia

15. táblázat. *Metadon-kezelésben résztvevők havi megoszlása (fő)*

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

Forrás: Jász utcai Drogambulancia

Elvonó kezelés

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

Következtetések

Összességében megállapítható, hogy az egészségügyi kezelési lánc az előző évhez hasonlóan, 2006-ban is meglehetősen egyenetlen és hiányos. A betegszám tekintetében jelentős eltérések mutatkoznak a főváros és az ország különböző pontjai között.

Komoly problémát jelent a szakember-hiány és az addiktológiai/pszichiátriai problémával küzdő gyermekek és serdülők megfelelő egészségügyi ellátása. A szociális ellátás keretében csak néhány olyan program létezik, mely a komplex reintegrációt és reszocializációt teszi lehetővé.

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI³³

6.1. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

A magyarországi kábítószer-használattal összefüggő halálozás adatgyűjtése 2006. évben is az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretében készült jelentések alapján történt. Az adatok korrigálását az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet végezte el. Az adatokat az Igazságügyi Orvostani Intézetek, a Megyei Rendőr-főkapitányságok és az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szolgáltatták. Drogfogyasztással összefüggő halálozáson egyrészt a direkt mérgezés, vagyis közvetlen túladagolás eseteit; másrészt a közvetett droghasználattal összefüggésbe hozható erőszakos vagy természetes okú halálozást értjük.

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

Országos adatok

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

16. táblázat. Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2006-ban

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

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A heroin túladagolás eseteinek száma emelkedést mutat, míg 2004-ben összesen 8-an, 2005-ben 13-an, 2006-ban 22 haltak meg. Ezen esetek aránya az összes illegális szer miatt bekövetkezett haláleseteken belül közel megduplázódott (2005-ben 46%-a, 2006-ban 88%). Heroin túladagolást ebben az évben csak Budapest területéről jelentettek. Egyelőre nem ismert, hogy mi áll a heroin okozta halálesetek (illetve nem halálos túladagolások, lásd 6.4. fejezet) növekedése mögött, a rendelkezésre álló információk alapján sem a heroin ára, sem tisztasága nem változott jelentősen az elmúlt időszakban.

Morfin túladagolás két esetben történt, mely közül az egyik öngyilkosság (Pest megye), a másik balesetszerű túladagolás következménye volt (Borsod megye). Az amfetamin vagy

³³ A fejezet szerzői: Dr. Csohán Ágnes, Dr. Horváth Mónika Csilla, Nadas Eszter, Szabó Krisztina

ecstasy típusú szerek okozta halálos mérgezések 2005-höz viszonyítva teljesen eltűntek a halálozási statisztikából. A kokain túladagolások száma az előző évekhez hasonlóan 2006-ban is nagyon alacsony volt (1 eset lett regisztrálva, Pest megyéből).

Heroin túladagolás miatt bekövetkezett halálesetekben az átlagéletkor 28,8 év volt. A balesetszerű morfin túladagolás áldozata egy 35-39 év közötti férfi, míg a morfinnal elkövetett öngyilkosság áldozata egy 55 év feletti nő volt. Az egyedüli kokain túladagolt személy egy 30-34 év közötti férfi volt.

A nyugtató-altató szerek okozta túladagolások száma gyakorlatilag ugyanannyi maradt mint 2005-ben, a szerves oldószer fogyasztása miatt bekövetkezett halálesetek száma azonban az elmúlt évhez viszonyítva emelkedett. A 2006-ban történt szerves oldószer túladagolások között található 2 bután túladagolós esetet. Először a fővárosban, 2002-ben került leírásra ilyen haláleset, majd 2003-ban 2 és 2004-ben 1 hasonló esettel találkoztunk. Az ország egyéb részeiről butánnal összefüggésben történt halálesetekről nincs tudomásunk.

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

Közvetett halálesetek

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

17. táblázat. Közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekeken belül

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

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

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

A Budapesten bekövetkezett kábítószer-használattal összefüggésbe hozható halálesetekben történt HIV, HCV, HBV, lues szűrés során tíz esetben találtak HCV pozitívítást, és 5 esetben lehetett bizonyítani HBV elleni védőoltást. A HCV pozitív személyek közül nyolcan heroin túladagolás miatt, a két további személy erőszakos közvetett halálok miatt halt meg. HIV vagy lues pozitívítást ebben az évben nem találtak.

Halandóság és a halálokok a drogfogyasztók körében

Nincs adat.

6.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

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

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

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

HIV/AIDS

2006-ban Magyarországon 80.168 HIV vizsgálatot végeztek. 81 újonnan felderített HIV-fertőzöttet jelentettek, az incidencia (8 eset/millió lakos) alacsonyabb volt az előző évinél (10,5 eset/millió lakos). Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek mindössze kétharmadánál volt ismert a fertőződés módja. Ebben az évben az iv. kábítószer-használók rizikócsoportjába tartozó HIV-fertőzött nem került felderítésre. Nem jelentettek az iv. kábítószer-használók csoportjába tartozó újonnan diagnosztizált AIDS beteget sem.

18. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása

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

* Importált esetek, ** Importált esetekkel együtt

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

Akut Hepatitis B

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

A heveny hepatitis B előfordulási gyakorisága – minden bizonnyal az újonnan szerzett tünetmentes fertőzésekkel párhuzamosan – az utóbbi években folyamatosan csökkent a serdülőkori kötelező védőoltások hatásának köszönhetően. A fertőzés terjedési módja az

esetek 34,9%-ában volt ismert. Az ismert rizikócsoporthú betegek közül senki nem volt intravénás kábítószer-használó.

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

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

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

Akut Hepatitis C

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A fenti intézmények azoknak ajánlották fel a vizsgálatba kerülés lehetőségét, akik intravénás kábítószer-használónak vallották magukat, vagy aki emlékezett arra, hogy valaha intravénás kábítószerrel használt. A kiválasztás az EMCDDA esetdefiníciója szerint történt³⁴.

A mintavételt a drogambulanciák, a civil szervezetek személyzete és szociális munkásai végezték előzetes felkészítés alapján. A vérminták gyűjtése önkéntes alapon történt, azonban a mintát adó személynek fel kellett fednie azon személyazonosító adatait, amely lehetővé tette a TDI-ben használatos ún. generált kód³⁵ létrehozását.

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

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

Eredmények és következtetések

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

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

A 300 minta mindegyike negatívnak bizonyult HIV-fertőzés tekintetében, tehát a vizsgált intravénás kábítószer-használók között a korábbi évekhez hasonlóan nem sikerült HIV-pozitív személyt felderíteni. 83 személynél (28,9%) mutattak ki hepatitis C vírus elleni ellenanyagot,

³⁴ EMCDDA esetdefiníció: Protocol for the implementation of the EMCDDA key Indicator, Drug Related Infectious Diseases (DRID) Version 6 October 2006, Target group and inclusion criteria for surveys, p. 11

³⁵ A generált kód a visszamenőleges személyazonosítást nem teszi lehetővé, és használata megakadályozza a duplikátumok bekerülését az adatbázisba.

és 4 esetben (1,3%) hepatitis B felületi antigént. Mind a négy hepatitis B vírus hordozó egyidejűleg anti-HCV ellenanyag pozitívnak is bizonyult.

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

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

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

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

Az iv. kábítószer-használók körében 2006-ban mért 28,9%-os HCV prevalencia csaknem megegyezik a Magyarországon 2001. illetve 2003. években végzett hasonló vizsgálatok eredményeivel. A legmagasabb prevalenciát a 34 évesnél idősebbek között észlelték, közöttük 100 droghasználó közül 40 fertőzöttnek bizonyult. A 25 évesnél fiatalabbak prevalenciája 28,9%-osnak bizonyult, míg a 25-34 évesek 23,9%-a volt HCV fertőzött. Összességében a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában lényeges eltérés nem volt megfigyelhető, azonban kiugróan magas, az átlagos prevalencia érték több mint kétszeresét (73,3%) állapították meg a 34 évesnél idősebb nők körében.

A hepatitis C fertőzöttség kialakulásának esélye az iv. kábítószer-használat kezdetével is összefüggést mutatott. Az intravénás használat kezdetének négy intervallumot lehetett megjelölni (<2 év, 2-4 év, 5-9 év, >10 év), a 300 főből kilenc személy nem tudta megmondani, mikor kezdett intravénásan kábítószerrel használni. A mintát adó személyek közel fele (146 fő, 48,7%) úgy nyilatkozott, hogy több mint 10 éve használ kábítószerrel intravénásan. A vizsgált személyek 26%-a (78) 5-9 éve, 13%-a 2-4 éve használt először kábítószerrel intravénásan és a vizsgálatban résztvevők csupán 9,3%-a kezdte kevesebb, mint két éve az intravénás kábítószer-használatot.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

25. táblázat. A HBV és a HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2006

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

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

HIV HBV HCV prevalencia az intravénás kábítószer-használók körében az ÁNTSZ regionális laboratóriumaiban végzett vizsgálatok alapján

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

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

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

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

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

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

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

TBC és kábítószer-használat

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

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

27. táblázat. TBC-s betegeknel talált rizikótenyezők 2006-ban

Rizikótenyező	Betegek száma	Betegek %-a
Alkoholfüggő	342	18,1
Hajléktalan	187	9,9
Kontakt személy	82	4,3
Immigráns	13	0,7
Egészségügyi dolgozó	27	1,4
Magányosan élő	120	6,3
Diabeteses	63	3,3
Szteroid kezelt	12	0,6
Zárt közösség ³⁶	54	2,9
Kábítószer-használó	3	0,2
HIV fertőzött	2	0,1
Egyéb rizikó	410	21,6
Nincs rizikó-tenyező	833	44
Incidencia:	1894	113%*
Összesen	2148*	

* a rizikófaktorok közül több tényező megjelölése is lehetséges, ezért magasabb az összeg a betegszámnál
 Forrás: A pulmonológiai intézmények 2006. évi epidemiológiai és működési adatai

Fertőző betegségek szűrése a büntetés-végrehajtási intézetekben

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

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

6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS

Nincs új információ.

6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

Kábítószer-mérgezési esetek

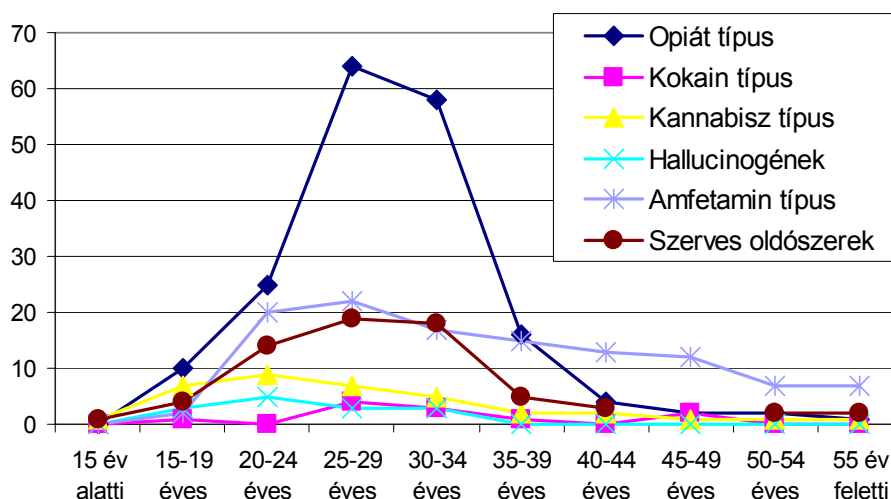
A kábítószer-mérgezési esetekkel kapcsolatos adatgyűjtés két módon történik. Egyrészt a 44/2000. (XII. 27.) EüM rendelet 12. sz. mellékletében található „Egészségügyi ellátás mérgezési esetbejelentése” bejelentő lap segítségével, másrészt pedig az OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. adatgyűjtés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

³⁶ Börtön, szociális-, betegotthon, gyermekotthon.

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

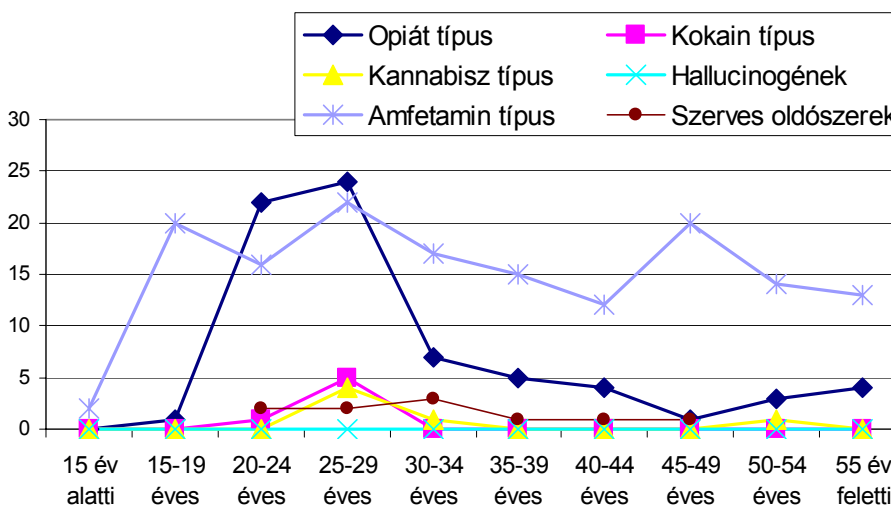
Mind a férfiak, mind a nők körében a 25-29 éves korosztályban történt a legtöbb nem halálos kábítószer-túladagolás. A második leggyakrabban érintett korosztály azonban különböző a férfiak és nők esetében. Míg a férfiaknál az idősebb 30-34 éves korosztály az érintett, addig a nőknél a fiatalabb, 20-24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

26. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak, korcsoport szerinti bontásban (N=426)



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

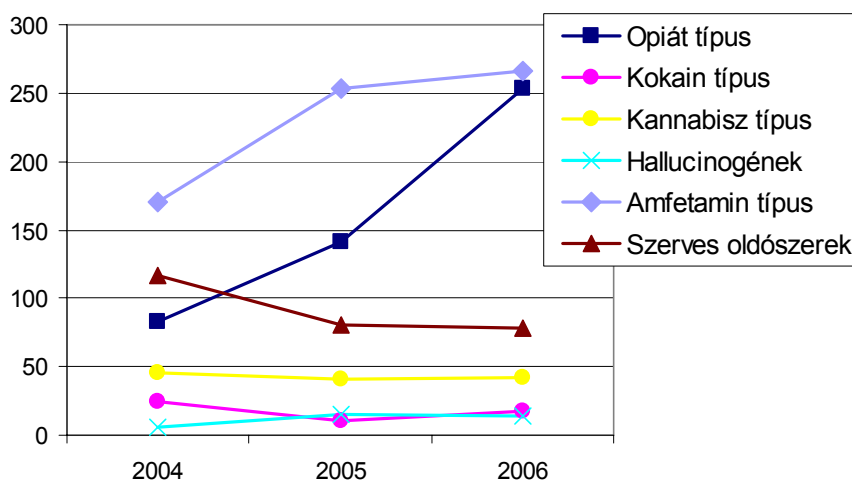
27. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők, korcsoport szerinti bontásban (N=244)



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

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

28. ábra. 2004 és 2006 között a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma



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

Következtetések

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

A 2006. évi jelentett incidencia adatok valamint a 300 intravénás kábítószer-használó célzott HIV vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a hazai populációban a korábbi évekhez hasonlóan igen alacsony lehet a HIV-fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezelték, illetve az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat igénybevevők körében mért 28,9%-os HCV prevalencia a HCV-fertőzések prevenciójának fontosságára hívja fel a figyelmet.

Budapesti mérgezési adatok szerint az előző évekhez képest tovább nőtt a heroin okozta nem halálos túladagolások száma, az elmúlt három év során közel négyszeresére (2004-ben 46, 2005-ben 102, 2006-ban 183 esetet regisztráltak). Az opiátok mellett az amfetamin típusú szerek okozta túladagolások számában tapasztalható még növekedés, a szerves oldószerek használata miatt bekövetkezett mérgezések számában azonban csökkenés figyelhető meg.

7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE³⁷

7.1 DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

Nincs új információ.

7.2 DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Tűcsere programok

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

Állandó telephelyű programokat két budapesti és négy vidéki szervezetenél vehetnek igénybe az intravénás kábítószer-fogyasztók. A hat program keretében összesen kiosztott injektorok³⁸ száma 102.981db volt, amely 75%-os növekedést mutat az előző évhez képest. Ez a növekedés megoszlik a Kék Pont Drogkonzultációs Központ, valamint a Drogprevenációs Alapítvány keretein belül működő program injektor-forgalma között. (A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia állandó telephelyű programja, a Contact Café, a VIII. kerületbe költözött 2006 folyamán). A vidéki városokban az injektor kiadása 90 és 475db között változik. A kliensek által visszahozott (visszajuttatott) injektorok aránya országos viszonylatban a fix telephelyű programok esetében 52,3% volt.

Az automaták forgalma 2006-ban 9%-al nőtt, az öt program (közülük egy budapesti) keretében 22.090 injektor került kiosztásra. Néhány automata közelében elhelyezett speciális hulladékgyűjtőkben 1002 injektort találtak az év folyamán, ami több mint kétszerese az előző évinek.

Mobil tűcserét továbbra is két budapesti szolgáltató biztosított. A kiosztott injektorok száma megháromszorozódott (16.689db), a becserélési arány pedig 89%-ra ugrott, ami a második legmagasabb arány 2003 (102%) óta. A kiosztott fecskendők számának növekedése valószínűleg annak tudható be, hogy az egyik szolgáltató azon kábítószer-fogyasztókat, akikkel az utcai megkereső programja során találkozik, többek között a mobil buszhoz irányítja, a másik szolgáltatónál pedig előfordul, hogy egy alkalommal több száz használt fecskendőt visz be a kliens, és ugyanennyi steril tűvel távozik.

A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok száma ötről nyolcra nőtt (Budapesten 3, vidéken 5 program), Budapesten a Kék Pont Drogkonzultációs Központ, illetve vidéken az INDÍT Közalapítvány és a gyulai Pándy Kálmán Kórház programjainak el- ill. újraindulása miatt. A programok keretében 22.763 injektor került kiosztásra, amely ugyan több mint a tavalyi szám, de 2003 óta a második legalacsonyabb. A becserélési arány újra drasztikusan csökkent 55,4%-ra, visszatérve a 2003, 2004-es évek arányaihoz.

Az adatok azt mutatják, hogy 2005-ben az utcai programok munkatársaihoz több fecskendőt hoztak a kliensek, mint 2006-ban. Emellett megfigyelhető, hogy a mobil tűcsere buszok által

³⁷ A fejezet szerzője: Daróczy Zita

³⁸ Injektor: tű+fecskendő

kiosztott és hozott+gyűjtött injektorok száma 2006-ban ugrásszerűen megnőtt, így elképzelhető, hogy az eddig az utcai programot felkereső kliensek tavaly a mobil tűcsere lehetőséggel is éltek.

28. táblázat. Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003-2006

	Fix telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
2003					
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
2004					
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
2005					
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
2006					
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

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

2006-ban az összes kiosztott injektorok száma az előző évhez képest 56%-al növekedett, a becserélési arány pedig ismét elérte az 50%-ot. Tűcsere szolgáltatásban az adatok szerint 1768 kliens részesült, ami 84%-os növekedést jelent. A másodlagos tűcsere utaló, eddig növekvő tendenciát mutató, egy főre jutó injektorok száma 2003 óta először 2006-ban csökkent. A 2005-ös 110 injektor/fő arányról 93 injektor/fő-re. Ez utalhat arra, hogy egyre több kliens érnek el közvetlenül a szolgáltatók. A kliensekkel való találkozások (kontaktok) száma 10.888 volt, kicsivel több mint 25%-os növekedést eredményezve. Ez a változás az állandó telephelyű és a mobil programok kontaktszámainak növekedésével magyarázható (ld. feljebb).

Tanácsadás, tesztelés

Tűcsere programban résztvevő szervezetek tanácsadást és információt (biztonságosabb kábítószer-fogyasztásról, a biztonságos szexuális kapcsolat kialakításáról) szórólap formájában, illetve kérésre nyújtanak az állandó telephelyű vagy az utcai megkereső programok keretében. A szervezetek nagy része (10), önállóan vagy a megyei ÁNTSZ-el együttműködésben végez szűrést HIV és/vagy Hepatitis C vírusra. A metadon-programot működtető szervezeteknél az éves szűrés HIV és HCV vírusra kötelező a programban résztvevők számára.

7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS KEZELÉSE

Nincs új információ.

7.4. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE

Kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek megelőzése

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

Kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások

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

Következtetések

A tücsere programok adatai szerint az egy főre jutó injektorok száma - először 2003 óta - csökkent, ugyanakkor a kliensszám az eddigi legmagasabb értéket érte el. Ez jelentheti azt, hogy a programok egyre több kábítószer-fogyasztót érnek el közvetlenül, vagyis egyre többeket tudnak bevonni az ellátórendszerbe.

8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI³⁹

Háttér, előzmények

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

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

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

8.1. SZOCIÁLIS KIREKESZTETTSÉG

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

2006-ban 1472 kliens TDI adatait jelentették⁴⁰ a szolgáltatók az OAI-nak (a kezelték jellemzőinek bővebb ismertetését lásd a 4.2. fejezetben). A legtöbb kérdőív a 25-29 éves korosztályban (360 darab), majd a 20-24 éves korosztályban (337) került felvételre. A mintában jelentős számban vannak jelen még a 15-19 év közöttiek (251 fő), valamint velük közel azonos arányban a 30-34 év közöttiek (234 fő). Az átlagéletkor 28,5 év. Az adatbázisban túlnyomórészt férfiak szerepelnek, arányuk 78,3% (1152 fő), míg a nők aránya 21,4% (315 fő).

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

Hajléktalanság

A TDI kérdőívben a lakhatási körülményekre („Jelenleg hol él?”) vonatkozóan négy lehetséges válasz adható, úgy mint: rendezett szállás-körülmények, rendezetlen szállás-

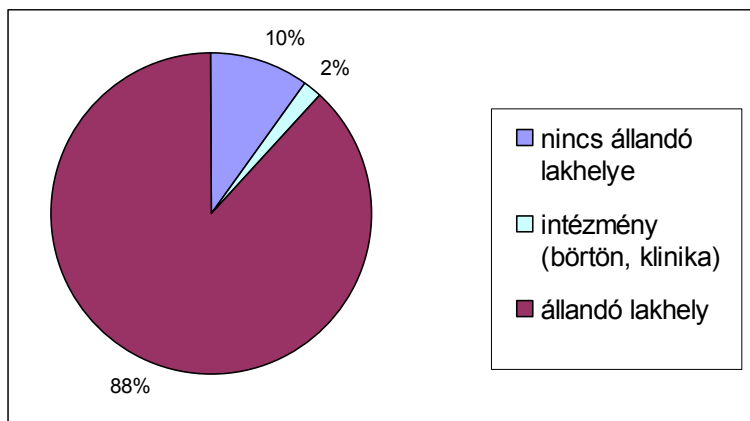
³⁹ A fejezet szerzői: Daróczy Zita, Kun Gábor, Ritter Ildikó, Varga Orsolya

⁴⁰ Az elterelés kapcsán kezelésbe kerültek adatait nem tartalmazza.

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

körülmények, intézményben (börtön, klinika), nem ismert⁴². A három kategória nem ad lehetőséget arra, hogy az adatokat korábbi kutatásokkal érdemben összevegyük. Ha a 2006-os adatokat alapul véve a rendezetlen szállás-körülmények között élőket önkényesen hajléktalannak - azaz ideiglenesen vagy véglegesen lakhatást veszítetteknek - tekintjük, akkor arányuk 9,9% (141 fő).⁴³ Vélhetően ez az arány differenciáltabb adatok tükrében alacsonyabb lenne, így talán továbbra is feltételezhetjük, hogy a hajléktalanság és a szerhasználat között nincs szoros összefüggés.

29. ábra. Lakhatási körülmények a kezelték körében

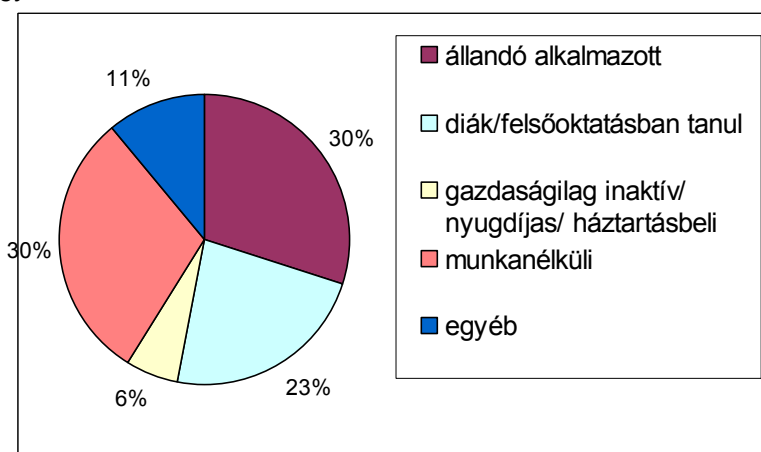


Forrás: OAI 2007

Munkanélküliség

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

30. ábra. Munkaügyi státusz a kezelték körében



Forrás: OAI 2007

⁴² 1472 főből 47 esetben nem ismert a lakhatási körülmény.

⁴³ Vingender (2006) kvalitatív kutatásában ez az arány 1,5% (3fő).

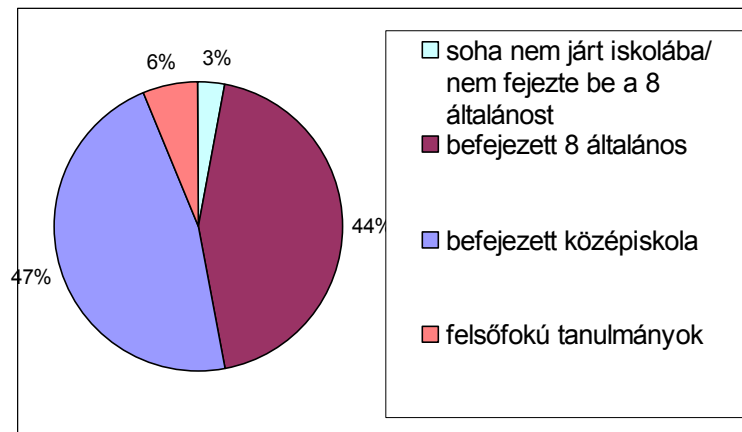
Ladányi, Forrai (2006) kutatásában válaszadók 7,5%-a nyilatkozott úgy, hogy hajléktalan, azaz utcán, vagy közterületen él.

⁴⁴ 1472 főből 72 esetben nem ismert a munkaügyi státusz.

Iskolából való kimaradás

Az adatok alapján a kezelték 43,6%-nak legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú iskolai végzettség, 2,6% soha nem járt iskolába, illetve nem fejezte be a 8 általánost. Felsőfokú tanulmányait 5,7%, (79 fő) középiskolai tanulmányait 48% (661 fő) fejezte be.⁴⁵ A válaszoló szerhasználók 22,6%-a (316 fő)⁴⁶ tanuló/hallgató volt a kérdőív felvételének pillanatában. Korábbi kutatások (Vingender, 2006) alapján úgy tűnik, hogy az iskolázottsági adatok tekintetében a 2005-ös évhez képest nincs nagy arányú elmozdulás.

31. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelték körében



Forrás: OAI 2007

Szociális háló

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

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

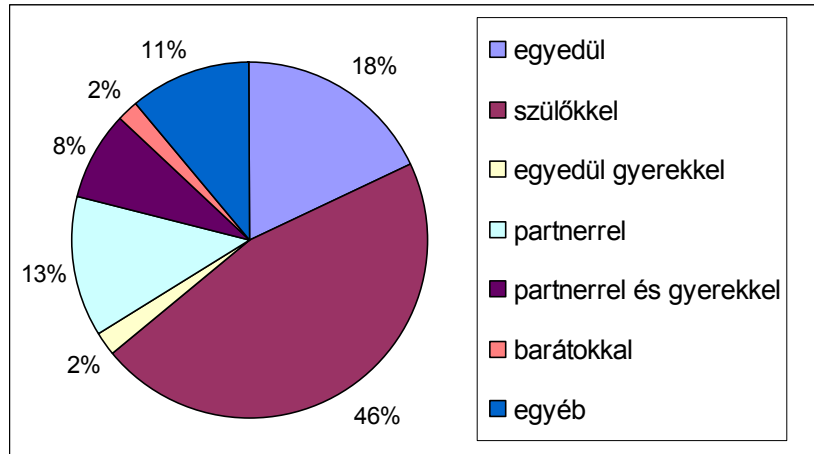
Nagy arányban élnek ugyanakkor a válaszadók egyedül (252 fő), vagy élettárssal kettesben (179 fő). Az élettársi viszonynak szociális szempontból ugyancsak lehet megtartó ereje.

⁴⁵ 1472 főből 96 esetben nem ismert az iskolai végzettség.

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

⁴⁷ 1472 fő közül 48 családi állapotát nem ismerjük.

32. ábra. Kezeltek családi állapota



Forrás: OAI 2007

Prostitúció

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

A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a kábítószer-fogyasztás jelen van a mintában szereplő prostituáltak körében, különösen a köztéri prostituáltak esetében. Többen alkalmi és kockázatmentesebb fogyasztásról⁵⁰ számoltak be, azonban a mintában vannak, akik napi szintű intravénás heroin-használók. Vannak olyanok is, akik a kábítószer megszerzéséhez szükséges pénz miatt prostituálódtak.

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

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, amelyekben az eljárás 2006-ban fejeződött be.

A bűncselekmények

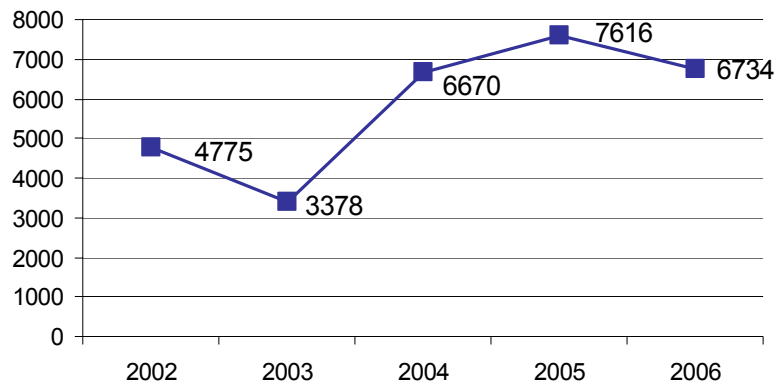
2005-höz képest az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 13,4%-kal csökkent.

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

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

⁵⁰ Elsősorban marihuána és amfetamin - nem intravénás - fogyasztásáról számoltak be. Korábbi kokainhasználatról egyetlen prostituált nyilatkozott.

33. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma



Forrás: ERÜBS

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

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények összébűnözésen belüli aránya 2006-ban 1,6% volt. Ez az arány nem mutatja a kábítószerrel összefüggő egyéb bűnözés mértékét (pl. a fogyasztóknak a kábítószer megszerzésével kapcsolatos bűnözését, egyéb szervezett bűnözési cselekmények).

Az elkövetési idő

A bűncselekmények elkövetési idejét vizsgálva a következő kép rajzolódik ki:

29. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés ideje szerint

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

Forrás: ERÜBS

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

Az elkövetési magatartások

A „termel, előállít, megszerez, tart, behoz...” magatartások - amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak - részaránya az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között 89,8% volt (2005-ben 90,9%). Ehhez képest a kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részesedése a felderített esetek egytizedét sem teszi ki (7%). A keresleti oldali magatartások, elsősorban az alkalmi fogyasztók által elkövetett cselekmények alkotják a hatóság előtt ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények jelentős részét.

Az elkövetők

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

A következőkben azon elkövetők körében vizsgáljuk a szocio-demográfiai jellemzőket, akik a 2006. évi bűnügyi statisztikai adatok szerint elkövettek visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (függetlenül attól, hogy büntethetők voltak-e vagy sem).

Nemek szerinti megoszlás

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

Életkor szerinti megoszlás

30. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2005-ben

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

Forrás: ERÜBS

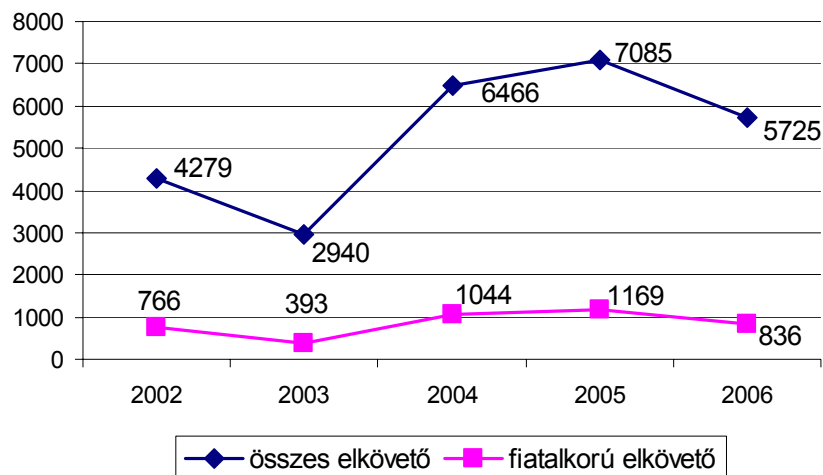
2006-ban a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása nem változott figyelemre méltóan a 2005-ös elkövetői körhöz képest.

Fiatalkorú elkövetők

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

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

34. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma



Forrás: ERÜBS

Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása

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

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

Előélet szerinti megoszlás

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

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

Az elkövetők 18,5%-a volt visszaeső.

Következménybűnözés – a kábítószer hatása alatt történő bűnelkövetés

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

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

Vádemelés elhalasztása

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

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

Míg 2004-ben a vádemelés elhalasztása jogintézményben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 50% vett részt, addig ez az arány 2005-ben 62,3% volt. 2006-ban azonban sok tekintetben visszatértünk vagy közelítünk a 2004-ben mért értékekhez, mind a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények, mind pedig a befejezett vádemelés elhalasztások számát tekintve (55,5%).

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

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

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma továbbra is nőtt (lásd 4.2. fejezet), változás kizárólag a kezelés megkezdésének időpontjában történt, így csökkent a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények esetében alkalmazott vádhalasztás jogintézményének gyakorisága.

8.3. KÁBÍTÓSZERHASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN

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

8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK

Nincs új információ.

Következtetések

A rendelkezésre álló TDI adatok azt mutatják, hogy a szerhasználók esetében a segítő, támogató kapcsolatok között elsőként a közvetlen családtagok, barátok, állnak. A lakhatás tekintetében a szülői ház nyújtja a legnagyobb biztonságot. A mintában szereplő drogfogyasztók válaszait összevetve korábbi és a jelenlegi statisztikai adatokkal, úgy tűnik, hogy a droghasználóknak túlnyomórészt sikerül elvégezniük a nyolc általánost. A droghasználat és a hajléktalanság között továbbra sem mutatkozik szoros összefüggés. A vizsgált populáció jelentős arányban nem rendelkezik rendszeres munkával, ami a megélhetés biztosítását nagymértékben befolyásolja.

A drogfogyasztás és a prostitúció összefüggéseinek vizsgálata során szintén feltételezésekre, szakemberek tapasztalataira kell támaszkodnunk a szerény számú kutatási adat mellett. Elmondható, hogy a droghasználat jelen van a prostituáltak körében és az is igazolható, hogy a droghasználók körében is jelen van a prostitúció, de hogy melyik

csoportnál milyen arányban és milyen tényezők váltják ki a tevékenységeket és azok milyen dinamikával változnak, ma még nem tudjuk megmondani.

Magyarországon 2006-ban 13,4%-kal csökkent az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma az azt megelőző évihez képest. Azonban az összбүнözésen belüli aránya gyakorlatilag nem változott (2005-ben 1,7%; 2006-ban 1,6%). Az ismertté vált elkövetők száma 15%-kal kevesebb volt 2006-ban, mint ahány kábítószerrel visszaélés esetet detektáltak a hatóságok. Ez azt jelenti, hogy minden hatodik visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt eljárás alá vont elkövetőt legalább kétféle kábítószer-bűncselekmény elkövetésével vádolták meg. (2005-ben ez az arány 7% volt, és az azt megelőző években sem emelkedett soha e fölé.) Ennek oka elsősorban a büntetőjogi szabályozásban keresendő.

9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE⁵¹

Háttér, előzmények

Magyarországon a szenvedélybetegek ellátása elsősorban a szociális, illetve az egészségügyi ágazat törvényi keretein és intézményrendszerén keresztül valósul meg. 2006-ban a területért felelős Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICsSzEM), valamint a Foglalkoztatási és Munkaügyi Minisztérium (FMM) összevonásra került, így létrejött a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (SzMM). Az összevonást követően a kábítószerügyi koordináció felelőse az SzMM lett⁵² (részletesebben lásd 1.2. fejezet).

Jogszabályok, szakmai koncepciók

- 1993. évi III. tv. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban Szt)
- 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételéről
- 188/1999. (XII.16.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális és falugondnoki szolgálat működésének engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozások engedélyezéséről
- 239/2006. (XI.30.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások 2007. évi irányított területi kiegyenlítési rendszeréről

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

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

- a közösségi ellátás szakmai programjával szembeni követelmények változását⁵³:
a közösségi ellátások szakmai programjának tartalmaznia kell az egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködés módját
- a közösségi ellátás létszámkereteit⁵⁴:
a közösségi ellátást nyújtó szolgáltatónak – az alacsonyküszöbű szolgáltatások kivételével – legalább 40 fő ellátását kell biztosítani
- az alacsonyküszöbű ellátás definícióját⁵⁵:
„A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása a megkereső munkára, valamint az anonim és önkéntes igénybevételre épülő szolgáltatás, amelynek célja a szenvedélybetegség által okozott ártalmak csökkentése, az életet veszélyeztető helyzetek elhárítása, valamint az életmódváltozás elindítása, segítése.”

⁵¹ A fejezet szerzője: Kun Gábor

⁵² 170/2006. (VII. 28.) Korm. rendelet a szociális és munkaügyi miniszter feladat- és hatásköréről

⁵³ 2/2006. (IV. 14.) ICsSzEM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2006.IV. 22-én.

⁵⁴ 188/1999. (XII.16.) Kor. rendelet, ezen módosítása 2007. I. 1-jén lépett hatályba. A módosítást a 325/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet léptette életbe.

⁵⁵ 9/2006. (XII. 27.) SzMM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2007. I. 1-jén.

- a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása során nyújtható szolgáltatások körét⁵⁶
- az ellátás során biztosítandó szolgáltatások minimum számát⁵⁷:
„A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátását nyújtó intézményeknek, szolgáltatóknak ... meghatározott szolgáltatási formák közül legalább kettőt kell biztosítaniuk.”
- az ellátás igénybevételének feltételeit⁵⁸:
„A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása során minden esetben biztosítani kell az anonimitást, a személyes adatokat nem kell megadni, igazolni és nyilvántartani, illetve egyéni gondozási tervet nem kell készíteni. A szolgáltatás nem tagadható meg az absztinencia hiánya és a szenvedélybetegség során jelentkező tünetek, magatartási formák miatt.”

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

A szociális szolgáltatók normatív finanszírozásának törvényi háttérét a költségvetési törvény határozza meg. 2006. február 13-án került sor a 2005. évi CLIII. tv. módosítására. A jogszabály hatályba lépésével a korábbi normatív hozzájárulás megítélésének rendszere alapjaiban alakult át. A jogszabályi változások eredményeként a működési engedéllyel rendelkező civil fenntartók év közben nem kaphatnak automatikusan normatív állami hozzájárulást. A normatíva megítélése előtt az irányított területi kiegyenlítési rendszer működése szerint a fenntartónak az SzMM befogadását kell kérnie.

A támogatható szolgáltatások között szerepelnek a közösségi ellátások, azon belül a szenvedélybetegek közösségi-, illetve alacsonyküszöbű ellátása is. A rendelet értelmében minden szolgáltatás új szolgáltatásnak minősül, „amely után a fenntartó vagy a jogelőd fenntartó 2006 decemberében nem részesül normatív állami hozzájárulásban”.

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

9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

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

⁵⁶ 9/2006. (XII. 27.) SzMM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2007. I. 1-jén.

⁵⁷ 9/2006. (XII. 27.) SzMM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2007. I. 1-jén.

⁵⁸ 9/2006. (XII. 27.) SzMM rendelet nyomán. Hatályba lépett 2007. I. 1-jén.

Lakáskérdés

A fentiekén túl a 2005-ös évhez képest jelentős változás nem történt a lakás, lakhatás kérdéskörében.

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

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

A BMSZKI a Közép-magyarországi Régió Hajléktalanellátó Intézmények Módszertani Központja, mindemellett a budapesti hajléktalan ellátás férőhelyeinek közel felét biztosítja. Több menedéktípus mellett működtet egy szenvedélybetegek rehabilitációs átmeneti szállását (66 fő) is (Győri, 2006).

Oktatás, képzés

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

*Drogproblémában érintettek előtt nyitott, de elsősorban nem számukra indított képzési programok*⁵⁹

A SEED Kisvállalkozás-fejlesztési alapítvány *Esély a jövődért!* Programja 2003 végétől 2006 végéig működött.

A program három év alatt nagyjából hatvan, 40 év alatti, budapesti lakosú romának nyújtott anyagi- és mentori segítséget. A program értékelése folyamatban van, ezért pontos számadatok még nem állnak rendelkezésre. Azonban az már látható, hogy a résztvevők jelentős része szerzett új - versenyképességet erősítő - ismereteket (nyelvtudás, számítógépes tudás), valamint új szakmát, megnyitva így újabb (foglalkoztatási) lehetőségeket. A program megvalósításában számos partner mellett részt vett többek között a Kék Pont Drogkonzultációs Központ is.

Foglalkoztatás

A Szt. módosításával lehetőség nyílt az intézményi jogviszonyban álló (például rehabilitációs otthon) kliensek munka-rehabilitáció vagy fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében biztosítható (szociális) foglalkoztatására.

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

⁵⁹ Nevezett programok esetében nem rendelkezünk számadatokkal arról, hogy hány droghasználó vette igénybe azok szolgáltatásait.

Az Emberbarát Alapítvány Hátrányos helyzetűek, különösen szenvedélybeteg emberek integrált megközelítésű alternatív képzési, foglalkoztatási programja 2005. február 1-jétől – 2006. november 30-ig tartott. A program országos hatáskörrel bírt, és a tartama alatt 24 fő – képzésen, foglalkoztatáson és pszicho-szociális támogatáson keresztül – foglalkoztathatósági esélyének növelését tűzte ki célul. Célcsoportját szenvedélybetegek, megváltozott munkaképességűek, romák és nők alkották. A program megvalósításának anyagi forrását HEFOP pályázaton keresztül biztosították.

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

Alapvető szociális szolgáltatások nyújtása

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

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

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

9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE

Nincs új információ.

Következtetések

A drogfogyasztás szociális vonatkozásainak, következményeinek vizsgálata során megállapíthatjuk, hogy a korábbi évekhez hasonlóan a szociálpolitika és az ellátórendszer válaszai a fennálló és az újonnan jelentkező kihívásokra a legtöbb esetben még mindig elszigeteltnek tekinthetők. Leginkább - legyen szó lakhatás, oktatás, képzés, vagy a foglalkoztatás kérdéséről - civil, egyházi szervezetek kezdeményezéseiről beszélhetünk, melyek mögött - állami és külföldi - pályázati források állnak. Ezt egyes esetekben a meglévő tapasztalatok alapján a jogi szabályozás változtatásával korrigálja a jogszabályalkotó.

10. KÁBÍTÓSZERPIAC⁶⁰

Háttér, előzmények

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

10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT⁶¹

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

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

10.2. LEFOGLALÁSOK

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

31. táblázat. *Lefoglalások száma és mennyisége*

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

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

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

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

⁶⁰ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Varga Orsolya

⁶¹ A Nemzeti Nyomozóiroda jelentése alapján.

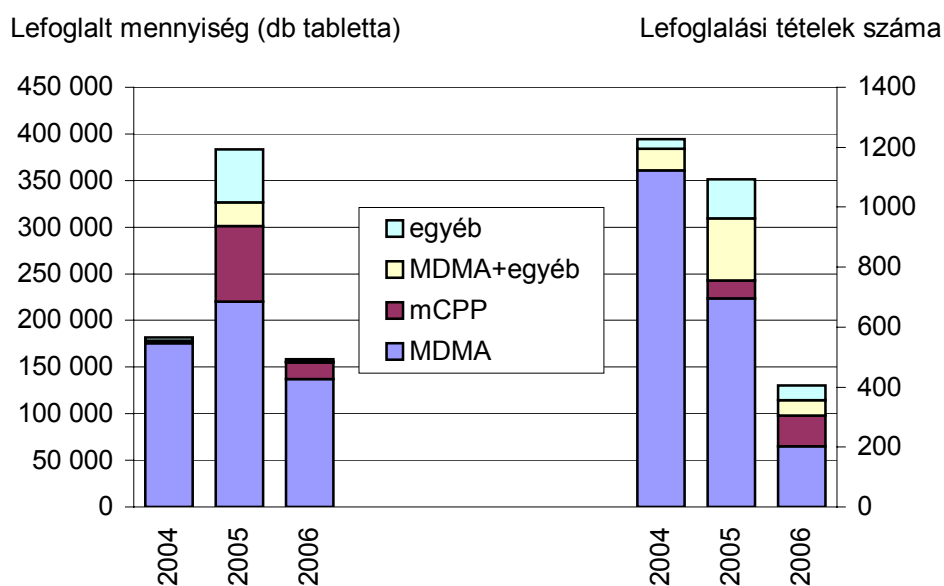
A legismertebb kábítószereket az előfordulási gyakoriság szerinti rangsorban a ketamin követi, amely a magyarországi feketepiacon „l-por” néven is ismert, és jellemzően kis tételekben – 2003-2004 óta folyamatosan, évi mintegy 30-50 alkalommal – kerül lefoglalásra. 2006 során két alkalommal tiszta metamfetamin-hidroklorid („ice”), illetve egy alkalommal tiszta MDMA-hidroklorid került lefoglalásra, kisebb mennyiségben. Magyarországon korábban a fenti hatóanyagok hígítatlan formában még nem kerültek lefoglalásra.

A kábítószerek mellett meg kell említeni az ellenőrzés alatt nem álló GBL (gamma-butirolakton) nevű anyagot is. A GBL a szervezetbe jutva gamma-hidroxi-vajsavvá (GHB) alakul, ami kábítószernek minősülő vegyület. GBL 2002-ben és 2003-ban 1-1 alkalommal, 2005-ben 3 alkalommal, míg a 2006-ban 11 alkalommal, összesen mintegy 300 gramm mennyiségben került lefoglalásra, ami a szerrel történő visszaélések terjedésére utal.

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

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

35. ábra. A lefoglalt ecstasy-típusú tabletták és a lefoglalások száma



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

10.3. ÁR/TISZTASÁG

Kábítószerek utcai árai

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

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

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

32. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban

FORINT	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	1715	2745	2248	2230	63
Marihuána (gr)	1618	2584	2227	2101	91
Heroin (gr)	10234	16605	12789	13419,5	49
Heroin (pakett)	4029	5742	4586	4885,5	39
Kokain (gr)	12149	23267	14888	17708	55
Crack (gr)	12800	16000	12811	14400	9
Amfetamin (gr)	2404	3424	2993	2914	79
Ecstasy (tabletta)	769	1765	1257	1267	74
LSD (adag)	1945	3068	2492	2506,5	46
Metadon (20 mg)	1096	2150	1788	1623	30
Metadon (5 mg)	425	933	637	679	20

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2007

33. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban⁶²

EURO	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	6,5	10,4	8,5	8,4	63
Marihuána (gr)	6,1	9,8	8,4	8,0	91
Heroin (gr)	38,7	62,8	48,4	50,8	49
Heroin (pakett)	15,2	21,7	17,4	18,5	39
Kokain (gr)	46,0	88,0	56,3	67,0	55
Crack (gr)	48,4	60,5	48,5	54,5	9
Amfetamin (gr)	9,1	13,0	11,3	11,0	79
Ecstasy (tabletta)	2,9	6,7	4,8	4,8	74
LSD (adag)	7,4	11,6	9,4	9,5	46
Metadon (20 mg)	4,1	8,1	6,8	6,1	30
Metadon (5 mg)	1,6	3,5	2,4	2,6	20

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2007

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

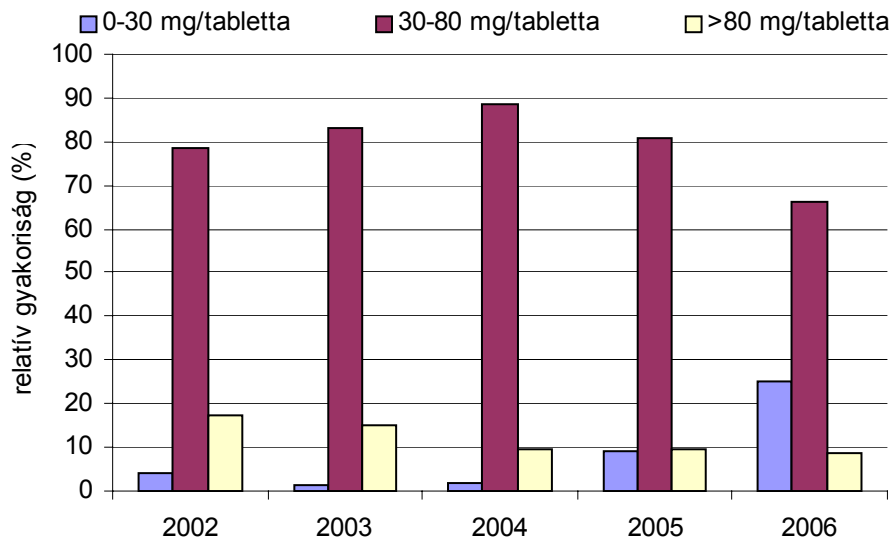
Tisztaság

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

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

⁶² A táblázatban szereplő árak a 2006-os hivatalos euró középfolyam (1€ = 264,27 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

36. ábra. MDMA tartalmú tabletták hatóanyag-tartalmának alakulása



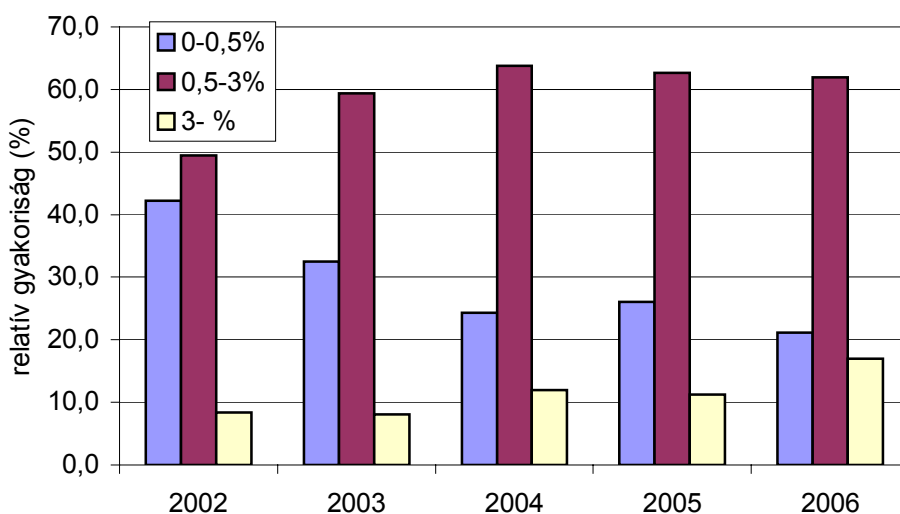
Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

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

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

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

37. ábra. A lefoglalt kannabisz növény és marihuána delta-9-THC tartalmának alakulása



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Következtetések

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

11. KÖZKIADÁSOK⁶³

11.1. KÁBÍTÓSZERREL ÖSSZEFÜGGŐ CÍMKÉZETT KÖLTSÉGVETÉSI KIADÁSOK

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

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

1. A költségvetés végrehajtásáról szóló törvény a költségvetési kiadásokat döntően adminisztratív egység – pl. költségvetési szerv – szerinti bontásban tartalmazza. Helyenként ugyan előfordul, hogy egyes, meghatározott célhoz rendelhető programok/tevékenységek önálló költségvetési tételként is megjelennek, általánosságban azonban hiányoznak a funkcionális, tevékenységi tartalom szerint költségvetési információk. Ebből kifolyólag a címkézett KÖKK-tételek a tényleges KÖKK csupán elenyészően csekély töredékét foglalja magába.
2. A költségvetés részletesen tartalmazza a központi költségvetésben és az elkülönített alapoknál felmerülő közkiadásokat, valamint az önkormányzatoknak különböző jogcímenek nyújtott, címzett- és cél- (tehát „pántlikázott”) támogatásokat. Nem tartalmazza azonban az egyes önkormányzatok, illetve az önkormányzati alrendszer költségvetési kiadásaira vonatkozó teljes adatkört. Ez azért probléma, mert az egyes önkormányzatok költségvetéseiben (értsd: költségvetési jelentéseiben) esetlegesen meglévő különféle címkézett KÖKK-tételek ilyen módon kiesnek az adatgyűjtés köréből.

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

34. táblázat. A 2005. évi költségvetés végrehajtásáról szóló törvényben szereplő címkézett KÖKK-tételek

Tétel megnevezése	Millió forint	Ezer euró ⁶⁴	Kormányzati szint	COFOG csoport	Funkció (Reuter 2006)
Kábítószer-fogyasztás okozta egyéni, társadalmi károk csökkentése; elterelés (ICSSZEM fejezeti kezelésű előirányzat)	24,7	99,6	Központi	10.7 (Social exclusion n.e.c.)	4. Ártalom-csökkentés
Kábítószer-megelőzési program (ICSSZEM fejezeti kezelésű előirányzat)* HU-2002-180-05-02	202,8	817,6	Központi	7.4 (Public health services)	1. Megelőzés
Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok Intézményfejlesztése projekt (ICSSZEM „PHARE programok és az átmeneti támogatás programjai”)*	16,6	67	Központi	7.4 (Public health services)	1. Megelőzés
Összesen	244,1	984,2			

Forrás: Hajnal 2007

⁶³ A fejezet szerzői: Hajnal György, Nyírády Adrienn

⁶⁴ A táblázatban szereplő összegek a 2005-ös hivatalos euró középárfolyam (1€ = 248.05 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

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

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

11.2. RÁFORDÍTÁSI ARÁNYSZÁMOK ÉS A NEM CÍMKÉZETT KÖLTSÉGVETÉSI KIADÁSOK

Rendvédelmi és igazságügyi, valamint egészségügyi összkiadások

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

35. táblázat. A COFOG 3. és 7. funkció-főcsoportjaira eső összkiadások alakulása 2005-ben

COFOG tétel	Millió forint	Ezer euró ⁶⁵
COFOG 3 - Rendvédelem és igazságszolgáltatás	453.969	1.830.151
COFOG 7 – Egészségügy	1148.312	4.629.356

Forrás: Pénzügyminisztérium Költségvetési és Pénzügy-politikai Főosztálya

A KÖKK becslésének módszere

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

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

Matematikai formában a gondolatmenet a következőképpen fejezhető ki:

$$KÖKK = \sum_{i=1}^7 FunkciócsoportÖsszkiadása_i \times RáfordításiArány_i$$

ahol az egyes elemek jelentése a következő:

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

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

⁶⁵ A táblázatban szereplő összegek a 2005-ös hivatalos euró középárfolyam (1€ = 248.05 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

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

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

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

A bűnüldözéssel és igazságszolgáltatással kapcsolatos kiadások

Ebbe a körbe az alábbi COFOG funkciócsoportok tartoznak:

- COFOG 3.1 (Police services). Ez az „Államháztartás funkcionális mérlege” c. kimutatásban az „F03.b (Rend és közbiztonság)” tételnek feleltethető meg⁶⁶.
- COFOG 3.3 (Law courts). Ennek megfelelője az „F03.a (Igazságszolgáltatás)” tétel.
- COFOG 3.4 (Prisons). Ennek megfelelője a „F03.d (Büntetés-végrehajtási igazgatás és működtetés)” tétel.

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

- A táblázat három, a fenti COFOG funkciócsoportoknak megfelelő, azonos felépítésű szekcióból áll.
- A kiindulópont mindhárom kiadási csoport becslésénél az adott kormányzati funkciócsoportra jutó összkiadás. Ezután az adott funkciócsoporthoz tartozó ráfordítási arányszám számítása szempontjából szóba jöhető mutatószámok következnek. A lehetséges – azaz mind elméleti szempontból védhető, mind pedig az elérhető adatok korlátosságának tükrében gyakorlatilag is megbecsülhető – mutatószámok körét a 2006. évi kutatás határozta meg.
- Az egyes ráfordítási arányszámokhoz tartozó konkrét százalékos értékek szintén a 2006. évi kutatás eredményeiként adódtak.
- A táblázat harmadik és negyedik oszlopa az adott ráfordítási arányszám felhasználásával számított KÖKK-értékeket mutatja (millió forintban, illetve ezer euróban).
- Az előállított KÖKK-becslések minőségének, megbízhatóságának megítélését nagyban megkönnyíti az a körülmény, hogy az eredmények közvetlenül összevethetők a 2006-os kutatásnak az Útmutató által meghatározottnál jóval pontosabb – a magyarországi intézményi és adatgyűjtési sajátosságokat az Útmutatónál jobban figyelembe vevő – módszerrel előállított eredményeivel⁶⁷. A

⁶⁶ Az adatok, illetve a funkcionális megfeleltetésekkel kapcsolatos információk forrása a Pénzügyminisztérium Költségvetési és Pénzügy-politikai Főosztálya

⁶⁷ Ezek az eredmények viszont – szemben az Útmutatóval – a nemzetközi összehasonlíthatóság és a módszertani uniformitás követelményét csak jóval kisebb mértékben hangsúlyozzák; így tehát természetesen nem valamiféle minőségi fölényről van szó, hanem a becslési módszerek megválasztása során alkalmazott kritériumok és követelmények tekintetében fennálló hangsúlybeli különbségekről.

táblázat tehát mint viszonyítási pontot tartalmazza az adott funkciócsoport vonatkozásában a 2006-os kutatás által előállított KÖKK-értékeket is. Ezek az – intervallumként megadott – becslések az „Alternatív becslés” fejlécű sorokban találhatóak.

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

Megnevezés	%	Millió forint	Ezer euró ⁶⁸
COFOG 3.1 - Rend- és közbiztonság		259.394	1.045.733
Ráfordítási arányszám (3.1/a): Ismertté vált bűncselekmény	1,58	4.098	16.520
Ráfordítási arányszám (3.1/b): Ismertté vált bűncselekmény, ismeretlen tettes nélkül	2,74	7.107	28.651
Ráfordítási arányszám (3.1/c): Befejezett büntetőügy	1,93	5.006	20.181
Alternatív becslés (Rendőrség + VPOP)		3.729...4.458	15.033...17.972
COFOG 3.3 - Igazságszolgáltatás		10.7971	435.279
Ráfordítási arányszám (3.2/a): 1. Ismertté vált bűncselekmény	1,58	1.706	6.877
Ráfordítási arányszám (3.2/b): Ismertté vált bcs., ismeretlen tetteses nélkül	2,74	2.958	11.925
Ráfordítási arányszám (3.2/c): Befejezett büntetőügy	1,93	2.084	8.401
Alternatív becslés		487...520	1.963...2.096
COFOG 3.4 - Büntetés-végrehajtás		37.047	149.353
Ráfordítási arányszám (3.4/a): Befogadottak	2,46	911	3.672
Ráfordítási arányszám (3.4/b): 2. Átlagos évközi létszám	5,08	1.882	7.587
Alternatív becslés		1.790...1.912	7.216...7.708
COFOG alapú becslés, összesen*		7.686	30.985
2006-os kutatás eredménye, összesen		6.006...6.890	24.212...27.776

* A legkisebb eltérést adó ráfordítási arányszámok alapján

Forrás: Hajnal 2007

Néhány megjegyzés a táblázathoz:

- A legjobbnak tűnő – tehát a 2006-os kutatás eredményeihez legközelebb eső – ráfordítási aránymutatók, illetve az így született KÖKK-becslések sötét háttérrel vannak jelölve.
- Az igazságszolgáltatási kiadások körében (3.3) még a viszonylag legjobb mutató használata mellett is feltűnően nagy (több mint háromszoros) az eltérés a viszonyítási ponthoz képest. Ennek az az oka, hogy a bíróságok a büntető peres ügyek a teljes bírósági tevékenységrendszer – és így az összköltség – csak igen csekély, mintegy 15%-os hányadát teszik ki. Ennek köszönhető, hogy a „legjobb” becslés nem a tartalmilag sokkal adekvátabb „befejezett ügyek” mutató, hanem az „ismertté vált bűncselekmény” mutató alapján volt képezhető. Ez nyilván a felderített, illetve peres szakaszba jutott büntetőügyek 2005 körüli időszakra jellemző időbeli alakulásának következménye; vagyis egy másik időszakban vizsgálva könnyen ezzel ellentétes eredmény adódhat. Ezért amennyiben a COFOG alapú módszer hosszabb távon

⁶⁸ A táblázatban szereplő összegek a 2005-ös hivatalos euro középfolyam (1€ = 248.05 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

alkalmazásra kerül, általánosságban – a 2005-ös évre vonatkozó konkrét eredmények ellenére is – a befejezett peres ügyek mutató használata az indokolt.

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

Egészségügyi kiadások

Ebbe a körbe az alábbi COFOG funkciócsoportok tartoznak:

- 7.1 (Medical products, appliances and equipment); ez a tétel az „F05.e (Egyéb egészségügy)” körébe tartozik, azonban annál szűkebb. E kiadási csoport nagysága 2005-ben a Pénzügyminisztérium közlése alapján 370.840 mFt (1.495.021e €) volt.
- 7.2 (Outpatient services); ennek megfelelője a „F05.b (Háziorvosi és gyermekorvosi szolgálat)” + „F05.c (Rendelői, orvosi, fogorvosi ellátás)” megnevezésű tétel.
- 7.3 (Hospital services); ennek megfelelője a „F05.a (Kórházi tevékenységek és szolgáltatások)” megnevezésű tétel.
- 7.4 (Public Health services); ennek megfelelője a „F05.d (Közegészségügyi tevékenységek és szolgáltatások)” megnevezésű tétel.

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

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

Emellett fontos megjegyezni, hogy a 2005. évre vonatkozó becslések készítése – még ha lehetséges is volna – az Útmutató jövőbeni alkalmazási lehetőségeinek megítélése szempontjából kimondottan félrevezető lenne. E Jelentés írásának időpontjában ugyanis elfogadás alatt áll a kormányzatnak az egészségügyi intézményrendszer rendkívül kiterjedt intézményi és működési átalakítására vonatkozó reformtervezete. Az átalakítás keretében – legalábbis eddigi szerepében – megszűnik az OEP; az ellátások finanszírozását pedig több üzleti biztosító veszi át. Ebből adódóan az OEP-nek a 2006-os kutatásban használt adatrendszere szükségszerűen meg fog szűnni, és annak helyét más, jelenleg még nem ismert adatrendszerek fogják átvenni.

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

37. táblázat. Az Útmutató által meghatározott egészségügyi és szociális funkciócsoportokhoz tartozó kiadási összegek 2005-ben

COFOG funkciócsoport	Millió forint	Ezer euró⁶⁹
COFOG 7.1 (Medical products, appliances and equipment / F05.e Egyéb egészségügy)	370.840	1.495.021
COFOG 7.2 (Outpatient services / F05.b Háziorvosi és gyermekorvosi szolgálat + F05.c Rendelői, orvosi, fogorvosi ellátás)	212.919	858.371
COFOG 7.3 (Hospital services / F05.a Kórházi tevékenységek és szolgáltatások)	463.394	1.868.148
COFOG 7.4 (Public health services / F05.d Közegészségügyi tevékenységek és szolgáltatások)	48.480	195.444

Forrás: Pénzügyminisztérium Költségvetési és Pénzügy-politikai Főosztálya

11.3. KÁBÍTÓSZERREL ÖSSZEFÜGGŐ KÖZKIADÁSOK BECSLÉSÉRE IRÁNYULÓ KUTATÁSOK

Magyarországon ez idáig egyetlen, a kábítószerrel összefüggő közkiadások becslését célzó kutatás készült. 2005-ben került sor a hazai módszertani útmutató kidolgozására, amely számba vette a rendelkezésre álló adatforrásokat a nemzetközi módszertan alapján. Majd 2006-ban íródott a tanulmány, melynek főbb eredményei, módszertana, hivatkozásai megtalálhatók az Éves Jelentés 2006 című kiadvány 1. fejezetében. (A kutatás részletes módszertana angol nyelven megküldésre került az EMCDDA szakértői számára.)

Következtetések

A 2005. évi költségvetés végrehajtásáról szóló törvényben „tetten érhető” címkézett KÖKK értéke csupán a tényleges KÖKK jelentéktelen töredékét foglalja magába. Az Útmutató COFOG alapú, „felülről-lefele” történő becslési módszerét alkalmazva a bűnüldözési és igazságszolgáltatási funkciókhoz tartozó KÖKK összértéke mintegy 12-28%-kal haladja meg az Útmutató által megjelölnél pontosabb, a magyarországi sajátosságokhoz jobban alkalmazkodó becslési módszerre épülő, 2006. évi kutatás által előállított értéket. Ezen belül különösen a bírósági (COFOG 3.1) KÖKK tekintetében lépett föl jelentős torzítás. Az egészségügyi funkciók körébe (COFOG 7.1-7.4) tartozó KÖKK becslése a jelen vizsgálat korlátai között – a szükséges adatok rendelkezésre állásának hiánya miatt – nem volt lehetséges.

Valószínű, hogy az Útmutatót további, kiterjedt terepkutatás és adatgyűjtés árán is csak igen korlátozott mértékben lehetett volna alkalmazni. Ettől függetlenül azonban a magyar egészségügyi ellátórendszer küszöbön álló – ill. részben folyamatban lévő –, gyökeres átalakítása miatt a rendelkezésre álló ellátási és pénzügyi adatok köre lényegesen és előre nem látható módon meg fog változni. Ebből kifolyólag az Útmutató jövőbeni alkalmazhatóságának mértéke és korlátai tekintetében a Jelentés írásának időpontjában nem lehet előrejelzést tenni.

⁶⁹ A táblázatban szereplő összegek a 2005-ös hivatalos euró középárfolyam (1€ = 248.05 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

12. VESZÉLYEZTETETT FIATALOK⁷⁰

A drogprevencióval foglalkozó nemzetközi kutatások több olyan veszélyeztetettségi tényezőt azonosítottak, melyek szerepet játszhatnak a veszélyes droghasználati mintázatok, illetve a szociális kirekesztettség kialakulásában. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, azonban lényeges, hogy kutatások által bizonyított oksági kapcsolat álljon fenn az adott tényező megléte és a drogprobléma kialakulása között. A veszélyeztetett csoportok tagjaival célzott prevenciós beavatkozások keretében foglalkoznak. Az EMCDDA a következő csoportokat nevesíti a kábítószer-fogyasztás szempontjából veszélyeztetettként: gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok, iskolából kimaradók, kábítószer és/vagy alkohol problémákkal küzdő családok gyermekei, hajléktalan fiatalok, rossz környéken élő fiatalok, etnikai kisebbségek, partizó fiatalok, veszélyeztetett (alkohol, kábítószer, szegénység miatt) családok gyermekei.

12.1. FŐBB VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK JELLEMZŐI

A nemzetközi szakirodalom által azonosított, illetve a Nemzeti Stratégiában megnevezett veszélyeztetett csoportok közül a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok száma ismert. 2005-ben⁷¹ 17.456 gyermek (9172 fiú, 8135 lány, 149 külföldi) került a Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatoknál ideiglenes hatállyal elhelyezésre, illetve átmeneti, vagy tartós nevelésbe, 585-en közülük speciális szükségletű gyermekek. Ez a szám a speciális szükségletű gyermekek mindhárom kategóriáját tartalmazza (lásd lejjebb), így nem lehet pontosan megállapítani, hogy közülük hányan küzdenek alkohol, kábítószer, vagy más pszichoaktív szer okozta problémával.

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény a következőképpen definiálja a veszélyeztetettséget: olyan – magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult – állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja, vagy akadályozza. A gyámhatóságok adatai szerint 2005-ben a veszélyeztetett kiskorúak száma 223.594 fő volt Magyarországon.

A törvény három esetet nevez meg, amikor speciális ellátást kell biztosítani a gyermekek részére, ezek a következők: súlyos személyiségfejlődési zavarokkal küzdő, illetve súlyos pszichotikus vagy neurotikus tüneteket mutató gyermek; súlyos beilleszkedési zavarokat vagy súlyos antiszociális magatartást tanúsító gyermekkorú elkövető; az alkohol, drog és egyéb pszichoaktív szerekkel küzdő gyermek számára. A gyámhatóságok által készített statisztikában azonban nem különítik el ezen csoportokat.

⁷⁰ A fejezet szerzője: Nadas Eszter

⁷¹ A jelentés írásakor a 2006-os adatok még nem álltak rendelkezésre.

38. táblázat. A gyámhatóságok által nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma 2001-2005

		2001	2002	2003	2004	2005
Tárgyév dec. 31-én nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma		249.928	235.673	232.381	225.365	223.594
Környezeti		50.700	46.875	50.219	49.365	50.229
Magatartási		25.584	27.824	26.475	31.120	35.014
Anyagi	okból	166.363	153.297	144.700	135.897	126.291
Egészségi		7.281	7.677	7.987	8.983	9.060
Összes veszélyeztetett kiskorú közül	szülő alkoholizmusa miatt is veszélyeztetett	25.674	25.743	25.643	24.914	23.444
	lakáskörülmények miatt is veszélyeztetett	27.562	29.726	31.754	32.470	30.578
Családok száma, amelyekben a veszélyeztetett kiskorúak élnek		107.437	104.271	102.241	99.584	98.304

Forrás: Tájékoztató a család, gyermek- és ifjúságvédelemről, SzMM (2006)

2005-ben 296 gyermek került átmeneti gondozásba a szülei szenvedélybetegsége miatt, legtöbb esetben családok átmeneti otthonában. Az összes átmeneti gondozásba vételt tekintve a szülő, vagy a gyermek szenvedélybetegsége az esetek mindössze 3,8%-ában szerepelt kiváltó okként.

39. táblázat. Gyermek átmeneti gondozása keretében ellátottak az elhelyezést kiváltó probléma típusa szerint, 2005

	helyettes szülők	gyermek átmeneti otthona	családok átmeneti otthona	összesen	%
A szülők életvezetési problémái	32	444	795	1271	15,8%
A szülők egészségügyi problémái	37	158	81	276	3,4%
A gyermek egészségügyi problémái	3	21	43	67	0,8%
A szülők szenvedélybetegsége	19	112	165	296	3,7%
A gyermek szenvedélybetegsége	0	7	0	7	0,1%
A szülők lakhatási problémái, krízis elhelyezés	5	48	500	553	6,9%
A szülők lakhatási problémái, hajléktalanná válás	30	190	1423	1643	20,4%
A szülők lakhatási problémái, elégtelen lakhatási körülmények	16	248	1102	1366	16,9%
Bántalmazás (testi, szexuális, érzelmi)	5	86	1044	1135	14,1%
A szülők vagy gondviselő indokolt távolléte	57	51	52	160	2,0%
Családi konfliktus	8	178	694	880	10,9%
A gyermek magatartási problémái	9	149	28	186	2,3%
Egyéb	7	103	114	224	2,8%
Összesen	228	1795	6041	8064	

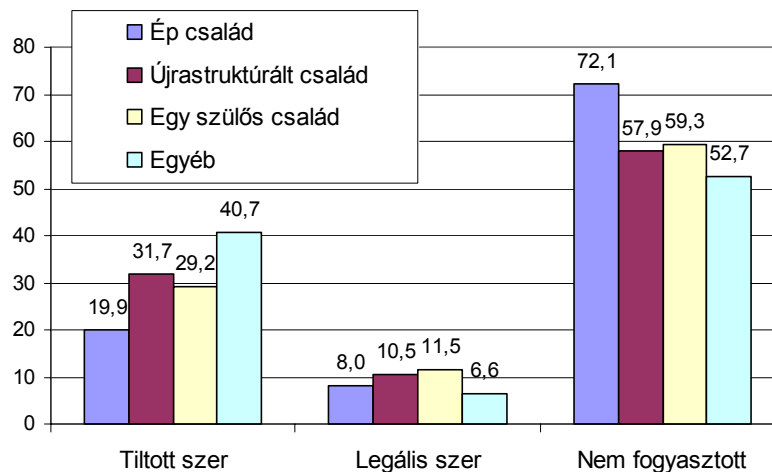
Forrás: Tájékoztató a család, gyermek- és ifjúságvédelemről, SzMM (2006)

12.2. DROGFOGYASZTÁS A VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOKBAN

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

Az ESPAD kutatások a fiatalok szerfogyasztása és a családi háttérváltozók kapcsolatát is vizsgálják (Elekes, 2005). A 2003. évi magyarországi ESPAD kutatás⁷² eredményei szerint a lógás miatti hiányzás mind a lányok, mind a fiúk tekintetében szignifikáns kapcsolatot mutatott a szerfogyasztás mutatóival. A családszerkezetet vizsgálva megállapítható volt, hogy a legális és illegális szerek fogyasztásával szemben óvó hatása van az ép családnak, a valamely biológiai szülő nélkül nevelkedő fiatalok veszélyeztetettebbek.

38. ábra. A tiltott és legális szerek fogyasztása a család szerkezete szerint (%)

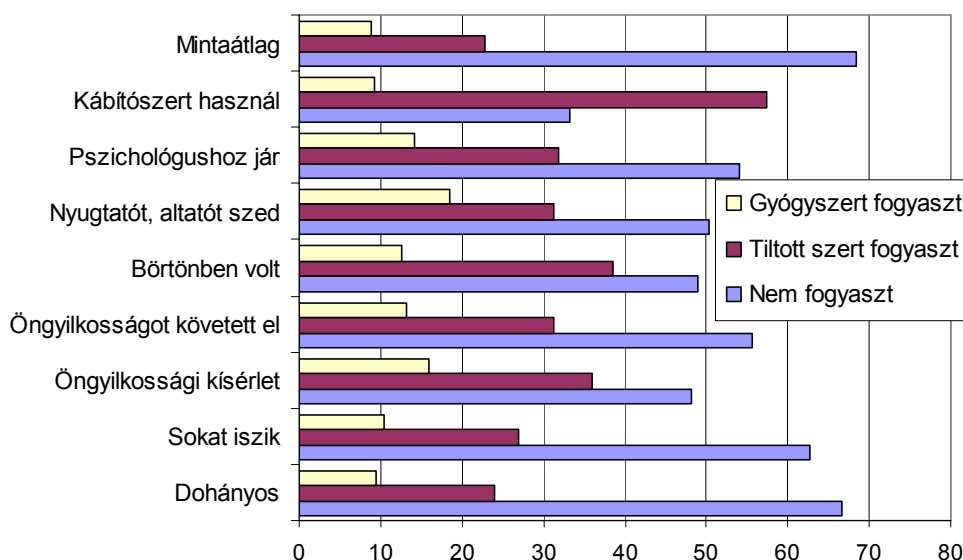


Forrás: Elekes 2005

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

⁷² A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató központja készítette az iskola típusa és székhelye szerint rétegzett országos reprezentatív mintán, az iskolák 8-10 évfolyamán. A 16 évesekre vonatkozó bruttó mintanagyság 3167 fő, nettó mintanagyság 2677 fő. Az adatfelvétel önkéntes módszerrel osztályos lekérdezéssel történt az ESPAD standardok szerint.

39. ábra. Az egyes fogyasztási formák előfordulása a családban mutatkozó devianciák szerint (%)



Forrás: Elekes 2005

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

12.3. VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK A KEZELÉSBEN

Az egészségügyi ellátásban megjelenő, kábítószer-fogyasztás miatt kezelésbe kerülő fiatalok, egyének veszélyeztetettségéről nem állnak rendelkezésre információk.

A pszichoaktív szerekkel küzdő, illetve súlyos disszociális tüneteket mutató, gyermekvédelmi ellátásban nevelkedő fiatalok számára két speciális ellátást nyújtó gyermekotthon működik, ahol összesen 32 fiatal (16+16) számára tudnak férőhelyet biztosítani, azonban mindkét intézmény csak fiúkat fogad.

12.4. VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK DROGFogyasztásának VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

Nincs információ.

12.5. JOGI KERETEK

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény határozza meg a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekvédelmi szakellátások célját, körét és speciális formáit (lásd Éves Jelentés 2006, 11. fejezet).

A Nemzeti Stratégia⁷³ a prevenció 12 legfontosabb színterét említi, ezek közül egy a „Kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok”. Itt a következő veszélyeztetett ifjúsági – és felnőtt – csoportokat nevesíti:

⁷³ Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására, ISM, Budapest, 2000

- Halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek
- Alkoholista szülők gyermekei
- Iskolából távolmaradó, szökött, csavargó, utcán élő gyermekek
- Lelkileg veszélyeztetett gyermekek és serdülők (serdülőkori pszichopatológiai állapotok, problémaviselkedések, hosszantartó gyerekkori kórházi kezelés vagy az otthontól való távollét)
- Gyermekvédelmi szakellátásban – gyermekotthonban – élő gyermekek, fiatalok
- A büntető-igazságszolgáltatás intézményrendszerében tartózkodó, vagy onnan szabadult fiatalok és felnőttek

A gyermekvédelem intézményrendszerét és a roma lakosság csoportjait külön szintérenként azonosítja a Stratégia.

A veszélyeztetett csoportokkal kapcsolatban különböző célokat fogalmaz meg a Stratégia.

Hosszú távú célok:

A családok érzékenyebbé tétele a droghasználat felismerésében és kezelésében. A drogfogyasztás kialakulása szempontjából veszélyeztetett családok számára a családbarát szociálpolitika eszközeivel kell segítséget nyújtani.

Munkahelyi drogpolitikák kidolgozása, drogmentes munkahely program kiszélesítése. Veszélyes munkahelyeken a munkavállaló és a munkahelyi közösség védelme, valamint a biztonságos munkavégzés érdekében a droghasználatot meg kell előzni ellenőrzésekkel is, a droghasználók és a lelkiileg-szociálisan veszélyeztetettek számára speciális, munkahely-alapú megelőző-kezelő programokat kell beindítani.

Közép távú célok:

Az egészségfejlesztő, droghasználat megelőzését célzó programok fedjék le a magyar ifjúság minél szélesebb körét. Csak a legfontosabb és egyben legnépesebb csoportokat nevesítjük, ahol a droghasználatnak különösen nagy szerepe van: a közoktatásban és felsőoktatásban résztvevők, az iskolából kimaradók, a munkanélküli fiatalok, a más pszichoszociális okból veszélyeztetettek.

Rövid távú célok:

Intézményrendszer felmérése, értékelése. Ma számtalan állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezet foglalkozik nevesítve vagy nem nevesítetten a droghasználókkal, illetve az ilyen irányból veszélyeztetett fiatalokkal. (...) Az intézményrendszer teljes egészének felmérése feltehetően nem lehetséges, de egy reprezentatív szeletének átvilágítása szükséges.

Felmérések a fiatalok droghasználat elterjedtségéről és ennek monitorozása. Szükséges a felsőoktatásban, illetve a korábban részletezett veszélyeztetett ifjúsági körben is felméréseket végezni, majd ezeket időről-időre megismételni a változások nyomon követésére.

A helyi közösségi kezdeményezések erősítése: veszélyeztetett fiatalok számára speciális programok kidolgozása, a meglévők összegyűjtése és megismertetése a szakemberekkel.

Veszélyeztetett vagy speciális populációk számára [kezelési] programok: egyéb pszichiátriai problémákkal küszködők (kettős diagnózis, komorbiditás) számára speciális, hosszú távú gondozást lehetővé tevő, változatos intézményi ellátást (fekvőbeteg), ambuláns, utógondozó, közösségi pszichiátriai és rehabilitációs) nyújtó programok szervezése.

12.6. VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG

A veszélyeztetett csoportokra irányuló célzott prevenciók tevékenységeiről egyelőre nem rendelkezünk az iskolai programokhoz hasonló részletezettségű információval (lásd Éves Jelentés 2006, 3. fejezet).

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

Következtetések

A nemzetközi szakirodalom által azonosított, a drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetett fiatalok csoportjai hazánkban is megtalálhatóak; azonosításuk, megismerésük azonban a legtöbb esetben sok akadályba ütközik. A rendelkezésre álló kutatási eredmények alapján azonban megállapítható, hogy a veszélyeztetett csoportokban rendre magasabbak a tiltott szerek fogyasztásának prevalencia értékei.

További vizsgálatok, kutatások szükségesek, egyrészt, hogy jobban megismerjük ezen csoportok jellemzőit, másrészt, hogy az eredmények alapján számukra megfelelő programokat lehessen kidolgozni.

13. DROGKUTATÁSOK EURÓPÁBAN⁷⁴

13.1. KUTATÁSI STRATÉGIA

Drogkutatás a Nemzeti Stratégiában

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

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

A kutatás és a drogpolitika kapcsolata

Az alkalmazott kutatások iránti igényt, a megválaszolásra váró kérdéseket sok esetben a drogpolitika határozza meg. Azonban viszonylag ritka, hogy az eredmények - a jelentéseken, konferencia előadásokon túl - felhasználásra kerülnek a politikai döntések meghozatala során vagy konkrét beavatkozások formájában átkerülnek a gyakorlatba. Két ellenpéldát mégis meg kell említenünk, amelyek eredményei alkalmazásra is kerültek. Az egyik eredményeként jött létre az iskolai prevenció programok adattára (lásd Éves Jelentés 2004, 3. fejezet). A másik kutatás a plázalátogató fiatalok szerhasználati szokásaira, hiedelemrendszerére és prevenció szükségleteire helyezte a hangsúlyt (lásd Éves Jelentés 2004, 2. fejezet). A levont következtetések alapján alakították ki az intervenció stratégiát és indították el az ALTERNTÍVA programot (lásd 3.2 fejezet).

A drogkutatás szervezeti keretei

A magyarországi drogkutatások fő koordinátora és egyben finanszírozója a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca, jelenleg a Szociális és Munkaügyi Minisztérium. A finanszírozás pályázati formában történik, a keret az elmúlt 5 évben évi 20 és 50 millió Ft (75.500 – 188.700€)⁷⁵ között változott, a maximálisan igényelhető összeg 1-3 millió Ft (3.800 – 11.300€) volt pályázonként. A nagyobb szabású és nagy jelentőséggel bíró kutatási programok (pl ESPAD, országos lakossági vizsgálat) finanszírozása egyedileg történik minisztériumi forrásból. A legtöbb kutatást egyetemekhez köthető kutatók, kutatócsoportok készítik.

⁷⁴ A fejezet szerzője: Nyírády Adrienn

⁷⁵ 2006-os hivatalos euró középárfolyam (1€ = 264,27 Ft) szerint

13.2. A LEGFONTOSABB KUTATÁSOK ÉS PUBLIKÁCIÓK

A legfontosabb kutatások 2000 óta

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

Lektorált tudományos folyóiratok

Hazai kutatók 2006-ban nemzetközi folyóiratokban megjelent drogtémájú publikációi:

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

Rácz J (2006): Questions on the interpretation of drug users' autobiographies in a country in the "early" phase of drug use. *Contemporary Drug Problems* 33/Spring 99-122.

Pikó B (2006): Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences, *Addictive Behaviors*, Volume 31, Issue 1 102-114

13.3. A KUTATÁSI EREDMÉNYEK GYŰJTÉSE ÉS KÖZREADÁSA

Információs csatornák

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

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

Hazai tudományos folyóiratok

Jelenleg Magyarországon egyetlen, kifejezetten a kábítószer-problémára koncentráló folyóirat létezik: *Addiktológia* (*Addictologia Hungarica*) www.addiktologia.hu
Fő témakörei: epidemiológia, prevenció, drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek, kezelés - ellátás, könyv és konferencia referátumok. A hazai mellett nemzetközi tanácsadó testülettel is rendelkezik. Lektorált folyóirat. Az absztraktok magyarul és angolul is megjelennek.

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

A közreadás más csatornáin

A kábítószerügyi koordináció által finanszírozott kutatások elektronikus adatbázisa feltöltés alatt áll, várhatóan ez év végétől lesz elérhető a Szakmai Információs Portálon (www.ndi-szip.hu). Az elmúlt években a minisztérium és általában a finanszírozók (pl. helyi önkormányzat) törekedtek arra, hogy a kutatásokat megjelentessék honlapjaikon. Néhány esetben a kutatók vagy kutatócsoportok honlapján is megtalálhatók a tanulmányok vagy azok kivonata. Emellett a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai kiadványsorozata biztosít lehetőséget a legjelentősebb kutatások nyomtatott formában történő megjelentetésére. A kutatási eredmények ezen kívül a drogtémában megrendezésre kerülő konferenciákon rendszeresen elhangoznak. Az országos kutatások eredményei a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság ülésein is bemutatásra kerülnek.

Következtetések

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

14. FELHASZNÁLT IRODALOM

Csohán Á., Dudás M., Győri Z., Minárovics J., Rusvai E., (2007a) A hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2006-2007. évi prevalenciájának vizsgálata. Országos Epidemiológiai Központ Beszámoló a 2006. évi tevékenységről

Csohán Á., Kaszás K., Lendvai Gy. (2007b). Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről- Országos Epidemiológiai Központ. Nem publikált tanulmány.

Elekes Zs. (2003). A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők az iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia*, 2005. 48. évf. 4.: 345–374.

Elekes Zs., Paksi, B. (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia*, 3(3): 308-331.

Elekes Zs., Paksi B. (2004a): *Európai középiskolás kutatás az alkohol- és drogfogyasztásról. Magyarországi projektbeszámoló.* OTKA Kutatási zárójelentés, Budapest.

Elekes Zs., Paksi B. (2004b): *A felnőtt népesség alkohol- és drogfogyasztása 2003-ban.* NKFP Kutatási zárójelentés, Budapest.

Elekes Zs., Paksi B. (2004c): A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. *Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa, 2004. október 23-23., Balatonfüred.*

Gachályi A. (2007): 2006. évben végzett szűrővizsgálatok. MH EVI Toxikológiai Kutató Osztály, Kábítószer Vizsgáló Laboratóriuma. Nem publikált tanulmány.

Győri P. (2006): Országjelentés 2006. Jelentés a magyarországi hajléktalanügyi statisztika alakulásáról a Hajléktalanság Európai Kutatóközpontja részére.

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

Jónás J., Barsiné Fodor K., Kiss P., Péterfiné Türgyei M. (2007). A pulmonológiai intézmények 2006. évi epidemiológiai és működési adatai. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

Judd A., Parry J., Hickman M., Mc Donald T., Jordan L., Lewis K., Contreras M., Dusheiko G., Foster G., Gill N., Kemp K., Main J., Murray-Lyon I., and Nelson M. (2003) Evaluation of a modified commercial assay in detecting antibody to hepatitis C virus in oral fluids and dried blot spots. *Journal of Medical Virology* 71: 49-55

Juhász J., Csikvári J. (2006). Középpontban a prostituáltak alapvető jogai - háttérkutatás az oktatási programhoz és jogsegélyszolgálathoz. www.pantarhei.org.hu; www.prostitualtak.hu

Ladányi E., Forrai E. (2006). Szociális szolgáltatások és kábítószer-fogyasztók. ICsSzEM kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

Márványkövi F., Melles K., Dr. Rácz J. (2006). A kezelésbe és tucserébe jutás akadályai. *Addiktológia* 2006. V. évfolyam 4. szám. 319-341

Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma visszaszorítására (2000), ISM, Budapest

Paksi B., Demetrovics Zs. (2002): A prevenció gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenció programok felmérése és értékelése. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan. Budapest.

Paksi B., Demetrovics Zs., Czakó Á. (2002): Az iskolai drogprevenció programok értékelése I. A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. *Addiktológia*. 1. (15-37)

Paksi B., Demetrovics Zs. (2005): Országos Drogprevenció Adattár. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2005.

Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K. (2006a): A magyarországi iskolai drogprevenció programok jellemzői. *Addiktológia*, 2006. V. évfolyam 1-2. szám. 5-36

Paksi B., Demetrovics Zs., Bozsonyi K., Erdélyi I. (2006b): A közoktatási intézményekben a 2005. évi, ICSSZEM-OM támogatásával folyó iskolai egészségfejlesztő-drogmegelőzési tevékenység értékelésére irányuló kutatás, monitoring rendszer kialakítása. Kutatási beszámoló (<http://www.uni-corvinus.hu/index.php?id=p5100111>)

Ritter I. (2007): Rendőrök a kábítószer-fogyasztásról. Nem publikált tanulmány.

Sebestyén E. (2003): Illegális szerhasználat. In: Aszmann A. (szerk.): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet. Budapest.

Tájékoztató a család, gyermek- és ifjúságvédelemről 2005. év, Szociális és Munkaügyi Minisztérium 2006

Vingender I. (2006). Adalékok a droghasználat társadalmi mintázatához. *Addiktológia* 2006. V. évfolyam 3. szám. 161-190.

http://www.seed.hu/cikkek/segelyhelyett_1

FÜGGELÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A kábítószer-fogyasztás visszaszorítására alkalmas eszközök _____	11
2. táblázat. Indokok a kábítószer-fogyasztás büntetése mellett és ellen _____	11
3. táblázat. A kábítószer-fogyasztókkal kapcsolatos rendőri attitűd _____	12
4. táblázat. 2006-ban a Kábítószer-ellenes hét keretében sugárzott televíziós spot tartalma	14
5. táblázat. Helyi szinten szervezett médiakampányok az elmúlt 3 során _____	15
6. táblázat. A használat gyakoriságára vonatkozó értékek az egyes szer típusok szerint ____	18
7. táblázat. A leggyakrabban használt illegális szerek megoszlása nemenként és osztályonként (életprevalencia) _____	18
8. táblázat. Összehasonlítás korábbi eredményekkel _____	19
9. táblázat. 2006-ban végzett kábítószer szűrvizsgálatok a Magyar Honvédségben _____	20
10. táblázat. A rekreációs szcénában ártalomcsökkentést végző szervezetek tevékenysége 2006-ban _____	31
11. táblázat. Kezelésbe jutás akadályai a két leginkább „elszigetelt” kezelőhely esetében: megnevezett okok _____	47
12. táblázat. Kezeléshez való hozzájutás _____	47
13. táblázat. Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2006-ban _____	50
14. táblázat. Metadon-kezelésben résztvevők száma (fő) 2006-ban _____	53
15. táblázat. Metadon-kezelésben résztvevők havi megoszlása (fő) _____	53
16. táblázat. Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2006-ban _____	54
17. táblázat. Közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekben belül _____	55
18. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása ____	56
19. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között _____	57
20. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis C betegek között _____	57
21. táblázat. A HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálatban résztvevő szervezetek _____	58
22. táblázat. A vizsgált iv. kábítószer-használók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége korcsoportok szerint _____	59
23. táblázat. A HCV, HBV pozitív iv. kábítószer-használók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint _____	60
24. táblázat. A HCV, HBV pozitív iv. kábítószer-használók megoszlása a kábítószer típusa szerint _____	60
25. táblázat. A HBV és a HCV szűrvizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2006 _____	60
26. táblázat. Az ÁNTSZ regionális intézeteinek laboratóriumában az iv. kábítószer-használók HIV, HBV, HCV fertőzöttségének felderítésre irányuló szerológiai vizsgálatok eredménye _____	61
27. táblázat. TBC-s betegeknel talált rizikótenyezők 2006-ban _____	62
28. táblázat. Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003-2006 _____	66
29. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés ideje szerint _____	72
30. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2005-ben _____	73
31. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége _____	81
32. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban _____	83

33. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban	83
34. táblázat. A 2005. évi költségvetés végrehajtásáról szóló törvényben szereplő címkézett KÖKK-tételek	86
35. táblázat. A COFOG 3. és 7. funkció-főcsoportjaira eső összkiadások alakulása 2005-ben	87
36. táblázat. Bűnüldözési és igazságszolgáltatási kiadások becslése különböző ráfordítási arányszámok segítségével a 2005. évre vonatkozóan	89
37. táblázat. Az Útmutató által meghatározott egészségügyi és szociális funkciócsoportokhoz tartozó kiadási összegek 2005-ben	91
38. táblázat. A gyámhatóságok által nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma 2001-2005	93
39. táblázat. Gyermek átmeneti gondozása keretében ellátottak az elhelyezést kiváltó probléma típusa szerint, 2005	93

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Hogyan kellene büntetni a kábítószer-fogyasztást? (a válaszadók százalékában)	11
2. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése az országos programkínálatban, és az ICsSzEM-OM pályázati rendszerben zajló prevenciós programokban (a programok százalékában kifejezve)	23
3. ábra. A különböző módszerek megjelenése az országos programkínálatban, és az ICsSzEM-OM pályázati rendszerben zajló prevenciós programokban (a programok százalékában kifejezve)	24
4. ábra. Van-e, és ha igen mikor került kidolgozásra az iskolai egészségfejlesztési, illetve drogstratégia a pályázatban résztvevő iskolákban (%)	24
5. ábra. Az utóbbi négy évben kik végezték a prevenciós tevékenységet a pályázaton nyertes iskolában (az iskolák %-ában)	25
6. ábra. Az ICsSzEM-OM programokban résztvevő diákok, illetve a korábbi evaluációs kutatásokban megkérdezettek véleménye a prevenciós programok interaktivitásáról (skálapontértékek átlagai)	26
7. ábra. A különböző célkitűzések észlelése az ICsSzEM-OM pályázati rendszerben megvalósuló programok résztvevői körében (a résztvevő diákok százalékában kifejezve)	28
8. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése az ICsSzEM-OM pályázati rendszerben megvalósuló programok leírásaiban (a résztvevő diákok százalékában kifejezve)	28
9. ábra. A különböző véleménydimenziókban kapott válaszok átlagai az ICsSzEM-OM programokban résztvevő diákok, illetve a korábbi evaluációs kutatásokban megkérdezettek körében (skálapontértékek átlagai)	29
10. ábra. Az ALTERNATÍVA irodák heti átlagos látogatottsága az egyes hónapokban	33
11. ábra. A kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon 2002-2006 (fő)	36
12. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása 2002-2006 (fő)	36
13. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében 2002-2006 (fő)	37
14. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében 2002-2006 (fő)	37
15. ábra. Életkori megoszlás az első kezelésben részesült drogfogyasztók körében 2002-2006	38
16. ábra. Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján 2002-2006 (fő)	38
17. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2002-2006	39
18. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2002-2006	40
19. ábra. A leggyakoribb szertípusok a kezelt férfiak és nők körében (fő)	40
20. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2002-2006 között	41
21. ábra. A kezelt intravénás droghasználók megoszlása 2002-2006 (fő)	41
22. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint (fő) (2004-ben 19 esetben nem ismert)	42
23. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma 2002-2006 (fő)	42

24. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma kábítószer fajták szerint	43
25. ábra. Az egyes kezelőhelyekre való bejutás nehézségének megítélése	46
26. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak, korcsoport szerinti bontásban (N=426)	63
27. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők, korcsoport szerinti bontásban (N=244)	63
28. ábra. 2004 és 2006 között a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma	64
29. ábra. Lakhatási körülmények a kezelték körében	69
30. ábra. Munkaügyi státusz a kezelték körében	69
31. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelték körében	70
32. ábra. Kezelték családi állapota	71
33. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma	72
34. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma	74
35. ábra. A lefoglalt ecstasy-típusú tabletták és a lefoglalások száma	82
36. ábra. MDMA tartalmú tabletták hatóanyag-tartalmának alakulása	84
37. ábra. A lefoglalt kannabisz növény és marihuána delta-9-THC tartalmának alakulása	84
38. ábra. A tiltott és legális szerek fogyasztása a család szerkezete szerint (%)	94
39. ábra. Az egyes fogyasztási formák előfordulása a családban mutatkozó devianciák szerint (%)	95

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók területi megoszlása 2006-ban	51
--	----