



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



**2004-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára**  
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

## **“MAGYARORSZÁG”**

Új fejlemények, trendek és részletes információk a  
kiemelt témákról

**REITOX**

## **A KÖTET SZERZŐI:**

**BÓDY ÉVA**

Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Családi és Szociális Szolgáltatási Főosztály

**BUSA CSILLA**

FACT Alapítvány

**DR. CSOHÁN ÁGNES**

Országos Epidemiológiai Központ, Járványügyi Osztály

**DR. CSORBA JÓZSEF**

Nyíró Gyula Kórház, Drogambulancia és Prevenció Központ

**DANI ZOLTÁN**

Belügyminisztérium, Országos Bűnmegelőzési Központ

**DEMETROVICS ZSOLT**

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

**DR. ELEKES ZSUZSANNA**

Budapesti Corvinus Egyetem

**DR. FELVINCZI KATALIN**

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

**FLIEGAUF GERGELY**

Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság

**DR. FRECH ÁGNES**

Fővárosi Bíróság

**FÜZESI ZSUZSA**

FACT Alapítvány

**DR. JAMBRIK ÁGNES**

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

**DR. KELLER ÉVA**

Semmelweis Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet

**KERÉK JUDIT**

Országos Egészségfejlesztési Intézet

**DR. KOÓS TAMÁS**

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

**DR. LÉVAY MIKLÓS**

Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar

**MILETICS MARCELL**

Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány

NÁDAS ESZTER  
Nemzeti Drog Fókuszpont

NYÍRÁDY ADRIENN  
Nemzeti Drog Fókuszpont

PAKSI BORBÁLA  
Viselkedéskutató Központ

PORKOLÁB LAJOS  
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet

DR. RÁCZ JÓZSEF  
MTA Pszichológiai Intézet

RITTER ILDIKÓ  
Országos Kriminológiai Intézet

DR. SÁNDOR EDIT

DR. STAUBER JÓZSEF  
Legfőbb Ügyészség

TISTYÁN LÁSZLÓ  
FACT Alapítvány

TOPOLÁNSZKY ÁKOS

VARGA ORSOLYA  
Nemzeti Drog Fókuszpont

DR. ZACHER GÁBOR  
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Sürgősségi Belgyógyászat és Klinikai Toxikológiai Osztály

**LEKTOROK:**

DR. BUDA BÉLA, DR. EGEDI ANITA, FEHÉR ZOLTÁN, DR. GEREVICH JÓZSEF,  
DR. KELEMEN GÁBOR, DR. MAKARA PÉTER, NÉMETH RENÁTA, DR. RÁCZ JÓZSEF,  
DR. ZACHER GÁBOR

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>ÖSSZEFOGLALÁS</b>	<b>6</b>
<b>1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI</b>	<b>9</b>
1.1. JOGI KERETEK	10
1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK ÉS KONCEPCIÓK	13
1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK	14
1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS	15
<b>2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN</b>	<b>18</b>
2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁTLAGPOPULÁCIÓBAN	20
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS ÉS A FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	21
2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	24
2.4. DROGOKKAL ÉS DROGFOGYASZTÓKKAL KAPCSOLATOS ATTITÜDÖK	25
<b>3. PREVENCIÓ</b>	<b>29</b>
3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	30
3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ	36
<b>4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS</b>	<b>39</b>
4.1. PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSEK	39
4.2. KEZELÉSBE VONT KLIENSEK PROFILJA	39
4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐK FŐ JELLEMZŐI ÉS FOGYASZTÁSI MINTÁI	44
<b>5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE</b>	<b>47</b>
5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK	48
5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS	48
5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS	50
<b>6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI</b>	<b>52</b>
6.1. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	52
6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	53
6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS	58
6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	58
<b>7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE</b>	<b>60</b>
7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	60
7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ MEGBETEGEDÉSEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	60
7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁSSAL KAPCSOLATOS BEAVATKOZÁSOK	61
7.4. BEAVATKOZÁSOK MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KAPCSÁN	61
<b>8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI</b>	<b>62</b>
8.1. SZOCIÁLIS KIREKESZTETTSÉG	62
8.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	63
8.3. KÁBÍTÓSZER HASZNÁLAT A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI INTÉZETEKBEN	66
8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK	67
<b>9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE</b>	<b>69</b>
9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	70

9.2.A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	71
<b>10. KÁBÍTÓSZERPIAC</b>	<b>75</b>
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	75
10.2. LEFOGLALÁSOK	78
10.3. ÁR/TISZTASÁG	79
<b>11. BUPRENORPHINE</b>	<b>81</b>
<b>12. A BÜNTETÉS ALTERNATÍVÁI A KÁBÍTÓSZERREL VISSZAÉLÉST ELKÖVETŐK SZÁMÁRA</b>	<b>82</b>
12.1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKAI, SZERVEZETI ÉS STRUKTURÁLIS INFORMÁCIÓK	84
12.2. BEAVATKOZÁSOK	87
12.3. MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS	88
<b>13. KÁBÍTÓSZERREL KAPCSOLATOS EGYÉB BŰNCSELEKMÉNYEK</b>	<b>90</b>
13.1. DEFINÍCIÓK	90
13.2. JOGI VÁLASZOK, HOZOTT INTÉZKEDÉSEK	90
13.3. EREDMÉNYEK, ÉRTÉKELÉS	93
<b>FELHASZNÁLT IRODALOM</b>	<b>97</b>
<b>FÜGGELÉK</b>	<b>101</b>
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	101
ÁBRÁK JEGYZÉKE	101
TÉRKÉPEK	102

## ÖSSZEFOGLALÁS

A Nemzeti Stratégia megszületésekor hatályos jogszabályi környezet hatásvizsgálatának eredményei befolyásolták a döntéshozókat a szükséges jogpolitikai döntések meghozatalában, így a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállásának 2003. évi módosításában.

A legjelentősebb változás a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény esetén alkalmazható diverziós lehetőség törvényi szabályozásának módosítása volt. A Büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításának (2003. évi II. tv.) kihirdetésére 2003. január 14-én került sor. Az új rendelkezések 2003. március 1-jén léptek hatályba.

A 283.§ szabályozza a kábítószer-fogyasztó büntető eljárási útról való elterelhetőségét. A korábbi szabályozás alapján csak a kábítószer-függők esetében létezett büntethetőséget megszüntető okként a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen való hat hónapig tartó folyamatos részvétel. A 2003-as módosítás kiterjesztette az elterelhetők körét az összes kábítószer-fogyasztóra, nem szabja feltételként a függőséget.

Az elterelés intézményében való részvétel feltétele, hogy a kábítószer-fogyasztó az első fokú ítélet meghozataláig részesüljön kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban, vagy részt vegyen megelőző-felvilágosító szolgáltatáson folyamatosan, legalább hat hónapig.

A Büntető törvénykönyv módosításával szükségessé vált az eljárási feltételek megteremtése is. A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 222.§ (2) bekezdése (hatályos 2003. VII. 1-től) a vádelhalasztásról a Btk. 283.§-ában meghatározott büntethetőséget megszüntető ok esetére szabályozza az eljárást. Eszerint az ügyész a vádemelést egy évi időtartamra elhalaszthatja, amennyiben a kábítószer-fogyasztó vállalja a kezelésen, vagy a szolgáltatáson való részvételt. Ha a fogyasztó okirattal igazolja részvételét, azaz a vádemelés elhalasztásának tartama eredményesen telt el, az ügyész megszünteti az eljárást. A kábítószerrel visszaélés esetében az elterelést, a törvényben meghatározott időszakon belül, csak egy esetben lehet alkalmazni.

Az elterelhetők körének kiterjesztése a nem függő kábítószer-fogyasztókra szükségessé tette a megfelelő elterelési programok kibővítését. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés mellett a kábítószer-használatot kezelő más ellátás és a megelőző-felvilágosító szolgáltatás is megjelent, mint a büntetőeljárás alternatívája. Az Egészségügyi, Szociális, és Családügyi Minisztérium (ESZCSM) valamint a Gyermekek-, Ifjúsági és Sportminisztérium 26/2003. (V.16.) számú együttes rendelete részletesen szabályozza a végrehajtás szabályait.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás szolgáltatói körét országosan 34 szervezet biztosítja. A szolgáltatók 2/3-a civil szervezet (alapítvány, egyesület), 1/3-a pedig önkormányzati vagy egyéb állami tulajdonú közintézmény. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés és a kábítószer-használatot kezelő más ellátás szolgáltatói jellemzően az egészségügyi intézmények, drogambulanciák.

A magyar lakosság drogfogyasztási szokásairól 2003-ban elmondható, hogy az általános és középiskolában tanuló fiatalok körében az elmúlt években a tiltott szerfogyasztás határozott, bár eltérő intenzitású növekedését mutatják a kilencvenes évek közepétől kezdődően. Ugyanakkor a drogot próbáló, iskolában tanuló fiatalok többsége ma is elsősorban próbálkozó vagy alkalmi fogyasztó. Valamennyi kutatás a kannabisz-félék dominanciája mellett a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás elterjedtségét hangsúlyozza, különösen a lányok körében. Az elmúlt évek adatai azt is mutatják, hogy az első tiltott szer kipróbálásának életkora egyre korábbra tevődik. A vizsgálatok szerint a tiltott szerek prevalencia értékei az életkor előrehaladtával növekednek és a legnagyobb prevalencia értékeket a 18-24 éves korcsoportokban, illetve az egyetemi hallgatók körében találjuk. A felnőttek körében végzett kutatások adatai szintén a tiltott szerfogyasztás terjedését

mutatják. A növekedés a felnőttek esetében is elsősorban a marihuána-fogyasztás terjedésének tudható be.

A tiltott szerekkel és fogyasztóikkal szembeni attitűdökre vonatkozó adatok változatlanul a magyar társadalom csekély tájékozottságát és elítélő attitűdjét fejezik ki.

2003-ban tovább folytatódott az a több éven átívelő kutatási projekt, melynek célja a prevenciós programok átfogó monitorozása és értékelése. A program keretében egy, valamennyi iskolai populációt megcélzó prevenciós programra kiterjedő kataszter került összeállításra, mely megfelel az EDDRA (Európai Keresletcsökkentési Intervenciók Adatbázisa) adatgyűjtési szempontrendszerének. A 136 szervezet összesen 280 iskolai drog-prevenciós programot működtet. A programok 60%-a közvetlenül a diákokkal, 40%-uk pedig pedagógus, vagy kortársképzéssel foglalkozik. A 6-18 éves diákok közül évente körülbelül minden negyedik gyerek vesz részt valamilyen drog-prevenciós programban.

Az iskolai kereteken kívül folyó prevenciós tevékenységről nem állnak rendelkezésre hasonló részletességű adatok, az országban mintegy 121 szervezet foglalkozik iskolán kívüli prevenciós programok szervezésével. Munkahelyi prevenciós tevékenység 2003-ban körülbelül 20 ezer munkavállalót érintett.

A drogfogyasztók kezelésében az elmúlt egy évben egyre nagyobb szerepet kaptak a civil, alapítványi és egyházi szervezetek valamint az önszorgató csoportok. Az intézmények munkájában egyre nagyobb részt vállalnak szociális munkások, illetve gyógyult szenvedélybetegek is. A jelenleg rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy a drogbetegek kezelése Magyarországon döntően ambuláns keretek között történik. Az ambulanciák tevékenységi köre heterogén, a gyógyítás egységes modelljei hiányoznak, a diagnosztikai és kezelési módszerek nem kristályosodtak ki teljes egészében. A rehabilitáció területén 2003-ban a meglévő 9 otthon mellé két új intézmény nyitotta meg a kapuit. A szubsztitúció területén egy új, metadon kezelést nyújtó intézmény kezdte meg működését a fővárosban.

A drogfogyasztás egészségügyi következményei terén megállapítható, hogy a hazai intravénás drogfüggők populációjában a HIV-fertőzöttség prevalenciája olyan alacsony, hogy az alkalmazott vizsgálati módszerekkel 2003-ban sem volt mérhető. Az intravénás drogfüggők körében diagnosztizált akut hepatitis B és hepatitis C esetek trendje azt mutatja, hogy az új HBV fertőzések számában az utóbbi három évben nem volt változás, az akut HCV fertőzések száma pedig 1998 óta folyamatosan csökkent. Összességében a HCV prevalencia a 25 éven aluliak korcsoportjában az átlagosnál magasabb, ezért további beavatkozások szükségesek a „fiatal” intravénás droghasználók fertőződési kockázatának csökkentése érdekében.

A fertőző megbetegedések prevenciója és kezelése érdekében a szervezetek egységet alkotva, az országos lefedettség, valamint a karitatív adományozás egységes szétosztására tettek konkrét lépéseket. Elmondható, hogy az alacsony-küszöbű szolgáltatást nyújtó hazai szervezetek összessége rendelkezik felkészült szakemberekkel, valamint a tanácsadáshoz és információk átadásához szükséges eszközökkel.

Az adatgyűjtési rendszer hiányosságai miatt egyelőre nem rendelkezünk átfogó képpel a kábítószer fogyasztással összefüggő haláleseteket és halandóságot illetően. A 2003-as év túladagolási eseteit tekintve elmondható, hogy az előző évekhez képest az opiátok okozta túladagolások száma csökkent, a kokain, az amfetamin és a legális szerek (főként gyógyszer) túladagolása okozta halálesetek száma azonban emelkedett.

A drogfogyasztás negatív szociális következményeinek mérséklése jelenik meg 2003. évben befejeződött a szociális igazgatásról és szociális szolgáltatásokról szóló 1993. évi III. törvény végrehajtási rendeletének (a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet) I. szakaszos módosításában. A rendelet mind a nappali ellátás, mind a speciális alapellátás

(szenvélybetegek közösségi ellátása) tekintetében nevesíti az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat, a pszicho-szociális tanácsadást, az ártalomcsökkentési programokat, mint feladatellátást.

Jelenleg – az előbb említett intézmények megalakulásáig, illetve működéséig – egyes, elsősorban civil szervezetek működtetnek a társadalmi reintegrációt elősegítő modell-programokat, célzottan droghasználók számára.



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

## Háttér, előzmények

A 2000. december 11-én, a 96/2000. (XII. 11.) OGY határozattal politikai konszenzussal elfogadott, a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített, nemzeti stratégiai program alkotja a magyarországi drogpolitika alapját, mely a 2002. évi kormányváltást követően is érvényben maradt. A Stratégia általános célja egy olyan szabad, magabiztos és produktív társadalom kialakítása, mely az emberi méltóságot, a testi, lelki és szociális jólétet, illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja, és e tényezők megóvása és fejlesztése érdekében kezelni képes a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat. Az Országgyűlés a jelenség értelmezési modelljei közül a *multidiszciplináris*, a probléma befolyásolása tekintetében pedig a *kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára* építő megközelítést fogadta el.

A stratégia rövid és középtávú – feladatai végrehajtására érdekében a Kormány 1036/2002. (IV. 12.) számú határozatában cselekvési programot határozott meg. Ennek végrehajtásáról a Kormány részére minden évben jelentés készül.

A Stratégia megvalósításának és a nemzeti koordinációnak a kulcsszerve a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB). Elnöke a gyermek-, ifjúsági és sportminiszter, társelnöke az egészségügyi szociális és családügyi miniszter, titkára a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkára. A KKB feladata többek között, hogy évente tájékoztassa a Kormányt a magyarországi droghelyzet alakulásáról és a Nemzeti stratégia megvalósulásának értékeléséről.

A tárgyalt év egyik legfontosabb fejleménye a Büntető Törvénykönyv kábítószerrel való visszaélés büncselekményi körére vonatkozó módosítása volt. Az 1998-ban nagy mértékben szigorított szabályozás társadalmi vitákat váltott ki, s szemlélete az időközben elfogadott nemzeti stratégiai programmal sem volt harmonikus egységben. 2002 végén az újonnan felállt kormány több ponton enyhítette, differenciálta és módosította a joganyagot. Ezzel együtt a Büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény szükséges módosítását is elvégezték.

A Kormány az 1091/2003. (IX.9.) számú határozatával felhívta az egészségügyi, szociális és családügyi minisztert, hogy a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ létrehozásáról és működéséről szóló kormányrendelettről készítsen előterjesztést. A 28/2004. (II.28.) kormányrendelet alapján a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ 2004. január 1-jén megkezdte működését.

A vizsgált év folyamán számos nagyobb társadalmi vita folyt a kábítószerkérdés vonatkozásában: többek között a Btk. módosításáról, az enyhe drogok fogyasztásának dekriminalizációjáról, valamint a Közoktatási Törvény kapcsán felvetődött tájékoztatási kötelezettség újraszabályozásáról. A kábítószerkérdésre vonatkozó társadalmi közvéleményre jellemző a kevésbé differenciált veszélyészlelés, melynek következtében még mindig a kábítószer-fogyasztók képezik a legelutasítottabb társadalmi csoportot Magyarországon

---

<sup>1</sup> A fejezet szerzői: Demetrovics Zsolt, Dr. Frech Ágnes, Dr. Lévy Miklós, Dr. Rácz József, Ritter Ildikó, Topolánszky Ákos

## 1.1. JOGI KERETEK

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

#### a.) A **Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. IV. törvény módosítása (2003. II. tv)**

A Magyarországon 2002 nyarán hivatalba lépett kormány kriminálpolitikai törekvései alapján a ciklus elején módosító törvénykonceptiót nyújtott be az Országgyűlésnek (T/1218 számú törvényjavaslat a büntető jogszabályok és a hozzájuk kapcsolódó egyes törvények módosításáról).

Az új koncepció a következő célokat követte:

- „a kábítószer-probléma visszaszorítására készült Nemzeti Stratégia megvalósítását szolgáló büntetőjogi környezet megteremtése,
- a kábítószer-bűnözés kedvezőtlen tendenciáinak fékezése,
- a kábítószer színtér különböző szereplői visszaéléseinek differenciáltabb büntetőjogi megítélése,
- a kábítószer-fogyasztó elkövetőknél a hatékonyabb speciális prevencióhoz szükséges büntetőjogi rendelkezések bevezetése (ami az érintettek esetében egyaránt jelenti annak megelőzését, hogy ismételten kábítószert fogyasszanak, és hogy bármilyen kábítószerrel összefüggő bűncselekményt elkövessenek),
- a jogbiztonság követelményének érvényesítése.”<sup>2</sup>

A nagy társadalmi és politikai vitát kiváltó törvényjavaslatot 2002. december 23-án fogadta el a Magyar Köztársaság Országgyűlése (2003. évi II. törvény), kihirdetésére 2003. január 14-én került sor. Az új rendelkezések 2003. március 1-jén léptek hatályba.

A módosítás lényege:

- A 282. § tartalmazza az ún. fogyasztói jellegű elkövetési magatartásokat (/hatósági engedély nélkül kábítószert/ „termeszt, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz”). Az idetartozó bűncselekmények legenyhébb változata esetén a maximálisan kiszabható büntetés két évig terjedő szabadságvesztés, míg a legsúlyosabb változatnál tíz évig terjedő szabadságvesztés. Maga a kábítószer-fogyasztás ezen tényállás alapján büntetendő, mégpedig a „megszerez” vagy a „tart” (gyakorlatilag: illegálisan birtokol), elkövetési magatartások megvalósulása révén. „Csekély mennyiségű” kábítószer fogyasztása esetén (törvényi rendelkezés alapján például heroin esetében ez max. 0,6 gramm, THC tartalmú drog esetén a tiszta hatóanyag-tartalom max. 1.gramm) az elkövető legfeljebb két évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető. (A korábbi szabályozás tényállásban nevesítve volt önmagában a fogyasztás és - függetlenül az elfogyasztott drog mennyiségétől - maximum két évig terjedő szabadságvesztéssel lehetett büntetni az elkövetőt.)
- A 282/A. §-ban szerepelnek az ún. terjesztői típusú elkövetési magatartások (/hatósági engedély nélkül kábítószert/ „kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik). Ez a tényállás szolgál a kábítószer-terjesztés, kereskedelem, illetve a terjesztők, kereskedők büntetésére. A legenyhébb terjesztői bűncselekmény két évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető. "Jelentős mennyiségű" elkövetés esetén akár életfogytig tartó szabadságvesztéssel is büntethető az elkövető.
- A 282/B. § révén valósul meg a kiskorúak (tizennyolcadik életévét be nem töltött személyek) fokozott büntetőjogi védelme a kábítószerral és kábítószerek nem minősülő kábító hatású anyaggal, illetve szerrel való visszaéléssel szemben. Az elkövetési magatartások azonosak az előző két tényállásban szereplőkkel, azonban a büntetési tételek/kiszabható büntetések súlyosabbak (természetesen életfogytig tartó szabadságvesztésnél súlyosabb büntetés itt sem alkalmazható), tettes pedig csak tizennyolcadik életévét betöltött személy lehet.

<sup>2</sup> Részlet a 2003. évi II. törvény általános indoklásából.

- - A 282/C. § a kábítószerfüggő elkövetőkre vonatkozik, és esetükben a korábbi tényállásokat enyhébb büntetési tételekkel rendeli büntetni. Így például, ha a kábítószerfüggő legfeljebb csekély mennyiségű kábítószer fogyaszt („megszerez” vagy „tart”) „hatósági engedély nélkül”, akkor az alkalmazható büntetések: egy évig terjedő szabadságvesztés (a korábbi két évig terjedő szabadságvesztés helyett), vagy közérdekű munka, vagy pénzbüntetés, jelentős mennyiségű kábítószer esetén pedig öt évig terjedő szabadságvesztés (korábban két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés volt). Kábítószerfüggő által jelentős mennyiségre elkövetett illegális kereskedés esetén pedig a tettes kettőtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető (a korábbi szabályozás szerint öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés volt a büntetés).
- A 283. § a büntető eljárási útról való elterelés eseteit, illetve feltételeit tartalmazza, a magyar büntetőjogi dogmatika rendszerének megfelelően ún. büntethetőséget megszüntető okokként. A korábbi megoldáshoz képest a legjelentősebb változás, hogy a feltétek között nem szerepel, hogy, kizárólag kábítószerfüggő esetében van lehetőség elterelésre. Az elterelés lehetősége személyi oldalon a fogyasztók bármelyik kategóriájára (alkalmi, rendszeres, függő) vonatkozik, (de ebben az esetben is a kábítószerfüggőkre vonatkozóan kedvezőbb szabályokkal).<sup>3</sup> Nem függő fogyasztó elkövetőnél viszont az előző elkövetési magatartások esetén csak akkor van lehetőség az elterelésre, ha legfeljebb „csekély mennyiségű” a kábítószer. Cselekményi oldalról nézve jellemzően a fogyasztói típusú elkövetési magatartásoknál és azoknak is az enyhébb változatainál jöhet szóba az elterelés. Kivételt jelent azonban két terjesztői típusú magatartás, a „kínál” és az „átad”, mert ha a kínált, illetve átadott kábítószer legfeljebb csekély mennyiségű, továbbá a szóban forgó cselekményekre „együttesen történő kábítószer-fogyasztás alkalmával” kerül sor, az említett két cselekmény elkövetője is részesülhet az elterelés kedvezményében. (Az elterelés intézményéről lásd részletesebben a 12. fejezetet.)

A törvényjavaslat nyilvánosságra kerülése után az utóbbi volt a leginkább támadott módosítási elképzelés. A rendelkezésre vonatkozó indokolásból azonban kiderül, hogy valójában nem terjesztői, kereskedői tevékenység elkövetője élvezhet büntetlenséget az elterelés igénybevétele révén.

#### **b.) Büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (Be.) módosítása**

Az elterelés eljárási jogi feltételeit a jelenleg hatályos, 2003. július 1. napján hatályba lépett Büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (Be.) szabályozza.

Amennyiben a Btk. 283.§-ban meghatározott büntethetőséget megszüntető okból az eljárás megszüntetésének lehet helye, az ügyész a vádemelést egy évi időtartamra elhalasztja, ha a kábítószer élvező gyanúsított vállalja a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen, a kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző, felvilágosító szolgáltatáson való részvételt. Amennyiben nem került sor a vádelhalasztásra, de az eljárás megszüntetésének anyagi jogi feltételei fennállnak, úgy az eljárást a bíróság is felfüggeszti a terhelt kezelésen való részvétel vállalása esetén.

A változás lényege, hogy az eljárás felfüggesztésére ilyen okból a nyomozás során már nincs lehetőség, mert a jogalkotó az elterelés anyagi jogi intézményét - elsősorban – az ügyészen keresztül a vádelhalasztás intézményével kívánja működtetni. Az ügyésznek juttatott szerep megfelel az új Be. általános koncepciójának, ugyanakkor hátrányt jelenthet a terheltre nézve, amiatt, hogy a kezelés igénybe vételére csak a büntetőeljárás későbbi szakaszában a vádemelés helyett kerülhet sor.

<sup>3</sup> A Btk. 283. § (1) e, és f, pontja ugyanis „többet enged meg” számukra, így például akkor is részesülhet egy kábítószer-függő az elterelés kedvezményében, ha a „csekély mennyiséget” meghaladó, de a „jelentős mennyiséget” el nem érő kábítószer „saját használatára termeszt, előállít, megszerez, tart...” [Btk. 283. § (1) e, 1.]

c.) **26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelete**

A Btk. 283. §-a alapján megvalósuló kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, a kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző felvilágosító szolgáltatás *végrehajtásának részletes szabályait* az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter, valamint a gyermek- ifjúsági-, és sportminiszter 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelete tartalmazza. A rendelet értelmében az addikció súlyosságát megállapító előzetes állapotfelmérést kell végezni. Az állapotfelmérés alapján a kábítószerfüggők, kizárólag kábítószer-függőséget gyógyító kezeléssel vehetnek részt. Az ESZCSM-GYISM együttes rendelet konkrétan meghatározza az elterelés időtartamát, a foglalkozások minimális gyakoriságát, minőségi követelményeit, az elterelésben az intézményváltás lehetséges időkereteit és paramétereit, s az elterelést igazoló közokirat dokumentációját is.

d.) Az **Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programját** az Országgyűlés a 46/2003. (IV. 16) számú határozatával egyhangúan fogadta el. A program egyik fő célja - az alkoholpolitikával szoros összhangban – a drogfogyasztás és az általa okozott egészségi és szociális ártalmak visszaszorítása és megelőzése. A megvalósítás fő irányai a prevenció és a kezelőhelyek fejlesztése, a társadalom érzékenyítése és a monitorozás rendszerének kiépítése.

e.) A **Kormány 162/2003. (X. 16.) számú rendelete** a kábítószer előállítására alkalmas növények termesztését, forgalmazását és felhasználását szabályozza. (2004-ben kétszer módosították: a 56/2004. (III. 31.) Korm. rendelettel, és a 142/2004. (IV. 29.) Korm. rendelettel)

f.) Az igazságügy-miniszter, a belügyminiszter, és a pénzügyminiszter **11/2003. (V. 8.) IM-BM-PM** együttes rendelete a lefoglalás és a büntetőeljárás során lefoglalt dolgok kezelésének, nyilvántartásának, előzetes értékesítésének és megsemmisítésének szabályairól, valamint az elkobzás végrehajtásáról. (A kábítószerekre, pszichotróp anyagokra és prekursorokra vonatkozó rendelkezések a 78-86. §§-okban.)

g.) A **pártfogókra vonatkozó egyes törvények módosításáról szóló 2003. évi XIV. törvény** értelmében az Igazságügyi Minisztérium felügyelete alatt egységes szakmai követelmények alapján működő, központi irányítású szervezet alakult. A pártfogó felügyelők szakmai tevékenysége a kábítószerrel való visszaélés magatartási körét a vádemelés elhalasztásához kapcsolódó drogmegelőzési, illetve kezelési programok, a pártfogó felügyelettel kapcsolatos feladatok végrehajtása és a büntetés-végrehajtási intézményben elkezdődött és a szabadulás után folytatódó programok vonatkozásában érinti.

h.) A szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló **6/1996. (VII. 12.) IM rendelet** 76/A, B és C szakaszai 2003. január 1-től léptek hatályba. Ennek értelmében az önként jelentkező elítéltek számára büntetés-végrehajtási intézményekben drog-prevenciók részlegek felállítására kerülhet sor. A rendelkezés hatályba lépését követően 12 BV intézményben került sor ilyen részlegek felállítására.

i.) A **Kormány az 1091/2003. (IX.9.) számú határozatával** felhívta az egészségügyi, szociális és családügyi minisztert, hogy a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ létrehozásáról és működéséről szóló kormányrendeletéről készítsen előterjesztést

j.) Az Országgyűlés a 115/2003. (X.28.) számú határozatával elfogadta **Nemzeti Bűnmegelőzési Stratégiát**, mely a Nemzeti Stratégiával szoros együttműködést feltételez és kíván kialakítani.

A bűnmegelőzési stratégia céljai:

1. A gyermek- és fiatalkori bűnözés csökkentése
2. A városok biztonságának fokozása
3. A családi erőszak megelőzése

4. A sértetté válás megelőzése, áldozatvédelem,
5. A bűnismétlés megelőzése Ezzel összefüggésben a Kormány megalakította a Nemzeti Bűnmegelőzési Akadémiát is.

## **Jogalkalmazás**

A korábbi, szigorított Btk. hatálya alatt jellemző volt, hogy a jogalkotói szándék és a jogalkalmazói gyakorlat diszkrépanciát mutatott. Az ítélkezési gyakorlat megyénként és városonként is eltérhetett. Az ismertté vált kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi magatartás számában történő évenkénti ingadozás ugyancsak a büntető-igazságszolgáltatás, és elsősorban a rendőrség működésének hangsúlyeltolódásaira enged következtetni.

Még mindig nem egységes a gyakorlat a kábítószer-fogyasztó esetében az elfogyasztott és meg nem lévő kábítószer-mennyiség meghatározásában (összegezésében), jóllehet, az elterelés egyik alapvető feltétele - a kábítószerfüggő esetét kivéve - a csekély mennyiségre való elkövetés.

Nincs egységes szakértői szempontrendszer a kábítószer-függőség megállapítására, sokszor ötletszerű, ellentmondó és nem meggyőző vélemények születnek.

A tapasztalatok szerint jelentősen emelkedik a kábítószerrel visszaélés miatti vádelhalasztások száma a fővárosban is. Gondként merült fel, hogy a vádemelést elhalasztó határozat meghozatala előtti kezelésben való részvétel – ha a folyamatosság fennáll – hozzászámítható-e a határozat megszületése utáni kezelési időhöz, illetve, hogy az ügyész vizsgálhatja-e a vádemelés előtti időszakban történt önkéntes teljesítést, és pl. megszüntetheti az eljárást, ha a hat hónapos kezelést igazolja a terhelt. Ez a kérdés az egészségügyi ellátó intézetekben is napi problémaként jelentkezik.

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

A 2002. év májusában bekövetkezett kormányváltás, majd a nemzeti drogkoordinátor személyében 2003 októberében beállt változás nem eredményezett hangsúlyeltolódást a kábítószer-politika alapvető szakmai kereteiben. A nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló OGY határozat érvényben maradt, a stratégia megvalósításának szükségességét a politikai felek megerősítették. A Büntető Törvénykönyvnek az új kormányzati ciklus elején benyújtott módosítása éppen „a kábítószer-probléma visszaszorítására készült Nemzeti Stratégia megvalósítását szolgáló büntetőjogi környezet megteremtését” tűzte ki célul.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) legfontosabb feladatai: a Nemzeti stratégia végrehajtásának ellenőrzése, az egyes tárcák és az állami intézményrendszer működésének koordinálása, az ágazati szemléletek közelítése. A KKB feladata ugyancsak, hogy évente tájékoztassa a Kormányt a magyarországi droghelyzet alakulásáról és a Nemzeti stratégia megvalósulásának értékeléséről. A KKB 2002. november 21-én a kormányzati struktúra átalakítását követően státútumát felülvizsgálta, és módosítási javaslatát a Kormány elé terjesztette (1035/2003. (IV. 24.) Korm. hat.). Ezt követően a KKB-ba delegált új képviselők kerültek kijelölésre, illetve az Országos Bűnmegelőzési Bizottság tanácskozási jogkörrel a KKB tagja lett.

A 2003. év bizottsági munkájának két legjelentősebb eredménye márciusban a Nemzeti Stratégia korábban meg nem valósuló elemeinek végrehajtásához költségvetésben biztosított csaknem 700 millió Ft (2,8 M €) többletforrás elosztásáról szóló megállapodás, illetve a REITOX Nemzeti Drog Fókuszpont létrehozatala kapcsán a KKB-ra háruló feladatok kormányhatározatban történő rögzítése volt.

A Nemzeti Stratégia megvalósításának és hatásainak értékelése a MATRA Projekt keretében jelenleg is tart.

### 1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK

A Nemzeti Stratégia egységes és a szakmai szervezetek által is támogatott szemléleti és cselekvési tervet jelent Magyarországon. Megvalósítása azonban jelentős többletforrásokat igényel. 2002 őszén a Kormány Tájékoztatót hallgatott meg a gyermek-, ifjúsági és sportminiszter előterjesztésében, melyben a nemzeti stratégia megvalósítására egyszeri 7,9 milliárd forintos (31,6 M €) támogatási igényt nyújtott be. Ez az előterjesztés alapozta meg a 2003. évre egy 700 millió forintos (2,8 M €) központi különkeret biztosítását a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium fejezeti költségvetésében. Ezt az összeget a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca a Stratégia megvalósításában érintett társtárcaikkal egyeztetve a kábítószer-probléma visszaszorítása terén jelentkező legsürgetőbb feladatokra kívánta fordítani. A tárca által megküldött javaslatok alapján elkészült összesítést a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2003. július 8-i ülésén, 2./2003. KKB számú határozatával elfogadta.

1. táblázat. *Minisztériumok forrásigénye a kábítószer-probléma visszaszorítására*

<b>Minisztérium, főhatóság</b>	<b>ezer €</b>	<b>millió forint</b>
Belügyminisztérium	707,7	179,4
Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium	499,8	126,7
Gyermek, Ifjúsági és Sportminisztérium	980,6	248,6
Honvédelmi Minisztérium	80,9	20,5
Igazságügyi Minisztérium, BVOP	107,7	27,3
Oktatási Minisztérium	203,9	51,7
Pénzügyminisztérium, (VPOP)	111,6	28,3
<b>Mindösszesen:</b>	<b>2692,2</b>	<b>682,5</b>

*Forrás: KKB 2./2003. számú határozata*

A Nemzeti Stratégia megvalósításában résztvevő és feladattal felruházott tárca kábítószerügyi allokációjáról nem rendelkezünk pontos kimutatással.

A 2002. évi LXII. törvény a Magyar Köztársaság 2003. évi költségvetéséről rendelkezik, mely szerint a Gyermek, Ifjúsági és Sportminisztérium által támogatott területek között a következő összegek kerültek kiosztásra. (XXIV. fejezet)

2. táblázat. *GYISM által támogatott területek között kiosztott összegek*

<b>Program megnevezése</b>	<b>ezer €</b>	<b>millió forint</b>
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	341,2	86,5
Drogmegelőzés	1313,2	332,9
Drogkutatások, vizsgálatok	157,8	40
Alacsonyküszöbű és drogkezelő intézmények szolgáltatásainak fejlesztése	819,7	207,8
A kábítószer-ellenes Nemzeti Stratégia megvalósítása	3869,6	981,0
A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok intézményfejlesztése című Phare program	1026,4	260,2
<b>Összesen:</b>	<b>7527,9</b>	<b>1908,4</b>

*Forrás: Pénzügyminisztérium*

## 1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS

### Társadalmi viták a kábítószer-problémáról

Míg a Kábítószer-ellenes Nemzeti Stratégia elfogadása és megvalósításának szükségessége vonatkozásában nagyfokú konszenzus alakult ki, addig a Büntető Törvénykönyv kapcsán, illetve a büntetőpolitika helye és szerepe tekintetében jelentős politikai és társadalmi vita alakult ki. Az Országgyűlés 13 óra 20 percen keresztül vitatta 2002 őszén a büntető jogszabályok és a hozzájuk kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló törvényjavaslatot, majd arról név szerinti szavazással döntött. A büntetőjogi rendelkezések módosítása nemcsak ebben az időszakban, hanem a köztársasági elnök által történt kihirdetés (2003. január 14.), valamint 2003. március 1-i hatályba lépés körül is társadalmi vitát generált. A szakmai szervezetek – egy kivételével - üdvözölték a tervezett büntetőpolitikai változásokat, számos társadalmi szervezet azonban elutasította azt.

2003. május 4-én a Kendermag Egyesület „Engedd szabadon a kendert” címmel demonstrációt szervezett a kenderszármazékok dekriminalizálásáért. A magyarországi esemény része volt a Million Marijuana March nemzetközi rendezvénysorozatnak. A demonstrációt megelőző médiavisszhang május 4-ére ellendemonstrációt hívott életre, melyen részt vett számos konzervatív társadalmi szervezet.

A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium 2003. május 21-én szakmai vitafórumra biztosított lehetőséget a május 4-i Vörösmarty téren lezajlott tüntetésen és ellentüntetésen e témában megszólaló társadalmi és politikai szervezetek részére. A szakemberek jelenlétében zajló megbeszélést követően - a felek több kérdésben is ellentétes elgondolkodása ellenére - számos kompromisszum született. A legfontosabb megállapodások a következők voltak:

- nem helyes a drogproblémát utcai eseménnyé tenni, annak helye a szakmai környezet
- a megindult megbeszélést folyamattá kell tenni
- egyetlen szervezet sem támogatja a drogfogyasztást, sőt a prevenciót tartja szükségesnek
- a büntetőjog a drog-probléma visszaszorításában csak az utolsó eszköz lehet.

A harmadik társadalmi vita a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 2003. évi LXI. törvénnyel történő módosítása kapcsán – többek között a kábítószer-használton ért - tanulók szülei tájékoztatásának kérdése kapcsán erősödött fel. Az előterjesztés, majd az elfogadott törvény is jelentős mértékben korlátozta a szülőknek a tanárokkal szembeni tájékoztatói jogát, és azt a tanuló írásbeli engedélyéhez kötötte.

### A médiamegjelenítés módja

A 80-as évek vége

A tömegkommunikáció által közvetített sok tekintetben torz és kifejezetten negatív kép alapvetően meghatározta a lakosság véleményét a drogfogyasztásról, illetve a drogfogyasztókról. A sajtó túlzó, előítéletes írásai a probléma teljes elidegenítéséhez, és a közvélemény elhatárolódásához vezettek. A média az egyéni felelősségre helyezte a hangsúlyt. A társadalom az ismeretek hiányában nem volt tisztában azzal, hogy miben rejtőznek a drogfogyasztás igazi veszélyei, ami a társadalmi szemléletben a következőket vonta maga után:

- a drogprobléma a fiatalokat érinti
- kirekesztő, stigmatizáló hozzáállás a drogfogyasztóval és magával a kábítószer-fogyasztással szemben
- differenciálatlan drog- és drogfogyasztó-kép kialakulása

## Változások a 90-es években

A 90-es évek végére a drogprobléma tárgyalása egyre nagyobb teret nyert a sajtóban, másfélszeresére emelkedett a normál terjedelmű cikkek száma, gyarapodtak a képet közlő írások. Az cikkek zöme már a ténytudásra és a helyzetfeltárára törekedett. A szenzációkeltést illetően csökkenés figyelhető meg, egyre több az elfogulatlan írás. A legszembetűnőbb változást a party drogok meghétszereződött aránya mutatja, de emelkedés figyelhető meg a marihuána, a heroin és az egyéb opiát-származékok előfordulási arányában is. Az évtized végére a kábítószeres esetek megírásához több esetben szólaltattak meg szakembert. Megkezdődött az okok szélesebb körének feltárása, már nemcsak az egyéni felelősség körébe utalják a problémát. Az okokon belül kimagaslóan sokszor a bűnözőket, a drogmaffiát, illetve a mai fiatalokat teszik felelőssé a drogprobléma kialakulásáért, súlyosságáért. Több mint négyszeresére nőtt a megoldási javaslatokat is felvonultató írások száma. Ezek közül kiemelkedik a kábítószer-ellenes felvilágosító munka javítása, az egészségügyi intézmények munkájának javítása, illetve a kábítószer kereskedők szigorúbb büntetése. A drogpolitika javítása és a család szerepének erősítése ugyanolyan arányban szerepelt, alig lemaradva a kábítószer-kereskedők szigorúbb büntetése mögött. Emellett megháromszorozódott a kábítószeres hatással és veszélyességével kapcsolatos cikkek száma, amely segítheti a különböző drogfajták közötti különbségtétel, illetve a differenciáltabb veszélyészlelés kialakítását.

Ettől függetlenül megállapítható, hogy a közszolgálati rádió, televízió és több kisebb kereskedelmi rádióadó is sugároz rendszeresen tematikus műsort a kábítószer-problémával kapcsolatosan. Ezeknek a műsoroknak közös jellemzője, hogy szemben a hírszerű közlésekkel és az alkalmi, többnyire eseményhez kötött műsorokkal, riportokkal, kerülnek a szenzációkeltő, az információkat torzító híradásokat. A tematikus műsorokban szakértők megszólaltatásán keresztül tematikus riportokkal, szakmai beszámolókkal, egyes témák szakszerű feldolgozásával találkozunk.

A nagy kereskedelmi adók - rádió, tévé egyaránt – elsősorban az egyedi eseményekre reagálnak (lefoglalások, halálesetek stb.).

A Gyermekek-, Ifjúsági és Sportminisztérium 1999 óta nyújt rendszeres támogatást a médiumoknak drog-prevenációs, valamint kábítószer témájú műsorok, információs magazinok, dokumentum- és játékfilmek készítéséhez. Így pl. 2003-ban a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos sugárzott és elektronikus média-programok támogatására 40.000.000 Ft-ot (160.000 €) költöttek.

Az állami támogatás felhasználásának főbb területei voltak:

- Kábítószer-problémakörrel foglalkozó játékfilmek, filmek támogatása
- Drog-prevenációs célzatú interaktív játékok, programok támogatása
- Drog-prevenációs célzatú Internet felületek fejlesztésének támogatása
- Drog-prevenációs célzatú társadalmi célú hirdetések elkészítésének támogatása
- Kábítószer témájú kiadványok, szóróanyagok megjelentetésének támogatása
- Médiaelemeket beépítő drog-prevenációs programok támogatása
- Olyan rendezvények megszervezésének támogatás, amelyek a médiában jelentős megjelenést nyertek

## Következtetések

A Büntető törvénykönyv és a büntetőeljárásról szóló törvény módosításával a magyar kábítószer-ügyi jogi szabályozásban jelentős változások történtek a 2003-as évben. A Büntető törvénykönyv legnagyobb változtatása, hogy kiterjesztette az elterelés intézményét a nem kábítószer-függőkre is. Ezzel a módosítással a kábítószer-probléma visszaszorítására készült Nemzeti Stratégia megvalósítását szolgáló büntetőjogi környezet megteremtését tűzte ki célul.



Általában elmondható, hogy az elmúlt években felerősödtek a kábítószer-használattal kapcsolatos büntetőjogi szabályozás körüli viták. A korábbinál aktívabban, erőteljesebben jelentek meg a legalizációs, dekriminalizációs törekvések, ami jelentős társadalmi, s különösen politikai jellegű vitát kavart. A téma politikai átitatottsága egyelőre nem tette lehetővé, hogy a vita szakmai szintre szűkíthető legyen.

## 2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN<sup>4</sup>

### Háttér, előzmények

Magyarországon a hetvenes évek közepétől készültek normál népesség és elsősorban fiatal korcsoportok körében kutatások a tiltott drogfogyasztás elterjedtségéről. E kutatások többsége – főként az alkalmazott módszerek különbözősége miatt – csak a probléma jelenlétét voltak képesek regisztrálni.

Rendszeresebb adatgyűjtésekre a kilencvenes évek kezdetétől kerül sor, először 1992/93 tanévben budapesti 11. évfolyamos (17 éves) középiskolások körében, majd később néhány megyében végezték az első iskolavizsgálatokat, amelyek az Európa Tanács Pompidou Csoportja módszertani ajánlásai és kérdőíve felhasználásával készültek (Elekes és Paksi 2000). 1995-ben Magyarország bekapcsolódik az European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) kutatássorozatba. Magyarország eddig valamennyi ESPAD kutatásban részt vett. Az ESPAD vizsgálatok éveiben, valamint 1998-ban, 2000-ben és 2002-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek az ESPAD kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával. Ez lehetőséget ad a 10. évfolyamon tanuló fővárosi fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások vizsgálatára 1992-2003 között.

Magyarország 1985 óta vesz részt a Health Behaviour in School Aged Children kutatás sorozatban, amely a 11-15 éves (Magyarországon a 17 éves is) iskolai népesség egészségmagatartásának nemzetközi összehasonlító vizsgálatsorozata. Bár ez a kutatássorozat elsősorban nem tiltott szerfogyasztásra irányul, a 2002. évi adatfelvétel először kérdez részletesen erre vonatkozó adatokat (Magyarországon a 9 és 11. évfolyamokon, 15 és 17 éves tanulók körében) (Aszmann 2003).

A középiskolásokról rendelkezésre álló adatok alapján megállapítható, hogy Magyarországon a kilencvenes évtized második felében, az évtized elejéhez képest közel kétszeresére növekedett a tiltott szerek és/vagy az inhalánsok együttes életprevalencia értéke (a 10. évfolyamon tanuló (16 éves) diákok összehasonlítható adatai alapján). Több mint egynegyedével növekedett a visszaélésszerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke is. A visszaélésszerű gyógyszerhasználók körében a tiltott szerek és/vagy inhalánsok használatának aránya jelentősen emelkedett.

Európa más országaihoz hasonlóan, Magyarországon is egyre inkább a marihuána válik a legelterjedtebb droggá a fiatalok körében. A tiltott szerek közül a marihuána életprevalencia értéke a legmagasabb. Míg azonban a kilencvenes évtized első felében nem különült el jelentősen a többi szer prevalencia értékétől, a gyakoriságra vonatkozó adatok pedig kifejezetten a kipróbálás szintű fogyasztásra utaltak, az elmúlt években az adatok a marihuána-fogyasztás kiemelkedő elterjedtségét mutatják. A marihuánán kívül jelentős még az LSD és más hallucinogének, az amfetaminok valamint az ecstasy elterjedtsége, illetve annak növekedése. E szereket azonban a marihuánához képest jóval kevesebben próbálták ki, átlagosan minden huszadik-huszonötödik középiskolás. Két-háromszorosa a növekedés a heroin, a crack, és a kokain esetében is. Ezeknek a szereknek az elterjedtsége azonban ma is csak 1-2% körül mozog. Az elmúlt években egyre inkább a többféle szerrel való párhuzamos próbálkozás vált jellemzővé.

Felnőtt népesség körében (19-65 éves) az első, országos reprezentatív mintán végzett, és nemzetközileg összehasonlítható adatfelvétel 2001-ben készült, részben az EMCDDA tiltott szerekre vonatkozó, részben pedig a GENACIS (Gender, Culture, Alcohol – a Multy-national Study) program alkoholra vonatkozó kérdéseinek felhasználásával (Elekes 2002; Paksi

---

<sup>4</sup> A fejezet szerzői: Busa Csilla, Dr. Elekes Zsuzsanna, Füzesi Zsuzsa, Németh Ágnes, Paksi Borbála, Tistyán László

2003a). Ennek alapján a 19-65 év közötti felnőtt lakosság 6,5%-a használt már élete során valamilyen drogot - tiltott szert és/vagy inhalánst - biztosan droghasználati céllal, és döntő többségük, a válaszolók 6,4%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert. A felnőtt népesség szerfogyasztási struktúrája nem különbözik jelentősen a fiatalokétól (Paksi 2003a). 2003-ban lehetővé vált a kutatás megisméltése a 18-54 éves népesség országos reprezentatív mintáján. Így először nyílik lehetőség a felnőtt népesség körében végbement változások elemzésére.(Elekes és Paksi 2003a)

A fenti országos kutatások mellett egyre több regionális és helyi kutatásra került sor az elmúlt időszakban, elsősorban iskoláskorú népesség körében. Ezek közül a beszámolóban a dél-dunántúli régió központjában készült vizsgálatot ismertetjük, amely egy eddig nem kutatott, ám igen érintett populáció, az egyetemi hallgatók drogfogyasztását vizsgálta (FACT 2003).

Speciális csoportokra vonatkozó kutatás készült az elmúlt időszakban nevelőintézetben élő fiatalokú bűnelkövetők (Kököneyi et al. 2003 nem publikált tanulmány), valamint parti-látogató fiatalok (Demetrovics 2004a) körében. Tudomásunk szerint a honvédségnél is történtek kábítószer-fogyasztással kapcsolatos felmérések, de azok eredményei nem publikusak.

## **Módszertan**

A beszámolóban az alábbi kutatások eredményeit ismertetjük<sup>5</sup>:

A felnőtt népesség alkohol- és egyéb drogfogyasztása (ADE) 2003. Országos reprezentatív minta (teljes nettó minta: 3675 fő, válaszadási arány: 91,6%), kevert módszeres kérdőív (face to face és önkitöltős) (Elekes és Paksi 2003a nem publikált tanulmány)

Budapesti iskolavizsgálat 2003. Reprezentatív minta Budapest iskoláinak 8-9-10. évfolyamán tanuló (14-16 éves) fiatalokra (nettó minta 2453 fő, válaszadási arány: 79,8%), önkitöltős kérdőív ESPAD standardok szerint (Elekes és Paksi 2003b)

Az „ESPAD'03” és az „ADE 2003” kiegészítéseként került megvalósításra a pláza-látogatás és a tiltott szerfogyasztás összefüggéseit kutató vizsgálat, a mintakeret és a technika azonos a fenti vizsgálatokkal. (Paksi B. 2004a nem publikált tanulmány)

A felsőoktatásban tanuló fiatalok kábítószerre való viszonya 2003. Reprezentatív minta a 2002/03 tanévre a Pécsi Tudományegyetem nappali tagozatára beiratkozott hallgatókra (nettó minta: 2533 fő) face to face kérdezés, illetve a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó kérdések esetében önkitöltős kérdőív. (FACT 2003 nem publikált tanulmány)

„Drog és deviancia” c. kutatás félzárt nevelőotthonokban (Aszód és Budapest) élő fiatalokú (14-18 éves) fiúk 176 fős mintája. Önkitöltős kérdőív (Kököneyi et al. 2003 nem publikált tanulmány)

Elektronikus zenei partikat látogató fiatalok körében végzett kutatás. Országsszerte zajló könnyűzenei partikon 1059 fiatal került megkérdezésre önkitöltős kérdőívvel. (Demetrovics 2004a, Kézirat)

---

<sup>5</sup> A kutatások országos vagy regionális forrásból, pályázati úton, eseti finanszírozással valósultak meg.

## 2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁTLAGPOPULÁCIÓBAN

A 2003. évi felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján végzett kutatás alapján a megkérdezettek 11,4 %-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott drogot. Az éves prevalencia értéke 4,4 %, az előző havi prevalencia érték pedig 1,6 %. Azoknak, akik életük során használtak már valamilyen tiltott drogot, közel kétötöde az előző évben is, és 13,5%-a az elmúlt hónapban is használt valamilyen tiltott szert. A 18-54 éves népességben a válaszolók 6,6%-a leállt fogyasztó<sup>6</sup> és 4,3% az aktuális fogyasztók<sup>7</sup> aránya. A legális szerek közül legelterjedtebb az alkoholfogyasztás, de a megkérdezettek közel fele (43,9 %) dohányzott a megelőző hónapban, és különösen a nők között elterjedt a nyugtatók, altatók orvosi receptre, vagy anélkül történő fogyasztása.

A mai felnőtt népesség tiltott droggal való első találkozása döntő többségében 25 éves kor előtt, átlagosan közel 19 és fél évesen történt. A valaha használók több mint fele 18 éves vagy annál fiatalabb életkorban próbálkozott először valamilyen tiltott drog használatával, s minden negyedik-ötödik használó már 16 éves korban túl volt az első használaton.

Az elsőnek használt szer az esetek több mint háromnegyedében valamilyen kannabisz származék. Azoknak, akik már használtak valamilyen tiltott drogot, 77%-a először marihuánát vagy hasist próbált ki. Minden huszadik-huszonötödik használó kezdett ecstasyval, vagy amfetaminnal. Elenyésző arányban használtak először crack-et, kokaint, illetve valamilyen opiátot, s egyetlen válaszoló sem jelzett az első fogyasztás alkalmával heroin használatot.

Szerenkénti élet- és éves prevalenciák alapján is legelterjedtebb a kannabisz-származékok fogyasztása (életprevalencia 9,8 %, éves prevalencia 3,9 %). Az összes többi szer előfordulási gyakorisága jóval kisebb a felnőtt lakosság körében. Az életprevalencia értékek alapján a második-harmadik helyen az ecstasy, illetve az amfetamin található, melyek elterjedtsége között gyakorlatilag nincs különbség, s nem sokkal marad el mögöttük a negyedik helyen lévő LSD. Az összes többi vizsgált tiltott drog életprevalencia értéke 1% alatti értéket vesz fel.

A felnőtt népesség körében végzett kutatás adatai – a 2001-évi vizsgálathoz hasonlóan arra utalnak, hogy a tiltott szerfogyasztás elsősorban a fiatal korcsoportokra, a férfiakra és a fővárosban, illetve nagyvárosokban élőkre jellemző az országos átlagnál nagyobb arányban. A 2003. évi kutatás adatait összehasonlítva a 2001<sup>8</sup>. évi adatfelvétel megfelelő korcsoportokra vonatkozó adataival egyértelműen a tiltott szer fogyasztás életprevalencia értékének a növekedése állapítható meg, amely a 2001. évi 7,7 %-ról 2003-ban 11,4 %-ra emelkedett. Ez a növekedés elsősorban a marihuána életprevalencia értékének növekedéséből adódik (6,9 %-ról 9,8 %-ra). Az incidencia nélküli folyamatos fogyasztási ráta<sup>9</sup> növekedése az összes tiltott drogra számolva hibahatáron belüli (2,7%-ról 3,5%-ra), azaz az új belépők aránya nőtt a vizsgált két évben.

---

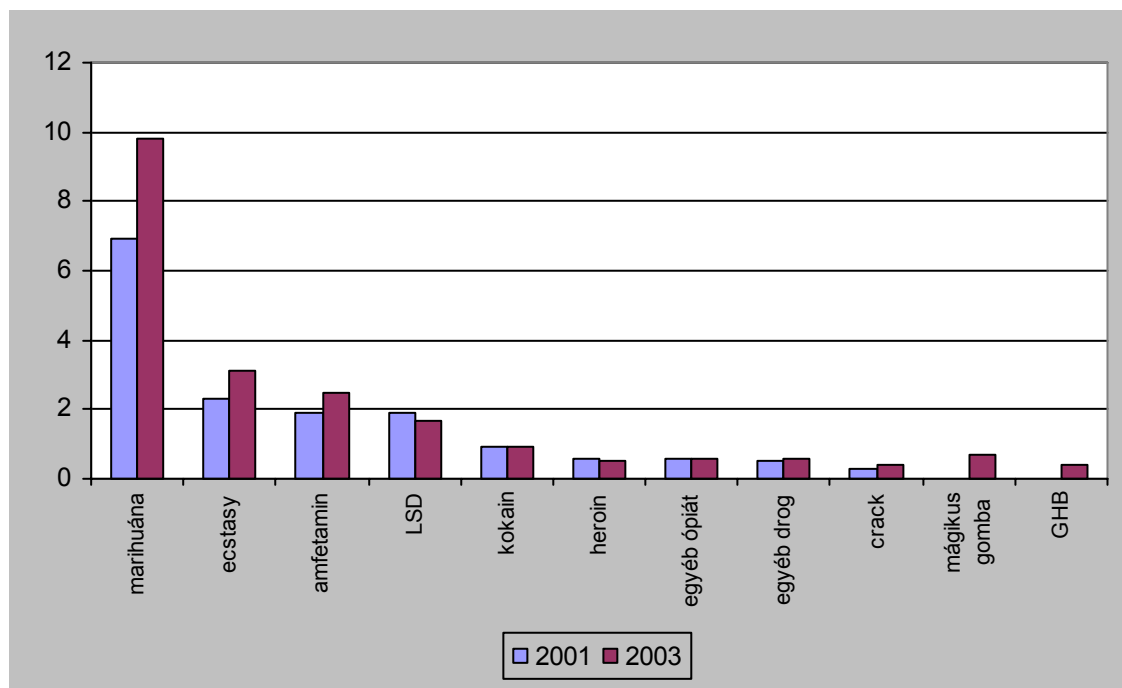
<sup>6</sup> megelőző évben nem, de az élete során fogyasztott tiltott drogot

<sup>7</sup> megelőző évben fogyasztott tiltott drogot

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

<sup>9</sup> az élet és éves prevalencia kérdésekre konzisztens választ adók közül a jelenleg (előző évben) fogyasztók aránya, az újbelépők (előző évben először fogyasztók) nélkül

1. ábra. A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékének változása 2001 és 2003 között a 18-54 éves felnőtt népesség körében (%)



Forrás: Elekes, Paksi nem publikált tanulmány 2003

A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékének növekedése egyaránt megfigyelhető a nők és a férfiak körében, és valamennyi korcsoportban.

## 2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS ÉS A FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

### Általános és középiskolások

2003-ban az ESPAD<sup>10</sup>-dal egy időben és annak módszereivel a budapesti 8-9-10 évfolyamon tanuló (14-16 éves) fiatalok körében végzett kutatás eredményei alapján a megkérdezett fiatalok 24,7 %-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott drogot. Az éves prevalencia érték 18,6 % és a havi prevalencia érték is meghaladja a 10 %-t. A tiltott szerfogyasztás kiemelkedően magas gyógyszerfogyasztással egészül ki a középiskolás fiataloknál. Így a lányoknál az életprevalencia értékek alapján a nyugtató, altató a legelterjedtebben fogyasztott szer, a fiúknál és a lányoknál az éves és havi prevalencia értékek alapján pedig a marihuána után következő második legelterjedtebb szer (Elekes, Paksi 2003b). A szerstruktúrában harmadik helyen a disco drogok (amfetamin, ecstasy) szerepelnek.

Az első tiltott szer kipróbálásának leggyakoribb életkora a 14-15 év, a kábítószer már próbáltak kétharmada ekkor találkozik az először a szerrel. Az elsőnek kipróbált tiltott drog a megkérdezett fiatalok túlnyomó többségénél a marihuána vagy hasis volt.

<sup>10</sup> Az országos ESPAD kutatás eredményei még nem publikálhatók.

3. táblázat. Az első fogyasztás életkora

életkor	kábítószer már próbáltak %-a
-11	2,3
12	6,3
13	13,0
14	31,0
15	32,4
16+	17,3

Forrás: Paksi és Elekes 2003.

A 2003. évi fővárosi adatokat összehasonlítva a 1992 óta 10. évfolyamos fiatalok körében azonos módszerrel végzett kutatások eredményeivel<sup>11</sup>, a következő változásokat figyelhetjük meg:

- A biztosan droghasználati célú fogyasztás<sup>12</sup> összesített prevalencia értéke a kilencvenes évek első felében jellemző stagnálás után az évtized második felében hirtelen, és igen drasztikusan emelkedett, majd 1999-2000 években stagnált. Ez a stagnálás átmeneti jelenségnek mutatkozik a 2002-es, illetve legfrissebb 2003-as adatok alapján. A 2003. évi fővárosi adatok arra utalnak, hogy a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékében bekövetkezett növekedés elsősorban a marihuána-fogyasztás növekedésének köszönhető.
- A fogyasztás elterjedtségének növekedését a fogyasztás intenzitásának növekedése kísérte. A kilencvenes évek második felében a fogyasztók között növekedett mind az alkalmi, mind a rendszeres használók aránya, majd 1999 és 2002 között a leginkább intenzív – életük során 40 vagy több alkalommal – használók arányának növekedése folytatódott. Az utóbbi egy évben e tekintetben nem tapasztalunk jelentős változásokat (Elekes és Paksi 2000, Paksi 2002, Elekes és Paksi 2003c).

<sup>11</sup> 1992-ben a kutatás a 11. évfolyamosok körében történt

<sup>12</sup> tiltott drogok és inhalánsok

4. táblázat. A budapesti középiskolás vizsgálatok 10. évfolyamos (16 éves) tanulóira vonatkozó életprevalencia adatai<sup>13</sup>

Szerek	1992 <sup>14</sup>	1995	1998	1999	2000	2002	2003
Marihuána, hasis	5,4-7,2	6,0-8,6	12,9-20,9	20,9-28,1	21,1-28,3	25,7-32,9	27,9-35,5
Szipuzás	2,7-4,1	3,5-5,5		2,3-5,5	1,6-4,4	2,0-4,8	2,2-5,2
Amfetamin	2,4-3,8	0,5-1,5	3,3-6,7	5,5-10,1	3,0-6,6	5,7-9,9	6,6-11,2
LSD és más hallucinogének	1,0-2,0	2,0-3,6	4,6-10,2	5,9-10,5	3,5-7,3	6,9-11,5	3,3-6,7
Crack	-	0,2-0,8	0,3-2,9	0,5-2,5	0,2-1,8	0,6-2,6	0,6-2,6
Kokain	0,3-0,9	0,2-1,0	0,2-2,8	0,9-3,3	0,2-1,8	1,5-4,1	1,0-3,4
Heroin	-	0,2-0,8	0,1-2,5	0,3-2,3	0,2-2,0	0,8-3,0	0,2-2,0
Ecstasy	-	0,8-2,0	3,0-7,8	4,3-8,3	3,5-7,3	6,8-11,2	6,7-11,5
Fecskendővel bevitt drogok	-	0,2-0,8	0,2-2,8	0-1,1	0,3-2,1	0,4-2,2	0,1-1,5
<b>tiltott szerek és /vagy inhalánsok</b>	<b>10,4-12,8</b>	<b>10,5-13,7</b>	<b>-</b>	<b>25,0-32,6</b>	<b>23,4-30,8</b>	<b>28,3-35,7</b>	<b>31,10-38,9</b>
(N)	4518	2762	597	932	946	1083	982

Forrás: Elekes és Paksi 2000; Paksi 2002; Elekes és Paksi 2003c

## Egyetemista népesség

Egyetemistákra vonatkozó adatokkal a 2003-ban a Pécsi Tudományegyetemen végzett kutatás adatai alapján rendelkezünk. (FACT 2003)

A vizsgálat eredménye szerint a megkérdezett hallgatók több mint egyharmada (35,0%) fogyasztott már életében valamilyen kábítószer. Egyszeri kipróbálónak 23,0%, alkalmi fogyasztónak 6,3%, rendszeres fogyasztónak 1,0% vallotta magát. Eltérések mutatkoztak a fiúk és a lányok között a kábítószer-fogyasztás gyakoriságát illetően. A lányok 72,4%-a nem használt még soha tiltott drogot, szemben a fiúk 55,8%-ával. Mindegyik fogyasztói kategória a fiúk körében képviselt magasabb részarányt, a legnagyobb – több mint 8%-os – különbséget a kipróbálás esetében regisztrálták.

Az egyes egyetemi, főiskolai karokat vizsgálva a drogot soha nem próbálók aránya a műszaki főiskolán (56,3%) volt a legalacsonyabb, a jogi karon pedig a legmagasabb (79,0%). A legnépszerűbb kábítószernek a kannabisz bizonyult: a megkérdezettek egyharmada (33,2%) fogyasztotta már egy vagy több alkalommal. A kannabiszt a nyugtatókkal való visszaélés követi a sorban, ennek fogyasztásáról a válaszadók egytizede számolt be.

Mind a legális, mind az illegális kábítószerek használatának legjellemzőbb alkalmi „bulizás”. Minél gyakrabban járnak a hallgatók szórakozni, annál nagyobb a tiltott drogok fogyasztásának esélye.

## Pláza-látogató fiatalok

2003-ban, különböző fiatal populációkon – a 8-10 évfolyamos diákok (Elekes és Paksi 2003b), illetve a felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján (Elekes és Paksi 2003a) - végzett drog-epidemiológiai vizsgálatok eredményei a rendszeres pláza-látogató fiatalok fokozott kitétséget jelzik. A kábítószer-használat elterjedtsége rendre növekszik a pláza-látogatás gyakoriságával. A plázákban hetente többször megforduló 8-10 évfolyamos (14-16 éves) diákok körében a kábítószer-használat éves prevalencia értéke több mint kétszerese a

<sup>13</sup> A megadott intervallumok 99%-os megbízhatósággal tartalmazzák a tényleges prevalencia értékeket

<sup>14</sup> 11. évfolyamosok mintáján készült adatfelvétel

korosztályra jellemző értéknek. Hasonló eredményeket kaptunk a felnőtt népesség körében, a pláza-látogatás, és a drogfogyasztás szempontjából releváns 18-34 éves nagyvárosi fiatalok vonatkozásában is.

5. táblázat. A tiltott drogok fogyasztásának elterjedtsége a különböző gyakorisággal plázába járók körében

Milyen gyakran jár plázába	8-10 osztályos diákok		Folyamatos fogyasztási ráta
	életprevalencia értékek (N=7890)	éves prevalencia értékek (N=7815)	18-34 éves fiatalok (N=1712)
<b>Hetente</b>	21,5	16,4	12
<b>Hetente többször</b>	24,6	18,3	21,7
<b>Majdnem minden nap</b>	29,7	24,4	26,3

*Forrás: Elekes és Paksi 2003a,b.*

### 2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

Speciális csoportokra vonatkozó kutatás két magyarországi nevelőintézetben élő fiúk körében készült. A kutatás elemszáma ugyan alacsonynak tekinthető, de reprezentálja a javítóintézetekben élő fiúk népességét. Az eredmények alapján a tiltott drogok fogyasztásának életprevalenciája 71,0 % volt, az előző évi prevalencia pedig 59,7%, azaz sokkal magasabb, mint ami az iskoláskorú népesség körében megfigyelhető. Azoknak az aránya, akik a legelterjedtebb tiltott drogot, a kannabiszt, kipróbálták, körülbelül háromszor akkora, mint a HBSC vizsgálat adatai alapján az iskolás népesség körében volt. A party-drogok (ecstasy, amfetaminok és LSD) fogyasztása tízszer olyan elterjedt, mint az iskolás népességben. Az inhalánsok és a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás szintén jelen van a fiatal bűnelkövetők körében. Figyelemre méltó, hogy a normál népesség körében kevésbé elterjedt kokain és heroin fogyasztás jelentős az intézetben élő fiatalok körében.

A megkérdezett fiatalok 25,0 % fogyasztott 40 vagy több alkalommal valamilyen tiltott drogot a megelőző 12 hónapban. (Kökönyei et al. 2003)

2003-ban az elektronikus zenei partikat látogató fiatalok körében végzett kutatás (Demetrovics 2004a) eredményei alapján a partikat legalább havi rendszerességgel látogatók körében a kábítószer használat több, mint 20-szorosa az átlagpopulációban vizsgáltnak, a megkérdezettek közel 90%-a próbált már valamilyen tiltott szert. A válaszadók 60%-a férfi volt, átlagéletkoruk 23 év. A parti látogató fiatalok közel fele értelmiségi családból származott (az apák 49,6%-a, míg az anyák 47,7%-a végzett főiskolát, vagy egyetemet), több, mint harmaduk még tanult (38,9%-uk középiskolában, 59,7%-uk felsőoktatási intézményben), a dolgozók aránya 33,1% volt, 21%-uk pedig tanult és dolgozott is. A partik közönsége jellemzően a magasabb státuszú fiatalok közül kerül ki.

A különböző stílusú partikat látogató fiatalok kábítószer használatában eltérések mutatkoznak:



6. táblázat. A különböző stílusú partikat látogató fiatalok életprevalencia értékei

%	Marihuána / hasis	LSD	Ecstasy	Amfetamin	Kokain	Heroin	Összes drog
Goa	93,2	53,2	72,9	65,5	42,3	8,5	94,7
Drum'n'bass & Breakbeat	88,9	40,3	50,6	44,3	27,7	5,3	89,9
House & Trance	79,7	31,1	63	58,3	30,6	2,8	85,1
Techno & Kísérleti elektronika	79	35,6	64,4	57,4	27,9	4,9	48,3
<b>Összesen</b>	<b>87,21</b>	<b>41,34</b>	<b>58,52</b>	<b>51,93</b>	<b>30,86</b>	<b>5,67</b>	<b>89,5</b>
Nem használ	12,8	58,7	41,5	48,1	69,2	94,4	10,5

Forrás: Demetrovics 2004a

Minden parti stílusnál a marihuána a legelterjedtebb kábítószer, ezt követi az ecstasy, illetve az amfetamin. A parti látogatás gyakoriságát tekintve a fiatalok közel 80%-a havi 1-3 alkalommal vesz részt partikon, egyötödük pedig heti rendszerességgel, vagy gyakrabban. Az átlagpopulációhoz képest mindegyik szer életprevalenciája kiemelkedően magas ezen populáció körében

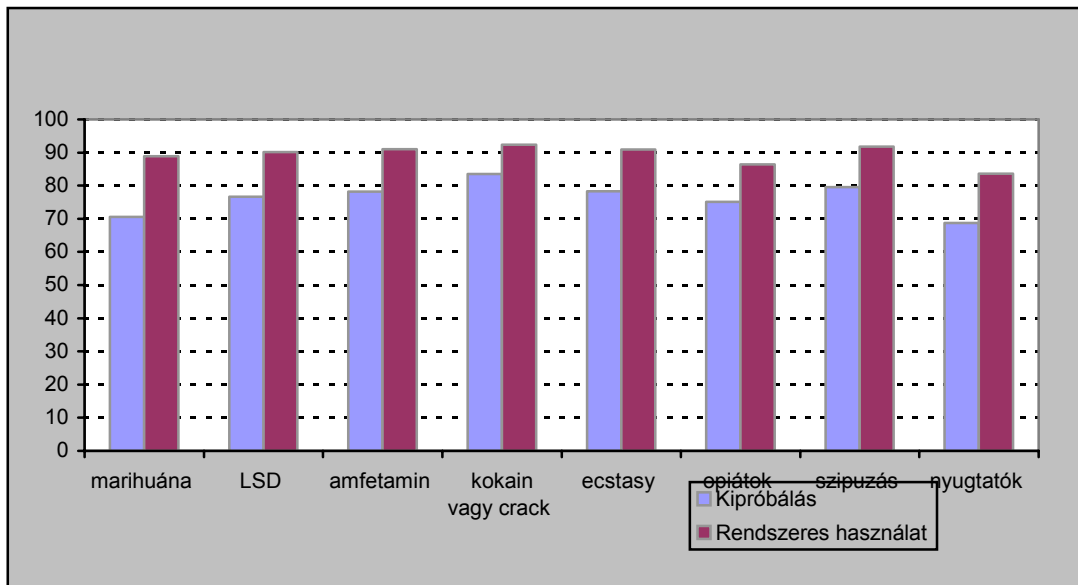
#### 2.4. DROGOKKAL ÉS DROGFOGYASZTÓKKAL KAPCSOLATOS ATTITÚDOK

Magyarországon a felnőtt lakosságban<sup>15</sup> meglehetősen egyöntetű állásfoglalás mutatkozik a tiltott drogokkal kapcsolatosan, melyre a felfokozott, és kevésbé differenciált veszélyészlelés jellemző<sup>16</sup>. Mindössze a különböző gyakoriságú szerfogyasztások veszélyességének megítélésében jelentkezik – mint azt az oszlopdiagramok egymáshoz viszonyított helyzete mutatja - konzekvensen egy kismértékű különbségtétel.

<sup>15</sup> Az adatok a 18-54 év közötti felnőtt lakosság országos reprezentatív mintáján 2003-ban készült ADE vizsgálatból származnak (Elekes és Paksi 2003a nem publikált tanulmány).

<sup>16</sup> A megkérdezettek – az EMCDDA (1999) ajánlásainak, és az ESPAD (Hibell et al. 2000) standardoknak megfelelően – a szerek különböző gyakoriságú használatának (kipróbálás, rendszeres, alkalmi) veszélyességével kapcsolatos véleményüket négyfokú skálán fejezhették ki: 1 - nem veszélyes; 2 - kicsit veszélyes; 3 – közepesen veszélyes; 4 – nem veszélyes.

2. ábra. A különböző drogfogyasztó magatartásokat „nagyon veszélyesnek” tartók aránya (válaszolók %-ában)



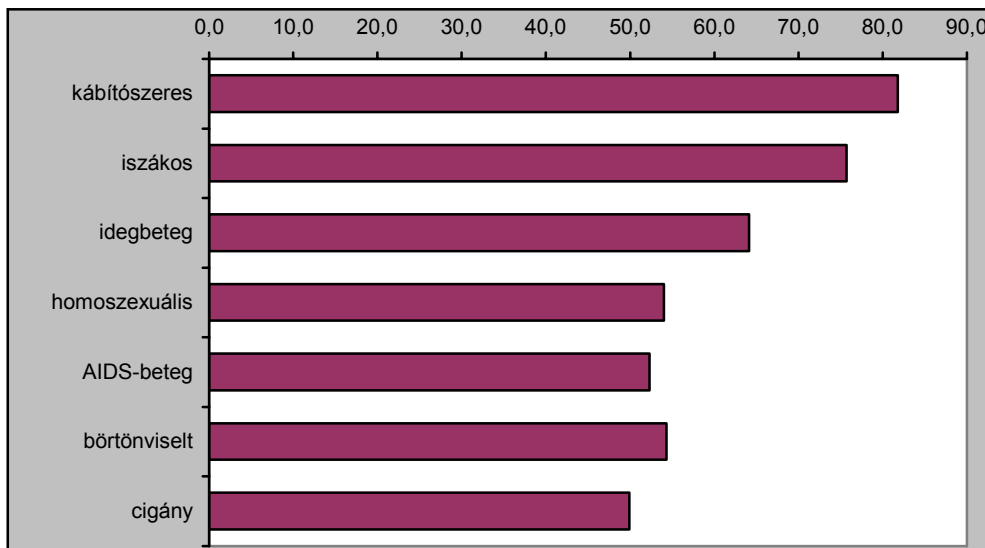
Forrás: Elekes, Paksi 2003a nem publikált tanulmány

A társadalom gondolkodása a drogfogyasztás megítélésében<sup>17</sup> gyakorlatilag leképezi a fogyasztás veszélyességével kapcsolatos percepciókat. Hasonlóan csak igen kismértékű differenciálás tapasztalható, mind a különböző szerek, mind az eltérő fogyasztási gyakoriságok tekintetében. A lakosság kilencven százaléka helyteleníti, a közel háromnegyede erősen helyteleníti bármilyen tiltott drog fogyasztását.

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

<sup>17</sup> A megkérdezettek a különböző szerek kipróbálói, illetve a marihuána esetén alkalmi és rendszeres használói magatartásaival kapcsolatban – az EMCDDA (1999) ajánlásainak, valamint az ESPAD (Hibell et al. 2000) standardjainak megfelelően - háromfokozatú skálán fejezték ki véleményüket: 1 – nem helyteleníti; 2 - helyteleníti; 3 – erősen helyteleníti.

3. ábra. Társadalmi elítélés alá eső csoport szomszédként való elutasítása (a válaszolók %-ában)



Forrás: Elekes és Paksi 2003a

Talán éppen a nagyfokú veszélyészlelés, és az erős lakossági félelmek miatt, a felnőtt népesség 85%-a úgy ítéli, hogy a társadalomnak „többet”, vagy „sokkal többet” kellene költeni a drogprobléma mérséklésére, megelőzve az epidémiájában jóval elterjedtebb alkoholizmus vonatkozásában kapott arányokat (75%). Azzal együtt, hogy a drogfüggőket a többség (62,3%) inkább betegnek tartja, a probléma mérséklését a lakosság elsősorban a büntetőjogi intézkedésektől, csak másodsorban a megelőző beavatkozások növelésétől és a közösségi források mozgósításától várja.

A két évvel korábbi (ADE 2001) kutatás eredményeivel összehasonlítva nem látunk jelentős elmozdulásokat sem a drogprobléma társadalmi érzékelésében, sem a lakosság drogpolitikai elképzeléseiben, annak ellenére, hogy a két vizsgálat között a fogyasztási rátákban szignifikáns elmozdulás történt, és a fogyasztás büntetőjogi szabályozása is módosult. Sőt, egyes indikátorok mentén rendelkezésre álló hosszabbtávú adatok azt sejtetik, hogy az utóbbi tíz évben sem történt a társadalmi viszonyulásokban jelentős változás. Egy 1994-ben, felnőtt népesség körében készült toleranciavizsgálat (Gyenei 1997) adataival összehasonlítva azt láthatjuk, hogy a kilencvenes évek elején is a kábítószer-fogyasztókkal szembeni kirekesztés volt a legnagyobb mértékű a magyar társadalomban, s nem csak más társadalmi csoportok kontextusában, hanem önmagához képest sem történt elmozdulás a drogfogyasztók közvetlen közelségének elutasításában.

## Következtetések

Az általános és középiskolában tanuló fiatalok körében az elmúlt években végzett kutatások eredményei a tiltott szerfogyasztás határozott, bár eltérő intenzitású növekedését mutatják a kilencvenes évek közepétől kezdődően. A növekedés a Budapestre rendelkezésre álló 2003. évi adatok szerint tovább folytatódik, bár ma már elsősorban a marihuána-fogyasztás növekedéséből adódik. A növekedés nemcsak az életprevalencia értékekben, hanem a nagyobb gyakoriságú fogyasztásra utaló adatokban is megmutatkozik. Ugyanakkor valamennyi rendelkezésre álló kutatási eredmény azt mutatja, hogy a drogot próbáló, iskolában tanuló fiatalok többsége ma is elsősorban próbálkozó vagy alkalmi fogyasztó. Valamennyi kutatás a cannabis-félék dominanciája mellett a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás elterjedtségét hangsúlyozza, különösen a lányok körében.

Az első tiltott szer kipróbálásának leggyakoribb életkora a 14-15 év, ami a korábbi évek eredményeihez képest azt jelzi, hogy a tiltott drogok kipróbálása egyre korábbi életkorban kezdődik.

Valamennyi vizsgálat szerint a tiltott szerek prevalencia értékei az életkor előrehaladtával növekednek és a legnagyobb prevalencia értékeket a 18-24 éves korcsoportokban, illetve az egyetemi hallgatók körében találjuk.

A felnőttek körében végzett kutatások adatai szintén a tiltott szerfogyasztás terjedését mutatják. A növekedés a felnőttek esetében is elsősorban a marihuána-fogyasztás terjedésének tudható be. Bár valamennyi korcsoportban megfigyelhető kisebb-nagyobb mértékű növekedés, a tiltott szerfogyasztás ma is elsősorban a fiatal korcsoportokat jellemzi, a nem iskoláskorú népesség körében is.

A tiltott szerekkel és fogyasztóikkal szembeni attitűdökre vonatkozó adatok változatlanul a magyar társadalom csekély tájékozottságát és elítélő attitűdjét fejezik ki.

### 3. PREVENCIÓ<sup>18</sup>

#### Háttér, előzmények

A Nemzeti Stratégia négy pillére közül a második a prevenció tevékenységeket, illetve az érvényesítendő szakmai prioritásokat foglalja össze. A stratégia az általános célmeghatározásokon kívül azonosítja a prevenció tevékenység leglényegesebb színtereit, célcsoportjait, továbbá annak szintjeit. Ez utóbbi tekintetében az egészségfejlesztés értelmezési keretét tekinti mérvadónak és a különböző konkrét akciók szempontjából az univerzális, a célzott (selective) és a javallott (indicated) prevenció megközelítések alkalmazását támogatja.

A Nemzeti Stratégia értelmében a prevenció tevékenység célcsoportjai és színterei a következők:

- család
- iskola
- munkahely
- szabadidő eltöltésének színterei – szórakozóhelyek
- egyházak
- média
- információs társadalom
- honvédség
- gyermekvédelem intézményrendszere
- rendőrség
- kockázati csoportok/romák

A magyarországi prevenció területén folyó aktivitások rendkívül sokrétűek, szisztematizált adatgyűjtés eredményeként létrehozott, megbízható és érvényes adatbázissal jelen pillanatban csak az iskolai keretek között, elsősorban az általános prevenció égisze alatt folyó prevenció tevékenységgel összefüggésben rendelkezünk.

Az alábbiakban valamennyi a jelentős tematikájából következő területen törekszünk arra, hogy információt szolgáltatassunk, ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy az eltérő információ gyűjtési technikákból adódóan bizonyos esetekben nem ismerjük a bemutatott adatok egymáshoz való viszonyát, helyenként minden bizonnyal egymást átfedő információkkal van dolgunk. Ugyanakkor a helyzet jellemzése érdekében szükségesnek tűnik a minőségi értelemben - megbízhatóság és érvényesség - homogénnek nem tekinthető adatok legalább tájékoztató jellegű bemutatása.

#### Új fejlemények

Az elmúlt esztendő legjelentékenyebb szakmai fejleményei a prevenció tevékenységek átfogó monitorozásához és értékeléséhez<sup>19</sup>, valamint az összegyűjtött információ széles körű hozzáférhetőségének megteremtéséhez kapcsolódnak. A kutatás eredményeként teljes körűsége törekvő, megbízható információ áll rendelkezésünkre az iskolai szinten megjelenő programok tartalmát, célkitűzéseit, alkalmazott módszertanát, az általuk elért populáció nagyságát és a programok földrajzi elterjedtségét illetően.

<sup>18</sup> A fejezet szerzői: Dr. Felvinczi Katalin, Kerek Judit, Paksi Borbála

<sup>19</sup> Fények és árnyak ....” Nemzeti Kutatásfejlesztési Program keretében megvalósuló kutatás. A kutatás konzorciumi formában folyik, a konzorciumban résztvevő szervezetek az alábbiak: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, MTA Pszichológiai Intézet, BKAE Viselkedéskutató Központ, Budapesti Szociális Forrásközpont.

Az információk széles körben történő hozzáférhetővé tétele, egy szakmai információs portál kialakítása, jelenleg folyamatban van. Ennek a fejlesztésnek az eredményeképpen egy dinamikus adatbázis tulajdonsággal rendelkező portál jön létre, ami a prevenció programokon kívül információt tartalmaz a kábítószer-problémával foglalkozó társadalomtudományi kutatásokról, az ellátás különböző szervezeteiről, intézményeiről, illetőleg azok szakmai programjairól, az alkalmazott technikákról. Ez a fejlesztés 2003-ban vette kezdetét, működését 2004 harmadik negyedévében kezdi meg.

### 3.1 ÁLTALÁNOS PREVENCIÓN

#### Iskolai prevenció

Az iskolai szinten zajló prevenció tevékenység támogatása elsősorban egy pályázati rendszer keretében valósul meg, mely két minisztérium (a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, valamint az Oktatási Minisztérium) szakmai együttműködésén alapszik. Ez a pályázati rendszer 2000 óta működik, 2003-ban mind az általános, mind a középiskolák részt vehettek benne. A pályázaton részt vevő iskoláknak a Nemzeti Stratégiához illeszkedően el kell készíteniük a saját iskolai egészségnevelési és drog-prevenció stratégiájukat. A pályázat struktúrája az alábbiak szerint alakult:

Az iskolák kapcsolatot létesítenek egy központi (minisztériumi) adatbázisban nyilvántartott prevenció szolgáltatóval (civil szervezettel, ÁNTSZ-szel, pedagógiai szolgáltatóval, egyedi szakemberrel) és együttes munka során kimunkálják az iskola sajátos szükségleteihez illeszkedő és a prevenció szolgáltató kompetenciakörében értelmezhető, valamint a pályázati prioritásokkal is harmóniában lévő tevékenység tartalmát, együttműködési megállapodást kötnek és így kerül sor a pályázat benyújtására. A gyakorlati kivitelezés során a közoktatási intézmény nevelőtestülete minimum 10 órás képzésben részesül, a prevenció szervezet tanulócsoportonként minimum 5 órában foglalkozik a diákokkal, kiscsoportos formában, részvételen alapuló (interaktív) technikákat alkalmazva. Bizonyos esetekben az intézményben oktató pedagógus is foglalkozhat a diákokkal, amennyiben minimum 40 órás egészségfejlesztési-drogprevenció képzésben részesült és az intézményben már legalább egy éve folyik tanrendbe iktatott formában egészségfejlesztési tevékenység. A pályázati rendszer keretében zajló programok megvalósításában kiemelkedően fontos szerepe van az iskolai drogügyi koordinátoroknak, akiknek feladata az iskola ilyen irányú tevékenységének összehangolása, nem az egyedi esetkezelés. A drogügyi koordinátorok ingyenesen biztosított 30 órás akkreditált továbbképzésen vettek részt az elmúlt években, jelenleg már a közoktatási intézmények 23,7%-ban van ilyen képzettséggel rendelkező pedagógus<sup>20</sup> A drogügyi koordinátorok képzése mellett az Oktatási Minisztérium 100%-os finanszírozásával működteti a képzésen részt vett iskolai drogügyi koordinátorok megyei szintű hálózatát, amely számukra továbbképzést, esetmegbeszélést és konzultációs lehetőséget biztosít.

A fent jellemzett pályázati rendszer révén 2003-ban 540 közoktatási intézmény, az intézmények 15%-a jutott támogatáshoz, ami összességében mintegy 190.000 diákot érintett.

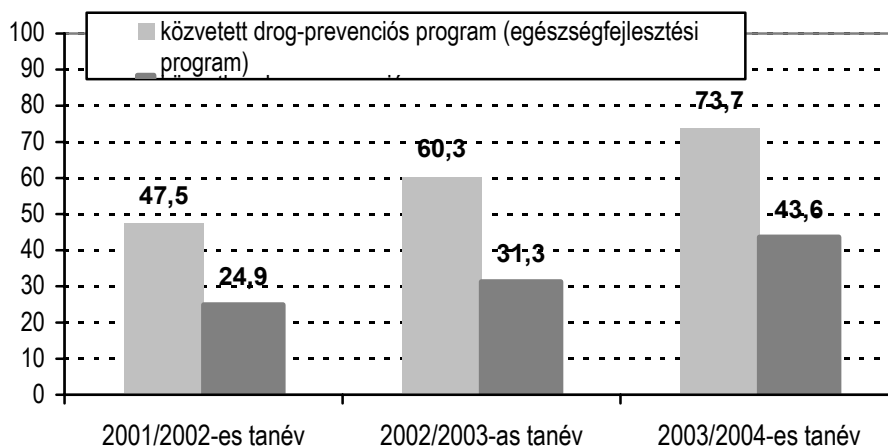
A közoktatási intézmények prevencióban való részvételét és az e tekintetben érzékelhető tendenciákat egy a közelmúltban lebonyolított reprezentatív vizsgálat eredményei segítségével jellemezhetjük (Paksi et al. 2004),<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Lásd a 10. oldalon szereplő táblázatot, forrás: Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus továbbképzési Kht.

<sup>21</sup> A kutatás módszertani leírását lásd id. mű p.11

4. ábra. *Prevenációs tevékenységben résztvevő iskolák aránya 2001és 2003 között (az iskolák %-ában)*

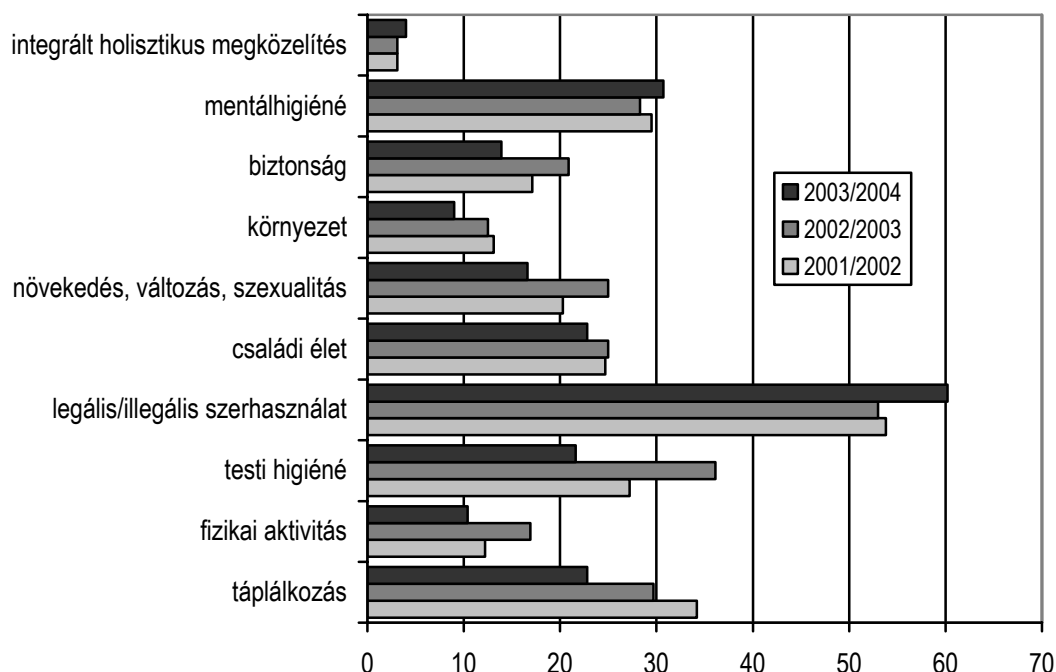


Forrás: Paksi et al. (2004)

Amint a fenti ábrából látszik a 2001/2002-es tanév óta folyamatosan növekszik a prevenációs aktivitást mutató közoktatási intézmények százalékos aránya, s ezen belül is azoké, amelyek hangsúlyozottan foglalkoznak a legális és az illegális szerhasználat problematikájával. A 2003/2004-es tanévben a közoktatási intézmények majdnem felében (43,6%) folyt valamilyen közvetlen drog-prevenációs aktivitás.

Az előzőekben bemutatott ábrából az is látszik, hogy az iskolai prevenációs tevékenység nem korlátozódik pusztán a drog-prevenációra, hanem egyéb, az egészségfejlesztés szempontjából releváns témakörök is megjelennek. Ugyanakkor kétségtelen tény, hogy a leggyakrabban tárgyalt témakör a szerhasználat problematikájához kötődik.

5. ábra. *A különböző témakörök megjelenése a prevenációs programokban 2001-2003 közötti években (az iskolákban alkalmazott programok %-ában kifejezve)*



Forrás: Paksi et al. (2004)

Noha a szakirodalomban (Burkhart and Crusellas 2002) egyre nagyobb egyetértés mutatkozik a tekintetben, hogy az integrált, holisztikus megközelítést alkalmazó prevenciók tevékenységeitől lehet leginkább érdemi és hosszabb távon is érvényesülő eredményeket elvárni, ezt a megközelítést mindössze a vizsgált esetek kb. 5%-ban alkalmazzák.

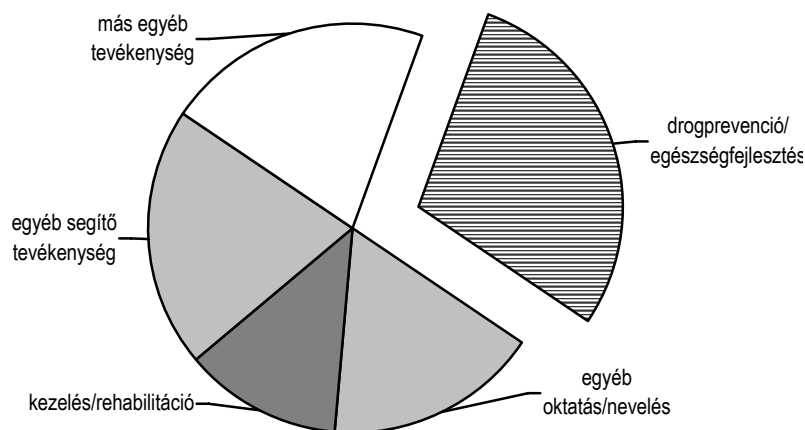
Mint ahogy azt az előzőekben már említettük 2003-ban a prevenciók programok átfogó monitorozása és értékelése érdekében több éven átívelő kutatási projekt vette kezdetét. Ennek keretében sor került egy valamennyi prevenciók programra kiterjedő kataszter felállítására (Paksi 2003b), amely az EDDRA (Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere) adatgyűjtési szempontrendszer mentén teszi leírhatóvá az országban aktuálisan működő iskolai populációt megcélzó prevenciók programokat.

Összességében országosan 136 olyan szervezetet azonosítására került sor, amely:

- közvetlenül a diákokra irányuló direkt vagy indirekt drog-prevenciók, vagy az iskolai drogmegelőzéshez valamilyen módon (pl. iskolai kortárssegítők, kortársoktatók vagy pedagógusok képzése révén) kapcsolódó programot működtet
- a tevékenységet programszerűen (nem eseti jelleggel) végzi
- 2001/2002-es vagy a 2002/2003-as tanévben végzett, és a 2003/2004. évben várhatóan folytatja az iskolai prevenciók tevékenységet

A kutatás tapasztalatai alapján megállapítható, Magyarországon a drog-prevencióval foglalkozó szolgáltatók többsége nem főtevékenységként végzi a drog-prevenciók munkát, hanem más segítő tevékenység, vagy oktatási feladatok ellátása mellett, illetve együtödüknek a fő profilja egészen más területre irányul. Kifejezetten drog-prevenciók /egészségfejlesztési feladatok ellátására a feltárt szervezetek valamivel több, mint egynegyede szakosodott.

6. ábra. Az iskolai drog-prevenciók tevékenységgel foglalkozó szervezetek megoszlása fő tevékenység szerint (a feltárt szervezetek %-ában)



Forrás: Paksi (2003b)

A vizsgált 136 szervezet aktuálisan összesen 280 iskolai drog-prevencióval foglalkozó programot működtet. Jelenleg ezek több mint négyötödéről, azaz 233 programról rendelkezünk részletes információkkal<sup>22</sup>. A 233 program mintegy 60%-a közvetlenül azokkal a diákokkal foglalkozik, akik körében a prevenciók célt el kívánja érni. 40%-uk – 94 program – pedig a pedagógus vagy a diák prevenciók felkészültségének növelése révén közvetetten célozza meg a közoktatási intézményekben tanulók sokaságát. A közvetett programok valamivel több, mint kétötöde (42 program) kortársképzéssel foglalkozik.

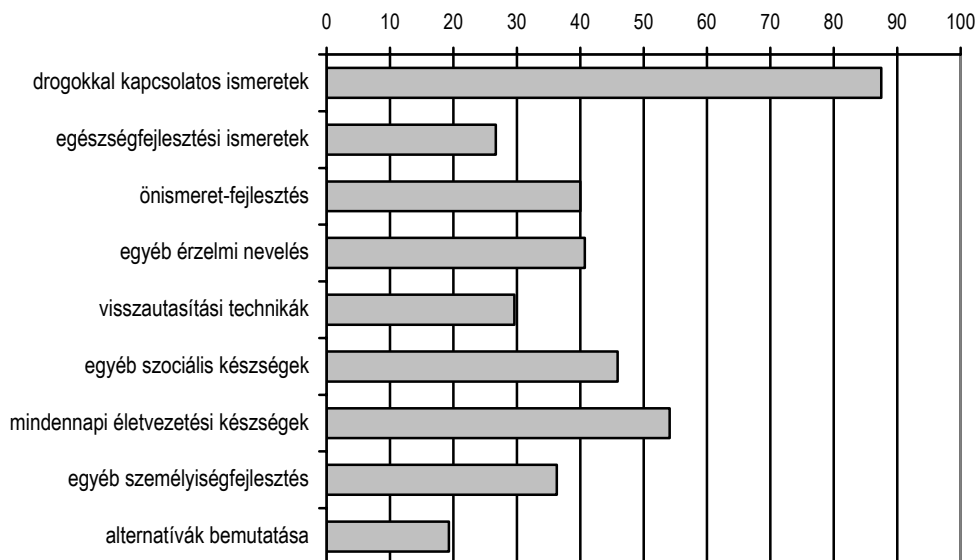
<sup>22</sup>33 szervezet – a tanulmány írásáig - nem töltött ki mindegyik programjáról adatlapot, 47 program esetében csak a program nevét ismerjük, részletes adataink nincsenek.



A közvetlen programok – bevallásuk szerint - egy átlagos tanévben mintegy 310 ezer diákot érnek el, ami a közoktatási intézményekben tanuló diákok összlétszámát tekintve azt jelenti, hogy országosan az 1.-12 évfolyamos (6-18 éves) diákok közül évente körülbelül minden negyedik vesz részt valamilyen drog-prevenációs programban.

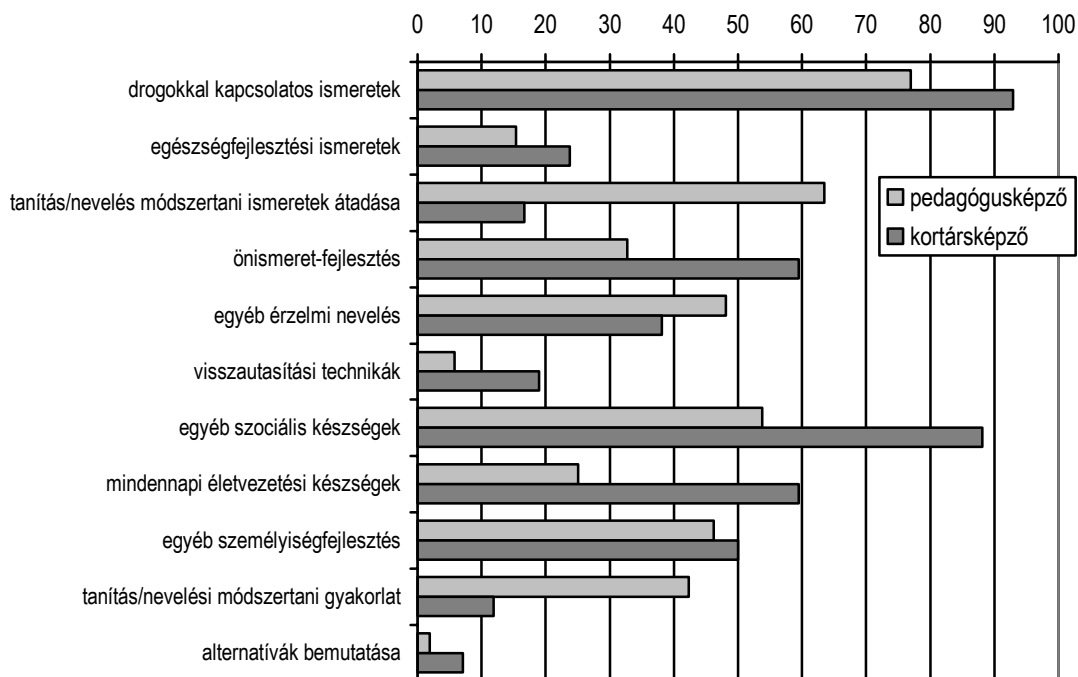
A feltárt programok tematikus célkitűzései az alábbiak szerint alakultak:

7. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a diákokra irányuló prevenció programokban (a programok %-ában kifejezve N=136)



Forrás: Paksi (2003b)

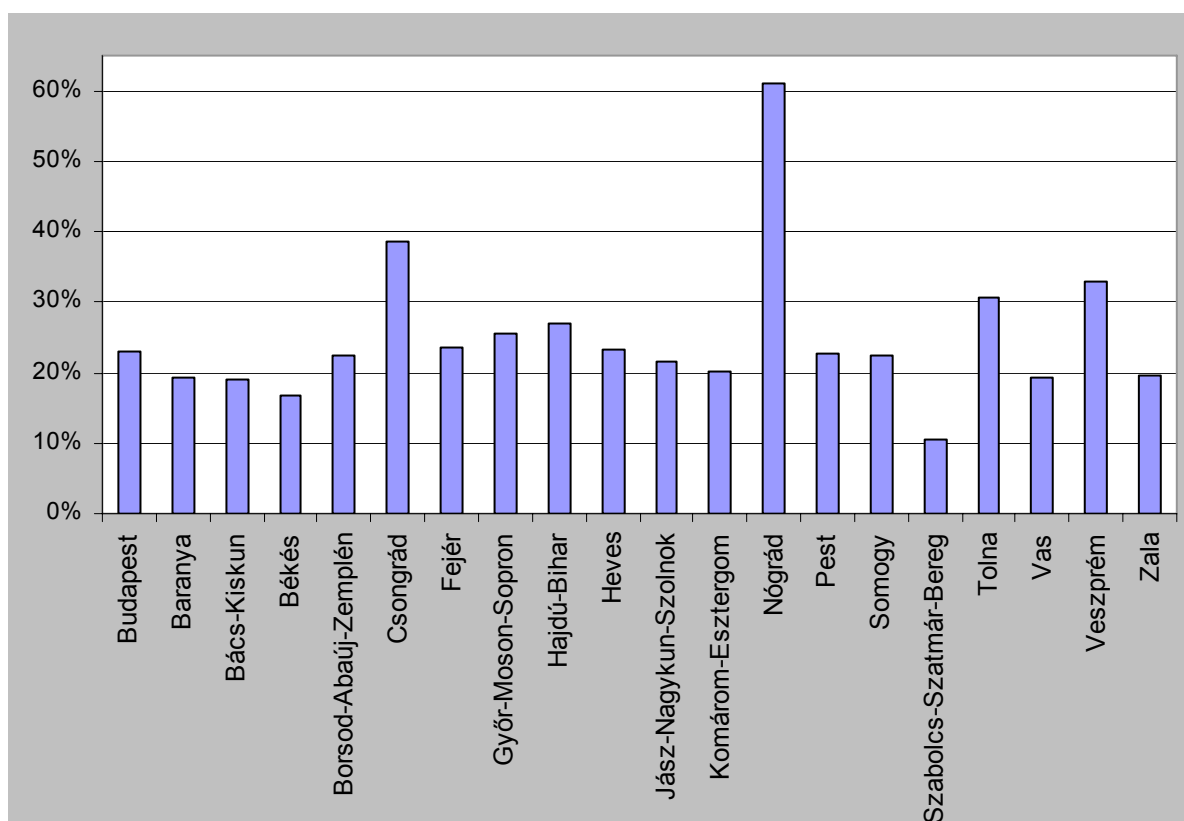
8. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a pedagógus-, és kortársképző programok kínálatában (a programok %-ában kifejezve N=94)



Forrás: Paksi (2003b)

A pedagógus továbbképző programok 60%-ban „csak” a pedagógusok/szakemberek probléma iránti érzékenyítését tűzik ki célul, 40%-ban pedig azt, hogy a kiképzett pedagógusok a diákok körében programszerűen fejtsenek ki prevenciós munkát. A legtöbb pedagógusképző program a középiskolai tanárok számára kínálja szolgáltatását (48 program). A pedagógus továbbképző programok közel harmada akkreditált képzések formájában valósul meg. Az akkreditációs rendszer felállítására 1997-ben került sor. Jelenleg 14 olyan bejegyzett, akkreditált tanárképzési program van, amely speciálisan a drogprobléma felismerésére, iskolai megelőzésére szolgál. Ezen kívül 14 komplex, holisztikus szemléletű program szerepel az akkreditációs listán, tematikájuk mentálhigiénés alapokon nyugszik, a drog-prevenció beágyazódik a komplex egészségfejlesztésbe. Az egyik legjelentősebb drog-prevenciós tárgyú tanártovábbképzés az iskolai drogügyi koordinátor képzés. A képzést az Oktatási Minisztérium és a KKB támogatja, így a képzésen való részvétel 100%-ban támogatott. A drogügyi koordinátorral rendelkező iskolák aránya az összes iskolához képest a következő képet mutatja megyénként:

9. ábra. A drogügyi koordinátorok számarányának alakulása megyénként 2003-ban:



Forrás: Köznevelés-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.

### Az iskolai kereteken kívül folyó általános prevenció

Az iskolán kívül folyó, de az ifjúsági (iskoláskorú) populációt megcélzó prevenciós tevékenységek elterjedtségéről és az érintett populáció nagyságáról nem rendelkezünk az iskolai keretek között folyó prevenciós aktivitásokhoz hasonló részletességű és megbízható adatokkal. Ismereteink szerint a 2003-as évben 121 szervezet mintegy 45 millió Ft (180.000 EURO)<sup>23</sup> értékben valósított meg ilyen prevenciós programot. Ezen tevékenységek közül – elsősorban országos hatóköre okán - két rendezvény érdemel külön említést.

<sup>23</sup> Forrás: MOBILITAS – Pályázati Igazgatósága

- a „Szenvedélyek napja” rendezvénysorozat, amelynek során szakmai és/vagy civil szervezetek módszervásár jelleggel mutatják be tevékenységüket, párbeszédet kezdeményezve egymással és a lehetséges célcsoporttal: a kábítószer-probléma által valamilyen módon érintettekkel: fiatalokkal, felnőttekkel, szülőkkel, stb.
- Vészcsengő konferencia, mely rendezvény a kábítószer-probléma kezelésében, kiváltképpen a prevenció tevékenységben érintett pedagógusok és szakmai szervezetek közötti párbeszéd érdemivé válását, a szakmai hálózatépítés tartalmi és módszertani megerősödését szolgálja.

## Munkahelyi prevenció

A munkahelyi prevenció programok elsősorban az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület keretei között folynak áttekinthető formában. Az Egyesület 1997 óta működik hazánkban az Egészségügyi Világszervezet ajánlásainak és útmutatásainak megfelelően. Az Egyesület tevékenysége elsősorban az integrált, holisztikus egészségfejlesztési megközelítés kritériumainak tesz eleget, s ezen belül foglalkozik a szerhasználathoz kapcsolódó prevenció célkitűzéssel.

Egyesületi tagjai között több olyan munkahely van, ahol évek óta rendszeres drogmegelőzési és korai intervenció munka folyik. Ezek az intézmények azok közül a munkáltatók közül kerülnek ki, ahol a munka természetéből adódóan fokozott veszélyt okozhatnak az alkoholos, ill. drog által befolyásolt munkavállalók, pl. vegyi üzemek, atomerőmű, fegyveres testületek, stb.

A programok tematikája az alábbiak szerint alakult:

- egészségügyi és pszichológiai szűrési rendszerek alkalmazása,
- önkéntes pszichológiai tesztek elvégzése,
- munkahelyi stressz azonosítása,
- stressz-kezelő egyéni stratégiák felállítása,
- 24 órás krízis intervenció biztosítása a munkahelyen,
- személyes konzultáció előre tervezett időpontokban,
- autogén tréning, asszertivitást fejlesztő csoportok,
- munkahelyi életvezetési tanácsadás,
- dolgozói segítségnyújtási program a munkavállaló és hozzátartozói részére,
- vállalati előadások, információ átadás,
- konfliktuskezelési tréningorozat.

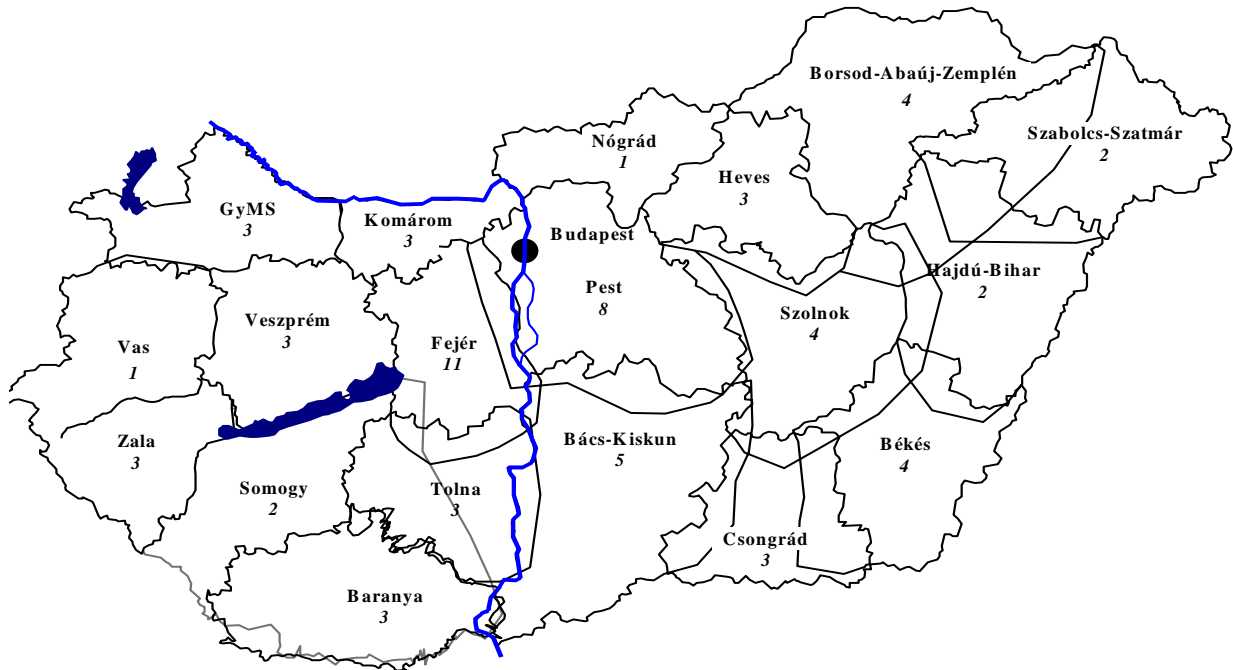
A fenti programokkal érintett munkavállalók száma kb. 20 ezer fő.

## Közösségi programok – Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok<sup>24</sup>

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok jogi személyiséggel nem rendelkező szakmai tanácsadó testületek, melyek a kábítószer-probléma kezelésével foglalkozó valamennyi helyi szervezet szakmai tevékenységének összehangolását, a helyzet felmérését, a szakmai tevékenység stratégiai irányainak kijelölését, a helyi stratégia alkotását és az ehhez kapcsolódó terep tevékenységek kezdeményezését kell, hogy biztosítsák. Vagyis a KEF-ek tevékenységének jelentékeny szerepe van a közösségi prevenció tevékenység kezdeményezése szempontjából is. 2003-ban 62 városi KEF működött az országban, megyénkénti elhelyezkedésük az alábbiak szerint alakult.

1. térkép. *KEF-ek megyénkénti elhelyezkedése, 2003*

<sup>24</sup> Forrás: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet



Forrás: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

A KEF-ektől származó éves jelentések alapján, - mely kiterjed az adott településen folytatott prevenciós tevékenység tartalmának és célcsoportjának megismerésére is, - tudjuk, hogy a különböző prevenciós szinterek és célcsoportok milyen arányban jelennek meg az általuk koordinált tevékenységekben.

7. táblázat. A KEF-ek tevékenységének alakulása a prevenció célcsoportja, illetve szinterei szerint

Szinterek és célcsoportok	%-os arány
Család	59
Iskola	78
Munkahely	6
Szabadidős színtér	67
Egyházak	25
Média	72
Információs társadalom	61
Gyermekvédelem intézményei	28
Honvédség	11
Rendőrség	47
Kockázati csoportok	20
Romák	6

Forrás: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

### 3.2 CÉLZOTT PREVENCIÓ

#### Prevenció a szabadidő eltöltésének szinterein

A kutatási adatok egyértelműen bizonyítják, hogy az ifjúság által látogatott szabadidő eltöltési szinterek: a zenés-táncos szórakozóhelyek, a nagy bevásárlóközpontok, valamint a

Sziget Fesztivál látogatóinak illegális szerhasználata az átlag ifjúsági populációhoz képest magasabb értékekkel jellemezhető (Demetrovics 2004b; Paksi 2003c; Paksi 2004b)<sup>25</sup>. Ez is indokolja, hogy ezeken a szintereken speciális prevenciók szolgáltatások álljanak rendelkezésre.

2003-ban a Szigeten az ún. Civil falu keretében 21 szervezet jelent meg speciális szolgáltatásokkal pl. HIV/AIDS szűrés, internetes játszóház, teaház, tűcsere program, tanácsadás, konzultáció. A nyújtott szolgáltatások igen sikeresnek és látogatottak (8000 hazai, és közel 1000 külföldi látogató) bizonyultak (Paksi 2004b). A kutatási adatokból kitűnik, hogy a civil falu látogatóinak illegális szer érintettsége meghaladja az átlag – korban illesztett - ifjúsági populáció drogérzékenységének mértékét, mind az élet-, mind pedig a havi prevalencia adatok tekintetében.

Magyarországon 3 szervezet (Kék Pont Party Service, pécsi Bulisegély, Agria Party service) nyújt prevenciók és ártalomcsökkentő szolgáltatást szórakozóhelyeken, ezekből csak az egyik szervezet tevékenységéről állnak rendelkezésre részletes adatok:

A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia elsősorban Budapesten, kisebb részben országosan működteti az ún. "Party Service"-t. Célpopulációját az elektronikus tánczenei kultúra tagjai, droghasználók és potenciális használók alkotják. Célja információnyújtás a biztonságosabb droghasználatról, a biztonságosabb szexről és a segítőhelyekről. Módszere: jelenlét diszkókban és partikon, személyes kontaktus, szóbeli információ, tájékoztatóanyag- és óvszeradás. 2003-ban összesen 39 rendezvényen vettek részt. A segítő anyagok és szórólapok (szőlőcukor, óvszer, vitaminok, keksz) készletváltása alapján mérhető kontaktus szám: 18.200 fő. Regisztrált személyes kontaktus (esettanulmány)<sup>26</sup>:75 fő.

## **Veszélyeztetett csoportok**

A kábítószer-használat szempontjából számos kockázati csoport azonosítható, jelen áttekintésben azonban csak a romák körében végzett ezirányú törekvésekről tudunk beszámolni.

A szocializációs és kulturális sajátosságok mellett a roma lakosság egyes csoportjainak halmozottan hátrányos életkörülményei, valamint kulturális jellemzői speciális programok elindítását teszik szükségessé. E programokat hatékonyan csak a roma közösségek által elfogadott hiteles, romákat is összefogó civil szervezetek és szociális munkások képesek közvetíteni. A fenti szempontok figyelembevételével alakultak a roma populációt közvetve, vagy közvetlenül megcélzó prevenciók tevékenységek illetve azok támogatása.

Kortárssegítő-képzések; önsegítő csoportok; szupervíziók; különböző prevenciók programok; és alacsonyküszöbű szervezetek működési költségeinek pályázati formában történő támogatására került sor, mely programok az ország több pontján, számos civil szervezet szervezésében zajlottak. A drogkoordinátor képzésnek egy sajátos, a szükségletekhez illesztett formája került kidolgozásra és alkalmazásra roma fiatalok tanárai és nevelői részére. Ebben a képzési formában összességében mintegy 150 fő vett részt.

A veszélyeztetett csoportok körében végzett prevenciók programok támogatásának mértéke 2003-ban 29,7 mFt, vagyis 118,800€ volt.

---

<sup>25</sup> A különböző típusú zenés-táncos szórakozóhelyeket látogatók illegális szerhasználati életprevalencia értéke: 89,5%;

<sup>26</sup>2002-től a hosszabb, segítő jellegű személyes beszélgetést jelenti, amelyről részletes beszámoló (esettanulmány) készül.

## **Következtetések**

2003-ban tovább folytatódott az a több éven átívelő kutatási projekt, melynek célja a prevenciós programok átfogó monitorozása és értékelése. A program keretében egy, valamennyi iskolai populációt megcélzó prevenciós programra kiterjedő kataszter került összeállításra, mely megfelel az EDDRA adatgyűjtési szempontrendszerének.

Összesen 136 olyan szervezet került azonosításra, mely programszerűen végez közvetlenül a diákokra irányuló direkt, vagy indirekt drog-prevenciós tevékenységet, vagy az iskolai drogmegelőzéshez kapcsolódó programot (pl. iskolai kortárssegítők, kortársoktatók vagy pedagógusok képzése révén) működtet. Ez a 136 szervezet összesen 280 iskolai drog-prevencióval foglalkozó programot működtet, melyek közül 233-ról áll rendelkezésre részletes információ. A programok 60%-a közvetlenül a diákokkal, 40%-uk pedig pedagógus, vagy kortársképzéssel foglalkozik. A 6-18 éves diákok közül évente körülbelül minden negyedik gyerek vesz részt valamilyen drog-prevenciós programban.

Az iskolai kereteken kívül folyó prevenciós tevékenységről nem állnak rendelkezésre hasonló részletezettségű adatok, az országban mintegy 121 szervezet foglalkozik iskolán kívüli prevenciós programok szervezésével.

A munkahelyi prevenciós tevékenységet elsősorban az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület koordinálja. Programjaikban körülbelül 20 ezer munkavállaló érintett.

A szabadidő eltöltésének színterein több szervezet működtet „Party Service”-t, melyek diszkók és partik közönségét célozzák meg információnyújtó programjaikkal.

## 4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS<sup>27</sup>

### Háttér, előzmények

Az 1990-es évek elejéig a drog téma érzékenysége miatt kutatásokat csak nagyon ritkán végeztek. Az utóbbi évek tapasztalatai szerint napjainkban inkább az ESPAD jellegű, kvantitatív vizsgálatokra van igény. A problémás droghasználókat elérő, etnográfiai módszereket használó kutatások Magyarországon még elég ritkák.

A problémás drogfogyasztók becslésére 2003-ban került először sor, egyelőre csak Budapest vonatkozásában. A kezelésben résztvevő drogfogyasztók jellemzőiről a kötelező statisztikai adatgyűjtés keretében jelentett adatok állnak rendelkezésünkre. Az elmúlt évek tendenciáihoz képest az elterelés intézményének bevezetése eredményeként tovább emelkedett a kezelésben résztvevő fogyasztók száma, jellemzőiket tekintve is történt változás.

A kezelésben nem részesülő drogfogyasztók jellemzőit a körükben végzett különböző kvantitatív és kvalitatív kutatások eredményeiből ismerjük.

### 4.1. PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSEK

A rejtett problémás drogfogyasztás prevalenciájára vonatkozóan 2003-ban készült először becslés Magyarországon, mégpedig helyi szintű becslés, csak a fővárosra koncentrálván. Ennek oka egyrészt a rendelkezésre álló adatok megbízhatatlansága, másrészt Budapest „kiemelkedő” szerepe mind a drogfogyasztás prevalencia értékeit, mind az ezzel szoros összefüggésben álló prevenció és ellátóintézmények számát tekintve.

Az eljárás során problémás drogfogyasztóknak tekintettük a hosszabb ideje rendszeres opiát-használókat, a bevitel módjától függetlenül. A rejtett opiát-használók számának becslésére a szorzó módszert alkalmaztuk (EMCDDA 1997). A becslés alapjául a 2003-ban Budapesten kezelésben megjelent összes opiát-fogyasztó számát vettük (meg kell jegyeznünk azonban, hogy a többszörös regisztrálás nincs kiszűrve a nyilvántartásban, ami felülbecslést eredményez).

A rejtett populáció regisztrált opiát-fogyasztókhoz viszonyított arányát kvalitatív kutatás eredményeként kaptunk. A kvalitatív kutatás során 80, egyrészt fenntartó metadon-, másrészt tűcsere-programban résztvevő klienst kérdeztünk meg. A válaszadók saját becslése szerint Budapesten 2003-ban a teljes opiát-fogyasztó populáció 47%-a, a nevesítési technikát alkalmazó eljárás szerint 49%-a volt kezelésben. Vagyis Budapesten 2003-ban mintegy 4000 főre tehető (pontos adat a különböző eljárások szerint 3848-4223) a problémás opiát-fogyasztók száma. Az 1000 lakosra jutó ráta 2,4.

A kliensek becslése szerint a teljes budapesti opiát-használó populáció 82%-a intravénás használó, a kezelésben megjelenteknek pedig több mint 90%-a. Az általuk jól ismert rendszeres opiát-használók egynegyede maradt ki az iskolából, 60%-uk munkanélküli és egyötödük hajléktalan. Háromnegyedüknek volt már rendőrségi ügye a kábítószer-fogyasztással összefüggésben.

### 4.2. KEZELÉSBE VONT KLIENSEK PROFILJA

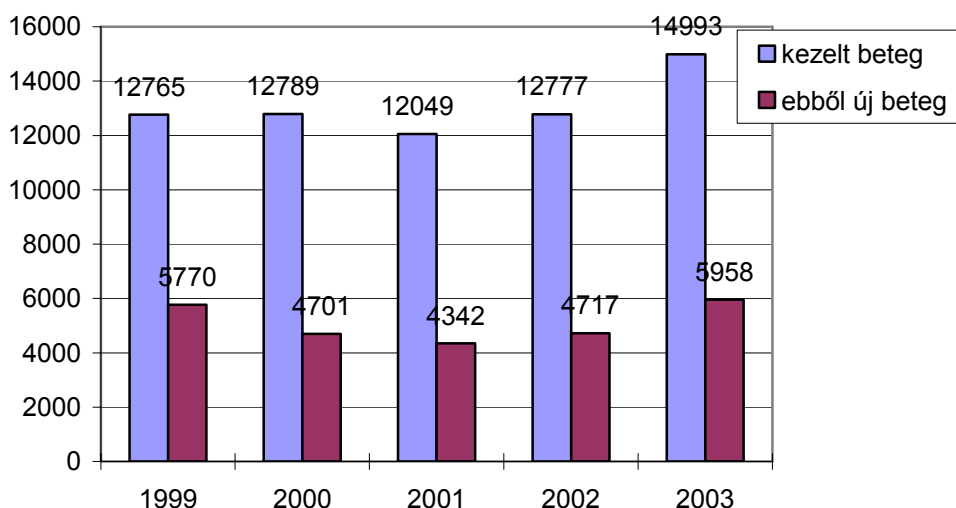
Az adatokat kb. 400 kezelőintézmény szolgáltatja évente. Az adatgyűjtő és feldolgozó központ 2003-tól az Országos Addiktológiai Intézet (OAI). Az adatszolgáltatók típusait az 5. fejezetben tárgyaljuk.

---

<sup>27</sup> A fejezet szerzői: Nádas Eszter, Nyírády Adrienn, Porkoláb Lajos

2003-ban a korábbi évek stagnáló tendenciájához képest jelentős mértékű, 17%-os növekedés mutatkozik a kezelésben megjelent kliensek számában. Az új betegek száma az előző évhez képest szintén jelentősen, 26 %-kal emelkedett. A megelőző három évet tekintve az új betegek számának stagnálása megszűnt, a növekedés 2003-ban jelentősnek mondható. Ennek a növekedésnek a hátterében a BTK 2003-as módosítása áll, amely a kábítószer-fogyasztók szélesebb rétegei számára tette lehetővé az elterelés igénybe vételét, amely a kezelés intézményeiben valósul meg.

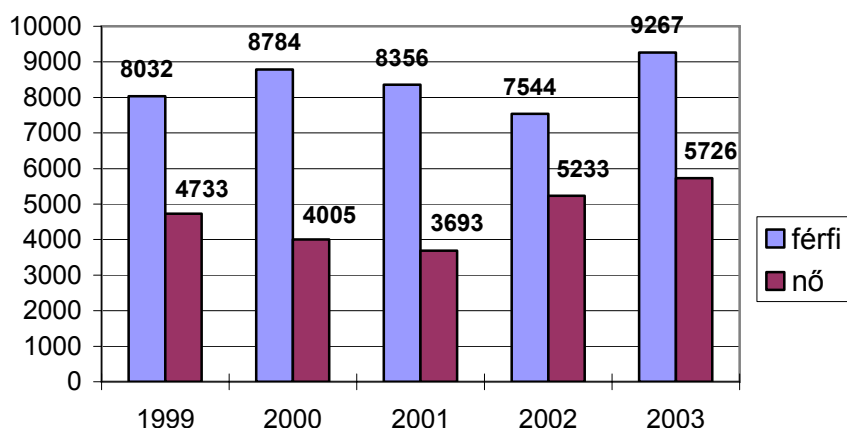
10. ábra. Kezelésben részesült kábítószer fogyasztók száma Magyarországon, 1999-2003



Forrás: OSAP

A kezelt kábítószer fogyasztók nemek szerinti megoszlását tekintve a férfiak száma minden évben magasabb volt, mint a nőké, arányuk 2003-ban 62-38% volt. A nyugtató típusú szerek kivételével az elmúlt években az egyes kábítószer kategóriákban külön-külön is magasabb volt a férfiak száma. Egyedül a nyugtatókat, alatókat kábítószerként fogyasztók között volt a nők aránya minden évben lényegesen nagyobb.

11. ábra. A kezelt kábítószer fogyasztók nemek szerinti megoszlása, 1999-2003

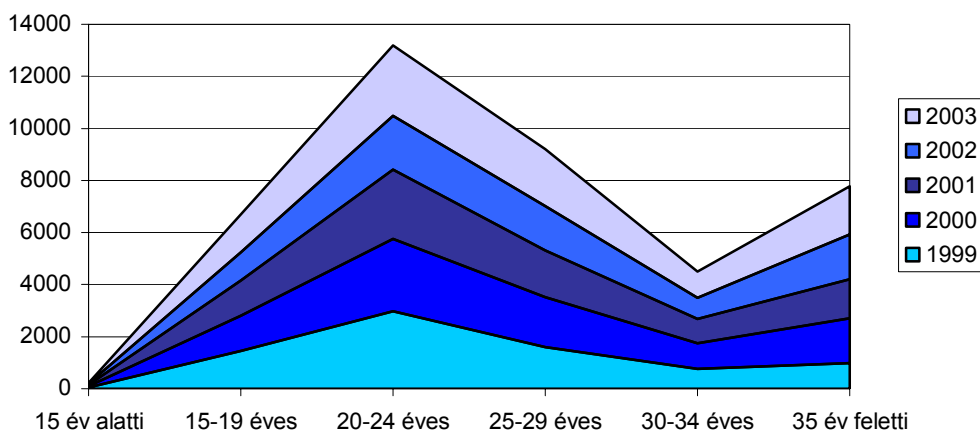


Forrás: OSAP



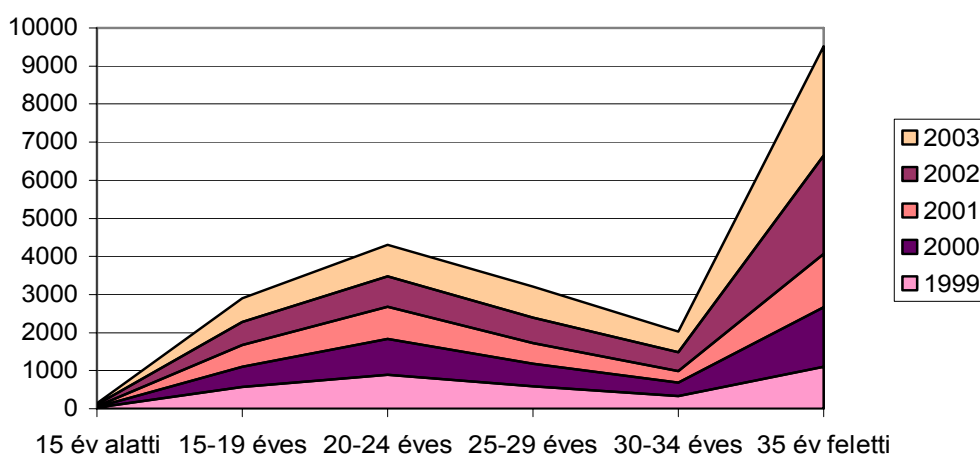
A férfiak és a nők életkori megoszlása sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. A férfiak körében minden évben a 20-24 év közöttiek voltak legtöbben, míg a nőknél a 35 év feletti, de a nők körében is kiemelkedően sok a 20-24 éves kábítószer-fogyasztó. A 35 év feletti nők által jellemzően használt drogok a nyugtatók és altatók.

12. ábra. *Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó FÉRFIAK körében, 1999-2003*



Forrás: OSAP

13. ábra. *Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó NŐK körében, 1999-2003*



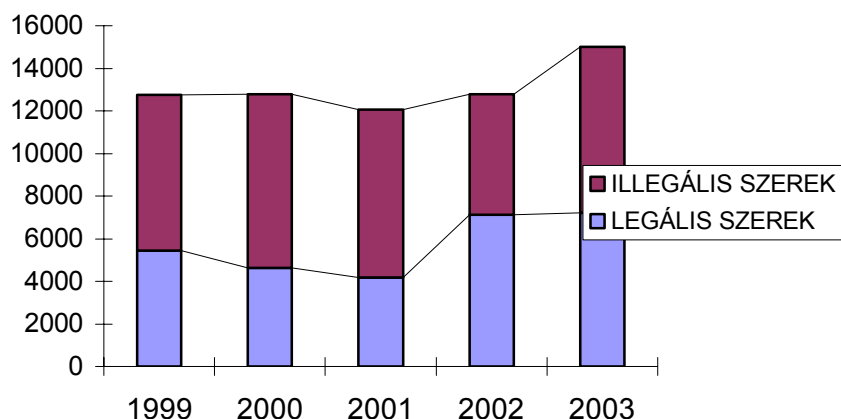
Forrás: OSAP

A kezelésben részesült férfiaknál 2003-ban a 15 év alatti korosztályban 33%-kal csökkent, ugyanakkor a többi kategóriában jelentősen nőtt a kábítószer-fogyasztók száma. Nőknél a 15-év alattiaknál csökkenés, 15-19 év között stagnálás, afölött jelentős, de a férfiak mértékét el nem érő növekedés mutatkozik.

### Szertípus szerint

A 2003. évben jelentősen nőtt az illegális szerhasználat miatt kezelt aránya, a kezelt betegek számának jelentős emelkedése mellett.

14. ábra. Kezelt kábítószer fogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek típusa szerint, 1999-2003



Forrás: OSAP

2001-ben a kezelt opiát-fogyasztók száma 13%-kal, 2002-ben további 36%-kal, majd 2003-ban 7,4 %-kal csökkent az előző évhez képest, így most az összes kezelt betegnek 17 %-a volt opiát fogyasztó!

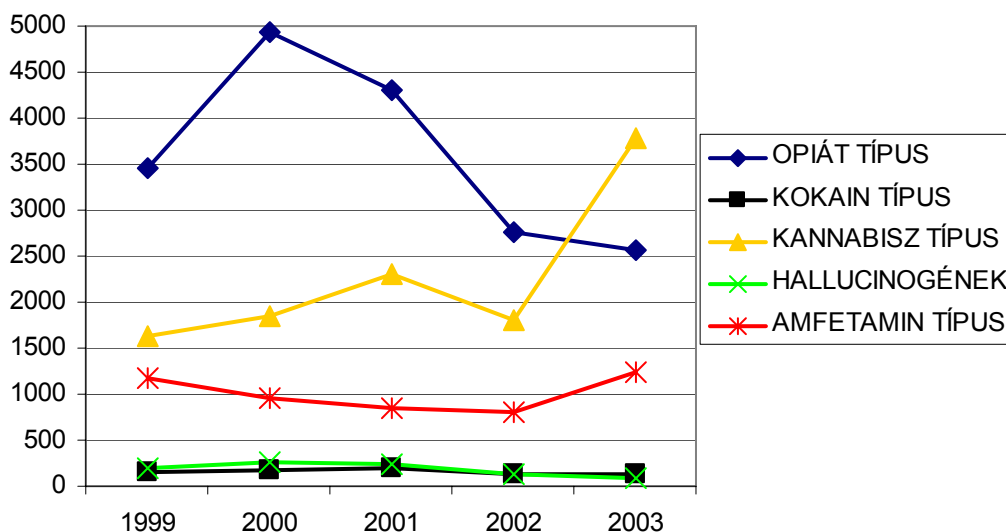
A kannabisz (marihuána, hasis) fogyasztók arányában 2002-ben 22%-os csökkenés következett be, és az összes kezelt betegek közötti arányuk 14%-ra csökkent. Ezzel szemben 2003-ban kiugróan magas, 109 %-os növekedés mutatkozik. Ezzel a nyugtató szereket fogyasztók után a második legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között.

Az amfetamin fogyasztás miatt kezelt betegek száma 2002-ig folyamatosan csökkent. 2003-ban viszont jelentősen, 52 %-kal nőtt, így most az összes beteg 8,2 %-át képezik.

A kezelt kokain fogyasztók száma 2002-ben 34%-kal, 2003-ban további 3,7 %-kal csökkent, arányuk így az összes kezelt beteghez viszonyítva 0,9 %.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt aránya az összes beteghez képest mindig csekély volt, számuk 2002-ben 48%-kal, 2003-ban további 32 %-kal csökkent az előző évhez képest.

15. ábra. Illegális kábítószer-fogyasztás miatt kezelt betegek száma, 1999-2003



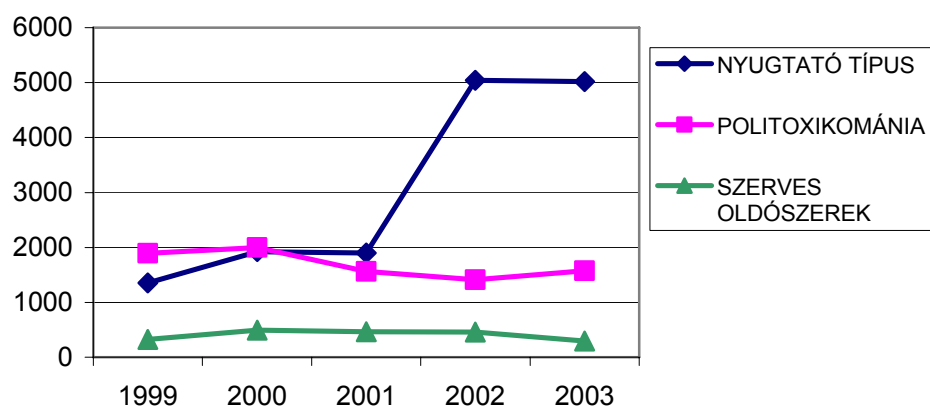
Forrás: OSAP

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók aránya relatíve alacsony. Az összes kezelt beteghez viszonyított arányuk 2003-ban 2 % volt.

A nyugtatókat, altatókat visszaélészerűen fogyasztók aránya 2003-ban az összes kezelt beteghez viszonyítva 33,5%, ami azt jelenti, hogy nemcsak a legális szerek között ez a legmagasabb arányú, de megelőzte az illegálisokat is, miközben a nyugtatókat fogyasztók száma nem nőtt.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelték számában 2003-ban ismét 11 %-os növekedés volt. Ennek az ingadozásnak oka nem ismert, szakmai magyarázatra szorul.

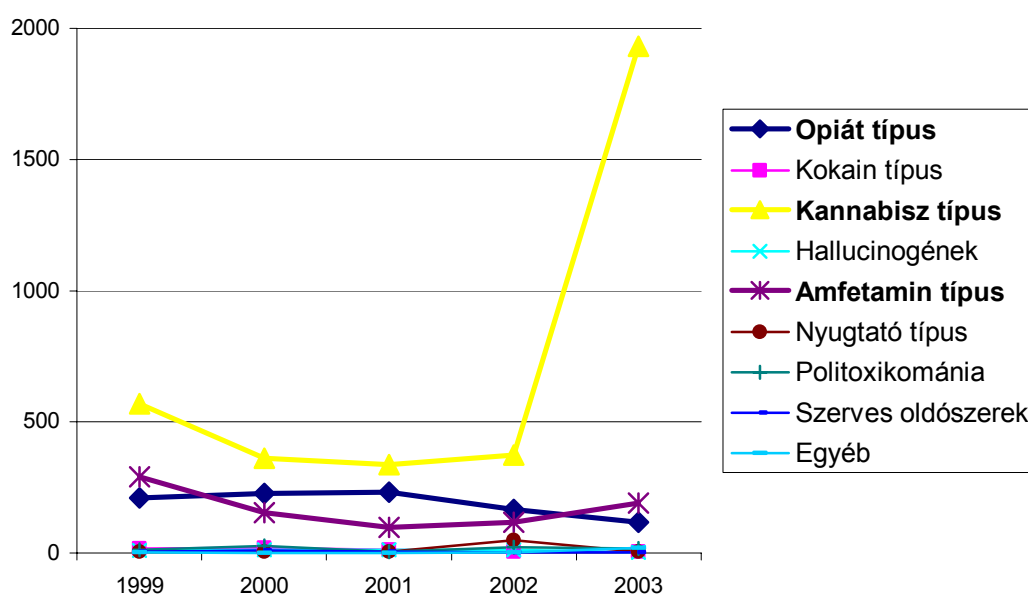
16. ábra. Legális kábítószer-fogyasztás miatt kezelt betegek száma, 1999-2003



Forrás: OSAP

Az elterelő kezelésben részesülő kábítószer fogyasztók számában a törvénymódosítás következtében jelentős (212%) növekedés következett be. A 2003-ban tapasztalt nagymértékű növekedés háttérében a kannabisz-fogyasztás miatt elterelő kezelésben részesültek 417 %-os növekedés áll.

17. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma a kábítószer fajták szerint



Forrás: OSAP

## Az ellátó intézmény típusa szerint

A 2003-as adatok szerint a következően alakult a kábítószer-fogyasztók megoszlása a kezelőintézmény típusa szerint.

8. táblázat. Kábítószer-fogyasztók megoszlása a kezelőintézmény típusa szerint

<b>Intézmény típusa</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Addiktológiai gondozók	3618	3447	3088	<b>2901</b>
Drogambulanciák	5689	3807	3160	<b>5112</b>
Pszichiátriai gondozók	434	267	117	<b>692</b>
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	3032	3103	2451	<b>2277</b>
Egyéb ellátóhelyek (sürgősségi osztály)	-	1397	4045	<b>3955</b>
Gyermekpszichiátriai gondozók	16	28	16	<b>56</b>
<b>Összesen</b>	<b>12789</b>	<b>12049</b>	<b>12877</b>	<b>14993</b>

Forrás: OSAP (2000-2003)

A jelenleg rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy a drogbetegek kezelése Magyarországon döntően ambuláns keretek között történik. Ahogy a korábbiakban már említésre került, a Btk. 2003-ban történt módosítása a kábítószer-fogyasztók szélesebb rétegének teszi lehetővé az *elterelésben* való részvételt, mely lehet gyógyító kezelés, vagy megelőző-, felvilágosító szolgáltatás igénybevétele. Az *elterelésben* 260 addikciót kezelő intézmény vesz részt, ebből 14 drogambulancia és 51 addiktológiai gondozó.

### 4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐK FŐ JELLEMZŐI ÉS FOGYASZTÁSI MINTÁI

#### Intravénás droghasználók kockázati magatartásai

Intravénás droghasználók kockázati magatartásainak bemutatása (Rácz 2004), feltárása céljából készült kvalitatív kutatás 33, budapesti és pécsi, jellemzően 22-25 éves (22 férfi és 11 nő) intravénás droghasználó körében. Az interjú-alanyok kezelést kereső vagy tūcsere-programban résztvevő droghasználók, illetve utóbbiak társas köreihez tartozó droghasználók voltak.

Az interjúk kitértek a vásárlásra, a drogoldat elkészítésére, elosztására, a közös eszközhasználatra, annak pszicho-szociális jellemzőire, a hepatitisz C fertőzéssel kapcsolatos stratégiákra és a tūcsere- vagy más alacsony küszöbű programokban való részvételre.

A vizsgált személyeknél az osztott, közös használat előfordult, azonban a legtöbb megkérdezett tisztában volt ennek veszélyeivel. Míg a közös túhasználatot az interjú-alanyok kockázatosnak és elkerülendőnek tartják (nem alakult ki rituális megosztás sem), addig a közös főzőedény, a közös szűrő alkalmazását kevésbé. A drogoldat közös elkészítése gyakori a megkérdezettek körében, mert ritkán fordul elő, hogy valakinek egyszerre meglegyen az egységnyi pakett megvásárlásához szükséges pénze. A heroint pedig folyékony formában lehet pontosan elosztani, tehát szükségessé válik a közös elkészítés. A közös vásárlás ugyanakkor a droghasználat kontrollálására irányuló kísérletként is felfogható; ilyenkor kevesebb drogot vesznek, előkészületeket tesznek a használatra, az is droghoz jut, akinek nincs elegendő pénze, ezzel az elvonás következtében előálló sürgető,

kockázati magatartásokhoz vezető állapotokat kerülnek el. A kevésbé integrált droghasználók az elvonások kialakulása révén veszélyeztetettebb helyzetben vannak. Ők lesznek ugyanis azok, akik közös szűrőt használnak, esetleg más után tűt is.

A korábban „kelet-európai” jellegzetességként leírt megosztási formák (házilagos készítés, fecskendőben történő adás-vétel, vér hozzákeverése a heroin-oldathoz) nem fordultak elő. A rendőrség tűkkel kapcsolatos politikája (a tű bizonyíték a kábítószer-használattal összefüggő bűncselekmények gyanújához) növeli a fertőzés kockázatát: a megkérdezettek nem szívesen hordanak magukkal tűket; ugyanígy, a tűcsere-program számára sem szívesen gyűjtöttek össze használt tűket.

## **Metadon programban résztvevő kliensek jellemzői**

2001 márciusa és 2003 márciusa között került sor a budapesti Jász utcai Drogambulancia metadon programjában részt vevő 201 kliens körében végzett felmérésre (Demetrovics et al. 2004). A vizsgálat részben kérdőíves, részben interjúk módszerrel készült. Célja a fenntartó metadon kezelés hatékonyságának vizsgálata volt, de jelen fejezetben csak a kliensek és a szerhasználat fő jellemzőiről rendelkezésre álló információkat ismertetjük.

A megkérdezettek 71,5%-a férfi, átlagéletkoruk a vizsgálatba kerüléskor 27,2 év, a legfiatalabb kliens 16 éves, a legidősebb 54 éves volt. Döntő többségük (87,2%) Budapesten él. Családi állapotukról elmondható, hogy majdnem minden ötödik személy (18,1%) ép (származási) családban él. A legtöbben (22,4%) partnerükkel élnek, és 9,5% a saját családot alapítók aránya. Ugyanennyien élnek egyedül (9,5%).

Egyharmaduk legfeljebb a 8 általánost fejezte be, az érettségizettek aránya 21,8%, minimális a felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma. (A kérdőív a szülők iskolai végzettségére is kitért, ahol 21,7% a felsőfokú végzettségűek aránya.)

Kilenc személy vallotta, hogy nem rendelkezik jövedelemmel. Akik viszont igen, azok átlagosan havi nettó 149.000 forinttal gazdálkodnak. (300 ezer forintnál magasabb bevételről 10% nyilatkozott.)

A megkérdezettek 83,3%-a használt már marihuánát és hasonló arányú a stimulánsok, illetve a hallucinogén drogok kipróbálásának aránya is. A stimulánsok és a kannabisz származékok tekintetében, az esetek igen jelentős részében előfordult olyan időszak a kliensek életében, amikor hetente többször vagy naponta fogyasztották.

Az opiátok tekintetében a heroin dominál, csaknem mindenki használta már, az egyéb opiát származékok a kliensek harmadánál fordultak elő. A heroint valaha használók 60%-a soha nem használt mákteát. Az átlagos opiát-használati múlt 7 év (2 - 22 év között).

A kliensek több, mint 80%-át kezelték korábban *drogproblémával* ambulánsan, 70%-át kórházban. Csaknem minden ötödik válaszadót (21,5%) kezelték már *egyéb pszichiátriai problémával* ambulánsan, 12,1%-ukat pedig pszichiátriai osztályon. A metadon programban sikeresnek bizonyuló személyek esetében szignifikánsan magasabb a korábbi kórházi kezelések száma.

A vizsgálatba vont kliensek kezdő metadon adagja átlagosan napi 47 mg volt. A kezelés folyamán a dózis csökkentése volt a jellemző. Így az adatfeldolgozás kezdetekor az átlagos dózis 24,7 mg volt.

## **Kezelésben nem részesülő kokain-használók jellemzői**

A Budapesten végzett kvantitatív vizsgálat 210, véletlen mintavétel alapján kiválasztott kokainfogyasztó bevonásával készült; kétharmaduk – 140 fő – aktuálisan nem vett részt terápiában (Gerevich et al. 2004). A vizsgált 137 férfi és 73 nő átlagéletkora 28,7 év, a legfiatalabb 19, a legidősebb 50 éves. A kokainfogyasztók party (hét végi fogyasztás,

társadalmi integráció),- szcéna (marginális drogfogyasztó kultúra része),- és terápiás (a vizsgálat idején drogfogyasztása miatt kezelés alatt állt) csoportokra különíthetők el.

A terápiaiban aktuálisan nem résztvevő két csoport jellemzői:

A party és a szcéna csoport tagjainak életkori átlaga megegyezik: 28 év. A nők aránya a szcéna csoportban a legmagasabb: 44,3%, míg ez a party csoportnál 31,4%.

Az elmúlt 30 nap szerhasználatának vizsgálatakor a következők derültek ki: a party csoport tagjai 100%-a, a szcéna tagjai 98,6%-a használt kokaint. Egyszerre több szer használata a szcéna csoport tagjainak 87,1%-ára, míg a party csoport 81,4%-ára volt jellemző. A szcéna csoport tagjai szignifikánsan nagyobb arányban használtak a kokain mellett egyéb szereket: heroint 38,6%-uk, illegális metadont 31,4%-uk, illegális gyógyszert 30%-uk. Ugyanígy a kokain intravénás használatánál a szcéna csoport szignifikánsan magasabb értéket mutatott, mint a party csoport tagjai. A megosztott túhasználat esetében nem mutatkozott különbség a két csoport között.

A testi-lelki egészség terén a party csoport mutatta a legkedvezőbb képet, akárcsak a bűnelkövetést illetően: a „lopással töltött napok száma” náluk szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a szcéna tagjainál.

A szcéna csoport tagjai között a munkanélküliként töltött napok száma jelentősen magasabb, a munkával töltött napoké pedig alacsonyabb volt, mint a party csoport tagjainál.

A különböző problématerületek elemző összehasonlítása során kiderült, hogy a szcéna csoport tagjai a legveszélyeztetettebbek úgy a rizikó tényezők, mint a foglalkoztatás és bűnelkövetés terén.

## **Következtetések**

Habár az EMCCDA definíciója a problémás drogfogyasztók közé sorolja az intravénásan és/vagy a tartósan vagy rendszeresen használó amfetamin-fogyasztókat is, és számuk Magyarországon a lakossági felmérések illetve a kezelési adatok szerint növekszik (lásd még 2. fejezet), a leginkább problémás populációt továbbra is az opiát-fogyasztók jelentik.

Az opiát-fogyasztással együtt járó kockázati magatartásokról elmondható, hogy a kvalitatív kutatások során megkérdezettek átlagosan 7-8 éve fogyasztanak rendszeresen valamilyen opiát-származékot, 80%-uk intravénásan. Az intravénás használók tisztában vannak túmegosztás veszélyével, azt kevésbé alkalmazzák, inkább az egyéb kellékek megosztása jellemző körükben. Magyarországon a HIV/AIDS még nem jellemző körükben. A hepatitisz fertőzöttség is alatta marad a nyugat-európai országok értékeinek.

A problémás kokainhasználat Magyarországon nem jelenik meg sem a lakossági felmérésekben, sem a kezelési adatokban, számuk változatlan, vagy hibahatáron belüli elmozdulást mutat, ami származhat a populáció fokozottabban rejtőzködő életmódjából, a használat valóban kevésbé problémás voltából, illetve az ellátórendszer felkészületlenségéből. Azonban tagadhatatlan egyfajta átrendeződés. Csökken az opiát-fogyasztók száma mind a kezelt betegek, mind az elterelésben résztvevők között. A lefoglalásokról szóló adatokban is csökken a heroin jelentősége.

A 2003-as Btk. módosítást követően a kannabisz-fogyasztók jelennek meg legnagyobb számban a jogi problémákkal küzdők között, illetve - az elterelés intézményét igénybe véve - a kezelésben.

## 5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE<sup>28</sup>

### Háttér, előzmények

A 80-as években a drogfogyasztás elterjedését követően a betegellátási lehetőségek nagyrészt a már meglévő egészségügyi intézményhálózatra épültek, azaz részben a pszichiátriai, gyermekpszichiátriai, valamint az alkohol-betegek ellátásához kapcsolódtak. 1987-től kezdődően nyíltak meg az első drogambulanciák, melyek sokkal inkább tudtak speciális kezelést biztosítani az időközben kábítószer-fogyasztásis szokásokban (illegális drogfogyasztás, opiát-fogyasztás előretörése) megváltozott betegpopulációnak.

Kezdetben akár ambuláns, akár kórházi kezeléstről, vagy rehabilitációról volt szó, a terápiás célkitűzés kizárólag a kábítószerrel való teljes lemondás, absztinencia elérése volt.

A kezelés új szemléleti keretét a Nemzeti Stratégia (2000) határozta meg, melyben a beteggel történő kapcsolatfelvételtől a teljes rehabilitációig terjedően egy folyamatos kezelési lánc az absztinencia elérése mellett az egyén személyiségének és életmódjának alakításáig terjed. Az absztinenciát célzó kezeléseket mellett létjogosultságot kapott a súlyos heroin/opiát-függők kezelésében a metadon szubsztitúciós terápia.

Magyarországi kezelési irányzatok:

- pszichiátriai (betegség) modell
- pszicho-szociális (szociális munka, esetkezelés) modell
- szenvedélybetegek közösségi ellátása szemléletében

Az új irányzatok megjelenése kiszélesítette a kezelésbe kerülő kábítószer-fogyasztók, valamint a hatékonyabb terápiás formák számát. A már meglévő ellátóintézmények kibővítették addigi szolgáltatásaikat az új irányzatoknak megfelelően, azonban az ellátórendszer újabb típusa nem jelent meg.

A kábítószer-használó személyek egészségügyi ellátásának feladatait és szakmai minimumfeltételeit - tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény, valamint az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. évi ESZCSM rendelet határozza meg.

*Járóbeteg-ellátás:*

Drogambulanciák: drogbetegek ellátására specializálódtak

Addiktológiai és TÁMASZ gondozók: elsősorban alkohol-, mellette drogbetegeket látnak el

Pszichiátriai gondozók: pszichiátriai betegek mellett alkoholbetegeket kezelnek

Gyermek- és ifjúsági gondozók (jelentősége a kezelték arányát illetően folyamatosan csökken)

Egyéb civil szervezetek

*Kórházi-, fekvőbeteg ellátás:*

Pszichiátriai osztályok

Addiktológiai osztályok: elsősorban alkoholbetegeket ellátó, specializált osztályok

Krisziszintervenciós osztályok: néhány az országban

Detoxikáló (belgyógyászati, sürgősségi ellátást végző) osztályok

---

<sup>28</sup> A fejezet szerzői: Dr. Csorba József, Dr. Rácz József, Dr. Sándor Edit

Rehabilitációs-, hosszú távú kezelést lehetővé tevő intézmények: csak kisebb részben egészségügyi, többségében szociális szolgáltatást nyújtó, többségében civil szervezetek által működtetett terápiás otthonok

A hosszabb távú kezelésben/rehabilitációban részt vevő intézmények, terápiás közösségek általában rövid (kórházi) detoxikálás után fogadnak betegeket, működési és terápiás elveik a medikáció nélküli gyógyítást tekintik célkitűzésnek.

A segítő kapcsolatban többféle szakember szerepet kap, szociális munkások, addiktológiai konzultánsok, pszichológusok, pszichiáterek, lelkészek, egyházi szociális munkások, felépült szenvedélybetegek, önsegítő csoportok. Az absztinencia elérése nem az első lépésben történik, szerepet kapnak a motiváló, valamint a droghasználat egészségügyi és szociális ártalmait csökkentő programok. Az állami egészségügyi ellátás mellett egyre nagyobb hangsúlyt és szerepet kapnak a civil szervezetek, alapítványi, egyházi támogatással létrehozott és működő intézmények.

## **5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK**

2003-tól az addiktológiai közösségi gondozás kezdetével lényeges változás történt az egészségügyi és szociális ellátások közötti együttműködésben. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény, 2002. évi módosításával a települési önkormányzatok feladatköre a közösségi addiktológiai ellátással is bővült. A *közösségi alapú gondozást* – egyéni gondozási terv alapján – több szakember és segítő együttesen végzi az egyén szükségletéhez és állapotához igazodóan, közösségi gondozó és közösségi koordinátor bevonásával. Hosszú távú céljaink között szerepel, az alapellátás megerősítése, valamint az egészségügyi, szociális, önkormányzati és civil szolgáltatások összehangolása, a rendelkezésre álló források hatékony felhasználása a szenvedélybetegek kezelésében.

## **5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS**

A hazai kezelési gyakorlatban a "drug free" kezelés alatt tágabb értelemben a drogmentes/szermentes életmód elérését értjük, mely lényegesen túlmutat a tisztán egészségügyi jellegű, medikális intervenciókon. Az absztinenciára irányuló kezelés „drug free treatment” színtereinek az egészségügyi intézmények mellett a rehabilitációs otthonok, önsegítő csoportok és részben a családsegítő szolgálatok, valamint szűk keresztmetszetben a gyermekjóléti szolgálatok is tekinthetők. A „rehabilitációs” intézmény drogbetegek esetében legtöbbször valójában hosszú terápiás intézményeket, „terápiás közösségeket” jelöl, ahol az absztinens életforma kialakítását szociális programokkal is elősegítik.

## **Kórházi fekvőbeteg ellátás**

A drogbetegek ellátásának számában ugyan kevesebb, de jelentőségében nem kisebb a kórházi, fekvőbeteg ellátás szerepe. Erre elsősorban akut mérgezési állapotokban, detoxikálás miatt, vagy diagnosztikus célból van szükség. Az akut detoxikálásra döntően általános pszichiátriai vagy addiktológiai osztályon kerül sor. Ezek az osztályok jellemző a nagyon rövid ápolási idő, 2-2,5 nap. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2003-ban állásfoglalásában szándékozott ezt a gyakorlatot megváltoztatni: detoxikálást arra felkészült, intenzív részleget is tartalmazó belgyógyászati osztályokon kerüljön sor (ahogy Budapesten). A rövid detoxikációs fázist követően a relapszus prevenció (ambulánsan) és a kísérő pszichiátriai megbetegedés kezelése lenne a cél (fekvőbeteg osztályon vagy ambulánsan). A fekvőbeteg ellátás reformjaként végrehajtott ágyszám-csökkentések azonban érintették a pszichiátria területét is. Az átlagos ápolási idő 11-15 nap.



A kezelésbe kerülést nehezíti ezen osztályok szakemberhiánya, mely elsősorban felkészült és szenvedélybetegek ellátására alkalmas szakszemélyzetet jelent. Megoldatlan a fiatal, gyermekkorú drogfogyasztók/függők ellátása specializált kórházi ellátóhely hiánya miatt. Az akut mérgezési állapotot követően nem történik meg a beteg hosszabb távú terápiájának megtervezése, a számára megfelelő intézménybe való továbbküldése. Elérési program a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia és a Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai Osztálya (Budapest) együttműködése: megkereső program működtetése heroin túladagolás miatt bekerült betegeknél.

### **Járóbeteg (ambuláns) kezelés**

A drogambulanciák szervezeti hovatartozást illetően heterogén csoportot alkotnak. (Önkormányzati, kórházi osztály részeként, országos intézet részeként, egyesületi ill. alapítványi formában egyaránt működhetnek.) (Gerevich et al. 2003). Szakmai, módszertani ajánlás határozza meg a működés minimum feltételeit. Működésükhöz az engedélyt a területileg illetékes ÁNTSZ adja meg. 11 megyében működik drogambulancia, Budapesten 4.

Az ambulanciák tevékenységi köre heterogén, vannak, akik kifejezetten primer prevenciók tevékenységet végeznek, míg mások előtérbe helyezik az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos feladatokat. A gyógyítás egységes modelljei hiányoznak, a diagnosztikai és kezelési módszerek nem kristályosodtak ki teljes egészében és gyakran helyi hagyományokon, aktuális lehetőségeken és nem konceptuális alapon nyugszanak. 2000-től kezdődően a drogambulanciák folyamatosan bekapcsolódtak az *EuropASI* tanfolyamokba, több kezelési kézikönyv jelent meg, elősegítve az egységes szemléletű gyógyító munka elterjedésének folyamatát. (Gerevich et al. 2003). A kutatás, a szakmai publikációk, valamint képzések, továbbképzések 2003-ban nem voltak számottevőek.

Egy intézmény esetében történt a betegek szisztematikus follow-up-ja:

A kutatás során a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulanciánál kezelt 139 kliens körében utánkövetéses vizsgálat keretében a kutatók 76–ot találtak meg újra. Közülük 61 klienssel vették fel újra a magyar nyelvű *EuropASI* follow-up modulját (Meyers). Az ASI (Addiction Severity Index felvételére az első jelentkezéskor is sor került. A kliensek közül 3 meghalt, 7 visszautasította a beszélgetést, 63 kliens a rendelkezésre álló információk alapján nem találtak meg. A kutatók 16 személlyel készítettek kvalitatív interjút. A kliensek bekerülése és az utánkövető kérdőív felvétele közt eltelt idő átlagosan 35 hónap volt (minimum 28, maximum 43 hónap). Az ASI adatok alapján a droghasználat, a foglalkoztatottsági, a pszichológiai, valamint a családi és szociális helyzet szignifikánsan javult, az alkohol-használat, az általános egészségügyi és a jogi helyzet nem változott. A kvalitatív interjúk elsősorban a betegek és a terápiás személyzet kapcsolatára világítottak rá. A kutatás korlátja, hogy a betegek kiválasztása és utánkövetése nem véletlenszerű volt (Marián et al. 2004).

Az ambuláns ellátások azonban csak részben történnek drogambulanciákon, *ugyanilyen* nagyságrendben addiktológiai gondozókban (alkohol és drogbetegeket egyaránt ellátó intézményekben, részben TÁMASZ gondozók) valamint kis számban mentálhigiénés és pszichiátriai gondozókban (ezek alapvetően pszichiátriai betegek ambuláns kezelését jelentő intézmények) látják el a drogbetegeket.

A gondozók tevékenységi körében detoxikálás, tartós gondozás, a kíséző, vagy alapbetegségként megjelenő pszichés zavarok gyógykezelése, a páciensek és családtagjainak nyújtott tanácsadás, szűrés és szakkonzílium szerepel.

## **Rehabilitációs intézmények**

Ezeket az intézményeket elsősorban civil szervezetek működtetik, egyházi, alapítványi, önkormányzati és egyéb támogatásokból történik a fenntartásuk. Az intézetek általában a komplex rehabilitáció lehetőségét kínálják, legtöbbször terápiás közösségi formában működnek. Beutalás ambuláns, vagy kórházi osztályon történt rövid detoxikálást követően lehetséges. A kezelés időtartama 6 hónap és két év között változik. Általában mindkét terület, az egészségügyi és a szociális rehabilitáció is, képviselve van. Mindamellett a szociális jellegű segítségnyújtás dominál (munkaterápia, szociális reintegráció).

2002-ben jelentős férőhelyfejlesztés történt, a mennyiségi fejlesztés mellett minőségi fejlesztésre is sor került, korszerű terápiás lehetőségek bevezetésével, a személyzet képzésével 400 férőhely működik jelenleg. 2003-ban a meglévő 9 rehabilitációs otthon mellé két új intézmény nyitotta meg a kapuit, az egyik a görög katolikus egyház támogatásával a másik, pedig civil szerveződés formájában. Újabban jellemző tendencia, hogy az intézmények munkájában egyre nagyobb részt vállalnak szociális munkások, illetve gyógyult szenvedélybetegek is.

Léteznek rehabilitációs intézmények a szociális ellátás és az egészségügyi ellátás keretében egyaránt. A hatályos, e téren 2003-ban megváltozott szociális tv. "rehabilitációs alkalmassági vizsgálatot" ír elő. A rehabilitáció vonatkozásában jogharmonizációs törekvések vannak folyamatban.

Finanszírozásuk alapját a szociális normatíva adja, melyhez hozzájárul az egészségügyi ellátásra biztosított, krónikus betegellátási támogatás. Ezekben az intézményekben a korszerű diagnosztikai lehetőségek alkalmazása, a medikális és paramedikális személyzet képzettségi szintjének emelése, a hatékonyság vizsgálata a célkitűzés.

A Magyarországi Drogterápiás Intézetek Szövetsége 2003-ban kidolgozott egy minőségbiztosítási rendszert (amely adatok gyűjtésére is vonatkozik), elfogadása folyamatban van.

## **5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS**

### **Elvonó kezelés**

A hazai drogbeteg-ellátás keretében mind a járó beteg ellátásban, mind a kórházi fekvőbeteg ellátásban folytatnak gyógyszerekkel támogatott detoxikáló és absztinenciát stabilizáló kezelést. Az elvonási tünetek gyógyszeres kezelésében széles körben használnak benzodiazepineket, adrenerg szereket. Opiát- és heroin-függők kezelésére metadont adnak rövid távú elvonásra (a korábbi hatósági fellépések hatására az orvosok óvatosan, ritkán adják), valamint a fenntartó, szubsztitúciós kezeléseknél is. A metadon kezelés mindkét formája térítésmentes a betegek számára. Szórványosan alkalmaznak alternatív medicinális koncepción alapuló fül-akupunktúrát.

### **Szubsztitúciós kezelés**

A 2002-ben már létező öt központ mellett 2003-ban indult el a metadon kezelési program a Soroksári Addiktológiai Centrumban. Az utóbbi években ennek köszönhetően nagymértékben emelkedett a kezelésben lévő betegek száma is. A legjelentősebb emelkedés a Nyíró Gyula Kórház Jász utcai Drogambulanciáján figyelhető meg (1999-ben 32 kliensről 2003-ra 260 kliensre). Ezen a drogambulancián kerülnek összegyűjtésre a havi

kezelési adatok 2002 januárjától. A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelésben részesülő páciensek nyilvántartását a metadon kezelést végző addiktológiai szolgáltatók biztosítják. A nyilvántartás az érvényben lévő kábítószer rendészeti jogszabályok alapján történik. A kezeltek az anonimitást biztosító kód alapján országos regiszterbe kerülnek. A regisztert a Jász utcai Drogambulancia vezeti.

2002-ben elkészült és megjelent az Egészségügyi Közlönyben a metadon kezelés szakmai protokollja, illetve megoldódott a metadon kezelés OEP finanszírozása. 2003. szeptember 1-jén elindult Budapest második metadon programja a Soroksári Addiktológiai Centrumban.

Jelenleg Magyarországon a metadont háromféle terápiás protokollban használják:

1., Rövid detoxikációs kezelés, amely gyors ritmusú csökkentést jelent, a kezelés időtartama maximum 30 nap. A kezelés célja a detoxikáció, a minél gyorsabb opiát-mentesség elérése.

2., Hosszú távú detoxikációs kezelés, ahol a csökkentés ritmusa lassúbb, fokozatosan történik, és általában hosszú opiát-függőségi múlttal rendelkező pácienseknél használjuk. A kezelés időtartama ilyen esetekben változó, 1 hónaptól 6 hónapig. A kezelés célja ebben az esetben is az opiát-mentesség elérése.

3., Szubsztitúciós (hosszú távú fenntartó) kezelés, ahol a metadon adag hosszú távon fennmarad, mivel a csökkentési próbálkozások mindig újabb visszaeséssel járnak. A szubsztitúciós kezelés akár évekig is folytatódhat. Olyan opiát-fogyasztó populációnál javasolják, ahol belátható időn belül az opiát-mentesség nem érhető el.

9. táblázat. 2003-ban metadon kezelésben részesült kliensek száma

Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
213	236	246	236	237	232	232	243	254	272	289	293

A létszám bővítés és fejlesztések ellenére még jelenleg is alacsony arányban részesülnek az opiát-függő betegek szubsztitúciós kezelésben. A hivatalosan regisztrált opiát-függők és a metadon kezelésben részesülő opiát-függők aránya kb. 5-6%, amely messze elmarad az Európai Unió átlagától (50%), de Szlovéniától (24%) vagy Csehországtól (19%) is.

## Következtetések

Az elmúlt egy évben a drogfogyasztók kezelésében egyre nagyobb szerepet kaptak a civil, alapítványi és egyházi szervezetek valamint az önszervező csoportok. Újabb jellemző tendencia, hogy az intézmények munkájában egyre nagyobb részt vállalnak szociális munkások, illetve gyógyult szenvedélybetegek is. A jelenleg rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy a drogbetegek kezelése Magyarországon döntően ambuláns keretek között történik. Az ambulanciák tevékenységi köre heterogén, a gyógyítás egységes modelljei hiányoznak, a diagnosztikai és kezelési módszerek nem kristályosodtak ki teljes egészében. A rehabilitáció területén 2003-ban a meglévő 9 otthon mellé két új intézmény nyitotta meg a kapuit. A szubsztitúciós kezelés területén egy új metadon kezelést nyújtó intézmény kezdte meg működését a fővárosban.

## **6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI<sup>29</sup>**

### **6.1. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN**

2003-ban az adatgyűjtési rendszer hiányosságai miatt csak a kábítószer-fogyasztás okozta halálesetekről rendelkezünk megbízható információkkal. A fejezetben szereplő halálozással kapcsolatos adatok eltérnek az országos adatgyűjtés adataitól, mivel az OSAP adatgyűjtés 2004. január 31-én fejeződött be, amikor még nem álltak rendelkezésre a 2003-as év végén boncolt esetek toxikológiai vizsgálatának eredményei. Az itt megjelenő és korrigált adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont Droghalálozási munkacsoportja készítette, az adatokat az Igazságügyi Orvosszakértői Intézetek, Országos Rendőr-Főkapitányság, Országos Igazságügyi Orvostani Intézet és az Országos Patológiai Intézet szolgáltatották. Arra vonatkozóan, hogy hány esetben volt vélelmezhető szándékos vagy véletlen túladagolás nem történt adatgyűjtés.

#### **Közvetlen túladagolás és közvetetten kábítószer-fogyasztás okozta halálesetek**

Magyarországon az elmúlt évekhez viszonyítva csökkent a kábítószer okozta halálozás, különös tekintettel az ún. direkt tú végén meghalt egyének számát tekintve, míg 2000-ben és 2001-ben 38, illetve 40 ember halt meg kábítószer túladagolás miatt, számuk 2003-ban 32 volt. Az tényként megállapítható, hogy a heroin okozta halálozás egyértelműen csökkent.

A legnagyobb arányt továbbra is az opiát használók teszik ki a túladagoltak között. A korábbi évek néhány esetéhez képest 2003-ban 4 kokain és 4 amfetamin túladagolásos halálesetről számoltak be. Az illegális szerhasználat okozta túladagolások csökkenő tendenciája mellett 2003-ban tovább emelkedett a legális szerek okozta túladagolások száma.

Az összességében kábítószer-használat következtében elhaltak számának csökkenése csak részben tulajdonítható a boncolási esetszámok csökkenésének. Lényegesebbnek tartható a disco drogok számának és használatának megnövekedése, mely közvetett módon vezet halálhoz: infarktus, egyéb szívizom elváltozások, szívritmus zavarok formájában. Ezek az esetek patológiai osztályokra kerülnek, ahol nincs mód toxikológiai vizsgálatokra, tehát rejtve maradnak. (Az Országos Patológiai Intézet jelentése szerint a beérkezett kérdőívek alapján kórbonctani osztályon nem történt kábítószer használat következtében elhunyt egyén boncolása.) Hasonló megállapítást tehetünk a kokainra vonatkozóan is.

---

<sup>29</sup> A fejezet szerzői: Dr. Csohán Ágnes, Dr. Csorba József, Dr. Keller Éva, Dr. Zacher Gábor

10. táblázat. Kábítószer fogyasztás miatti halálozás 1997-2003

Szerfajták	1997	1998	1999	2000	2001	2003
Opiátok	46	23	40	35	39	24
Kokain	-	3	-	-	-	4
Kannabisz	-	-	1	1	-	
Hallucinogének	-	1	-		-	-
Amfetamin	1	4	1	2	1	4
<b>Illegális drog összesen</b>	<b>47</b>	<b>31</b>	<b>42</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>32</b>
Szedatívumok	255	210	281	198	214	220
Politoxikománia	36	65	4	35	37	44
Szerves oldószer	1	32	10	9	20	15
Egyéb	-	-	-			9
<b>Összesen</b>	<b>339</b>	<b>338</b>	<b>337</b>	<b>280</b>	<b>311</b>	<b>320</b>

*Forrás: OSAP 1997-2001, 2003: Drog Fókuszpont droghalálozási munkacsoportja által készített statisztika.*

## Halandóság és a halálokok a drogfogyasztók körében

2003-ban nem folyt a halottak HIV, HCV szűrése, ezért erről nincs adatunk.

Jelenleg nem vehető össze a boncolás során, hogy az elhunyt állt-e kórházi vagy rehabilitációs kezelés alatt, így erre vonatkozóan sem tudunk adatot szolgáltatni.

A halálokok tekintetében jelenleg csak a túladagolásokról állnak rendelkezésre információk.

## 6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Magyarországon a HIV, HBV és HCV fertőzések előfordulására vonatkozó indikátorok az alábbi forrásokból álltak rendelkezésre:

- a bejelentett HIV/AIDS esetek, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból,
- az ÁNTSZ laboratóriumokban intravénás droghasználók körében végzett HIV, HBV és HCV vizsgálatokból származó prevalencia adatokat az ÁNTSZ megyei intézetei az országos tisztifőorvos utasítására szolgáltatatták,
- az intravénás droghasználók HIV, HBV, HCV fertőzöttségének monitorozására irányuló, 2003-ban a Népegészségügyi program AIDS prevenció alprogramja keretében finanszírozott vizsgálatokból.

A Drog Fókuszpont megalakulásával előrelépés történt az intravénás droghasználattal terjedő fertőző betegségekre vonatkozó adatok közös központban való gyűjtésében.

### HIV/AIDS

2003-ban Magyarországon a HIV/AIDS járvány jellemzőiben/mutatóiban nem történt figyelemre méltó változás a korábbi évekhez viszonyítva. 63 újonnan felderített HIV-pozitív személyt jelentettek be, az incidencia (6,3 eset/millió lakos) alacsonyabb volt az előző évinél (8 eset/millió lakos). A fenti esetekkel az 1985 óta regisztrált HIV-pozitív személyek kumulatív száma a 2003. év végéig 1.104-re emelkedett, közülük 12 személy (1%) fertőződött intravénás kábítószer-használat révén. 2003-ban mindössze 1 ilyen új esetet

regisztráltak, egy 35 éves vietnami intravénás droghasználó férfinél diagnosztizáltak HIV-fertőzést. Az intravénás droghasználó magyar állampolgárok körében az utóbbi hét évben nem regisztráltak HIV-fertőzést.

11. táblázat. A regisztrált HIV fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása

Év	Homo/bisexuális	Heteroszexuális	Hemofiliás	Transzfúziós recipiens	Intravénás kábítószer-fogyasztó	Nosocomialis	Maternalis	Ismeretlen	Anonim	Összesen
1986-1999	430	120	32	20	6	12	3	101	109	833
2000	17	16	0	0	1	0	0	14	0	48
2001	35	20	0	2	3	0	0	22	0	82
2002	35	26	0	0	1	0	0	16	0	78
2003	34	18	0	0	1	0	0	10	0	63
<b>Együtt</b>	<b>551</b>	<b>200</b>	<b>32</b>	<b>22</b>	<b>12*</b>	<b>12*</b>	<b>3</b>	<b>163</b>	<b>109</b>	<b>1104</b>

\*Importált esetek

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2003 (Csohán és Székács)

2003-ban az országban 93.304 HIV-vizsgálatot végeztek. Az ÁNTSZ és az OEK laboratóriumiban 133 – az intravénás droghasználók rizikócsoporthoz tartozó – személytől származó vérminta szerológiai vizsgálata történt meg, valamennyi minta negatívnak bizonyult. A vizsgálatok 95%-át a fővárosban és négy megyében (Baranya, Csongrád, Hajdú-Bihar és Veszprém) végezték. A vizsgálat az esetek döntő többségében a drogambulanciák orvosainak kérésére történt, kisebb részben önkéntes szűrővizsgálat volt.

A 2003. évben Budapesten, az Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai Osztályán folytatták a korábbi években megkezdett HIV-sentinel szűrővizsgálatokat. A kábítószer túladagolás miatt felvett 197 beteg között HIV-pozitív személyt nem találtak.

Nem diagnosztizáltak HIV-fertőzöttet aközött a 134 beteg között sem, akik a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján metadon kezelés alatt álltak (szűrésük a programba való kerülés előtt feltétel).

12. táblázat. A 2003. év folyamán HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HIV fertőzöttsége

	ÁNTSZ és OEK laboratóriumokban		az Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai Osztályán		a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján		Összesen	
	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív
Férfi	100	0	130	0	94	0	324	0
Nő	33	0	67	0	40	0	140	0
Összesen	133	0	197	0	134	0	464	0

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2003 (Csohán és Székács), (Újhelyi és Bánhegyi 2004)

A HIV-vizsgálatra került személyek többsége a 25-34 évesek korcsoportjából került ki. A heroin-túladagolás miatt vizsgálatra kerültek között viszont magasabb a 25 éven aluli fiatalok

aránya (38,1%), mint a metadon-kezelésben résztvevők (26,9%) vagy a drogambulanciák kérésére szűrővizsgálatra került páciensek között (27,8%). A drogambulanciákról érkezők között a férfi-nő arány 3:1, míg a túladagolás, illetve metadon-kezelés alatt állók között a nők aránya magasabb, a férfi-nő arány 2:1.

## AKUT HEPATITIS B

A HBV okozta akut megbetegedések incidenciája, valamint a hepatitis B vírus krónikus hordozására utaló adatok alapján megállapítható, hogy a HBV fertőzések epidemiológiai helyzete Magyarországon európai összehasonlításban is rendkívül kedvező.

2003-ban 143 akut megbetegedést jelentettek be, az incidencia 1,4‰-nek bizonyult, gyakorlatilag nem tért el a megelőző öt év átlagától. (Az utóbbi öt évben 100.000 lakosra kevesebb, mint két megbetegedés jutott.)

2003-ban a 143 beteg közül 7 (4,9%) volt intravénás kábítószer-használó, a diagnosztizált esetek száma csaknem megegyezett az előző két évben regisztrált megbetegedések számával.

13. táblázat. Az intravénás droghasználók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között

Bejelentett akut HBV esetek			
	összesen	közül iv. droghasználók	
		száma	%
<b>1993</b>	198	-	-
<b>1994</b>	223	3	1,3
<b>1995</b>	225	-	-
<b>1996</b>	183	1	0,5
<b>1997</b>	178	-	-
<b>1998</b>	178	3	1,7
<b>1999</b>	169	10	5,9
<b>2000</b>	130	-	-
<b>2001</b>	159	6	3,8
<b>2002</b>	159	6	3,8
<b>2003</b>	<b>143</b>	<b>7</b>	<b>4,9</b>

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2003 (Csohán és Kaszás)

A betegek átlagos életkora 26 év, hepatitis B elleni védőoltásban nem részesültek, közülük 6 férfi, 1 nő volt. Valamennyien magyar állampolgárok, többségük budapesti lakos, csakúgy, mint a megelőző években. A 15-19 éves intravénás droghasználók körében nem diagnosztizáltak 2003-ban hepatitis B megbetegedést. Ez az a korosztály, amelyik az 1999-ben bevezetett életkorhoz kötött (14 éves korban) kötelező hepatitis B oltások során aktív immunizálásban részesült.

A bejelentett esetek mellett 139 intravénás drogfogyasztónál végeztek a fertőzöttség kimutatására alkalmas HBsAg ellenanyag vizsgálatot. A vizsgáltak körében a HBsAg hordozás 0,7%-nak, a lakossági átlagnál (0,3%) magasabbnak bizonyult. A vizsgálatok egyharmadát a fővárosban, egyharmadát Veszprém megyében, további egyharmadát pedig Baranya, Csongrád és Hajdú-Bihar megyében végezték.

14. táblázat. A 2003. év folyamán HBsAg antigén jelenlétére vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HBV fertőzöttsége

	ÁNTSZ és OEK laboratóriumokban		az Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai Osztályán		a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján		Összesen	
	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív
férfi	100	1	130	*	94	*	324	*
nő	39	0	67	*	40	*	146	*
összesen	139	1	197	6	134	2	470	9

\* N.a.

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2003 (Csohán és Székács), (Újhelyi és Bánhegyi 2004)

### AKUT HEPATITIS C

2003-ban kevesebb heveny hepatitis C esetet jelentettek, mint az előző évben, a betegek közül kettő fertőződött nagy valószínűséggel intravénás droghasználat révén. A két beteg 25 évesnél idősebb nő volt.

Az intravénás droghasználók aránya a hepatitis C betegek között 1998-ban volt a legmagasabb (17,3%), azt követően folyamatosan csökkent. Míg 1998-ban 14, 2003-ban csupán két akut beteg tartozott az iv. droghasználók rizikócsoportjába. Ez a csökkenés arra enged következtetni, hogy az utóbbi két évben alkalmazott ártalomcsökkentő programok eredményesebbek voltak, mint a korábban.

Tekintettel arra, hogy a hepatitis C fertőzéseknek mindössze egyötödét követi heveny hepatitiszsel járó megbetegedés, a droghasználók között évente jelentkező új fertőzések számát legalább négy-ötszörösnek kell tekintenünk. A krónikus HCV fertőzöttek, a hordozók és krónikus betegek incidenciájáról, illetve prevalenciájáról országos regiszter nem áll rendelkezésre.

15. táblázat. Az intravénás droghasználók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis C betegek között

	Bejelentett akut HCV esetek		
	összesen	közül iv. droghasználók	
		száma	%
<b>1993</b>	48	1	2,1
<b>1994</b>	43	-	-
<b>1995</b>	32	-	-
<b>1996</b>	41	-	-
<b>1997</b>	88	7	8,0
<b>1998</b>	81	14	17,3
<b>1999</b>	68	8	11,8
<b>2000</b>	59	5	8,5
<b>2001</b>	43	5	11,6
<b>2002</b>	42	3	7,1
<b>2003</b>	30	2	6,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2003 (Csohán és Kaszás)

A tárgyalt évben 135 intravénás drogfogyasztónál végeztek a fertőzöttség kimutatására alkalmas anti-HCV ellenanyag vizsgálatot. A vizsgálatok egyharmadát a fővárosban, egyharmadát Veszprém megyében, további egyharmadát pedig Baranya, Csongrád és



Hajdú-Bihar megyében végezték. A nemzetközi irodalmi adatokkal megegyezően a HCV fertőzöttségi arány lényegesen magasabb volt, a vizsgáltak 10,3 %-a bizonyult anti-HCV ellenanyag pozitívnek (a lakossági átlag 0,6%). A vizsgált nők körében a prevalencia kétszer magasabb volt a férfiaknál mért értékénél.

16. táblázat. A 2003. év folyamán HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HCV fertőzöttsége

	ÁNTSZ és OEK laboratóriumokban		az Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai Osztályán		a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján		Összesen	
	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív
férfi	99	1	130	41	94	20	323	62
nő	36	0	67	18	40	13	143	31
összesen	135	1	197	59	134	33	466	93

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2003 (Csohán és Székács), (Újhelyi és Bánhegyi 2004)

### Heroin-túladagoltak csoportjában végzett sentinel vizsgálatok eredményei

A 2003. évi HIV, HBV, HCV szeroprevalencia vizsgálatban 331 (korábban még nem vizsgált) intravénás drogfüggő vizsgálatára került sor. 197 beteg a Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai osztályáról túladagolás miatt került vizsgálatra, 134 beteg a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján metadon kezelés alatt állt. A túladagoltak csoportja sentinel csoportnak minősíthető, hiszen ezen rizikócsoportban egy-két éves periódusokban rendszeresen ismételt vizsgálatokra is sort került, tehát nyomon követhető a prevalencia változása.

A heroin túladagolt csoportban a vizsgált intravénás drogfüggők 3,0 %-a volt HbsAg pozitív, és a vizsgáltak 19%-ánál korábban lezajlott HBV fertőzésre utaló markerek voltak kimutathatók. Ugyanebben a csoportban a drogfüggők 30%-át találták hepatitis C vírussal fertőzöttnek, ez az arány csaknem azonos a 2001-ben talált fertőzöttségi aránnyal, lényeges változás nem volt megfigyelhető.

17. táblázat. A heroin-túladagoltak csoportjában végzett sentinel vizsgálatok eredményeinek összehasonlítása

	vizsgált személyek száma	HIV- pozitívak aránya	HBsAg pozitívak aránya (%)	Anti-HBV pozitívak aránya %	Anti-HCV pozitívak aránya (%)
<b>1996/1997</b>	146	-	4	-	17
<b>2001</b>	136	-	1,4	-	28
<b>2003</b>	197	-	3,0	19	30

Forrás: GYISM Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2003, (Újhelyi és Bánhegyi 2004)

A metadon-kezeltek csoportjában 1,4%-a bizonyult krónikus HBV hordozónak, míg 16%-nál hepatitis B átvészeltséget igazoltak. (Ebben a csoportban az átvészeltség (16,4%) alacsonyabb volt, mint a heroin-túladagoltak csoportjában (19%).

A vizsgálatból levonható következtetések:

- A 24 év alatti metadon kezelés alatt álló fiúk 21%-a, a heroin túladagolás miatt kezeltek 33 %-a volt HCV pozitív. A pozitivitási arány magasabb volt, mint az idősebb korosztályokban. Ez azt jelzi, hogy a legfiatalabb korosztály nincs tisztában a drogfogyasztással kapcsolatos, vérrel átvihető fertőzések veszélyével.

- A sentinel csoportban 2003-ban mért HCV prevalencia a 2001. évihez képest alig változott, vagyis nem nőtt tovább ezen betegcsoportban az új HCV fertőzöttek száma. Vélhetően ennek az a magyarázata, hogy beindultak újabb túcseres programok (2003-ban beállították a túcseres automatákat is), és csökkent a HCV akvirálásának kockázata a veszélyeztetett csoportban.

### 6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS

Magyarországon ez idáig nem történt részletes, áttekintő, tudományosan megalapozott vizsgálat a drogfogyasztás és a pszichiátriai betegségek komorbidityának pontos megállapítása céljából. Történtek olyan kutatások, amelyek valamilyen pszichológiai személyiségvonásokat próbáltak megállapítani bizonyos drogfogyasztó populációnál.

Demetrovics és munkatársai opiát-függők, cannabis-fogyasztók és amfetamin-fogyasztók pszichológiai – személyiségbeli eltéréseit tárták fel.

Németh és munkatársai a Nyírő Gyula Kórház II. Pszichiátriai Osztályára kezelésre bekerült pszichotikus betegeknél mérték fel az esetleges drogfogyasztási szokásokat.

### 6.4 A DROGFogyasztás EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

A drogfogyasztás egyéb egészségügyi következményeiről mindössze a budapesti Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai Osztályára drogtúladagolás miatt bekerült, belgyógyászati, intenzív osztályos ellátást igénylők köréből állnak rendelkezésre adatok. A túladagolt betegek átlagéletkora 23 év, 60%-uk férfi.

Sebészeti, traumatológiai ellátást igénylő betegeket az ÁNTSZ által meghatározott ellátási rend szerint kerülnek ellátásra. Ezen betegek adatai nem szerepelnek statisztikánkban csakúgy, mint a kokain használat következtében kialakult mellkasi fájdalom miatt kardiológiára kerülő betegek. A drogfogyasztás ezen esetekben igen gyakran nem kerül felismerésre.

18. táblázat. *Drogtúladagolás miatt kezelésben részesült fogyasztók száma 2003-ban*

	<b>férfi</b>	<b>nő</b>	<b>összesen</b>
opiát	115	32	147
kokain	11	4	15
kannabisz	65	15	80
hallucinogén	13	8	21
amfetamin	103	210	313
politoxikománia	21	18	39
szerves oldószerek	82	24	106
<b>összesen</b>	<b>410</b>	<b>311</b>	<b>721</b>

*Forrás: Péterfy Sándor Utcai Kórház, Toxikológiai Osztály*

Drogtúladagolt betegeink 80%-át a heroin-függők adják ki. Ezek a betegek rövid ápolást követően távoznak az osztályról. Kb. 5%-uknál jelentkeznek szövődmények. Ezek az alábbiak: heroin-tüdő okozta légzési elégtelenség, rhabdomyolysis (izomszétézés), melyet veseelégtelenség követ, lágyrész-fertőzések, tályogok, felületes vénagyulladások, endocarditis. Akut ellátásra évente 10-15 beteg fordul meg kokainhasználatot követő mellkasi fájdalom, tudatzavar, magas testhőmérséklet és egyéb szövődmények miatt. Több olyan LSD-t fogyasztott betegünk is volt, akinél maradandó pszichés károsodás alakult ki.

## Következtetések

Az adatgyűjtési rendszer hiányosságai miatt egyelőre nem rendelkezünk átfogó képpel a kábítószer fogyasztással összefüggő haláleseteket és halandóságot illetően. A 2003-as év túladagolási eseteit tekintve elmondható, hogy az előző évekhez képest az opiátok okozta túladagolások száma csökkent, a kokain, az amfetamin és a legális szerek (főként gyógyszer) túladagolása okozta halálesetek száma azonban emelkedett.

A 2003. évi közel 100.000 HIV-vizsgálatból származó egy új pozitív eset, valamint a 464 intravénás drogfüggő célzott HIV-vizsgálata alapján megállapítható, hogy a hazai intravénás drogfüggők populációjában, az előző évekhez hasonlóan, nagy valószínűséggel még mindig igen kevés a HIV-fertőzöttek száma. A prevalencia olyan alacsony, hogy az alkalmazott vizsgálati módszerekkel nem volt mérhető.

Az intravénás drogfüggők körében diagnosztizált akut hepatitis B és hepatitis C esetek trendje azt mutatja, hogy az új HBV fertőzések számában az utóbbi három évben nem volt változás, az akut HCV fertőzések száma pedig 1998 óta folyamatosan csökkent. A drogambulanciákon kezelték 10,3%-os, valamint a heroin túladagoltak körében észlelt 28%-os prevalencia érték valószínűsíthetően zömében 2000 előtt újonnan szerzett HCV fertőzések kumulálásából adódik. Fontos tény, hogy az utóbbi csoportban a HCV prevalencia nem változott. Összességében a HCV prevalencia a 25 éven aluliak korcsoportjában az átlagosnál magasabb, ezért további beavatkozások szükségesek a „fiatal” intravénás droghasználók HIV, HBV, HCV fertőződési kockázatának csökkentése érdekében.

A drogfogyasztás egyéb egészségügyi következményeit illetően országos adatgyűjtés nem történt, mindössze a budapesti Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai Osztályára drogtúladagolás miatt bekerült páciensekről áll rendelkezésre információ.

## **7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE<sup>30</sup>**

### **7.1 DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE**

Nincsenek speciális programok, a biztonságos szűrés technikájának tanítása szerepel a tűcsere-programoknál. Adataink nincsenek.

### **7.2 DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ MEGBETEGEDÉSEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE**

Az első civil szervezésben létrejött tűcsere-program 10 évvel ezelőtt kezdett működni. A Nemzeti Stratégia létjogosultságot adott az ártalomcsökkentő programoknak, bár azok zökkenőmentes működéséhez a jogszabályi feltételek 2003-ban nem voltak adottak. A drogfogyasztás bűncselekménynek, a fecskendő és a tű birtokban tartása bűnjelnek minősült, ezért a drogfogyasztók alapvetően bizalmatlanok az ártalomcsökkentő, különösen a tűcsere-programokkal szemben. A programok – egységes normatív állami támogatás hiányában – nehézkesen működnek. A minisztériumok pályázati úton támogatják a szakmailag megalapozott kezdeményezéseket.

Budapesten 2003-ban 2 mobil (tűcsere busz) és 2 stabil tűcsere program működött, valamint egy tűcsere automata kezdte meg működését. A budapesti tűcsere programok együttműködési megállapodást kötöttek annak érdekében, hogy a területi lefedettséget összehangolják, illetve hogy adományokkal (élelmiszer, steril felszerelés) segítsék egymás munkáját.

Tűcsere adatok:

- Kiadott fecskendő+tű: 14.630
- Visszavett fecskendő+tű: 26.914
- Közterületről összegyűjtött, használt: 529
- Kliens kontaktusok száma (hiányos): 301
- Kliensek száma (hiányos): 133

Vidéken 2003-ban tűcsere 5 szervezet végzett és 2 fecskendő automata működött.

Tűcsere adatok:

- Kiadott fecskendő+tű: kb. 25-30.000
- Visszavett fecskendő+tű: kb. 13.000
- Közterületről összegyűjtött, használt: 30
- Kliens kontaktusok száma: kb 500

### **Tanácsadás és teszt**

Országosan 40, alacsony-küszöbű szolgáltatást nyújtó civil szervezet került megkérdezésre a 2003-ban végzett tevékenységéről. Szinte minden ártalomcsökkentő szervezet biztosított információk szóróanyagokat, állításuk szerint 1000-es nagyságrendben álltak rendelkezésre.

### **Fertőző betegségek kezelése**

Nincs információnk.

---

<sup>30</sup> A fejezet szerzői: Dr. Csorba József, Miletics Marcell, Dr. Rácz József

### **7.3 A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁSAL KAPCSOLATOS BEAVATKOZÁSOK**

Mivel Magyarországon ez idáig nem történt részletes áttekintő vizsgálat a drogfogyasztás és a pszichiátriai komorbiditás megállapítása céljából, a probléma nagyságára hazai adatok nincsenek. A pszichiátriai komorbiditással rendelkező drogbetegek kezelésére Magyarországon nincs kidolgozva egységes szakmai terápiás protokoll. A kezelések általában a kezelőszemélyzet szakmai irányultsága, felkészültsége alapján történnek.

Az elsődlegesen pszichiátriai betegekkel foglalkozó intézmények, szakemberek a komorbid betegeknél elsősorban a pszichiátriai problematikát próbálják kezelni, és kevésbé foglalkoznak az addiktív problémákkal.

Az elsődlegesen addiktológiai betegekkel foglalkozó intézmények, szakemberek a komorbid betegeknél elsősorban a drogfüggőség problémáját kezelik, és kevésbé foglalkoznak a pszichiátriai tünetekkel, betegségekkel.

#### **Járóbeteg-ellátás**

A drogambulanciákon működő orvosoknak pszichiátriai és/vagy addiktológiai szakképesítése van. A drogambulanciák többsége rendelkezik pszichológussal is. Ezekben az intézményekben a drogfogyasztó pszichiátriai betegek kezelése/felvállalása, általában a kezelőszemélyzet kompetenciáján, hajlandóságán múlik.

A magánrendelői rendszerben több olyan pszichiáter, addiktológus szakképesítéssel rendelkező orvos, pszichológus tevékenykedik, aki felvállalja a komorbid diagnózissal rendelkező betegeket, de erről pontos adatunk nincsen.

#### **Fekvőbeteg ellátás**

Magyarországon a pszichiátriai osztályok és az addiktológiai osztályok kötelesek fogadni a területileg hozzá tartozó drog- (és pszichiátriai komorbid) betegeket. Ezekben az osztályokon szintén pszichiáter és/vagy addiktológus szakképesítéssel rendelkező orvosok dolgoznak, szinte kivétel nélkül pszichológus is van alkalmazásban, bizonyos intézményekben pszichoterápiás szakgárda is dolgozik. Ezekben az intézményekben a drogbetegek pszichiátriai komorbiditásának diagnosztizálására és kezelésére van lehetőség.

A gyakorlatban a pszichiátriai osztályokon az akut drogproblémákkal küszködő pszichiátriai betegeket, és az addiktológiai osztályokon az akut pszichiátriai tünetekkel rendelkező drogbetegeket, megfelelő szakorvosi ellátottság mellett fogadják.

Jelenleg az ország területén két olyan osztály létezik, ahol deklaráltan speciális ellátást biztosítanak a drogfüggő pszichiátriai betegek számára: Thalassa Ház és OPNI IX. Pszichiátriai Osztálya.

### **7.4 BEAVATKOZÁSOK MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KAPCSÁN**

Nincs speciális intervenció, sem megbízható adatgyűjtés. Azokon a drogambulanciákon, melyek kórházi ellátás keretein belül működnek, jellemzően továbbítják a klienseket a megfelelő szakorvosi ellátási területekre intézményen belül.

#### **Következtetések**

Az elmúlt egy évben, a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásaiban és következményeiben történő változás Magyarországon lassan, de elkezdődött. A fertőző megbetegedések prevenciója és kezelése területén a szervezetek egy egységet alkotva, az országos lefedettségre, valamint a karitatív adományozás egységes szétosztására tettek konkrét lépéseket.

Elmondható, hogy az alacsony-küszöbű szolgáltatást nyújtó hazai szervezetek összessége rendelkezik felkészült szakemberekkel, valamint a tanácsadáshoz és információk átadásához szükséges eszközökkel.

A pszichiátriai komorbiditás diagnosztizálására minden fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményben lehetőség van.

## **8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI<sup>31</sup>**

### **8.1 SZOCIÁLIS KIREKESZTETTSÉG**

A szociális kirekesztés által sújtott, marginalizált népesség körébe sorolhatók Magyarországon a fogyatékosok, az időskorúak, a gyermeküket egyedül nevelő anyák, a bevándorlók, a kábítószer-fogyasztók és a romák jelentős része is. A szociális kirekesztettség az érintettek életét befolyásoló problémás helyzetek és erőforrások egymást erősítő negatív hatásaként értelmezhető, és nem a kábítószer-élvezetet indokló faktorként. A társadalomban jelenlévő megközelítés a szociális kirekesztettség jellemző megjelenési formáit, a hajléktalanságot, a munkanélküliséget, a kriminális, vagy más kockázati magatartásokat a kábítószer-használattal automatikusan interferáló jelenségekként kezeli.

A szociális kirekesztettség fogalma nagyon eltérő módon és mértékben jellemzi az divatszerűen drogot használók, és a problémás, vagy függő droghasználók életét. A szociális kirekesztettség tehát sokkal kevésbé önmagában a droghasználatra vonatkozó jelenség, mint inkább olyan szociális problémák felerősödése, mint a hajléktalanság, rossz egészségi állapot, vagy a munkanélküliség, melyek egyébként főként a drogfüggők életében jelentkezhetnek, annak kísérő jelenségeivé válhatnak.

Hazánkban korlátozott mértékben rendelkezünk a problémás droghasználattal kapcsolatos speciális adatokkal. 2000. évtől megalakultak az országos, illetve regionális módszertani intézetek, így többek között a Szenvedélybetegek Szociális Ellátása Országos Módszertani Intézete kialakítására is sor került.

#### **Hajléktalanság**

Budapesten 2003-ban 6 szervezet biztosított alacsony küszöbű szolgáltatást. A szervezetek utcai megkereső programjainak keretében 56 hajléktalan kábítószer-fogyasztóval kerültek kapcsolatba.

#### **Munkanélküliség**

Nincs adat.

#### **Iskolából való kimaradás**

Nincs adat.

#### **Pénzügyi problémák**

Nincs adat.

#### **Szociális háló**

A szociális ellátás területén a szenvedélybetegek ellátotti csoportjába tartozó személyek 95%-ban alkohol-függésben szenvednek. A szociális igazgatásról és a szociális ellátásról szóló 1993. évi III. Tv. (továbbiakban. Szt.) nevesíti, illetve szabályozza az ellátó rendszeren belül a szenvedélybetegek közösségi, nappali, illetve bentlakásos (átmeneti, rehabilitációs és ápolást-gondozást nyújtó) intézményeit.

---

<sup>31</sup> A fejezet szerzői: Bódy Éva, Fliegauf Gergely, Ritter Ildikó, Dr. Stauber József, Topolánszky Ákos, Varga Orsolya

Az alkoholbetegek mellett az ellátás területén a kábítószerfüggő fiatalok azok, akik az ellátórendszer szolgáltatásait igénybe veszik (nappali, rehabilitációs intézmények szolgáltatásait). Az elmúlt években egyre erősebb igény jelentkezett az ország bizonyos pontjain (tranzit útvonalak mentén, főváros) a drogbetegek nappali, illetve rehabilitációs intézményei iránt. A szenvedélybetegek szociális ellátása során szakmai szempontok alapján megfogalmazódott, illetve megvalósult a kábítószer használók számára nyújtandó szolgáltatások szétválasztása az alkohol, - illetve más szenvedélybetegeketől.

A családsegítő szolgálatok feladatainak speciális bővítése kiterjed a szenvedélybetegek és családtagjaik problémáinak segítésére. Az Szt. 2001. évi módosítása a települési önkormányzatok feladataiba sorolta a szenvedélybetegek közösségi ellátásának megszervezését, illetve kibővítette a családsegítő központok feladatait (a kábítószerfüggő fiatalok, illetve családtagjai, hozzátartozói számára nyújtanak információs segítséget, kapcsolatot tartanak a kezelőhelyek, segítő szolgálatot nyújtó intézményekkel).

## 8.2 KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

A magyarországi bűnözés statisztikai számbavételét az 1964 óta működő Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer (ERÜBS) végzi, amelyet a statisztikai törvény alapján a hivatalos statisztikai szolgálat tagjai, a Belügyminisztérium és a Legfőbb Ügyészség működtetnek.

A rendszer output jellegéből adódóan az elkövetéskori adatok bizonyos fáziskéséssel, a rendőrségi, ügyészségi eljárás lezárulásakor kerülnek regisztrálásra. Így az ismertett adatok azokra a cselekményekre vonatkoznak, amelyekben az eljárás az adott évben, 2003-ban fejeződött be. Az elkövetők pontos számát csak a jogerős bírósági ítéletekkel lehet megállapítani, de mivel az ügyészség váderedményességi mutatója évek óta meghaladja a 96 %-ot, a nyomozás befejezésekor közölt elkövetői számok ennek alapján kellő következtetési alapot nyújthatnak.

A bűnügyi statisztika csak késéssel képes követni az eseményeket. Az elemzés során ezt nem szabad figyelmen kívül hagynunk!

19. táblázat. Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmények elkövetési ideje – 2003

<b>Elkövetés éve</b>	<b>Esetszám</b>	<b>%</b>
2001-ben és azelőtt	956	28,3
2002	1740	51,5
2003	682	20,2
<b>Összesen</b>	<b>3378</b>	<b>100,0</b>

*Forrás: ERÜBS*

Az elkövetés idejét vizsgálva a korábbi évektől kissé eltérő arányokat találunk. Míg a 2002-es adatok 26,8%-a tartalmazott a tárgyévben elkövetett cselekményeket, 2003-ban ezek aránya alig haladta meg a 20%-ot.

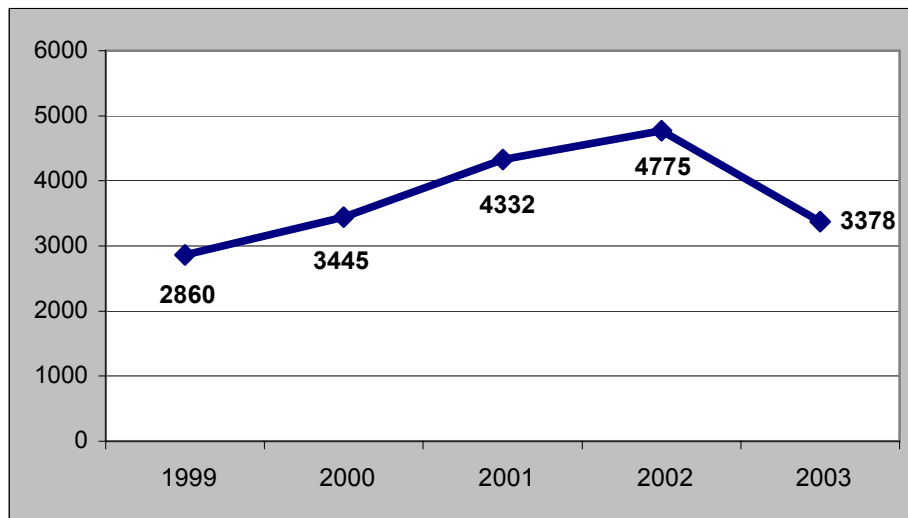
### Kábítószerrel való visszaélés

#### Ismertté vált bűncselekmények

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények össz-bűnözésen belüli aránya 2002-ben meghaladta az 1%-ot (1,13%), 2003-ban pedig mindössze 0,81% volt. Ha a hazai kábítószer-bűnözés össz-bűnözésen belüli súlyát reálisan szeretnénk látni, nem hagyhatjuk figyelmen kívül ezt a rendkívül alacsony arányszámot. A visszaélés kábítószerrel

bűncselekmények száma úgy csökkent 29,3%-kal, hogy ezzel egy időben az összes ismertté vált bűncselekmények száma csak 1,8%-kal csökkent.

18. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának alakulása



(Forrás: ERÜBS)

A jelentős csökkenés – úgy tűnik - a Büntető Törvénykönyv 2003. évi módosításával és az új Büntető eljárási törvény hatályba lépésével függ össze. Ugyanis a 2004. év II. félévi ismertté vált kábítószer-kriminalitásról rendelkezésre álló statisztikai adatok már megközelítették a 2003. évi 3378-as bűncselekmény-számot.

A Büntető törvénykönyv 2003. március 1-jén hatályba lépett módosítása jelentősen kibővítette az elterelésben résztvevők körét. A 2003. július 1-jén hatályba lépett új Büntető eljárási törvény, az elterelés végrehajtása szabályozottabb, de úgy tűnik hosszabb is lett. Így azoknak a 2002-ben és 2003. március 1. előtt kábítószerrel visszaélés miatt indult eljárásoknak a többsége, amelyek a törvénymódosítás idején még folytak, és a módosítással az elkövetők számára lehetőség nyílt az elterelésen történő részvételre, még nem kerülhettek bele a 2003. évi statisztikába. A 2003. március 1. után indult, eltereléssel végződő eljárások zöme szintén nem fejeződött be a vizsgált tárgyévben. Így ezek az esetek – valószínűleg – majd a 2004. évi statisztikában fognak megjelenni.

Mindezek alapján a kábítószerrel visszaélés bűncselekmények számának csökkenése semmiképpen nem utal a kábítószer-fogyasztás visszaszorulására.

### Elkövetési magatartások

A legjellemzőbb elkövetési magatartás a fogyasztás, annak ellenére, hogy a Büntető Törvénykönyv már említett módosítása ebben volt a legerőteljesebb. 2001-ben az elkövetők 44,6 %, 2002-ben 54,5 %, 2003-ban pedig 32,7 %- ellen indítottak a hatóságok eljárást kizárólag kábítószer-fogyasztás miatt. Felhívjuk a figyelmet azonban, hogy a büntető törvénykönyv visszaélés kábítószerrel bűncselekmény módosított törvényi tényállása, amely 2003. március 1-jén lépett hatályba, és az új büntető eljárási törvény, amely 2003. július -1-től hatályos jelentősen befolyásolja az elkövetői magatartások megoszlásának alakulását! 2003. március 1. óta az illegális kábítószer-használat nem a „kábítószer fogyaszt” elkövetési magatartás révén, hanem a „megszerez/tart” révén– mennyiségi kritériumokra figyelemmel – büntetendő. Így nem véletlen a jelentős visszaesés 2003-ban a fogyasztói magatartás tekintetében. Semmi esetre sem jelenti azt, hogy a kínálati oldali magatartások aránya jelentősen növekedett volna. Ezt támasztja alá az elterelésben résztvevők számának növekedése is.



Az elkövetők 13,1 %-a volt kábítószerfüggő, többségük azonban továbbra is alkalmi fogyasztó. Az elkövetési magatartások részletes elemzésétől 2003-ban, a vonatkozó törvényt módosítások miatt, eltekintünk.

### Az elkövetők

A kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása arra utal, hogy a fiatalok és a fiatal felnőttek (18-24 évesek) dominanciája változatlan, 2001-ben és 2002-ben az összes elkövető több mint háromnegyede ebből a két csoportból került ki, viszont a 2003. évi 70,4 %-os arány arra utal, hogy az idősebb korosztályok nagyobb részt kezdenek vállalni a kábítószeres bűnözésből.

20. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása 2000 és 2003 között

Korcsoportok	2000		2001		2002		2003	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Gyermekkorú	5	0,14	13	0,3	11	0,3	7	0,2
Fiatalkorú	530	14,88	689	17,1	766	17,8	393	13,4
18–24 éves	2086	58,56	2334	58,0	2476	57,6	1675	57,0
25–30 éves	618	17,35	707	17,6	728	16,9	644	21,9
31–40 éves	204	5,73	215	5,3	259	6,0	177	6,0
41–50 éves	48	1,35	46	1,1	46	1,1	32	1,1
51–60 éves	12	0,34	11	0,3	7	0,2	6	0,2
61 év feletti	59	1,66	10	0,2	4	0,1	6	0,2
<b>Összesen</b>	<b>3562</b>	<b>100,00</b>	<b>4025</b>	<b>100,0</b>	<b>4279</b>	<b>100,0</b>	<b>2940</b>	<b>100,0</b>

Forrás: ERÜBS

A fiatalok számának és arányának csökkenése egyrészt azzal magyarázható, hogy az ebbe az életkori kategóriába tartozók követik el a legkisebb súlyú direkt kábítószer-bűncselekményeket, körükben a legtöbb elkövető ellen keresleti oldali magatartás ellen indul eljárás. Így a jogszabályi környezet korábban említett változásai bizonyosan befolyásolják a 2003. évi statisztikában detektálható „részesedésüket”, hiszen többségük elterelésen vesz részt.

Azonban nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt sem, hogy a rendőrség nem tekinti célcsoportjának a kábítószer-fogyasztó fiatalokat. Egyrészt mert, a jelenséget, mint áldozat nélküli bűncselekményt nem könnyű felderíteni és bizonyítani, továbbá mert a bizonyítási eljárás igencsak költséges. (Ritter 2003a)

Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés elkövetők nem szerinti megoszlása 1:10-hez a férfiak javára. A nők részesedése 9,7% volt 2003-ban. Gyakorlatilag ez az arány évek óta változatlan.

A kábítószerrel visszaélők 49,3%-a általános iskolai, 24,6%-a szakmunkás végzettségű, 24,7%-a pedig érettségizett (szakközépiskolai vagy gimnáziumi végzettségű) volt 2003-ban. Továbbra is érvényes az a megállapítás, hogy az „átlagos” kábítószerrel visszaélő sokkal iskolázottabb az „átlagos” bűncselekményt elkövetőnél. Alig volt olyan elkövető (0,3%), aki nem rendelkezett volna legalább általános iskolai végzettséggel, vagy az elkövetés idején éppen nem végezte volna azt.

Kissé emelkedett a szakközépiskolai, illetve gimnáziumi végzettséggel rendelkezők száma a 2002. évi esetszámhoz képest. Ez pedig azt jelzi, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetői továbbra is megőrizték, sőt növelték iskolázottságbeli előnyüket az egyéb bűnelkövetőkkel szemben.

## **Kábítószer-fogyasztással összefüggő bűncselekmények**

Kábítószer hatása alatt 2003-ban - a kriminálstatisztikai adatok szerint - 1356 bűncselekményt követtek el hazánkban, azaz ennyi vált ismertté a hatóságok előtt. Ennek 83,2%-a (1128 eset) visszaélés kábítószerrel bűncselekmény volt.

Bűncselekménycsoportokra lebontva a közrend és a vagyon elleni bűncselekményeket elkövetők száma (1157 és 137) volt a legmagasabb, azonban meg kell említeni, hogy az előbbi tartalmazza a visszaélés kábítószerrel bűncselekményét is (a bűnelkövetők száma itt 1128). A személy elleni bűncselekmények közül a szándékos súlyos testi sértés, a közlekedési bűncselekmények közül a járművezetés bódult állapotban, a házasság, család, ifjúság elleni bűncselekmények közül a kiskorú veszélyeztetése és a tartás elmulasztása, az államigazgatás, igazságszolgáltatás és közélet tisztasága elleni bűncselekmények közül a hivatalos személy elleni erőszak, a vagyon elleni bűncselekmények körében pedig a (betöréses) lopás fordult elő leggyakrabban.

Mivel Magyarországon a prostitúció nem bűncselekmény, így a kriminálstatisztika alapján a kábítószer-bűnözés és a prostitúció összefüggései nem vizsgálhatók.

2002-ben 1786 bűncselekményt követtek el kábítószer hatása alatt, a vizsgált tárgyévben ezek esetszáma 24,1%-kal csökkent, miközben a bűncselekménytípus szerinti megoszlás gyakorlatilag nem változott. A közrend elleni bűncselekmények, ezen belül is a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény, alkotja a kábítószer hatása alatt történt elkövetések több, mint 80%-át évek óta. Azaz a vonatkozó esetszám (1128) azt jelzi, hogy az adott évben (2003) a hatóságok ennyi kábítószer hatása alatt álló egyén ellen indítottak eljárást visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt.

Az adatok értelmezéséhez meg kell jegyeznünk, hogy a kábítószer hatása alatt történő elkövetésekre csak akkor derül fény, ha az elkövető közölte a hatósággal ezt a tényt, illetve, ha a cselekmény jellege miatt a büntető eljárásjogi törvény alapján vizsgálható az elkövető testnedve. Így a kriminálstatisztika adatai csak fenntartással kezelhetők az indirekt kábítószer-bűnözés valamint a következménybűnözés terjedelmének, illetve jellemzőinek vizsgálata során.

A statisztika elkülönítve kezeli a kábító hatású anyag (de jogilag nem kábítószer) hatása alatt álló bűnelkövetőket. Számarányuk valamennyivel kevesebb (756) volt 2003-ban, mint a kábítószer hatása alatt állóké; a legmagasabb szám ebben az esetben is a közrend és a vagyon elleni bűncselekmények elkövetőinél mutatható ki. Az alkohol hatása alatt álló elkövetők száma és bűncselekménycsoportokra való lebontása szerint jóval meghaladja az illegális szerek hatása alatt álló bűnelkövetők számarányát (2003-ban 22983 fő).

### **8.3 KÁBÍTÓSZER HASZNÁLAT A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI INTÉZETEKBE**

Hazánkban az első és eddig egyetlen, a börtönbeli kábítószer-használat mérésére irányuló célzott vizsgálat 1997-ben történt (Elekes és Paksi 1997; Bereczki 1997).

A „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmény elkövetésért elítélt vagy azzal gyanúsított fogvatartottak megjelenése a magyarországi börtönökben a rendszerváltás időszakára tehető. A korábban számos büntetés-végrehajtási intézet mellett működő üzemekben (bútorgyárak, textilgyárak) fellelhető szerves oldószerek inhalálása jelentett veszélyt a fogvatartottak egészségére. Napjainkban ez már egyáltalán nem jellemző. Egy korábban végzett, nem reprezentatív kutatás azonban felszínre hozta azt a problémát, hogy a 80-as évek végén nevelőintézetekből rövid úton a börtönökbe került fiatalokból álló fogvatartotti csoport képezi annak a körül nem írható, nagyobb csoportnak a magját, amelyről okkal feltételezhető, hogy kis mértékben ugyan, és más jellemzően a börtönkörülmények szülte illegális tevékenység mellett, kábítószer-kereskedelemmel foglalkozik a börtönökben.

A magyar büntetés-végrehajtási intézetekben 2003-ban fogva tartott személyek közül kb. 800 fogvatartott (végrehajtandó szabadságvesztésre ítélt, valamint előzetes letartóztatásban lévő elkövető) volt kábítószer-bűncselekmény elkövetése miatt. Ez a börtönnépesség közel 5 %-át jelenti, ami még jelenleg messze elmarad a nyugat-európai trendtől, mely szerint a fogvatartotti populáció legalább 50%-os arányban érintett a tárgyalt kérdéskörben. A fenti adatokhoz hozzá kell fűzni, hogy nyilvántartási rendszerünk csak a büntető törvénykönyv szerint besorolt bűncselekményekre, azaz csak a direkt kábítószer-bűncselekményekre terjed ki.

A bírósági ítéletkiadványok szerint számos olyan fogvatartott tartózkodik - a fentiekén kívül - az intézeteinkben, aki kábítószer hatása alatt vagy a kábítószer megszerzése érdekében követte el a bűncselekményét. Ezekről az indirekt kábítószer-bűncselekményt elkövetőkről nincs pontos adatunk.

#### 8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK

A társadalmi költségekre vonatkozó adatok közül az egészségbiztosítási költségekről rendelkezünk adatokkal. Az addiktológiai ellátásokra vonatkozó adatok esetében meg kell említeni, hogy gyakran nem különül el az alkohol és a drogabúzus. Emiatt egyes adatok nem szolgálnak pontos információval a kizárólag kábítószer-használat miatti ellátások költségeiről.

Az addiktológiai esetekre történt OEP kifizetések a 2003-as évben növekedtek az előző évhez képest. A legnagyobb emelkedés (609%) a járóbeteg szakellátásnál, a biztosan kábítószer-használattal összefüggő esetekben figyelhető meg. Szintén emelkedett (83%-kal) a gondozói ellátásra kifizetett összeg, amely biztosan a kábítószer-használattal függ össze.

21. táblázat. Az OEP addiktológiai esetekre történt kifizetései 2002-2003-ban

Szakellátás	2002		2003	
	(ezer forint)	(ezer euro)	(ezer forint)	(ezer euro)
Járóbeteg szakellátás, addiktológia	95.675,6	377,4	113.128,4	446,2
Járóbeteg szakellátásból biztosan kábítószer	5.209,9	20,6	36.944,6	145,7
Gondozói ellátás, addiktológia	645.267,3	2545,3	798.473,3	3149,7
Gondozói ellátásból biztosan kábítószer	73.998,5	291,9	135.827,7	535,8
Fekvőbeteg szakellátás, aktív	59.780,8	235,8	53.849,3	212,4
Fekvőbeteg szakellátás, krónikus	222.265,4	876,8	308.089,3	1215,3

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

A táblázatban szereplő összegek nem tartalmazzák az esetleges táppénz, gyógyszerár támogatási, illetve a szövődmények kezelési költségeit.

#### Következtetések

A szociális kirekesztettség által sújtott kábítószer-fogyasztó réteg életében jelentkezhet a szociális problémák felerősödése. A szociális ellátórendszer kialakításánál megvalósult a kábítószerrel használók és más szenvedélybetegek számára nyújtott szolgáltatások szétválasztása.

A 2003. július 1-jén hatályba lépett új büntetőeljárás törvény, és a módosított Büntető törvénykönyv az elterelhetők körének kiszélesítésével szabályozottabb, egyértelműbb keretek közé terelte az elterelés intézményét.

A magyar büntetés-végrehajtási intézményekben a 2003-as adatok alapján a fogvatartottak 5%-a követett el kábítószer-bűncselekményt.

A 2003-as évben több mint hatszorosára nőtt az előző évhez képest a járóbeteg szakellátásra kifizetett azon összeg, amelyről biztosan tudható, hogy a kábítószer-használattal függ össze.

## 9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE<sup>32</sup>

### Háttér, előzmények

2003. évben befejeződött a szociális igazgatásról és szociális szolgáltatásokról szóló 1993. évi III. törvény végrehajtási rendeletének (továbbiakban: Szt) (a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet) I. szakaszos módosítása. A rendelet mind a nappali ellátás, mind a speciális alapellátás (szenvedélybetegek közösségi ellátása) tekintetében nevesíti az *alacsonyküszöbű szolgáltatásokat, a pszicho-szociális tanácsadást, az ártalomcsökkentési programokat*, mint feladatellátást. A speciális alapellátási szint a települési önkormányzatok feladat-ellátási kötelezettségében szerepel, a nappali ellátás, mint szakellátás a 30000 fő lakosú települések kötelező feladatában szerepel.

Jelenleg – az előző pontban bemutatott intézmények megalakulásáig, illetve működéséig – egyes, elsősorban civil szervezetek működtetnek a társadalmi reintegrációt elősegítő modell-programokat, célzottan droghasználók számára.

### Az alacsonyküszöbű intézmény

Az ESZCSM álláspontja szerint alacsonyküszöbű intézmény az, ahol egy vagy több szociális szolgáltatás várja a változást igénylő szenvedélybeteget, ezek kortársait, hozzátartozóit, közvetlen szociális környezetét.

Célja: A szenvedélybetegek, valamint közvetlen környezetük minél szélesebb körének elérése, fogadása. A szerhasználatnak, valamint járulékos ártalmainak csökkentése, a változás elindítása és segítése. Az életmód, életvitel váltásának ösztönzése, az utógondozás, illetve a visszaesés megelőzése.

Jellemzői:

1. Szociális szolgáltatásokhoz való hozzásegítés.
2. Utógondozás.
3. Konzultáció,
4. Hálózati munka (a sikeres ellátás feltétele az önkormányzattal, egészségügyi, szociális és civilszervezetekkel való folyamatos kapcsolattartás, és együttműködés).

### Pszichoszociális ellátás

Fogalma Magyarországon: olyan munka, amely arra irányul, hogy az egyének, a családok, a csoportok és a társadalom részéről rendelkezésre álló lehetőségeket úgy mozgósítsuk, hogy a személy magatartásában és helyzetében kedvező változásokat érjünk el oly módon, hogy az ember saját normáin és céljain belül, valamint társadalmi lehetőségeit figyelembe véve megelégedéssel működhessen.

Célja: az ismeretek átadása, az önértékelés erősítése, a magatartás és a kapcsolatok megváltoztatása, az erőforrások feltárása.

### Ártalomcsökkentő program

Az ártalomcsökkentés fő célja a kábítószer-használat negatív egészségi és szociális következményeinek redukálása anélkül, hogy az absztinenciát elvárná. Az ártalomcsökkentő programok minden szükséges információ megadásával igyekeznek a fogyasztókat a biztonságos kábítószer-használatra motiválni. Az ártalomcsökkentés további célja a kábítószer-fogyasztók kevésbé veszélyes kábítószerre való átszoktatása.

---

<sup>32</sup> A fejezet szerzői: Fliegaufer Gergely, Ritter Ildikó

## 9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

### Lakáskérdés

A szociális szolgáltatások területén a rehabilitációs, re-integrációs, re-szocializációs programokat működtető intézmények 2003. évtől védett bérleményeket, védett lakhatási formákat tudnak állami támogatással igénybe venni. Az ellátás a *külső férőhely*, illetve a *lakóotthon* keretében szerveződhet. Mindkét szolgáltatási típus esetében a fenntartó állami támogatást kap, mellyel a kliensek re-integrációs lehetőségeit képesek elősegíteni.

A *külső férőhely* a rehabilitációs intézményi formákhoz szorosan kapcsolódó, nem önálló ellátási forma. Célja a rehabilitációs folyamat végén a re-szocializációt, re-integrációt elősegíteni, védett lakhatási forma keretében. Az ellátás keretében a kliensek utógondozásban vesznek részt, 1+1 évig, mely ellátás keretében megkezdődik az előtakarékoság az önálló életvitel segítése érdekében. A szolgáltatás keretében a kliensek nem fizetnek albérleti költséget, mivel ezen költséget a normatív állami támogatás finanszírozza.

A *lakóotthon* 8-14 fős kiscsoportos lakhatási forma. Az ellátás keretében (5+3 év) a kliensek nem csak támogatott lakhatási formában részesülnek, hanem rehabilitációs, re-integrációs programokban is.

KSH adatok közül a 2003. év még nem került feldolgozásra.

### Oktatás, képzés, foglalkoztatás

Az aktív munkaerő-piaci eszközök között három eszköznek, a *közhasznú foglalkoztatásnak*, a *munkaerő-piaci képzésnek* és a *tartósan munkanélküliek bértámogatással ösztönzött foglalkoztatásának* volt meghatározó szerepe.

A szociális szolgáltatók és a munkaügyi központok visszajelzéseiből, illetve speciális programjaikból tudjuk, hogy a munkaerő-piaci képzések nagy számát veszik igénybe kábítószer-problémával küzdő személyek. Ezek a programok kiegészülnek minden esetben motivációt fenntartó csoportokkal, álláskereső programokkal, állásmegtartó programokkal, illetve egyéb, a munkaerő-piaci szerepet erősítő segítő tevékenységekkel.

### Egy modell-program bemutatása

Belvárosi Tanoda Alapítvány (továbbiakban: BTA) Megálló Csoportja (továbbiakban: MCS)

A BTA MCS a Leo Amici Alapítvány drogrehabilitációs intézetével működtet egy közös programot, melyben az MCS vállalja a rehabilitációba kerülő fiatalok elő-, és utógondozását. 2003. áprilisától működteti az MCS félutas házát. Ezen programjuknak az a célja, hogy a rehabilitációban résztvevő fiatalok tartós józanság utáni reintegrációját, visszailleszkedését, önálló életkezdését támogassa, abban a városban ahol szeretne a fiatal élni a jövőben.

A programot olyan volt droghasználó fiatalok dolgozták ki, akik azzal a problémával küszködtek, hogy a rehabilitációból kijöttek, és nem tudtak elindulni a mindennapi életben. A félutas ház jelenleg Budapesten működik. Az BTA MCS egy bérleményben működteti önerőből ezt az ingatlant. 10 hónapig vehetik igénybe ezt az ellátást a résztvevők. A félutas programból kikerülve a 10 hónap alatt összegyűjtött előtakarékoságot egy összegben megkapja a résztvevő, mely elegendő albérlet kivételéhez, illetve ezzel már el tud indulni.

A lakásban 4 fő fér el egyszerre, folyamatos az igény a lakásra. Nem koedukált, csak férfiak lakhatnak ott. A 2003-as évben 8 fő vett részt a programban. Többen hamarabb el tudták hagyni a lakást, mert hamarabb tudták rendezni a jövőjüket, mint 10 hónap. Mindegyik

lakóval tartják a kapcsolatot és 1 fő esett vissza. Az MCS-ben van lehetőség a gimnáziumi végzettség megszerzésére.

Mivel nincs állami normatíva, ezért az alapítványnak kell a program pénzügyi hátterét biztosítani. Kevés ez a férőhely. Szükség lenne nők részére is ilyen lakás. Az állam által működtetett félutas programok általában nem azon a településen, városban van, ahol a jövőben a fiatal szeretne élni, hanem távol tőle, így nem biztosítja a reintegrációt.

## **9.2.A KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE**

### **A fogvatartottak segítése**

A büntetés-végrehajtás (bv.) elsődleges feladata a kábítószer-problémával kapcsolatban a kínálatcsökkentés, azaz hogy a kábítószer ne jusson be az intézetekbe. A már bv. intézetbe került kábítószer-problémával küzdő fogvatartottak részére ártalomcsökkentő szolgáltatást kell nyújtani, valamint felvilágosító és egyéb jellegű foglalkozással, preventív jelleggel kell törekedni a keresletcsökkentésre – szerepel a Büntetés-végrehajtás Kábítószer Ellenés Koncepciójában.

A magyar büntetés-végrehajtás tehát felismerte, hogy a kábítószer-problémával szembesülő fogvatartottakat más elbánásban/kezelésben kell részesíteni, mint a többi fogvatartottat, valamint feltételezhető, hogy a jövőben az ebbe a kategóriába tartozó fogvatartottak száma emelkedni fog. Ezért a 2001-től 2004-ig tartó MATRA program egyik része a „Kábítószer-probléma kezelése a bv. intézetekben” címet kapta. A program keretében eddig 70 biztonsági területen dolgozó személyt képzett ki a büntetés-végrehajtás. A képzés célja elsősorban kínálatcsökkentés volt, valamint a kábítószer fogyasztó fogvatartottak felismerése.

A szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet 76/A, 76/B, 76/C szakaszai 2003. január 1.-től léptek hatályba. A hivatkozott jogszabályi részek a kábítószer prevenciós részlegek létesítésének lehetőségéről szólnak. Az önként jelentkező elítéltek számára a kábítószer-fogyasztás és -terjesztés megelőzésére prevenciós részleg létesíthető. A prevenciós részlegen az az elítélt helyezhető el, aki írásban nyilatkozik arról, hogy a kábítószer-mentesség ellenőrzése érdekében aláveti magát rendszeres vizsgálatoknak, és azokhoz vizsgálati anyagot (testnedvet) szolgáltat. A prevenciós részlegen történő elhelyezésről a nevelő javaslatára a befogadási bizottság dönt. (2004. január 1.-től az országban 12 kábítószer-prevenciós részleg működik, melyek közül kettő fiatalkorú fogvatartottak elhelyezésére szolgál.)

A kábítószer-prevenciós részlegek működését a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának 1-1/54/2003 (IK Bv. Mell 7.) 2003. augusztus 1.-től hatályos intézkedése szabályozza. A belső intézkedések szerint a részlegeken megkezdett drog-prevenciós munkát a szabadulás után is folytatni kell, és ennek érdekében a fogvatartottnak lehetőséget kell biztosítani, hogy felvegye a kapcsolatot az illetékes hatóságokkal és civil szervezetekkel. Drog-prevenciós, egészségfejlesztő és reintegrációs programok a fogvatartottak részére 2003-ban már elérhetőek voltak a büntetés-végrehajtási intézetekben.

Az ismeretterjesztő filmeket a fogvatartottak 3-5 hetes időtartamokban, vetítések keretében tekinthetik meg. A vetítéshez kapcsolódóan az anyagot a nevelők csoportos foglalkozások keretében ismertetik és vitatják meg a fogvatartottakkal. A foglalkozásokon 2003-ban kb. 6000 fogvatartott vett részt. A fogvatartottakkal közvetlenül foglalkozó személyzet - nevelő, pszichológus, felügyelő – kábítószer-problémával kapcsolatos képzése valamennyi bv. intézetben folyamatosan zajlik.

A büntetés-végrehajtás kiemelt figyelmet fordít a fiatalkorú fogvatartottakra. Két fiatalkorú intézetben kábítószer prevenciós részleg is működik. Fontos a fiatalkorú bűnelkövetők hatékony reintegrációja, és ezzel kapcsolatban a civil szervezetek fogvatartotti programokba való bevonása. A bv. intézetek vezetői minden kábítószer prevenciós részleg munkájába

bevonja a civil szervezeteket, akik hatékonyan segítik a fogvatartottakkal közvetlen foglalkozó személyzet munkáját.

Ha olyan fogvatartott érkezik (évente 9-10 eset) büntetés-végrehajtási intézetbe, aki a kábítószer-elvonási tüneteket mutat, az orvosi kivizsgálás után az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe kerül. 2003-ban a szakmai szempontrendszer megegyezett az egyéb egészségügyi szakhatóságok által végzett tevékenységgel. Az IMEI-ben jelenleg nem végeznek metadon-kezelést, hanem a fizikai elvonási tüneteket karbamazepin- (Tegretol, Neurotop), benzodiazepin- (Rivotril) és butirofenoron-származékokkal (Haloperidol) kezelik, valamint a fogvatartottak részére vitaminkezelést szolgáltatnak.

A büntetés-végrehajtás országos parancsnoka 2000. július 15-i hatállyal szabályozta a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen való részvételét. Az intézkedést már módosították, és jelenleg is tart átdolgozása.

A fogvatartott írásban benyújtott kérelem elbírálása után az ellene más ügyben kábítószerrel visszaélés vétsége miatt folyó büntetőeljárás felfüggesztése után önként alávetetheti magát a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésnek.

A szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásáról szóló rendelet szerint a szabadságvesztés büntetés végrehajtása során az elítéltet támogatni kell, hogy felkészülhessen a szabadulás utáni életre. A pártfogó felügyelő szolgálat felkeresi a fogvatartottakat a szabadulásuk előtt. A cél hatékony érvényesülése érdekében a kábítószer-problémával küzdő fogvatartottak ügyében a pártfogók és az intézet különös odafigyeléssel jár el.

<b>Kábítószer-problémával szembesülő fogvatartott</b>	<b>Foganatosított intézkedés</b>	<b>Az intézkedés eredménye</b>
A Büntető Törvénykönyv alapján gyanúsított személy	Vétségi alakzat esetén lehetősége van az elterelésre bv. intézetben is.	A fogvatartott igazolást kap a kezelésről, és ennek értelmében mentesül a szankcióktól.
A Büntető Törvénykönyv alapján elítélt személy	Kérheti kábítószer-prevenációs részlegen való elhelyezését.	Növekszik a fogvatartott reintegrációs esélye
A kábítószer fizikai elvonási tüneteit mutató fogvatartott	Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben kerül elhelyezésre, ahol ambuláns kezelésben részesül.	A fogvatartott megszabadul a fizikai elvonási tünetektől
KINT kábítószerrel használó fogvatartott	Kérheti kábítószer-prevenációs részlegen való elhelyezését.	Növekszik a fogvatartott reintegrációs esélye
BENT kábítószerrel használó fogvatartott	Bizonyítottság esetén büntetőeljárás indul	A fogvatartottra azok a szabályok vonatkoznak, amelyek minden egyéb személyre

## **A büntetőeljárás alternatívái**

2003. március 1-jén lépett hatályba a Büntető törvénykönyv módosítása, amelyben a legfőbb változtatás, hogy kiterjesztette az elterelésben résztvevők körét.

Habár a kábítószerrel visszaélés kínálati oldali magatartásai továbbra is szigorúan büntetendők, a törvény kommentárja szerint az elkövetők között vannak szenvedélybetegek, továbbá olyan fiatalok, fiatal felnőttek, illetve csekély mennyiségű kábítószerrel alkalmatlanul fogyasztók is, akikkel kapcsolatban nem indokolt a törvény teljes szigorát



alkalmazni, és módot kell adni számukra a gyógyító, nevelő jellegű terápiában részt vegyenek, és mentesüljenek a büntetőjogi felelősségre vonás alól.

Az új Büntető eljárási törvény (Be.) 2003. július 1-ével történő hatályba lépése szabályozza az elterelés végrehajtását, a szintén 2003-ban hatályba lépett, ESZCSM-GYISM együttes rendelet pedig a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályait.

2003. július 1. óta hazánkban a kábítószerrel visszaélők egyetlen diverziós lehetősége a vádemelés elhalasztása, amelyre az ügyészi szakban kerül sor.

A Be. 222. § (2) bek. értelmében: „Ha a Btk. 283. §-ában meghatározott büntethetőséget megszüntető okból az eljárás megszüntetésének lehet helye, az ügyész a vádemelést egyévi időtartamra elhalasztja, ha a kábítószer-élvező gyanúsított vállalja a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt.”

A vádemelés elhalasztása kötelező, ha a kábítószerfüggő gyanúsított a folyamatos gyógykezelést vállalja. Az a kábítószer-élvező, aki függőnek még nem tekinthető, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt vállalhat. A vádemelés elhalasztása alatt az elkövető pártfogó felügyelet alatt áll.

Amennyiben a gyanúsított a feltételek fennállása esetén nem vállalja a gyógykezelésen történő részvételt, vele szemben az ügyész vagy valamilyen intézkedést alkalmaz vagy vádat emel. Senki nem kötelezhető gyógykezelésen történő részvételre.

Az alábbi esetekben van lehetőség az elterelésen történő részvételre:

- csekély mennyiségre, illetve csekély mennyiségre tizennyolcadik életévét be nem töltött személy felhasználásával, saját használatra elkövetett termesztés, előállítás, megszerzés, tartás,
- az együttes kábítószer fogyasztás alkalmával történő, csekély mennyiségre elkövetett kínálás, átadás, de tizennyolcadik életévét be nem töltött személynek, illetve oktatási, köznevelési, gyermekjóléti és gyermekvédelmi, közművelődési feladatok ellátására rendelt épület területén, vagy annak közvetlen környezetében történő kínálás vagy átadás esetén csak a huszonegyedik életévét meg nem haladott elkövető vonatkozásában,
- a kábítószerfüggő személy által a jelentős mennyiséget el nem érő mennyiségre elkövetett, saját használatra történő termesztés, előállítás, megszerzés, tartás, csempészet, illetőleg a csekély mennyiségre, együttes kábítószer fogyasztás alkalmával elkövetett kínálás, átadás, valamint
- a kábítószerfüggő személy által a jelentős mennyiséget el nem érő mennyiségre elkövetett, saját használatra történő termesztés, előállítás, megszerzés, tartás, csempészet magatartásaival összefüggésben - kétévi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő - más bűncselekményt követett el.

### **Az elterelés jogintézménye a magyar büntetés-végrehajtáson belül**

A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelet 4.§ (2) szerint, ha a büntetőeljárás alá vont kábítószer-élvező személy más ügyben büntetés-végrehajtási intézetben van fogva tartva, részére a külön jogszabály alapján kijelölt büntetés-végrehajtási intézet biztosítja a kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, kábítószer-használatot kezelő más ellátást vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást. Az elterelés jogintézményének végrehajtására a Budapesti Fegyház és Börtön szolgál. Azonban maradéktalanul nem megoldott a fogvatartott nők és fiatalkorúak elterelés szolgáltatásban való részesítése, hiszen az egyetlen ilyen ellátást nyújtó büntetés-végrehajtási intézmény felnőtt férfiakat fogad csak be. Fogvatartott nők és fiatalkorúak elterelésben szolgáltatásban való részesítése a helyi drogambulanciákon keresztül azonban megtörténhet. Az elterelés jogintézményében részt vevő fogvatartottak esetében problémát okoz az is, hogy számos kezelés a bv. intézetből való szabadulás miatt megszakad. A

büntetés-végrehajtás eligazítja a fogvatartottat a folytatás lehetőségéről, vagy elmulasztásának jogi következményeiről, de a kezelés folytatásáról nem szerez tudomást.

A 2003-as év végéig befejezett, vagy a szabadulás miatt megszakított kezelések száma 92, a kezelés alatt állók száma folyamatosan 33-35 fő között mozog. Feltételezhető azonban, hogy az elterelés jogintézményét választó fogvatartottak száma a jövőben emelkedni fog. Ennek oka, hogy egyre nő azoknak a személyeknek a száma, akik főbüntetésük mellett elkövették a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt is, és a fogvatartásuk alatt kívánnak részt venni az elterelésen.

### **Egyéb beavatkozási lehetőségek a kábítószer-bűncselekmények megelőzésére**

A fent említetteken kívül az igazságszolgáltatás más alternatívát nem kínál a kábítószerrel visszaélőknek. Azonban a már említett Bűnprevenziós Stratégia különös hangsúlyt helyez a kábítószerrel visszaélők társadalomból való kiilleszkedésének elkerülésére, illetve a kábítószer-problémával küzdők reintegrációjára.

### **Következtetések**

A szociális szolgáltatások területén a rehabilitációs, re-integrációs, re-szocializációs programokat elsősorban civil szervezetek működtetik. A munkaerő-piaci képzések nagyban segítik a kábítószer-problémával küzdő személyek elhelyezkedését és munkavállalását. A képzésekben való részvétel nagy száma az ezekre való igény nagyságát is mutatja.

A büntetés-végrehajtási intézményekben a fogvatartottak több drog-prevenziós, egészségfejlesztő és reintegrációs programban vehetnek részt. Különösen nagy figyelmet fordítanak a fiatalok reintegrációjára.

A 2003-ban történt Büntető törvénykönyv módosítás szélesebb körben tette alkalmazhatóvá az elterelést, az új büntető eljárási törvény pedig szabályozza az elterelés végrehajtását. A büntetőeljárás ezen alternatívája a kábítószer-bűnözés megelőzésében játszik szerepet.

## 10. KÁBÍTÓSZERPIAC<sup>33</sup>

### Háttér, előzmények

A 2003. július 1-jén lépett hatályba az új Büntetőeljárásról szóló törvény, amely jelentős változás hozott a Vám- és Pénzügyőrség nyomozati hatáskörében. Továbbra is a Rendőrség az általános nyomozó hatóság, azonban az 1998 évi XIX. törvény 36.§ (2) bekezdés e) pontja alapján a Vám- és Pénzügyőrség végzi a nyomozást az ország területére behozatallal, az ország területéről kivitellet, valamint az ország területén átvitellet elkövetett visszaélés kábítószerrel (Btk. 282-282/C. §) és a visszaélés kábítószer előállításához használt anyaggal (prekursorok) (Btk. 283/A. §) bűncselekmények esetén, ha a bűncselekményt a Vám- és Pénzügyőrség észleli, vagy a feljelentést a Vám- és Pénzügyőrségnél teszik meg.

A 96/2000 OGY határozattal elfogadott „Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma visszaszorítására” című program rövid és középtávú céljainak végrehajtása céljából adták ki a 1036/2002 Kormányhatározatot.

E határozat 19/a pontja meghatározta, és határidőhöz kötötte a rendőrség esetében a szükséges szervezeti változásokra, a létszámbővítésre, a technikai és tárgyi feltételek fejlesztésére, aktualizálására vonatkozóan intézkedési terv kidolgozását.

A szabott határidőre elkészült tervek szerint előre láthatóan 2004-ben kerül végrehajtásra a Rendőrség szervezeti korszerűsítése, átalakítása.

Ennek keretében a tervek szerint egy hatékonyabb, az EU elvárásainak megfelelő létszámmal, technikai fejlettséggel rendelkező egység felállítására kerül sor.

Az elképzelés szerint e szervezet az ORFK bűnügyi Főigazgatóság Szervezett Bűnözés Elleni Főosztályán belül fog működni, egy központi - a Kábítószer Bűnözés Elleni Osztály - osztállyal és hat regionális kirendeltséggel, várhatóan kb. 80 fős létszám igénybe vétele mellett.

### 10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

#### Heroin

Magyarországon többségében barna, az arany félhold országaiból érkező heroint lehet kapni, ritkán azonban előfordul, hogy ázsiai kábítószer-kereskedőktől fehér heroin is beszerezhető. Ebből kifolyólag a statisztikai adatok nem különítik el a heroin különböző fajtáit.

Magyarország egyszerre célország és egyben földrajzi elhelyezkedésénél fogva tranzit ország is. A legtöbb kábítószer az úgynevezett Balkán útvonalon halad keresztül hazánkon. Ezen a csatornán csempézik a heroint az arany félhold országaiból Nyugat-Európába. A Balkán útvonalon csempészek szervezésében továbbra is vezető szerepet töltenek be az a török és koszovói albán nemzetiségű szervezett bűnözői csoportok. A csoportok információs és logisztikai központokkal rendelkeznek, melyek fedővállalkozások keretében működnek. Ezen fedővállalkozásokat regisztráltatják Magyarországon, és gazdasági tevékenységük gyakorlása során pénzmosásra használják. Megjelenési formáit tekintve leginkább kamionos pihenők, éttermek. A különböző szállítmányozási, nagykereskedelmi cégek is működnek fedővállalkozásként, azonban ezek kevésbé vannak szem előtt.

<sup>33</sup> A fejezet szerzői: Dani Zoltán, Varga Orsolya

A problémás droghasználói körbe hazánkban többségében a heroin függők tartoznak, hozzájuk kötődik a legtöbb beszerzési bűnözés is. Budapest területén a kerületi kapitányságok is észlelték, hogy a heroin elosztó helyek közelében megnövekedtek a kisebb súlyú bűncselekmények (pl. gépjármű feltörés, kisebb lopások) száma.

## **Kokain**

Magyarországon kapható kokain jelentős része Hollandiából érkezik. Több esetben a Ferihegyi repülőtér is használták tranzit útvonalként. Ezekben az esetekben a csempészés módja jellemzően a nyelős módszer volt. Természetesen előfordul a csempészés többi módszere is. A kokaincsempészésben magyar kábítószer futárok is kiveszik a részüket. Korábban ezek a futárok jellemzően fiatal nők voltak. Napjainkra változás tapasztalható és feltűntek a férfiak és az idősebb nők is a futárok közt. Ezekre a kábítószer futárok útvonalára jellemző, hogy nem Magyarországra hozzák a kokaint. A futárok szervezésével jellemzően nigériai származású bűnözők foglalkoznak, akik a futárokat kiközvetítik Nyugat-Európa országaiban élő kapcsolataiknak. A futárok a megbízást már külföldön kapják, illetve a kábítószert is oda kell leszállítani.

## **Marihuána**

A büntetőeljárások során tapasztaltak alapján a jelentésben szereplő szerek közül a marihuána az, amely a legmarkánsabb jelenlétet mutat a magyarországi piacon. Ezt mind az ERÜBS-ben (Egységes Rendőrségi Ügyészségi Bűnügyi Statisztika) szereplő statisztikai adatok mind a rendvédelmi szervek által foganatosított lefoglalások is alátámasztják.

A kannabisz ültetvények számában és a termesztett növények számában növekvő tendencia mutatható ki. A magyar fogyasztói piacon megjelenő marihuána nagy része, hazai illegális ültetvények terméséből származik, míg külföldről elsősorban Hollandiából, és a volt Jugoszlávia területéről érkezik az országba. A Magyarországon található illegális ültetvényekre mind a szabadban való, mind a zárt területen (üvegház ill. hangár) való termesztés jellemző. A zárt területen történő kannabisz termesztés olyan technikai háttérrel feltételez, amely automatikus módon képes a növények nevelésére. A kannabisz termesztéshez szükséges technológiai leírások elsősorban Hollandiából származnak, ugyanúgy mint a termesztéshez szükséges eszközök, valamint a jó minőségű vetőmag is. A szabadban való termesztés hátránya, hogy évente csak egy alkalommal lehet termést szedni. Az üvegházi vagy zárt rendszerű termesztésnél a fényviszonyok változtatásával évente többször lehet betakarítani.

## **Szintetikus kábítószer**

A rekreatív fogyasztók körében igen népszerű az ecstasy tabletták fogyasztása, bizonyos körök számára az amfetamin (por) élvezete. A partikon, illetve egyes, jellemzően a fiatalabb korosztályt nagy tömegekben vonzó, táncos szórakozóhelyeken e kör (partira járók) jellemzően hozzájuthat az általa preferált drogfajtaához. (Demetrovics 2001)

Illegális kábítószer laboratórium alatt értjük az a helyszínt, ahol engedély nélkül állítanak elő vegyészeti eljárással kábítószert. Magyarországon 2003-ban nem került felderítésre illegális labor. Ennek nagy valószínűséggel az az oka, hogy Hollandiában rendkívül olcsón hozzá lehet jutni a szintetikus kábítószerekhez. Magyarország területére csempészése nem jelent komoly akadályt. Egy labor felszerelése, a szükséges szakértő megtalálása, valamint a prekursorok beszerzése jóval komolyabb kihívást és kockázatot jelent a bűnszervezetek számára. Magyarországon a prekursor anyagokkal végezhető tevékenység engedélyezése és ellenőrzése jól működik, ebből kifolyólag már a prekuzort is csempészeni kellene Magyarországra. Az EU tagállamaiba a prekuzor anyagok elsősorban Kínából és Indiából

érkeznek. Az EU külső határain mindig nagyobb az ellenőrzés és ezzel a lebukás kockázata is.

Nem nevezzük illegális laboratóriumnak a tablettázás helyszínét. 2003-ban Magyarországon illegálisan kábítószer tablettázás sem került felderítésre.

### Egyéb kábítószeresek

Magyarországon a felsoroltakon kívül beszerezhető szerek: a pszilocibin – magic – gomba, peyotl kaktusz eredetű meszkalin, az LSD, valamint más, elsősorban az állatgyógyászatban használatos hallucinogén anyagok is (pl. ketamin). Ezen kábítószeresek jelenléte, keresleti szerepe azonban nem meghatározó.

### Hozzáférés a középiskolai diákok véleménye alapján

A 2003-ban végzett vizsgálat keretében 2074 budapesti, 9-10. évfolyamos középiskolai diákot kértek meg a marihuána hozzáférhetőségének helyéről és az egyes kábítószer-típusok hozzáférhetőségéről (Elekes és Paksi 2003b).

A marihuána hozzáférhetőségéről szóló adatok szerint a megkérdezettek legnagyobb arányban (29%) a diszkókat, bárakat jelölték meg, mint ahol a legkönnyebben lehet marihuánához jutni. Legnehezebben (92,5%) a plázákban tudnának hozzájutni. Az utcákat, parkokat közel ugyanannyi válaszadó (18,4%) tartja olyan helynek, ahol könnyen lehet marihuánához hozzáférni, mint az iskolákat (18,5%). Ennél 1,7%-kal többen (20,1%) gondolták, hogy a díler lakásán könnyen marihuánához juthatnak.

22. táblázat. A marihuána helyszíni hozzáférhetősége a 9-10. osztályosok véleménye alapján

Hely	Könnyen hozzá tudna jutni	Nem tudna könnyen hozzájutni
utcán, parkban	18,4%	81,3%
iskolában	18,5%	81,2%
diszkóban, bárban	29%	70,7%
a díler lakásán	20,1%	79,7%
plázában	7,2%	92,5%

*Forrás: Elekes és Paksi 2003b*

A megkérdezett 9-10. osztályos tanulók a marihuánát vagy hasist találták a legkönnyebben hozzáférhetőnek a táblázatban szereplő kábítószeresek közül. A kokainhoz és heroinhoz lehetetlen hozzáférni a válaszadók 22,2-22,9 %-a szerint.

A megkérdezetteknek átlagosan 36%-a nem rendelkezett információval a kábítószeresek hozzáférhetőségéről.

23. táblázat. Kábítószer-fajták hozzáférhetősége a 9-10. osztályos tanulók véleménye alapján

Kábítószer-fajta	lehetetlen	nagyon nehezen	inkább nehezen	inkább könnyen	nagyon könnyen	nem tudom
marihuána vagy hasis	13,9%	11,5%	16,3%	16,0%	16,6%	25,6%
ecstasy	18,6%	13,6%	13,4%	10,9%	11,6%	31,6%
amfetaminok	18,0%	14,2%	15,6%	10,9%	8,9%	32,1%
kokain	22,2%	17,9%	12,9%	5,5%	5,0%	36,3%
heroin	22,9%	18,1%	12,5%	5,9%	4,5%	35,9%
LSD, más hallucinogén	17,7%	14,2%	18,8%	9,4%	7,7%	32,0%
crack	20,7%	15,1%	14,9%	6,7%	4,8%	37,7%
más opiátok	20,6%	14,4%	13,3%	7,6%	6,1%	38,0%

Forrás: Elekes, Paksi 2003b

Egy 2003-ban végzett felmérésben (FACT 2003) a megkérdezett egyetemi hallgatók véleménye szerint nem okoz különösebb nehézséget kábítószerhez jutni ma Pécsen.

## 10.2. LEFOGLALÁSOK

A fentebb említett szervezeti és eljárási változtatások alapján az itt közölt adatok a mind Rendőrség, mind a Vám- és Pénzügyőrség által talált kábítószereket magába foglalja.

2003-ban az előző évhez képest nőtt a lefoglalások száma, átlagosan 33%-kal. A lefoglalt kábítószer mennyisége a legjobban keresett kábítószer tekintetében (ecstasy, kannabisz és heroin) szintén növekedés figyelhető meg. A legnagyobb növekedést a lefoglalt mennyiségben az ecstasy mutatja (545%), a lefoglalások számának mindössze 19%-os növekedésének ellenére.

Szintén jelentősen nőtt a lefoglalt marihuána (100%) és heroin (60%) mennyisége, de a lefoglalások száma itt sem emelkedett meghatározóan, sőt, a heroin esetében 8 %-kal csökkent.

A lefoglalt kokain mennyisége közel a felére csökkent a megnövekedett lefoglalási számok ellenére.

24. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége

	2002		2003	
	Lefoglalás	Mennyiség	Lefoglalás	Mennyiség
Marihuána (kg)	1965	103,44	2015	206,8
Heroin (kg)	97	159,65	90	256,33
Kokain (kg)	57	54,9	95	23,47
Amfetamin (kg)	256	3,51	373	12,11
Ecstasy(tabletta)	304	24854	362	135634
LSD (adag)	17	623	17	345,5

Forrás: Bűnügyi Szakértői Kutatóintézet

### 10.3. ÁR/TISZTASÁG

#### Ár

A kábítószeres utcai árai esetében nem rendelkezünk összehasonlításra alkalmas korábbi adatokkal, mivel az adatgyűjtés a 2003-as évben kezdődött meg.

A 2003-as adatokat az alábbi táblázat foglalja össze.

25. táblázat. Kábítószeres utcai ára (forintban)

	Min.	Max.	Átlag
Hasis (1 gramm)	1200	2000	1200
Marihuána (1 gramm)	800	2500	1200
Heroin (1 gramm)	6000	12000	7500
Kokain (1 gramm)	12000	25000	15000
Amfetamin por (1 gramm)	800	2500	2000
Ecstasy (1 tableta)	600	2000	1200
LSD (1 adag)	1000	1700	1500

*Forrás: Rendőrségi hírszerzés*

#### Tisztaság

Magyarországon lefoglalt kábítószer gyanús anyagok vizsgálatát a Belügyminisztérium Bűnügyi Szakértői Kutatóintézet Szerves Kémiai Analitikai Osztálya végzi függetlenül attól, hogy a lefoglalást a Rendőrség vagy a Vám- és Pénzügyőrség beosztottjai végezték. A központi laboratóriumnak négy kirendeltsége van, amelyek regionálisan végzik a vegyészszakértői tevékenységet. A szakértői tevékenység során vizsgálják, hogy az anyag tartalmaz-e kábítószeret. Ha igen, akkor milyen, és mérik a hatóanyag-tartalmat. Ecstasy tableta esetén a tablettáról fényképfelvétel is készül. Kiemelt ügyekben vagy nemzetközi megkeresésre képesek elvégezni a kábítószeres profilozását is.

A szintetikus kábítószeres többsége tableta formában jelenik meg és a leggyakrabban előforduló hatóanyaga az MDMA. A piacon jelen vannak még más hatóanyag-tartalmú (MDA, 4-MTA, 1-PEA, PMA) tabletták is. Ezen kívül jelen van az amfetamin por vagy tableta formában.

A tabletták 97,1%-ban tartalmaztak MDMA-t, 0,3%-ban MDEA-t, 0,4%-ban MDA-t, 2%ban ezek kombinációját és 0,2%-ban amfetamint vagy metamfetamint.

Az amfetaminok átlagos tisztasága 2003-ban nem változott a tavalyi évhez képest.

A legjelentősebb hatóanyag-tartalom-növekedés a marihuána esetében észlelték (40%), míg a heroin és a kokain esetében csökkent az utcán megjelent szerek tisztasága (62,5% illetve 33%-kal).

26. táblázat. *Utcán terített kábítószeresek tiszta hatóanyag-tartalma százalékban*

	2002				2003			
	Minta nagysága	Min.	Max.	Átlag	Minta nagysága	Min.	Max.	Átlag
Hasis	72	0,5	10	N.a.	83	0,5	10	N.a.
Marihuána	2610	0,01	6	0,5	3011	0,01	6	1,2
Heroin	133	10	55	40	123	3	35	15
Kokain	72	20	80	60	116	25	90	40
Amfetamin	346	4	50	15	534	2	55	15

*Forrás: Bűnügyi Szakértői Kutatóintézet*

## Következtetések

A 2003. július 1-jén lépett hatályba az új Büntetőeljárásról szóló törvény, amely jelentős változás hozott a Vám- és Pénzügyőrség nyomozati hatáskörében.

A 2003-ban történt lefoglalások esetében megállapíthatjuk, hogy a lefoglalt kábítószer-mennyiség jelentősen nőtt a tavalyi évhez képest.

Az utcai forgalomba került kábítószeresek tisztasága szerenként különböző mértékben változott. Míg a heroin és a kokain tisztasága csökkent, a marihuána esetében 40%-os növekedés volt megfigyelhető a 2002-es évhez viszonyítva.

A hazai kábítószer-kínálat elleni fellépés során nem csak a rendvédelmi szervek által rögzített statisztikai adatokat, hanem más, a probléma kezelésével foglalkozók gyakorlati tapasztalatokat, epidemiológiai felmérések eredményeit is sikeresen használják fel.



## **11. BUPRENORPHINE**

Magyarországon a buprenorphine tartalmú gyógyszerek legális forgalomban vannak, azonban a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés területén nem használatosak. Buprenorphine visszaélésekről nem rendelkezünk adatokkal.

## 12. A BÜNTETÉS ALTERNATÍVÁI A KÁBÍTÓSZERREL VISSZAÉLÉST ELKÖVETŐK SZÁMÁRA<sup>34</sup>

### Háttér, előzmények

Hazánkban is ellentétes vélemények fogalmazódtak meg - és jelentek meg a jogalkotásban is - lényegében a nemzetközi téren a kriminálpolitikában megjelenő alapvető két irányzathoz kapcsolhatóan is. (A két irányzat közül az egyik a szabadságvesztést ultima ratio-ként kezeli, a növekvő bűnözés elleni küzdelemben a szabadságvesztés hatástalanságának, kedvezőtlen utóhatásainak felismerését hangsúlyozva; a másik irányzat az egyre növekvő és erősödő bűnözéssel szemben a hatékonyabb fellépést a büntetőjogi fenyegetettség kiterjesztésével, a büntetőjogi represszió szigorának fokozásával kívánja elérni.)

Az 1990-es éveket követő büntető jogalkotásban a két irányzat elvei eltérő súllyal érvényesültek. A Btk.-n az 1998. évi LXXXVII. törvénnyel eszközölt módosításig az elsőként említett irányzat elvei voltak a dominálóak, az 1993. évi XVII. törvénnyel bevezetett módosítások túlnyomó része ebbe az irányba hatott.

A Btk.-nak az 1998. évi LXXXVII. törvénnyel végrehajtott módosítása a korábbiakhoz képest egyértelműen a másodikként említett irányzat talaján állt. A 2003. évi II. törvény - miként a hozzá fűzött miniszteri indoklás azt kifejezetten ki is emeli - elveti az 1998. évi LXXXVII. törvény alapjául szolgáló elvi megfontolásokat, elsősorban azt, hogy a bűnözés hatékonyabb visszaszorítása a büntetések szigorításától várható, ugyanakkor hangsúlyozza a törvényi szabályozás és a bírósági egyéniesítés között a magyar büntetőjog történetében kialakult hagyományos arányok visszaállítását.

Nézzük, hogyan alakultak a hazai kriminálpolitika tükrében, a kábítószerrel visszaélők diverziós lehetőségei, illetve azok milyen hatást indukáltak:

A büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazható gyógyító-megelőző kezelés, azaz az elterelés először hazánkban a Btk. 282.§-ának 1993. évi XVII. törvénnyel történő módosításával vált alkalmazhatóvá.

A Btk. 282/A. § alapján a jogalkotó a kábítószerrel visszaélés minősítésénél és a büntetési tételek meghatározásánál differenciált elbírálási lehetőséget biztosított a kábítószer-fogyasztó személyeknek. A 282/A.§ a) és b) pontja büntethetőséget megszüntető okokat fogalmazott meg. Az idézett paragrafus a) pontja szerint büntethetőséget megszüntető oknak minősült, ha valaki csekély mennyiségű kábítószerrel saját használatra természetelt, állított elő, megszerzett vagy tartott; b) pontja értelmében, ha egy kábítószer-használó személy olyan, két évnél nem súlyosabban büntetendő cselekményt követett el, amely kábítószer-fogyasztásával volt összefüggésben. A bűncselekmény ez esetben lehetett a kábítószer megszerzésének eszközcselekménye (beszerző bűnözés, jövedelemszerző bűnözés), de irányulhatott a kábítószer-fogyasztás leplezésére is.

Ezekben az esetekben az elkövetőnek az elsőfokú ítélet meghozataláig hitelt érdemlő okirattal igazolnia kellett, hogy, hogy legalább hat hónapig folyamatos kábítószer-függőséget megelőző vagy gyógyító kezelésben részesült. A törvény azonban nem kívánta, hogy a kezelés eredménye is vezessen, csak a kezelés tényét kellett igazolni.

„A korabeli sajtó a 155. Sz. Kollégiumi Állásfoglalást a hazai drogpolitika liberalizálásaként értékelte. Az Állásfoglalás a kábítószer csekély és jelentős mennyiségét értelmezte, és a vitákat ez az értelmezés váltotta ki. A szakemberek közül egyetértettek ezzel az iránnyal mindazok, akik indokoltnak tartották az 1993. évi XVII. törvénynek a kábítószer-kereskedő és a fogyasztó eltérő büntetőjogi megítélésére lehetőséget teremtő megoldásait és kábítószer-fogyasztó esetében a „medikalizáló szemlélet” érvényesülését. Hevesen kritizálták viszont az

<sup>34</sup> A fejezet szerzője: Dr. Koós Tamás, Ritter Ildikó

állásfoglalásnak a kábítószer-mennyiségekre vonatkozó részét a Népjóléti Minisztérium – amelyekhez akkoriban az egészségügy tartozott – részéről, valamint a rendőrség képviselői. Az utóbbiak azzal érveltek, hogy a kábítószeres csekély mennyiségének meghatározása jó lehetőséget teremt a kábítószerárusoknak, hogy tettenérés esetén a fogyasztók „bőrébe bújjanak”.(Lévay 2001)

Ezt a kritikát azonban az elterelés jogintézményének budapesti mintán történő hatásvizsgálatának eredményei alapján (Ritter 2000) megcáfolta, ugyanis a kutatási eredmények azt mutatták, hogy jellemzően valóban a kábítószer-fogyasztók éltek a 282/A. § biztosította gyógykezelési lehetőséggel, amennyiben az eljáró hatóság – azt „nem felejtette el” – a gyanúsított tudomására hozni (Ritter 2003b).

A Btk. 282.§-nak illetve a 282/A.§-nak szövegét az 1999. március 1-én hatályba lépett az 1998. évi LXXXVII. törvény 62.§-ával módosították.

Az 1993. évi XVII. törvénnyel bevezetett szabályozás arra a kriminálpolitikai tételre épült, miszerint a büntetőjognak eltérő módon kell kezelnie azokat, akik maguk is részben áldozatoknak tekinthetők, és azokat az elkövetőket, akik a bűncselekmény haszonélvezői.

A szabályozást az eltelt időben több oldalról is kritika érte. Időközben a „Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottság” jelentéséről szóló 125/1997.(XII. 18.) OGY. határozat 3. pontja is előírta a Btk. 282-282/A § rendelkezéseinek felülvizsgálatát. A bírálatok alapvetően a csekély, illetve jelentős mennyiség fogalmak tartalmának meghatározásának módjára vonatkoztak, és ebből levezetve merült fel a tényállással szembeni aggály, miszerint az nem nyújt megfelelő lehetőséget a (bűnüldöző) jogalkalmazó számára a fogyasztó és a kereskedő közötti egyértelmű különbségtételhez. Indokoltnak tartották a Btk. 282-282/A. § szerinti tényállások szabályozási konstrukciójának finomítását is.

1999. március 1-jét követően elterelési lehetőség csak kábítószerfüggő személyek számára volt alkalmazható. A miniszteri indoklás szerint:

„(...) A javaslat az eredeti kriminálpolitikai tétel keretein belül abból indul ki, hogy akinek a büntetőjog valóban diverziós (elterelési) lehetőséget biztosítani kíván, az a kábítószer-függőség állapotába eljutott kábítószer-fogyasztó. Ettől különbözik a kábítószer puszta élvezni akaró fogyasztó. (...) A javaslat kizárólag az új privilegizált tényállás elkövetője (tehát a kábítószerfüggő személy) számára biztosítja a büntethetőség alóli elterelést. (...)”

Ennek következtében azok a kábítószer-fogyasztók, akik „nem jutottak el a kábítószer-függőség állapotába”, azaz akiket az igazságügyi szakértő nem minősített kábítószerfüggőnek, azokkal szemben nem volt alkalmazható az elterelés hagyományos formája.

„A függőség megállapításának kritériumait sehol sem rögzítették, az igazságügyi szakértő jellemzően az elkövető elmondása, tüneteinek közlése alapján minősített - és ezt a kikaput a megfelelő érdekvédelemmel rendelkező elkövetők rendre kihasználták (megtanulva mit kell mondani a szakértői vizsgálaton). Az elterelésben résztvevők száma és aránya csökkenő tendenciát mutatott, hiszen a jogalkotó szűkítette az elterelés jogintézményét igénybe vehetők körét... Habár a nem függő, alkalmi fogyasztók számára a diverzió lehetősége részben megteremtődött az eljárásjogi törvény módosításával, ennek gyakorlati alkalmazása az esetek jelentős részében nem volt kivitelezhető, vagy a hatóság álláspontja szerint nem volt célravezető” – olvasható a törvény hatásvizsgálatának eredményei között (Ritter, 2003b)

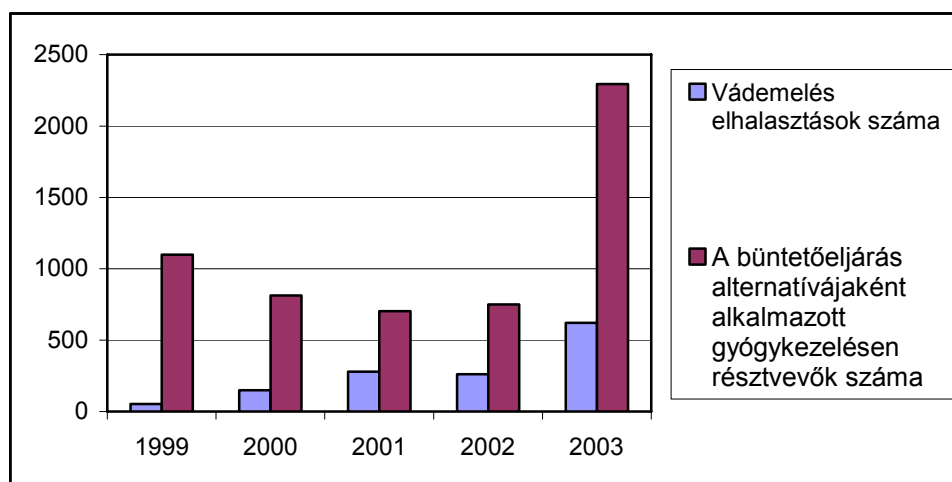
2002-ben – ez volt az utolsó év, amelyben a korábbi szabályozás érvényesült - például a kábítószeres ügyek elkövetőivel szemben alkalmazott vádhalasztások száma a büntetőeljárás alternatívájaként gyógykezelésen részt vettekének harmada volt. Azaz a 2002-ben az arány 3:1 volt a gyógykezelések javára. Ez csak azért furcsa, mert a csekély mennyiségre elkövetett keresleti oldali magatartást megvalósítók (az esetek többségében

fogyasztás, birtoklás miatt eljárás alá vontak) körében a kábítószerfüggők aránya – még a korábban említett kiskapu ellenére is, a kriminálstatisztika alapján – 20% alatt volt.

Hová tűntek az alkalmi fogyasztók?

Jelentős részük ellen vádat emeltek. (2002-ben az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetők 71,8%-a ellen vádemelésre került sor. Megjegyezzük, hogy az összes elkövető 54,4%-a ellen „csak” kábítószer-fogyasztás miatt indult eljárás. Így jelentős részük ügye vádra került.). Hangsúlyozzuk azonban, hogy kizárólag kábítószer-fogyasztás miatt hazánkban senki nem kapott még végrehajtható szabadságvesztés büntetést. Habár a büntető törvénykönyv a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény bármely elkövetési magatartását végrehajtható szabadságvesztés büntetéssel fenyegeti, így a megszerzés/tartás révén megvalósuló fogyasztást is, mint láthattuk bizonyos feltételek fennállása esetén büntethetőséget megszüntető okokat fogalmaz meg a jogalkotó, továbbá a hazai ügyészek és bírúk nem tartják olyan mértékben társadalomra veszélyesnek a csekély mennyiségre elkövetett fogyasztói magatartást, hogy emiatt végrehajtható szabadságvesztés büntetést indítványozzanak vagy szabjanak ki.

19. ábra. A vádemelés elhalasztásban és a büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazott gyógykezelésen résztvevők száma (1999-2003)



Forrás: ERÜBS; Egészségügyi, Szociális- és Családügyi Minisztérium, OPNI

1999 után a büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazott gyógykezelésen résztvevők száma csökkent és ez a tendencia, bár eltérő intenzitással, 2001-ig tartott. 2002-ben azonban enyhe növekedést detektálhattunk. A 2003-as évben bekövetkezett nagymértékű növekedés (2295 fő) háttérében a kannabisz fogyasztás miatt elterelő kezelésben részesültek 417%-os növekedése áll. Eközben a vádemelés elhalasztások száma 1999 és 2001 között több, mint ötszörösére nőtt (54-ről 280-ra), majd 2002-ben valamelyest csökkent az esetszám (261). Azonban még így is jelentősen alatta maradt a büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazott gyógykezelésen résztvevők számához képest, ami 2002-ben 751 volt. A 2003-ban történt vádemelés elhalasztások száma 621 volt, ami az előző évhez képest 238%-os emelkedést jelent.

## 12.1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKAI, SZERVEZETI ÉS STRUKTURÁLIS INFORMÁCIÓK

A kábítószer-bűncselekményekre vonatkozó szabályokat az 1978. évi IV. törvény (a Büntető Törvénykönyvről) 282§-283/A§-ai tartalmazzák, ezen belül az elterelésre a Btk. 283.§-a ad lehetőséget. A diverzió büntetőeljárásai kivitelezésére vonatkozó előírásokat pedig az 1998. évi XIX törvény (a büntetőeljárásról) tartalmazza. 2003. július 1. óta hazánkban a kábítószerrel visszaélők egyetlen diverziós lehetősége a vádemelés elhalasztása, amelyre

az ügyészi szakban kerül sor. A jogalkotó az elterelésben részt vevők körét jelentősen szélesítette, a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelet az elterelés végrehajtásának a kereteit világosan rögzítette, ennek a személyi hatálya a büntetőeljárás alá vont kábítószer-élvező személyekre terjed ki.

A magyar drogpolitika hivatalos dokumentuma nem tartalmaz részletes stratégiát e témában, de a benne megfogalmazott célok között szerepel a diverziós jogintézmények monitorozása, valamint a korábbi hatályos törvényi rendelkezések hatásvizsgálata, így segítve elő az esetlegesen szükséges beavatkozások megalapozását a döntéshozók számára. Többek között, a Nemzeti Stratégia megszületésekor hatályos jogszabályi környezet hatásvizsgálatának (Ritter 2003b) eredményei befolyásolták a döntéshozókat a szükséges jogpolitikai döntések meghozatalában, így a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállásának 2003. évi módosításában.

Ennek a módosításnak a legfőbb érdeme az volt, hogy a diverzióban résztvevők körét még a korábbi, 1993 és 1998 közötti időszakban érvényes szabályozásnál is, jobban kiterjesztette. A Büntető törvénykönyv kommentárja szerint: „A kábítószerrel visszaélés a Btk. 282-282/C. §-okban írtak szerint szigorúan büntetendő cselekmény. Az elkövetők között azonban vannak szenvedélybetegek, továbbá olyan fiatalkorúak, fiatal felnőtt korúak, illetve csekély mennyiségű kábítószerrel alkalomszerűen fogyasztók is, akikkel kapcsolatban nem indokolt a törvény teljes szigorát alkalmazni, és módot kell adni számukra a gyógyító, nevelő jellegű terápiában részt vegyenek, és mentesüljenek a büntetőjogi felelősségre vonás alól. Ezen elterelési lehetőségeket, és egyúttal büntethetőséget megszüntető okokat szabályozza a Btk. 283. §.”

A büntethetőséget megszüntető okok köre, azaz az elterelés alkalmazhatóságának feltételei:

- csekély mennyiségre, illetve csekély mennyiségre tizennyolcadik életévét be nem töltött személy felhasználásával, saját használatra elkövetett termesztés, előállítás, megszerzés, tartás,
- az együttes kábítószer fogyasztás alkalmával történő, csekély mennyiségre elkövetett kínálás, átadás, de tizennyolcadik életévét be nem töltött személynek, illetve oktatási, köznevelési, gyermekjóléti és gyermekvédelmi, közművelődési feladatok ellátására rendelt épület területén, vagy annak közvetlen környezetében történő kínálás vagy átadás esetén csak a huszonegyedik életévét meg nem haladott elkövető vonatkozásában,
- a kábítószerfüggő személy által a jelentős mennyiséget el nem érő mennyiségre elkövetett, saját használatra történő termesztés, előállítás, megszerzés, tartás, csempészet, illetőleg a csekély mennyiségre, együttes kábítószer fogyasztás alkalmával elkövetett kínálás, átadás, valamint
- a kábítószerfüggő személy által a jelentős mennyiséget el nem érő mennyiségre elkövetett, saját használatra történő termesztés, előállítás, megszerzés, tartás, csempészet magatartásaival összefüggésben - kétévi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő - más bűncselekményt követett el.

A büntethetőséget megszüntető ok a törvény szerinti Btk. 283. § (1) bek. a), c) és e)1. pontjában szabályozott esetben a "saját használatra" célzat tényállási elem. Ez csak akkor kerülhet megállapításra, ha ez a tényállási elem is kétséget kizáróan bizonyított.

A büntethetőséget megszüntető ok csak abban az esetben alkalmazható, ha az elkövető okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt. Ezen okirat kiállítására az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes hatósága, a kábítószer-élvezők gyógykezelésére szakosodott egészségügyi intézmény szakorvosa, vagy a megelőző, felvilágosító szolgálat szakemberei jogosultak.

Fontos kiemelni azonban a büntetőeljárás tárgyalást megelőző szakaszában alkalmazott elterelési lehetőséget, a *vádemelés elhalasztását*, a tárgyalás alatti szakaszt illetően pedig az *eljárás felfüggesztését*. A magyar felfogás szerint a tárgyalás utáni szakaszban, amikor a vádlott bűnösségét kimondták a kábítószer-bűncselekménnyel kapcsolatban, minden további az - immár elítélt - kezelésre irányítására vonatkozó megoldás nem tekinthető diverzióknak. Ugyanakkor mód van arra, hogy például kábítószerfüggő elkövető által elkövetett kábítószer termesztés, előállítás, megszerzés, tartás, csempészet (Btk. 282/C§ (1) bekezdés), valamint kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik elkövetési magatartások esetén (Btk. 282/C§ (2) bekezdés), illetve csekély mennyiségre elkövetés esetén (Btk. 282/C§ (5) bekezdés) intézkedésként próbára bocsátást alkalmazzanak. Ekkor pártfogó felügyelet is előírható, és magatartási szabályként a bírósági határozatban akár a kezelésen részvétel is megkövetelhető a próbaidő eredményes leteltéhez, de pártfogó felügyeletet el lehet rendelni a végrehajtásában felfüggesztett szabadságvesztés büntetés mellett is.

Az elterelés lehetősége különbözik aszerint, hogy az elkövető magatartása a kínálati avagy a keresleti tevékenység körébe tartozik.

A törvény az elterelés kedvezményéből kizárja azon elkövetőket, akikkel szemben az újabb, kábítószer-terjesztéssel (a kínálati oldallal) kapcsolatos bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül kábítószerrel visszaélés miatt indított büntetőeljárás keretében a büntetőjogi felelősségüket megállapították, vagy a vádemelést elhalasztották. A kábítószerrel visszaélés esetében az elterelést egy terhelttel szemben - a törvényben meghatározott időszakon belül - csak egy esetben lehet alkalmazni.

Amennyiben a kábítószerrel visszaélést elkövető terhelttel szemben az első alkalommal indított büntetőeljárás ügyészségi vagy bírósági szakaszba eljutott, és az ügyészség a vádemelést elhalasztotta, vagy a bíróság megállapította a bűncselekmény elkövetését (akár megrovással, akár próbára bocsátással, akár elítéléssel), az újabb cselekmény elkövetését megelőző 2 éven belül történt elkövetés esetén, amely egyébként elterelési lehetőséget biztosítana a terheltnek, az elterelés lehetősége nem alkalmazható. Az elterelés intézménye azt a célt szolgálja, hogy a kábítószerrel visszaélést első alkalommal elkövető terhelttel szemben biztosítsa a büntetőeljárás helyett az alternatív kezelést.

A törvény azt lehetővé teszi, hogy a kábítószer-fogyasztással (a keresleti oldallal) összefüggő magatartások esetén az elterelésről szóló hatósági döntés többször megismétlődjék. Ez azzal függ össze, hogy a tisztán keresleti oldalon szereplő elkövető esetében az életmódváltozáshoz általában hosszabb időnek kell eltelnie. Nem lenne indokolt, ha az egyszerű fogyasztót vagy a kábítószerfüggőt azért zárná ki a törvény az újabb elkövetés esetén az elterelésből, mert még nem sikerült leszoknia a kábítószer-élvezetről.

A 2003. évi Btk. módosítás mellett, 2003-ban lépett hatáskörbe az új büntető eljárási törvény. A Be. 222. § (2) bek. értelmében: „Ha a Btk. 283. §-ában meghatározott büntethetőséget megszüntető okból az eljárás megszüntetésének lehet helye, az ügyész a vádemelést egyévi időtartamra elhalasztja, ha a kábítószer-élvező gyanúsított vállalja a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt.

A vádemelés elhalasztása kötelező, ha a kábítószerfüggő gyanúsított a folyamatos gyógykezelést vállalja. Az a kábítószer-élvező, aki függőnek még nem tekinthető, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt vállalhat. A vádemelés elhalasztása alatt az elkövető pártfogó felügyelet alatt áll.

Minderről a Be. 224. § alapján tartott ügyészi meghallgatáson a gyanúsítottat nyilatkoztatni kell. Amennyiben a gyanúsított a feltételek fennállása esetén nem vállalja a gyógykezelésen történő részvételt, az ügyész vagy – a nyomozás megszüntetése mellett – megrovásban részesíti a gyanúsítottat, vagy vádat emel vele szemben. Senki nem kötelezhető gyógykezelésen történő részvételre.

## 12.2. BEAVATKOZÁSOK

Az elterelés végrehajtásának szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelet három elterelési formát különböztet meg:

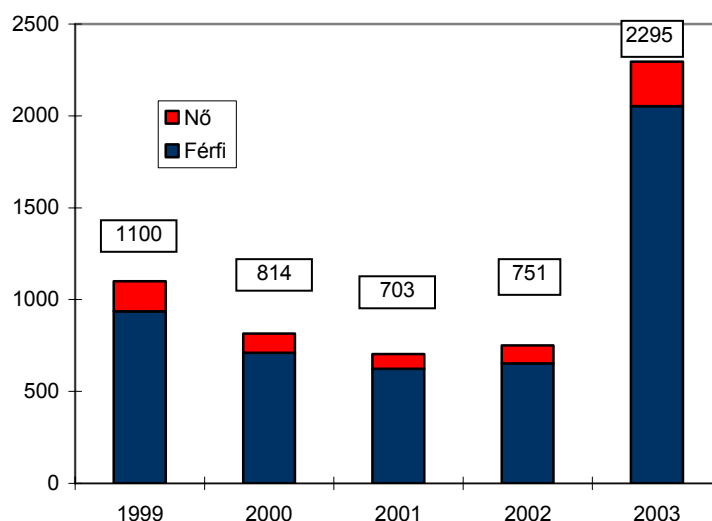
A megelőző-felvilágosító szolgáltatás szolgáltatói körét országosan 34 szervezet (2003. év végi adat) biztosítja. A szolgáltatók nyilvános pályázat keretében szakmai programjuk és felkészültségük, továbbá szervezeti, infrastrukturális feltételrendszerük bemutatása alapján nyerik el a jogot a megelőző-felvilágosító szolgáltatás végzésére. A szolgáltatók 2/3-a betegellátással és/vagy prevencióval foglalkozó civil szervezet (alapítvány, egyesület), 1/3-a önkormányzati vagy egyéb állami tulajdonú közintézmény.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás szakmai tartalmait elsősorban az egyéni és csoportos drog-prevenció és általános pszicho-educációs, személyiségfejlesztési technikák adják, a kábítószerre vonatkozó tudásátadást, érzelmi nevelést, készségfejlesztést, önismeret-fejlesztést célzó elemek egyaránt szerepelnek.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás időtartamának – mely a vonatkozó jogszabálynak megfelelően 6 hónapon keresztül havonta 2\*2 óra – 25%-a egyéni foglalkozás, 75%-a csoportos foglalkozás formájában történik. A kliens személyes igénye esetén gyakorlatilag minden szolgáltató lehetővé teszi a kizárólag egyéni foglalkozás formájában történő részvételt. A klienseknek lehetősége van a megelőző-felvilágosító szolgáltató szabad megválasztására, azaz jogosultak annál a szolgáltatónál igénybe venni a szolgáltatást, amelynél szeretnék, feltéve, hogy a szolgáltató – a területi ellátási kötelezettségei teljesítése után is – rendelkezik szabad kapacitással. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás országos lefedettsége alapvetően biztosított, Magyarország 19 megyéjéből 17-ben egy vagy több megelőző-felvilágosító szolgáltató rendelkezik érvényes szerződéssel a szolgáltatás végzésére. Budapesten 11 megelőző-felvilágosító szolgáltató tevékenykedik. Az ellátás finanszírozását és a szakmai programok értékelését a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet végzi.

A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés és a kábítószer-használatot kezelő más ellátás szolgáltatói jellemzően az egészségügyi intézmények, drogambulanciák, amelyek finanszírozását az Országos Egészségbiztosítási Pénztár végzi, valamint engedéllyel rendelkező civil szervezetek, amelyek finanszírozása az NDI feladata. Bármilyen típusú kezelés elfogadható – így szubsztitúciós kezelés is -, továbbá történhet ambuláns formában, de lehet kórházi kezelés és/vagy rehabilitációs programban való részvétel is – a lényeg büntetőjogi szempontból, hogy az okiratot az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes hatósága, a kábítószer-élvezők gyógykezelésére szakosodott egészségügyi intézmény szakorvosa, vagy a megelőző, felvilágosító szolgálat erre jogosult szakemberei állítsák ki.

20. ábra Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma



Forrás: OSAP

Szinte minden szolgáltató szakmai programjában megjelenik az életvezetési tanácsadás, pszicho-educatív oktatás, ill. az asszertivitást támogató tréningek elemei.

Számos szolgáltató végez – a kliens egyetértése esetén – a család bevonásával megvalósuló programokat, a családi mediációval kapcsolatosan az azt végző helyeken kedvező tapasztalatok vannak. Szintén több szolgáltató szakmai programjában megjelennek a konfliktus-kezelési technikák, mint a készségfejlesztési irányú programok elemei.

### 12.3. MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

A vádemelés elhalasztása jogintézmény működésének monitorozására 2002-ben került sor (Ritter 2003b), amelynek eredményei már jelezték a várható problémákat. PI:

- az eljárások még jobban elhúzódnak;
- még nagyobb gond lehet az elkövetők eltűnése, hiszen a korábbinál több hatósági személy lép be az eljárásba és még több hatóság előtt kell idézésen megjelenni

#### **Korábbi rendelkezések értelmében az eljárásban résztvevő hatósági személyek**

Felderítő: járőr, nyomozó  
 Vizsgáló  
 Szakértők (toxikológus, vegyész)  
 Igazságügyi orvosszakértő  
 Kezelő intézmény személyzete

#### **A jelen rendelkezések értelmében az eljárásban résztvevő hatósági személyek**

Felderítő: járőr, nyomozó  
 Vizsgáló  
 Szakértők (toxikológus, vegyész)  
 Igazságügyi orvosszakértő  
 Ügyész  
 Pártfogó felügyelő  
 Kezelő intézmény személyzete

- még többbe kerül ezeknek az eljárásoknak a költsége;
- sok helyen nincs a közelben kezelőintézmény,
- más településen működik a pártfogó, akivel kapcsolatot kell tartani
- a pártfogó felügyelői rendszer nem felkészült a megnövekedett feladat ellátásra. (Ritter 2003b)



Minőségbiztosítási elemként – a szakmai program előzetes bemutatásán és értékelésén, mint egyfajta akkreditációs mozzanaton túl – minden megelőző-felvilágosító szolgáltató rendszeres kapcsolatban kell, hogy álljon hozzá térben közel eső addiktológiai tevékenységet végző egészségügyi szolgáltatóval, illetve annak addiktológus szakemberével. Ezen a módon történik a megelőző-felvilágosító szolgáltatást végző szakemberek szupervíziója, illetve szükség esetén ezen az úton biztosított az arra rászoruló kliens egészségügyi (addiktológiai) ellátása.

## **Jogszábjegyzék**

1978. évi IV. törvény a büntető törvénykönyvről

1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról

Btk. Kommentár

26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól

125/1997.(XII. 18.) OGY. határozat a „Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottság” jelentéséről

155. sz. Büntető Kollégiumi Állásfoglalás

96/2000. sz. OGY határozat Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítására c. melléklete.

## 13. KÁBÍTÓSZERREL KAPCSOLATOS EGYÉB BŰNCSELEKMÉNYEK<sup>35</sup>

### 13.1. DEFINÍCIÓK

A kábítószerrel összefüggő, a közrendet, köznyugalmat zavaró, de a direkt kábítószer-bűncselekményeken kívül eső jogsértő magatartásokra (így nem gondolva itt a kábítószerrel való visszaélés tényállására) Magyarországon nem alakult ki külön jogi kategória, szankcionálására nem született külön törvény vagy rendelet, a jogi válaszok a büntető, szabálysértési és közigazgatási jogszabályok, illetve az egyes hatóságok szabályzatai között elszórtan találhatók. A Büntető törvénykönyv különös része, illetve a szabálysértési törvény és rendelet tényállásai között találhatunk olyan cselekményeket, amelyek relevánsak lehetnek a kábítószer-fogyasztással kapcsolatban. A kábítószer hatása alatt, vagy a szer megszerzése érdekében jellemzően személy elleni, erőszakos, közrendellenes, vagyon elleni, közlekedési, vagy a házasság, család, ifjúság elleni bűncselekményt, illetve szabálysértést követnek el.

Elméleti-tudományos kategorizálás hazánkban is létezik a kábítószer-bűnözéssel kapcsolatban, és a külföldi szakirodalommal összhangban magyar kriminológusok is alkalmazzák azokat.

Kifejezetten a kábítószerrel kapcsolatban (annak megszerzése érdekében vagy hatása alatt) elkövetett jogsértő magatartások egységes szabályozásának hiányában Magyarországon általános érvényű kategorizálásról beszélhetünk; a jogi válaszok általában a közrend elleni bűncselekmények és szabálysértések (melyeket az önkormányzatok helyi szinten is megállapíthatnak rendeleteikben) tényállásaiban találhatók, és nemcsak az illegális szerekre, hanem az alkoholra és egyéb kábító hatású anyagokra is vonatkoznak.

### 13.2. JOGI VÁLASZOK, HOZOTT INTÉZKEDÉSEK

A holland tanulmány által meghatározott, a kábítószer-fogyasztással összefüggő ún. „*köznyugalom megzavarására alkalmas cselekmények*” megnyilvánulási formái Magyarországon is kivétel nélkül léteznek. A jogalkotó és jogalkalmazó szervek által a társadalmi jelenségekre adott válaszok jellemzően a büntető törvénykönyvben és a szabálysértési kódexben találhatók. (Természetesen nem szabad kifelejteni az önkormányzati szintű, és az egyes szabálysértési hatóságok általi szabályozást sem.)

A Büntető törvénykönyv szerint nem büntethető az a személy, aki a bűncselekményt kóros elmeállapotban követi el (Btk. 24.§). A kóros elmeállapot képtelenné teszi az elkövetőt cselekménye következményeinek felismerésére vagy arra, hogy e felismerésének megfelelően cselekedjék. Ha ez a kóros elmeállapot az elkövetőt csak korlátozza cselekménye következményeinek felismerésében vagy e felismerésnek megfelelő cselekedetében, a büntetés enyhíthető. Az alkoholtól vagy kábítószertől bódult állapot is a tudat hasonló (vagy ugyanilyen) zavarát idézi elő, azonban – mint ahogyan azt a törvény kommentárja is írja – nem lehet jogalkotói cél büntetlenséget, illetve korlátlan enyhítést biztosítani azon személyeknek, akik saját magukat hozzák olyan állapotba, hogy nem vagy csak korlátozottan rendelkeznek beszámítási képességgel. Ezért a törvény az önhibájából ittas vagy kábítószer hatása alatt álló személyt kiveszi a fenti rendelkezés hatálya alól, úgy kell tekinteni az ilyen elkövetőt, mintha a cselekmény elkövetésekor beszámítási képessége birtokában lett volna. Ha valaki teljesen önhibáján kívül került bódult, ittas állapotba, vele

<sup>35</sup> A fejezet szerzője: Dr. Jambrik Ágnes

szemben alkalmazható a büntethetőséget kizáró, illetve az enyhítést engedő rendelkezés. Éppen ezért a büntetőeljárás során különösen nagy jelentősége van az igazságügyi szakértők általi, a fogyasztás körülményeit feltáró vizsgálatnak.

A fentiek értelmében tehát az ittas vagy bódult állapot a vádlott javára nem értékelhető, ellenben a BK 154. számú Kollégiumi állásfoglalás szerint súlyosító körülmény, ha az elkövető a bűncselekményt önhibából eredő ittas vagy bódult állapotban követte el, és ennek az állapotnak szerepe volt a bűncselekmény elkövetésében. A függőségnek a büntetőjogi értékelésre kétféle hatása lehet. Egyrészt a fizikai és pszichikai függőség a fogyasztót arra ösztönzi, hogy kielégítse kábítószeréhségét, és ennek érdekében sokszor vagyoni, vagy okirat-hamisítással (recepthamisítás) összefüggő bűncselekményeket követ el. A jogalkalmazó ezt nem tekinti értékelhető körülménynek, ezért a büntethetőséget kizáró, illetve a korlátlan enyhítést lehetővé tevő paragrafusok ebben az esetben sem alkalmazhatók.

Másrészt a függőség egy előrehaladottabb stádiumában már komolyabb személyiségzavart, elmebetegséget is okozhat, amely kizárhatja, vagy korlátozhatja a beszámítási képességet, ezért a fenti (Btk. 24.§) rendelkezést alkalmazni kell.

### **a.) Büntettek és vétségek**

A Büntető törvénykönyv eddig tárgyalt rendelkezései az Általános részhez tartoznak, tehát minden bűncselekményre vonatkoznak. Ha például valaki kábítószer hatása alatt követi el a betöréses lopás súlyosabb esetét, ez az állapot nem értékelhető enyhítő körülményként, másrészt adott esetben bűnhalmazat állapítható meg a visszaélés kábítószerrel bűncselekményével.

Gyakorlatilag minden, a Btk. Különös részében tárgyalt bűncselekménynél szóba jöhet a kábítószer hatása alatti elkövetés, de egyes bűncselekményi tényállásoknál külön felmerül a kábítószerrel összefüggésben történő elkövetés lehetősége. Ilyen például a kiskorú veszélyeztetése és a tartás elmulasztása. Előbbi egyik lehetséges elkövetési magatartása a züllött életmódra való rábírás vagy rábírnai törekvés. Egy bírósági határozat (BH1985.51) szerint ilyennek tekinthető például a kábítószer fogyasztására való rábírás. Az elkövető szabadságvesztéssel büntetendő.

Aki tartási kötelezettségét önhibájából (például kábítószeres életmódja miatti elszegényedés) nem teljesíti, a büntetőjogi szankció szabadságvesztés, közérdekű munka vagy pénzbüntetés.

Az egyetlen olyan tényállás a Btk-ban, amely külön nevesíti a kábítószer hatása alatt történő elkövetést, a járművezetés ittas vagy bódult állapotban. Alapesetben az elkövetési magatartás az ilyen állapotban történő vezetés, a minősített esetet a vezetés során elkövetett közlekedési szabálysértés miatt bekövetkező súlyosabb következmények jelentik, melynek szankciója csak szabadságvesztés büntetés lehet.

A közrend elleni bűncselekmények közül a garázdaság, a rendbontás és a magánokirat-hamisítás hozható leginkább kapcsolatba a kábítószer-fogyasztással. Utóbbi bűncselekmény a gyógyszerek nem orvos által előírt körülmények közötti visszaélés-szerű használata érdekében történő recepthamisítások kapcsán merül fel.

A köznyugalomra veszélyes magatartások gyakorta váltanak ki a társadalom tagjaiban megbotránkozást, felháborodást. Jellemzően közterületen, nyilvános helyen követik el ezeket a cselekményeket. Magyarországon az utóbbi időben különösen az érdeklődés középpontjába kerültek, főleg a sportrendezvényeken és politikai jellegű tömeg demonstrációkon történt garázda jellegű cselekmények. Jellemző még az elkövetési helyszínen kívül a fiatalok általi, és a szeszital (illetve újabban kábítószer) hatására történő elkövetés (Nagy 2003). Az erőszakos bűnözésen belül különösen a garázdaság előfordulása

emelkedett meg. Ennek törvényi tényállását az valósítja meg, aki kihívóan közösséggelens (a joggyakorlat ilyenek tekinti az ittas vagy bódult állapotban gátlástalanul történő elkövetést), erőszakos magatartást tanúsít, és mindez alkalmas mások megbotránkoztatására, riadalmára. Szankcióként kitiltásnak is helye van arról a helyről, ahol az elkövető a köznyugalmat megzavarta.

A rendbontás bűncselekményének törvénybe iktatására 2000-ben, a sporthuliganizmus-jellegű jogsértő magatartások elleni hathatós fellépés jegyében került sor. Csak nyilvános rendezvényen (kulturális és sportrendezvény stb.) követhető el, amennyiben az illető a rendezvény rendezőjének intézkedésével szemben ellenállást tanúsít. A köznyugalmat megzavaró jellege miatt itt is indokolt lehet az elkövetőt egy vagy több helységektől, az ország meghatározott részétől távol tartani. A kitiltásnak mindkét bűncselekmény esetében akkor van helye, ha a bíróság az elkövetőt szabadságvesztésre ítéli.

## **b.) Büntetések, intézkedések**

A Btk. rendelkezése értelmében foglalkozásától végleges hatállyal az az elkövető tiltható el, aki foglalkozása gyakorlására alkalmatlan, és a bűncselekményt foglalkozása szabályainak megszegésével vagy annak felhasználásával követte el. Az alkalmatlanság rendszerint egészségügyi okból állapítható meg; például aki kábítószer-élvezőként foglalkozása körében elkövetett veszélyeztetést követett el és a foglalkozás szabályainak megszegése ezzel a szenvedélyével függött össze.

Az alkoholisták kényszergyógyítása végrehajtandó szabadságvesztés mellett elrendelhető, a büntető törvénykönyvben szabályozott intézkedés. Jelenleg alkoholbeteg elkövetőkkel szemben alkalmazható, bár 1987-ben címét kényszergyógyításra változtatták, és az intézkedést kiterjesztették a kábítószer-élvező elkövetővel szemben, ha a bűncselekménye ezen életmódjával függött össze. Ez azonban ma (még) nem hatályos. A bíróságok ilyen esetekben többnyire azt a megoldást választják, hogy pártfogó felügyeletet rendelnek el, és külön magatartási szabályként előírják az elkövető gyógyító kezelésen való részvételét.

Az elkobzás, mint a büntetés mellett és önállóan is kiszabható intézkedés, a kábítószer vonatkozásában semmilyen körülmények között nem mellőzhető, ugyanis ez a jövőben is veszélyeztethetné a védett jogi tárgyat, a közrendet. Vagyoneklobzásra is sor kerülhet, amennyiben bizonyított, hogy a vagyon kábítószer-kereskedelemből származik.

## **c.) Szabálysértések**

A szabálysértési törvény ugyanúgy szabályozza a felelősségre vonás szabályait önhibából eredő ittas vagy bódult állapot esetén, mint a Btk. A rendzavarás szabálysértési tényállása több garázda jellegű magatartást foglal magában (verekedés, garázdaság, rendőri intézkedéssel szembeni engedetlenség stb.). A szankció elzárás vagy pénzbírság, minősített esetekben kitiltásnak (az ország meghatározott területéről vagy helységeiből) és kiutasításnak (kizárólag nem magyar állampolgárt az ország területéről) is helye van. A rendzavarás mellett még a veszélyes fenyegetés, a kábítószer-rendészeti szabálysértés, valamint a szeszital-árusítás,- kiszolgálás és fogyasztás tilalmának megszegése kiemelendő a szabálysértések közül.

A veszélyes fenyegetés félelemkeltés céljából történő bűncselekmény elkövetésével való komoly fenyegetést jelent, büntetése elzárás vagy pénzbírság lehet.

A kábítószer-rendészeti szabálysértés a kábítószeres és pszichotrop anyagok kiadására, rendelkezésre stb. vonatkozó szabályok megszegését jelenti, az eljárás a rendőrség és az ÁNTSZ hatáskörébe is tartozik, elkövetője pénzbírsággal büntetendő.

Ugyancsak szabálysértésnek minősül „a kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésére vonatkozó szabályok megszegése” tényállás is, ami pénzbírsággal és elkobzással szankcionálható.

A szeszital-árusításra,- kiszolgálásra és fogyasztásra vonatkozó tilalmakat törvény, kormányrendelet vagy önkormányzati rendelet szabályozza, megszegése pénzbírságot, illetőleg a rendőrség, közterület-felügyelő vagy az ÁNTSZ által kiszabott helyszíni bírságot vonhat maga után.

A sporttörvény szabályozza a sportrendezvényre belépés feltételeit. Aki például nyilvánvalóan alkohol, kábítószer vagy más bódító hatású szer befolyása alatt áll, vagy szeszitalt, kábítószert tart magánál, nem léptethető be, illetve a szervező jogosult, sőt köteles őt eltávolítani a helyszínről. Kényszerítő eszköz alkalmazására, személy- és csomagvizsgálatra a rendőr és a rendezvény rendezője is jogosult. Eltiltás is alkalmazható a sportrendezvényről eltávolított személlyel szemben, melynek időtartama legfeljebb két, illetve négy év lehet. Az állam, illetve az önkormányzat kötelessége a sportrendezvényen a közbiztonságról gondoskodni; feladataik ellátásához az önkormányzatok a költségvetési törvény szerint normatív hozzájárulásban részesülnek.

#### **d.) Egyéb intézkedések, programok**

A kábítószerek gyakori fellelhetőségi helye a diszkó vagy egyéb szórakozóhely. A belkereskedelemtől szóló törvény értelmében a diszkó üzletnek minősül, ami viszont csak hatósági engedéllyel nyitható és tartható fenn. A működési engedélyt az illetékes jegyző adja ki az előzetes szakhatósági hozzájárulások megléte esetén. Diszkó esetében a környezetvédelmi, építésügyi, tűzvédelmi szakhatóság, a közlekedési felügyelet és az ÁNTSZ hozzájárulása szükséges. A már működő üzletet (diszkót) a jegyző, a szakhatóságok, a Fogyasztóvédelmi Felügyelőség ellenőrzik, és a rendőrséggel együtt közös ellenőrzéseket folytathatnak. Ha az üzlet/diszkó a jogszabályokban foglalt előírásoknak (így például a diszkó köteles ingyenes és korlátlan mennyiségű, a mellékhelyiségen kívül is elérhető ivóvíz, folyamatos gépi szellőztetés és elkülönülő, csendes, pihenésre alkalmas helyiség biztosítására például az esetlegesen drog hatása alatt álló vendégek rosszulletének, pánik megelőzésének érdekében) nem felel meg, a jegyző akár azonnali hatállyal 90 napra bezárathatja (erre vonatkozó statisztikák nem léteznek). A jegyző a működési engedélyt vissza is vonhatja. Az üzlet köteles a jegyzőnek és a rendőrhatalóságnak bejelenteni, ha zene-tánc-jellegű szolgáltatást kíván folytatni, melyet a jegyző meg is tilthat, ha az jogszabálysértő, a közízlést, a lakosság jogos érdekeit, nyugalma sérti.

Bizonyos szempontból nem jogi jellegű, a drogfogyasztással összefüggő jogsértő magatartásokra adandó válaszként értelmezhetők az ártalomcsökkentő programok. Lényegükből adódóan ezek a programok nem a szerhasználat megszüntetésére, hanem az abból fakadó ártalmak (fertőző betegségek, elszegényedés, beszerző-, és következménybűnözés) és kockázati tényezők kivédésére, minimalizálására fókuszálnak (Ritter 1999).

### **13.3. EREDMÉNYEK, ÉRTÉKELÉS**

Az utcai kábítószer-bűnözés rontja az adott terület közbiztonságát, bűnözési mutatóit. Közvetett hatása azonban a bűncselekmények helyszínein kívül is érzékelhető. Hazánkban a kábítószer terjesztés és fogyasztás főbb színhelyein, illetve azok körzeteiben a gépjármű feltörések, a gépkocsiban található mozdítható értékek eltulajdonítása, áruházi lopások, zseblopások előfordulása volt tapasztalható – a rendőrség közlése alapján - 2003-ban is.

A kriminálstatisztikai adatok nem teszik lehetővé az utcai kábítószer-bűnözés terjedelmének mérését, azonban a szakemberek növekvő tendenciát jeleznek.

Az elmúlt években kifejtett, folyamatos állami és civil szervezetek irányából megvalósuló utcai primer prevenciók tevékenység lehetővé tette az elérhető szolgáltatások számának és minőségének növelését. (Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium 2003).

1996 óta a Központi Statisztikai Hivatal évente kiadott statisztikai évkönyvében „Az alkohol és kábítószer szerepe a bűnelkövetőként kiemelt bűncselekménycsoportok szerint” címmel szereplő tábla tartalmazza a kábítószer és a kábító hatású anyag hatása alatt álló bűnelkövetők többi bűnelkövetőhöz viszonyított arányát (Központi Statisztikai Hivatal 2003). Az adatokat a KSH-nak a Legfőbb Ügyészség szolgáltatja. 1996 és 2002 óta több mint a tízszeresére nőtt a kábítószer hatása alatt álló bűnelkövetők száma (167-ről 1786-ra). 4,5 százalékuk (80 fő) erőszakos és garázda jellegű bűncselekményt követett el. 2003-ban ez az esetszám 1356 volt. A bűncselekménytípus szerinti megoszlás azonban nem változott a 2002. évihez képest. A csökkenés oka valószínűleg az adatgyűjtés rendszerében keresendő.

Bűncselekménycsoportokra lebontva (Belügyminisztérium Informatikai Hivatala 2003) a kábítószer hatása alatt közrend és a vagyon elleni bűncselekményeket elkövetők száma (1157 és 137) volt a legmagasabb, azonban meg kell említeni, hogy az előbbi tartalmazza a visszaélés kábítószerrel bűncselekményét is (a bűnelkövetők száma itt 1128). A személy elleni bűncselekmények közül a szándékos súlyos testi sértés, a közlekedési bűncselekmények közül a járművezetés bódult állapotban, a házasság, család, ifjúság elleni bűncselekmények közül a kiskorú veszélyeztetése és a tartás elmulasztása, az államigazgatás, igazságszolgáltatás és közélet tisztasága elleni bűncselekmények közül a hivatalos személy elleni erőszak, a vagyon elleni bűncselekmények körében pedig a (betöréses) lopás fordult elő leggyakrabban.

A statisztika elkülönítve kezeli a kábító hatású anyag (de jogilag nem kábítószer) hatása alatt álló bűnelkövetőket. Számarányuk valamennyivel kevesebb (756) volt 2003-ban, mint a kábítószer hatása alatt állóké; a legmagasabb szám ebben az esetben is a közrend és a vagyon elleni bűncselekmények elkövetőinél mutatható ki. Ugyanebben a táblában szerepel az alkohol hatása alatt álló elkövetők száma és bűncselekménycsoportokra való lebontása is, amely jóval meghaladja az illegális szerek hatása alatt álló bűnelkövetők számarányát (2003-ban 22983 fő).

A szabálysértésekről a bűncselekményekhez hasonló egységes, részletes statisztika hazánkban még az ügyforgalom vonatkozásában sem létezik, az egyes szabálysértési hatóságok csak saját, egyedi adatbázisukban regisztrálják a szabálysértéseket, központi összesítések nem készülnek. A KSH által kiadott Statisztikai Évkönyvben utoljára 1991-ben jelent meg a szabálysértésekre vonatkozó statisztika. A Legfőbb Ügyészség által készített éves Tájékoztató tartalmaz ugyan ilyen jellegű adatokat, mert a szakhatóságok saját részstatisztikájukat minden évben megküldik a szervezet részére, amely célszerűnek látja az évi összesítések elkészítését, azonban ez nem tartozik az ügyészségi dolgozók munkaköri kötelezettsége közé. Ezen kívül még az Országos Rendőr-főkapitányság készít esetlegesen szabálysértési statisztikát.

Jogi válaszok a kábítószer-fogyasztással összefüggő, köznyugalom megzavarására alkalmas cselekményekre.

A Büntető törvénykönyv alapján:

<b>Egyes magatartások</b>	<b>Az erre adott lehetséges válaszok</b>
Önhibájából kábítószer hatása alatt álló (és ezáltal beszámítási képességét kizáró vagy korlátozó) személy bármilyen bűncselekménye	Nem alkalmazható büntethetőséget kizáró vagy korlátozó okként, tehát büntetés kiszabására kerül sor.
Kiskorú veszélyeztetése (pl: züllött életmódra való rábírás)	Szabadságvesztés
Járművezetés ittas vagy bódult állapotban - súlyosabb következmény (pl: tömegszerencsétlenség, halál) megvalósulása	Szabadságvesztés v. közérdekű munka v. pénzbüntetés - szabadságvesztés
Magánokirat-hamisítás (pl.: recepthamisítás)	Szabadságvesztés v. közérdekű munka v. pénzbüntetés
Garázdaság	Szabadságvesztés v. közérdekű munka v. pénzbüntetés ill. mellékbüntetésként kitiltás
Rendbontás	Szabadságvesztés v. közérdekű munka v. pénzbüntetés ill. mellékbüntetésként kitiltás
Foglalkozás szabályainak megszegésével (pl.: kábítószer-élvezőként) elkövetett bűncselekmény	Foglalkozástól eltiltás (akár végleges hatállyal is)
Bűncselekmény alkoholbeteg vagy kábítószer-függő általi elkövetése	Alkoholisták kényszergyógyítása (csak végrehajtandó szabadságvesztés mellett), illetve (pártfogó felügyelő kirendelése mellett külön magatartási szabályként) gyógyító kezelés
Bármely, kábítószerrel összefüggő bűncselekmény esetén	A kábítószer elkobzása

A szabálysértésekre vonatkozó törvény és kormányrendelet alapján:

<b>Egyes magatartások</b>	<b>Az erre adott lehetséges válaszok</b>
Rendzavarás (verekedés, garázdaság, rendőri intézkedéssel szembeni engedetlenség stb.)	Elzárás v. pénzbírság ill. kitiltás v. kiutasítás
Szeszesital-árusításra, -kiszolgálásra, -fogyasztásra vonatkozó tilalmak megszegése	Pénzbírság v. helyszíni bírság
Veszélyes fenyegetés	Elzárás v. pénzbírság
Kábítószer-rendészeti szabálysértés	Pénzbírság
Kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésére vonatkozó szabályok megszegése	Pénzbírság, elkobzás

*Egyéb (más jogszabályban rendezett vagy nem jogi) válaszok a kábítószer-fogyasztással összefüggő, köznyugalom megzavarására alkalmas cselekményekre*

<b>Egyes magatartások</b>	<b>Az erre adott lehetséges válaszok</b>
Diszkó üzemeltetője/tulajdonosa nem tartja be a jogszabályi előírásokat	Diszkó bezárás vagy/és működési engedély visszavonása
Sportrendezvényre való kábítószer/alkohol hatása alatt történő belépés, illetve ezek birtoklása a belépéskor	Beléptetés megtagadása, helyszínről eltávolítás és/vagy meghatározott időre szóló eltiltás a sportrendezvénytől
Kábítószer-fogyasztással összefüggő jogsértő magatartások	Ártalomcsökkentő programok

## **Jogszabályjegyzék**

1978. évi IV. törvény a büntető törvénykönyvről

2004. évi I. törvény a sportról

32/2001.(III.5.) Korm.rendelet a szabálysértésekről szóló 1999. évi LXIX. törvény kitiltás intézkedésének nyilvántartásáról és ellenőrzéséről

54/2004.(III.31.) Korm.rendelet a sportrendezvények biztonságáról

1025/2004.(III.31.) Korm.határozat a kiemelt biztonsági kockázatúnak minősített sportrendezvények biztosításának finanszírozásáról

1999. évi LXIX. törvény a szabálysértésekről

218/1999.(XII.28.) Korm.rendelet az egyes szabálysértésekről

1978. évi I. törvény a belkereskedelemtől

4/1997.(I.22.) Korm.rendelet az üzletek működéséről és a belkereskedelmi tevékenység folytatásának feltételeiről

203/2002.(IX.14.) Korm.rendelet az üzletek működéséről és a belkereskedelmi tevékenység folytatásának feltételeiről szóló 4/1997.(I.22.) Korm.rendelet módosításáról

Btk. Kommentár

BK. 154. számú Kollégiumi állásfoglalás



## FELHASZNÁLT IRODALOM

Aszmann, A. et al. (2003): 11–18 éves tanulók egészségmagatartásának nemzetközi vizsgálata. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat. Manuscript.

Dr Bánhegyi, D. and Dr Újhelyi, E. (2004). A HIV/AIDS járvány monitorozásának kiterjesztése intravénás használókra. ESZCSM, Budapest. Research report.

Belügyminisztérium Informatikai Hivatala és a Legfőbb Ügyészség Számítástechnika-alkalmazási és Információs Főosztálya (2002). A kábítószer és a kábító hatású anyagok szerepe a bűncselekmény-csoportokban és egyes kiemelt bűncselekményekben. Tájékoztató a bűnözésről, pp.90. A Magyar Köztársaság Legfőbb Ügyészsége, Budapest.

Bereczki, Zs (1997). Drog és rács, kutatás a kábítószer-fogyasztásról. Börtönügyi Szemle, **4**, pp. 49-51.

Buda, B. (2002). Drogok, drogprevenció, ifjúsági problémák, intézményi szerepzavarok. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.

Burkhart, G. and Crusellas, L. (2002). Comparison of school-based prevention programmes in Europe. An analysis of the EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) database.

Demetrovics, Zs. (2001). Drogfogyasztó magatartás Magyarország táncos szórakozóhelyein. L'Harmattan, Budapest.

Demetrovics, Zs. (2003). Pláza látogató fiatalok szerhasználati és életvezetési szokásai – kvalitatív vizsgálat. NKFP (National Research and Development Program), partly report.

Demetrovics, Zs. (2004a). Elektronikus zenei partikat látogató fiatalok kábítószer használata. Unpublished thesis

Demetrovics, Zs. (2004b). Droghasználat és személyiség pszichológiai háttértényezők a partikultúrában. Unpublished thesis.

Demetrovics, Zs. and Balázs, H. and Csorba, J. (2004). Evaluation of Methadone Maintenance Therapy with Qualitative and Quantitative Methods. Manuscript.

Demetrovics, Zs.(2000). A szintetikus drogok világa, pp. 70-85. Animula Kiadó, Budapest.

Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (2004). Közlemény az elterelésben résztvevő egészségügyi szolgáltatók jegyzékéről. Egészségügyi közlöny **54**, 9.

Elekes, Zs and Paksi, B (1997). Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása. Bv. Szakkönyvtár, **4**. BVOP Módszertani Igazgatóság, Budapest.

Elekes, Zs and Paksi, B. (2003c). Középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. Addiktológia, **3-4**, pp. 275-304.

Elekes, Zs. (2002). Ivási szokások és fogyasztói típusok Magyarországon az ADE'2001 alapján. Addiktológia, **1**, pp. 92-114.

Elekes, Zs. and Paksi, B. (2000). Drogok és fiatalok, Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon, ISMertető 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Elekes, Zs. and Paksi, B. (2003a). A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Unpublished research report.

Elekes, Zs. and Paksi, B. (2003b). 8-10. évfolyamon tanuló fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása. Unpublished research report.

EMCDDA (1997): Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe, Lisbon, pp. 158-164.

EMCDDA (1999). Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09). Lisbon.

FACT Foundation (2003). A felsőoktatásban tanuló fiatalok kábítószerhez való viszonya. Pécs. Unpublished research report.

Dr. Felvinczi, K. and Ritter, I. (ed.) (2003). Jelentés a Magyarországi kábítószerhelyzetről. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Gerevich, J. and Bácskai, E. and Rózsa S. (2003). A drogambulanciák működése és hatékonysága. Animula, Budapest

Gerevich, J. and Bácskai, E. and Rózsa S. (2004). A Maudsley Addikció Profil hazai validálása. Psychiatria Hungarica **2**. pp. 92-104.

Gyenei, M. (1997). Anómia és elidegenedés a cigányságnál. Társadalom és Gazdaság, **2**, pp. 158-181.

Hibell, B. and Andersson, B. and Ahlström, S. and Balakireva, O. and Bjarnasson, T. and Kokkevi, A. et al. (2000). The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm.

Dr Kelemen, G. (2003). Absztinenciát célzó, illetve józanságra irányuló kezelések. Leo Amici Alapítvány, Komló.

Kökényei, Gy. and Szabó, M. and Aszmann, A. (2003). Drog és deviancia. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. Unpublished research report.

Központi Statisztikai Hivatal (2003). Az alkohol és kábítószer szerepe a bűnelkövetőknél kiemelt bűncselekménycsoportok szerint. Magyar Statisztikai Évkönyv 2002, pp. 275. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.

Legfőbb Ügyészség Számítástechnika-alkalmazási és Információs Főosztálya (2003). A bűnelkövetésben közrejátszó – a fiatalkorú személyével kapcsolatos – oksági tényezők. Tájékoztató a gyermekkorúak és a fiatalkorúak bűnözésével összefüggő egyes kérdésekről, pp. 32. A Magyar Köztársaság Legfőbb Ügyészsége, Budapest.

Lévay, M. (2001). A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika és büntetőjogi szabályozás alakulása Magyarországon az 1970-es évek végétől napjainkig. Facultas Nascitur. (20 éves a jogászképzés Miskolcon). (ed. J. Szabadfalvy), 261-263. Miskolc.

- Mentor Foundation (2004). Recommendation for Best Practice Project Development,
- Müller, É. (2004). ESZCSM drogbetegek ellátása egészségügyi intézményekben. Manuscript
- Nagy, L. T. (2003). A köznyugalomra veszélyes magatartások új bűncselekményi és szabálysértési szabályozásának vizsgálata. ([www.okri.hu](http://www.okri.hu)) Research report
- Nyírády, A. and Schmidt, A. (2000). A drog és a média. Unpublished thesis
- OEK Járványügyi Osztály (2003). Jelentés az ÁNTSZ megyei Intézeteinek 2003-ban végzett munkájáról. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- OEK Járványügyi Osztály. Hepatitis Surveillance Data 1992-2003. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Oprics, J. and Paksi, B. (1998). Fiatalok a drogról, Educatio **2**. pp. 305-315.
- Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program Jelentések (2001-2003). Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest.
- Paksi, B. (2002). A drogfogyasztás prevalencia értékei, mintázata, tendenciái. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, (ed. Ritter, I.), pp. 53-72. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.
- Paksi, B. (2003a). Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. L'Harmattan, Budapest.
- Paksi, B. (2003b). Prevenációs programok átfogó monitorozása értékelése. NKFP (National Research and Development Program). Unpublished research report.
- Paksi, B. (2003c). Pláza látogató fiatalok szerhasználati és életvezetési szokásai – kvantitatív vizsgálat. NKFP projekt. partly report.
- Paksi, B. (2004a). A fiatalok pláza-látogatása, és a pláza-látogatók sajátosságai. Unpublished thesis.
- Paksi, B. (2004b). Sziget vizsgálat-2003. Unpublished thesis
- Paksi, B. and Felvinczi, K. and Schmidt, A. (2004). Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban, A közoktatási intézményekben alkalmazott prevenációs/egészségfejlesztő programok elterjedtsége, valamint az azokkal szemben támasztott iskolai igények. Unpublished research report
- Dr Rácz, J. (2004). Kockázati magatartások elemzése injekciós droghasználókkal készült kvalitatív interjúk feldolgozása alapján. Psychiatria Hungarica **2**., pp. 105-122.
- Ritter, I. (1999). Gondolatok az ártalomcsökkentő drogpolitikai modellről. Kriminológiai és Kriminálisztikai Tanulmányok **36**., pp 174-198. Országos Kriminológiai Intézet, Budapest.
- Ritter, I. (2001). Elterelés kábítószer-bűncselekmények esetén. Kriminológiai Tanulmányok **38**. (ed. F. Irk), pp. 239-265. Országos Kriminológiai Intézet, Budapest.

Ritter, I. (ed.) (2001). Jelentés a Magyarországi kábítószerhelyzetről. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Ritter, I. (ed.) (2002). Jelentés a Magyarországi kábítószerhelyzetről. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Ritter, I. (2003a). (T)örvény – a kábítószerrel visszaélés büntetőjogi megítélésének hatásvizsgálata – 1999. március 1. után. L'Harmattan, Budapest.

Ritter, I. (2003b). A kábítószer-bűncselekményt elkövetőkkel szemben alkalmazott vádemelés elhalasztása jogintézmény monitorozása. Országos Kriminológiai Intézet, Budapest. Research report.

## FÜGGELÉK

### TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. <i>Minisztériumok forrásigénye a kábítószer-probléma visszaszorítására</i>	14
2. táblázat. <i>GYISM által támogatott területek között kiosztott összegek</i>	14
3. táblázat. <i>Az első fogyasztás életkora</i>	22
4. táblázat. <i>A budapesti középiskolás vizsgálatok 10. évfolyamos (16 éves) tanulókra vonatkozó életprevalencia adatai</i>	23
5. táblázat. <i>A tiltott drogok fogyasztásának elterjedtsége a különböző gyakorisággal plázába járók körében</i>	24
6. táblázat. <i>A különböző stílusú partikat látogató fiatalok életprevalencia értékei</i>	25
7. táblázat. <i>A KEF-ek tevékenységének alakulása a prevenció célcsoportja, illetve szinterei szerint</i>	36
8. táblázat. <i>Kábítószer-fogyasztók megoszlása a kezelőintézmény típusa szerint</i>	44
9. táblázat. <i>2003-ban metadon kezelésben részesült kliensek száma</i>	51
10. táblázat. <i>Kábítószer fogyasztás miatti halálozás 1997-2003</i>	53
11. táblázat. <i>A regisztrált HIV fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása</i>	54
12. táblázat. <i>A 2003. év folyamán HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HIV fertőzöttsége</i>	54
13. táblázat. <i>Az intravénás droghasználók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között</i>	55
14. táblázat. <i>A 2003. év folyamán HBsAg antigén jelenlétére vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HBV fertőzöttsége</i>	56
15. táblázat. <i>Az intravénás droghasználók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis C betegek között</i>	56
16. táblázat. <i>A 2003. év folyamán HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HCV fertőzöttsége</i>	57
17. táblázat. <i>A heroin-túladagoltak csoportjában végzett sentinel vizsgálatok eredményeinek összehasonlítása</i>	57
18. táblázat. <i>Drogtúladagolás miatt kezelésben részesült fogyasztók száma 2003-ban</i>	58
19. táblázat. <i>Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmények elkövetési ideje – 2003</i>	63
20. táblázat. <i>A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása 2000 és 2003 között</i>	65
21. táblázat. <i>Az OEP addiktológiai esetekre történt kifizetései 2002-2003-ban</i>	67
22. táblázat. <i>A marihuána helyszín szerinti hozzáférhetősége a 9-10. osztályosok véleménye alapján</i>	77
23. táblázat. <i>Kábítószer-fajták hozzáférhetősége a 9-10. osztályos tanulók véleménye alapján</i>	78
24. táblázat. <i>Lefoglalások száma és mennyisége</i>	78
25. táblázat. <i>Kábítószeres utcai ára (€-ban)</i>	79
26. táblázat. <i>Utcán terített kábítószeres tiszta hatóanyag-tartalma százalékban</i>	80

### ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. <i>A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékének változása 2001 és 2003 között a 18-54 éves felnőtt népesség körében (%)</i>	21
2. ábra. <i>A különböző drogfogyasztó magatartásokat „nagyon veszélyesnek” tartók aránya (válaszolók %-ában)</i>	26
3. ábra. <i>Társadalmi elítélés alá eső csoport szomszédként való elutasítása (a válaszolók %-ában)</i>	27

4. ábra. <i>Prevenációs tevékenységben résztvevő iskolák aránya 2001 és 2003 között (az iskolák %-ában)</i>	31
5. ábra. <i>A különböző témakörök megjelenése a prevenációs programokban 2001-2003 közötti években (az iskolákban alkalmazott programok %-ában kifejezve)</i>	31
6. ábra. <i>Az iskolai drog-prevenációs tevékenységgel foglalkozó szervezetek megoszlása fő tevékenység szerint (a feltárt szervezetek %-ában)</i>	32
7. ábra. <i>A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a diákokra irányuló prevenációs programokban (a programok %-ában kifejezve N=136)</i>	33
8. ábra. <i>A különböző célkitűzések megjelenése a pedagógus-, és kortársképző programok kínálatában (a programok %-ában kifejezve N=94)</i>	33
9. ábra. <i>A drogügyi koordinátorok számarányának alakulása megyénként 2003-ban:</i>	34
10. ábra. <i>Kezelésben részesült kábítószer fogyasztók száma Magyarországon, 1999-2003</i>	40
11. ábra. <i>A kezelt kábítószer fogyasztók nemek szerinti megoszlása, 1999-2003</i>	40
12. ábra. <i>Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó FÉRFIAK körében, 1999-2003</i>	41
13. ábra. <i>Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó NŐK körében, 1999-2003</i>	41
14. ábra. <i>Kezelt kábítószer fogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek típusa szerint, 1999-2003</i>	42
15. ábra. <i>Illegális kábítószer-fogyasztás miatt kezelt betegek száma, 1999-2003</i>	42
16. ábra. <i>Legális kábítószer-fogyasztás miatt kezelt betegek száma, 1999-2003</i>	43
17. ábra. <i>Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma a kábítószer fajták szerint</i>	43
18. ábra. <i>Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának alakulása</i>	64
19. ábra. <i>A vádemelés elhalasztásban és a büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazott gyógykezelésen résztvevők száma (1999-2003)</i>	84
20. ábra. <i>Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma</i>	88

## TÉRKÉPEK

1. térkép. <i>KEF-ek megyénkénti elhelyezkedése, 2003</i>	35
---	----