



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



2006-os ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

“MAGYARORSZÁG”
Új fejlemények, trendek és részletes információk a
kiemelt témákról

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

ARNOLD PETRA, Nemzeti Drog Fókuszpont
CSOHÁN ÁGNES, Országos Epidemiológiai Központ
CSORBA JÓZSEF, Nyíró Gyula Kórház, Drogambulancia
ELEKES ZSUZSANNA, Budapesti Corvinus Egyetem
FRECH ÁGNES, Fővárosi Bíróság
GÖRBE ÉVA, Semmelweis Egyetem, I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
KÁLDI BALÁZS, Nemzeti Nyomozóiroda
KOÓS TAMÁS, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
NÁDAS ESZTER, Nemzeti Drog Fókuszpont
NAGY ZOLTÁN, Nemzeti Drog Fókuszpont
NYÍRÁDY ADRIENN, Nemzeti Drog Fókuszpont
PORKOLÁB LAJOS, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
RÁCZ JÓZSEF, ELTE TÁTK Drog tanulmányok Kutatóközpontja
RITTER ILDIKÓ, Országos Kriminológiai Intézet
SZABÓ ÉVA, Schöpf-Merei Kórház
SZABÓ KRISZTINA, Nemzeti Drog Fókuszpont
SZLÁVIK NÓRA, Semmelweis Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet
VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

BUDA BÉLA, FELVINCZI KATALIN, GEREVICH JÓZSEF, LÉVAY MIKLÓS, NÉMETH ÁGNES, SZEMELYÁCS JÁNOS, TOPOLÁNSZKY ÁKOS, VERES ILONA, ZACHER GÁBOR

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÁS	5
1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI	7
1.1. JOGI KERETEK	7
1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK	9
1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK	10
1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS	12
2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	20
2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁTLAG POPULÁCIÓBAN	20
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	20
2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	21
3. PREVENCIÓ	24
3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	24
3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ	25
4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS	28
4.1. PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSEK	28
4.2. KEZELÉSBE VONT KLIENSEK PROFILJA	30
4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐK FŐ JELLEMZŐI ÉS FOGYASZTÁSI MINTÁI	38
5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE	40
5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK	40
5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS	42
5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS	43
6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	45
6.1. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	45
6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	47
6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS	51
6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	51
7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	57
7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	57
7.2. A DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ MEGBETEGEDÉSEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	57
7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁSSAL KAPCSOLATOS BEAVATKOZÁSOK	59
7.4. BEAVATKOZÁSOK MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KAPCSÁN	59
8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	60
8.1. SZOCIÁLIS KIREKESZTETTSÉG	60
8.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	60
8.3. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	64
8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK	64
9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	65
9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	66
9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	68
10. KÁBÍTÓSZERPIAC	69
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	69
10.2. LEFOGLALÁSOK	69
10.3. ÁR/TISZTASÁG	70
11. DROGPROBLÉMA A 15 ÉVESNÉL FIATALABB POPULÁCIÓBAN	74

11.1. DROGFOGYASZTÁS A GYERMEKPOPULÁCIÓBAN	74
11.2. KEZELÉSBE VONT GYERMEKEK PROFILJA	77
11.3. DROGFOGYASZTÁS SZEMPONTJÁBÓL VESZÉLYEZTETT GYERMEKKORÚ CSOPORTOK	77
11.4. GYERMEKEK DROGFOGYASZTÁSÁNAK VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	78
11.5. JOGI KERETEK	80
11.6. GYERMEKEK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG	81
12. KOKAIN ÉS CRACK	82
12.1. KOKAIN, CRACK-FOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	82
12.2. KOKAIN, CRACK-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ PROBLÉMÁK	83
12.3. VÁLASZOK ÉS BEAVATKOZÁSOK A KOKAIN- ÉS CRACK-FOGYASZTÁSRA	83
12.4. KOKAINNAL ÖSSZEFÜGGŐ BŰNÖZÉS ÉS A KOKAIN, CRACK PIACA	84
13. DROGOK ÉS GÉPJÁRMŰVEZETÉS	86
13.1. POLITIKA, STRATÉGIA	86
13.2. PREVALENCIA ÉS EPIDEMIOLÓGIAI MÓDSZEREK	86
13.3. NYOMOZÁS, INTÉZKEDÉSEK ÉS RENDÉSZETI TEVÉKENYSÉG	86
13.4. PREVENCIÓ	88
14. FELHASZNÁLT IRODALOM	89
FÜGGELÉK	92
ÁBRÁK JEGYZÉKE	93
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	92
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	93

ÖSSZEFOGLALÁS

2005-ben elsősorban regionális, illetve néhány speciális csoportra kiterjedő kutatás készült Magyarországon. Ezen kutatások eredményei meghatározó szerepet játszanak a helyi drogstratégia kialakításában – összhangban a nemzeti drogstratégia célkitűzéseivel. A 13 évet átölelő budapesti középiskolás adatfelvétel-sorozat azt valószínűsíti, hogy az elmúlt években csökkent, vagy megállt a tiltott szerfogyasztás terjedése a magyar fiatalok körében.

A 2005-ben készült attitűdvizsgálatok eredményei alapján nem lehet összegző megállapításokat tenni a megkérdezettek kábítószer-jelenséggel kapcsolatos attitűdjeire, tájékozottságukra vonatkozóan. A kutatások során kapott eredmények a társadalmi kommunikáció hiányosságaira hívják fel a figyelmet.

Az iskolai prevenció terén nem történt jelentős változás az utóbbi évekhez képest, a tervezett akkreditációs rendszer bevezetésével a jövőben várhatóan még átfogóbb képet kapunk majd a diákok körében végzett tevékenységekről. A nem iskolai keretek között folyó prevenciók tevékenységről továbbra sem rendelkezünk az iskolai programokhoz hasonló részletes információkkal, első lépésként azonban megtörtént a kábítószer-egyeztető fórumok látókörébe került nem iskolai keretek között is tevékenykedő szervezetek programjainak feltérképezése. A kutatás során mindössze 54 szervezet programjait sikerült azonosítani, a szintéren azonban feltételezhetően több ilyen program működik.

2005-ben összesen 14793 drogfogyasztót regisztráltak a kezelőhelyek. Az új betegek száma az előző évhez képest 12%-kal nőtt (6319 fő). 2000 óta folyamatosan csökken a kezelt heroin-fogyasztók, és főként az intravénás használók száma. 2002 óta monoton növekszik a kannabisz-származékokat fogyasztók aránya a kezelt fogyasztók körében, jelenleg már ez a „vezető” szertípus. 2005-ben tovább nőtt a kezelt amfetamin-fogyasztók száma is.

Külön vizsgálva az opiát-, kokain- és/vagy amfetamin-származékokat rendszeresen vagy hosszabb ideje használók csoportját, az ismert és rejtett populáció teljes száma 24204 főre tehető, 95%-os megbízhatósággal 19333-29075 közötti intervallumban. Az intravénás drogfogyasztók számát 3941 főre becsüljük, 2069-5813 közötti konfidencia intervallummal. A számítások alapján valószínűsíthető, hogy Magyarországon európai összehasonlításban a problémás drogfogyasztás egyelőre kevésbé elterjedt.

A lakosság számra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számát tekintve az egészségügyi ellátásban nagy eltérések mutatkoznak az ország különböző területein, a nagy forgalmú drogambulanciák a környező megyékből is vesznek fel klienseket. Az egészségügyi ellátás finanszírozási rendszere jelenleg nem teszi lehetővé a kezelték számának nagy arányú növekedését, így a növekedő kezelési igényt (pl. a metadon-kezelés iránt) az intézmények nem tudják kielégíteni.

2005. évi CLXX. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényt módosította, amely alapján 2007. január 1-ei hatállyal a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé – az alapellátás mellé - bekerül az alacsonyküszöbű ellátási forma. Az alacsony-küszöbű szolgáltatások normatív finanszírozásának kidolgozása folyamatban van. A szociális ellátás keretén belül is történik kezelés a TDI definíciója szerint (pl. közösségi ellátás, utcai munka), azonban az ellátott kábítószer-fogyasztókra vonatkozó rendszeres adatgyűjtés még nem teljes körű ezen ellátási formákat tekintve.

Az intravénás kábítószer-használók HIV, HBV, HCV prevalenciájában a 2005. évi indikátorok alapján az előző évhez viszonyítva lényeges változás nem figyelhető meg. HIV és HBV

fertőzöttet nem találtak, a HCV fertőzöttség 10,9%. Az év során alig jelent meg értékelhető adatokat tartalmazó tanulmány az intravénás kábítószer-használók körében végzett szűrővizsgálatokról, ami nehezíti a valós epidemiológiai helyzet megismerését. Azonban az év második felében országosan javultak az intravénás kábítószer-használók HIV/HCV szűrővizsgálatainak feltételei. Ezen kívül egy új utcai megkereső program indult a legproblémásabb populáció elérését célozva meg. A tűcsere programok adatai másodlagos tűcsere utalnak, az egy főre jutó injektorok száma folyamatosan nőtt az utóbbi három évben.

Az elmúlt évek tendenciáihoz képest csökkent a közvetlen túladagolás miatt bekövetkezett halálesetek száma. A túladagoltak között a legnagyobb arányt továbbra is az opiát-használat miatt elhunytak teszik ki. Az elmúlt évhez képest mind a heroin (2004-ben 8, 2005-ben 13 eset), mind az amfetamin származékok (2004-ben 3, 2005-ben 6 eset) okozta mérgezések számában növekedés tapasztalható.

A közvetett drogfogyasztással összefüggő erőszakos halálesetek jellemzően baleset miatt következtek be, 7 esetben amfetamin-típusú szer, 3 esetben pedig heroin volt kimutatható.

Hazánkban, 2005-ben, az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények mennyiségi mutatói ugyan változtak, azonban a minőségi jellemzők tekintetében jelentős elmozdulás nem történt. A 2005. évi statisztikai adatok szerint 7616 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben (2004-ben 6670). Míg 2004-ben a vádemelés elhalasztása jogintézményben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 50%-a vett részt, addig ez az arány 2005-ben 62,3% volt. A büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek számában igazán jelentős emelkedés 2003-ban következett be, a Büntető Törvénykönyv módosítása után. A növekedés 2005-ben is folytatódott, a tendenciát az Alkotmánybíróság határozata nem befolyásolta jelentősen. Az eltereltek körében 2003 óta domináns a kannabisz-származékokat fogyasztók csoportja.

Az elmúlt évben a kábítószerpiac struktúrájában lényegi változás nem történt. Az utcai forgalomba került kábítószeresek tisztasága szerenként különböző mértékben változott. A legnagyobb változás az ecstasy tablettáknál volt tapasztalható, az utóbbi években megszokottól eltérő hatóanyagokat, amfetamint, valamint többféle hatóanyag-kombinációt tartalmazó tabletták számottevő mennyiségben jelentek meg a piacon. Új hatóanyagként Magyarországon is megjelent az mCPP, amely a 2005. évi CLXXXI. törvény (XII. 19.) alapján az 1971-es bécsi egyezmény I. Jegyzékén szereplő pszichotrop anyagokkal azonos elbírálás alá esik, azaz gyógyászati célra nem, kizárólag tudományos célra alkalmazható.

1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI¹

1.1. JOGI KERETEK

Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

- a) 2005. évi XXX. törvény (VI. 1.)

Az Alkotmánybíróság 54/2004. számú AB határozatával (lásd 2005-ös Éves Jelentés) jelentős mértékben átalakította a Btk. kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos rendelkezéseit.

A 2005. évi XXX. törvény tartalmazza a két ENSZ egyezmény eredeti angol és új magyar nyelvű fordítását, valamint az egyezmények I-IV. jegyzékeit, a jegyzékekben foglalt kábítószeresek, készítmények, és pszichotrop anyagok hivatalos magyar elnevezésével együtt. Minthogy az Alkotmánybíróság határozata a Btk. 286/A. § (2) bekezdését megsemmisítette, a kábítószer büntetőjogi fogalmát meghatározó értelmező rendelkezéseket a 2005. évi XXX. törvény pótolta.

- b) 2005. évi XCI. törvény (VII. 4.)

A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.) és más törvények módosításáról szóló 2005. évi XCI. törvény 2. §-a módosította a Btk. 82. §-át. Ezen szakasz (5) bekezdés h) pontja szerint a bíróság, illetve vádemelés elhalasztása esetén az ügyész határozatában a pártfogó felügyelet céljának elősegítése érdekében külön magatartási szabályként kötelezettségeket és tilalmakat írhat elő. A bíróság, illetve az ügyész elrendelheti, hogy a pártfogolt - hozzájárulása esetén - meghatározott gyógykezelésnek vagy gyógyító eljárásnak vesse alá magát. Így azon pártfogoltak is, akik valamely oknál fogva nem vehetnek részt az elterelésben, részesülhetnek valamely kezelési formában.

- c) 153/2005. (VIII. 2.) kormányrendelet

A kábítószeresekkel és pszichotrop anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) korm. rendeletet 2005-ben a 153/2005. (VIII. 2.) korm. rendelet módosította. A módosítások közül kiemelendő – többek között - a korm. rendeletben szereplő egyes fogalmak meghatározása, értelmezése; a kábítószeresek és pszichotrop anyagok selejtezésének és megsemmisítésével történő ártalmatlanítása szabályainak beiktatása, valamint a kérelem, illetve igazolás formájának meghatározása az ellenőrzött szerek szállítására rendkívüli, gyógyászati célú felhasználáshoz.

- d) 34/2005. (VIII.10.) ORFK intézkedés

A kábítószer-bűnözés elleni rendőri tevékenység során végrehajtandó feladatokról szóló 34/2005. (VIII.10.) ORFK intézkedés alapvető célja, hogy egyetlen normában, átfogó módon szabályozza a rendőrségen belüli, kábítószeresekkel és pszichotrop anyagokkal, valamint a prekurzorokkal kapcsolatos tevékenységet.

- e) 159/2005 (VIII. 16.) kormányrendelet

A kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapítását szabályozza a kormányrendelet. A

¹ A fejezet szerzői: Arnold Petra, Dr. Frech Ágnes, Hajnal György, Varga Orsolya

kormányrendelet az alábbi közösségi jogszabályok végrehajtására született: 273/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet; 111/2005/EK európai tanácsi rendelet és 1277/2005/EK bizottsági rendelet.

f) 266/2005. (XII. 14.) kormányrendelet

A 266/2005. korm. rendelet Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalról (EKH) szóló 295/2004. (X. 28.) korm. rendeletet, a kábítószerekkel és pszichotrop anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) korm. rendeletet, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) korm. rendeletet módosította.

A módosítások közül kiemelendő, hogy a máknövény, illetve kannabisz növény exportját, illetve importját végző, továbbá mákszalma-maradványokkal szennyezett mákmagot felvásárló, illetve annak tisztítását végző gazdálkodó szervezet köteles a tevékenységet - annak megkezdése előtt harminc nappal - a tevékenység helyének pontos megjelölésével és a felelős személy megnevezésével az EKH-nak bejelenteni.

g) 2005. évi CLXX. törvény (XII. 19.)

A 2005. évi CLXX. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényt módosította, amely alapján 2007. január 1-től a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé - a közösségi alapellátás mellé - jogilag is bekerül az alacsonyküszöbű ellátás².

h) 2005. évi CLXXXI. törvény (XII. 19.)

Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2005. évi CLXXXI. törvény módosította az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvényt, amely mellékletének A) Jegyzékét kiegészítette az mCPP-vel (meta-klorofenilpiperazin). Így az mCPP a pszichotrop anyagokról szóló, Bécsben, az 1971-ben aláírt egyezmény I. Jegyzékén szereplő pszichotrop anyagokkal azonos elbírálás alá esik Magyarországon, azaz gyógyászati célra nem, kizárólag tudományos célra alkalmazható.

i) 2006. évi LI. törvény (VII. 11.)

A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (Be.) módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény – annak 285. §-a (2) és (3) bekezdésében foglalt kivételekkel – 2006. július 1-jén lép hatályba. A Be. hatályba lépése óta eltelt két év felszínre hozta azokat a jogalkotási hiányosságokat és gyakorlati igényeket, amelyek a törvény többségében technikai jellegű, néhány helyen koncepcionális módosítását igénylik. A Be. módosítása két esetben érinti a kábítószer-élvező gyanúsítottokra vonatkozó szabályokat:

- Ha a kábítószer-élvező gyanúsított önként részt vesz a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson, és az a büntethetőség megszűnését eredményezheti, nem célszerű, hogy a nyomozó hatóság vádemelési javaslattal küldje meg az iratokat az ügyésznek, illetve, hogy az ügyész a Be. 222. §-ának (2) bekezdése alapján a vádemelés elhalasztásáról határozzon. Ezért amennyiben a kábítószer-élvező gyanúsított a nyomozás során önként alávetette magát az elterelés alapjául szolgáló kezelési fajták valamelyikének, és ez a nyomozás iratainak ismertetésekor még tart, a nyomozást fel kell függeszteni.

- A Be. július 1-jéig hatályos 227. §-a (4) bekezdésének a) pontja szerint, ha a Be. 222. §-ának (2) bekezdése alapján került sor a vádemelés elhalasztására, és a gyanúsított

² Bővebben lásd 9. fejezet.

okirattal nem igazolja, hogy a vádemelés elhalasztásától számított egy éven belül legalább hat hónapig tartó folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesült, akkor ellene vádat kell emelni. A jogalkalmazás során gondot okozott, hogy a vádemelés elhalasztásáról rendelkező ügyészi határozat meghozatala előtt már megkezdett gyógykezelés, stb. nem volt beszámítható a Btk. 283. §-ának (1) bekezdésében meghatározott hat hónapos időtartamba. A módosított rendelkezés lehetővé teszi, hogy a bűncselekmény elkövetését követően, de a vádemelés elhalasztását megelőzően megkezdett, és legalább hat hónapig tartó folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás igénybe vétele vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson történő részvétel a büntetethez vezető ok megszüntetése ok megállapítását eredményezze függetlenül attól, hogy a vádemelés elhalasztására mikor került sor.

Jogalkotási tervek

Az Európai Unió Tanácsának 2004/757/IB kerethatározatából fakadó jogalkotási feladatokkal kapcsolatos előkészítő munkát az Igazságügyi Minisztérium és az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium koordinálta. A kerethatározattal kapcsolatban érdemi döntés nem történt, mivel az abban előírt minimum-szabályoknak a magyar jogszabályok megfelelnek.

Jogalkalmazás

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2005-ben 1924 személy elítélésére került sor kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény elkövetéséért, akiket összesen 2358 bűncselekmény miatt vontak felelősségre a következők szerint³:

- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 1485 főt;
- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 101 főt;
- a Btk. 282/B. §-ába ütköző magatartások (a 18. életévét be nem töltött személy felhasználásával, illetve annak sérelmére elkövetett fogyasztói, illetve kereskedői típusú tevékenységek) miatt 105 főt;
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 232 főt;
- a Btk. 283/A §-ába ütköző bűncselekmény (kábítószer előállításához használt anyaggal való visszaélés) miatt 1 főt.

2005-ben a jogerősen elítélt 1924 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- 663 szabadságvesztés (ebből 309 végrehajtandó, 354 végrehajtásban felfüggesztett)
- 99 közérdekű munka büntetés
- 576 pénzbüntetés
- 586 önállóan alkalmazott intézkedés

1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK

Koordinációs intézkedések

³ A visszaélés kábítószerrel bűncselekményről és az elkövetőkről részletesen lásd: 8. fejezet.

A Jelentés elkészítésével egy időben Magyarországon a kormányzati struktúra átalakítása zajlik. A közigazgatás rendszerét érintő változások miatt a kábítószerügyi koordinációt ellátó intézményben is folyik az átszervezés. Ezért a végleges struktúra leírására csak a jövő évi Jelentésben kerülhet sor. A kábítószerügyi koordináció jelenleg a Szociális és Munkaügyi Minisztérium szervezetén belül működik.

A 2005-ben befejeződött, Trimbos Intézet által végzett evaluáció (Trautmann et al. 2005) részletes eredményeit magyar nyelven is publikálták 2006-ban, a két kötetben kiadott beszámoló (Erdélyi 2005) mindenki számára hozzáférhető.

Az értékelés tapasztalatait a szerzők előadták a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB), a KKB szakbizottságainak, valamint a „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című dokumentumban foglaltaknak az Európai Unió készülő Drogstratégiájával való összehangolását előkészítő parlamenti eseti bizottság ülésén.

A tapasztalatok alapján megfogalmazott javaslatok a következők voltak:

- A KKB szerkezete a sok résztvevő intézmény miatt nem eléggé rugalmas olyankor, amikor a fejlesztések gyors választ igényelnek, ugyanakkor a széles körű reprezentációnak egyértelmű előnyei is vannak. Ezért érdemes létrehozni egy kevésbé kiterjedt „központi magot”, amely a mindennapi ügyekben végrehajtói feladatokat látna el.
- A KKB inkább szakpolitikát előkészítő, mintsem a szakpolitikát koordináló testület, és nem rendelkezik döntéshozó erővel, amely szükséges volna a koordinációhoz. Elengedhetetlen a lehető legvilágosabban meghatározni a KKB döntési folyamatban betöltött helyét és felelősségét.
- Meg kell határozni a KKB tagjainak feladatkörét és felelősségét.
- Fontos a menedzsment infrastruktúra működésének javítása.
- Elő kell segíteni a szakpolitika megvalósításának átláthatóságát, a prioritások és eredmények megosztását a stratégia kialakítói és megvalósítói között.

Nemzeti stratégia és megvalósítása

A 2000-ben elfogadott Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására jelenleg is érvényben van, megvalósítása [a 2004-ben kidolgozott új akcióterv (1129/2004. (XI. 24.) kormányhatározat) szerint] folyamatos.

1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK

A Nemzeti Drog Fókuszpont által 2006 nyarán kezdeményezett kutatás célja – a nemzetközi/EU gyakorlat és eredmények tükrében kidolgozott módszertani útmutató (Hajnal 2005) alapján – a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások (KÖKK) 2005-ös magyarországi értékére vonatkozó becslés megvalósítása volt.

A KÖKK-nek a jelen kutatás (Hajnal 2006) során alapul vett értelmezése az államháztartás alrendszerei által viselt azon jelentősebb pénzügyi (költségvetésben megjelenő) terhekre terjed ki, amelyek közvetlenül az illegális kábítószerrel való visszaélésekből fakadnak. A vizsgálat csak a mértékét tekintve jelentősebb tételeket vette számba, míg más – szintén fontos, de arányában csekélyebb – tevékenységeket figyelmen kívül hagyott.

A nemzetközi és európai gyakorlatban alapvetően négyfajta KÖKK-tétel között tesznek különbséget:

- a megelőzés/kutatás,
- a jogalkalmazás/büntető igazságszolgáltatás,
- az egészségügyi kezelés és
- az ártalomcsökkentés.

A vizsgálat Magyarországon műfajában az első. Részben ebből is fakadó technikai és erőforrásbeli korlátaira tekintettel a becslés a fenti négy funkcionális területből a nemzetközi tapasztalatok alapján a teljes KÖKK túlnyomó részét kitevő két, mennyiségileg legjelentékenyebbre: a büntető igazságszolgáltatásra és az egészségügyi kezelésre szorítkozik. A vizsgálatból kihagyott két másik kiadási terület részaránya – a megelőzés/kutatás és az ártalomcsökkentés – a nemzetközi tapasztalatok, illetve a töredékes hazai információk fényében vélhetően a teljes hazai KÖKK mintegy 10-15 százalékára rúg.

A kutatás során a fenti általános, funkcionális jellegű kategóriákat konkrét szervezeti-tevékenységi területeknek kellett megfeleltetni. A vizsgálatba bevont szervezeti-tevékenységi rendszerek a következők voltak:

- (a) a büntető igazságszolgáltatás szervezetei (ezen belül: rendőrség, Vám- és Pénzügyőrség, ügyészség, bíróságok és büntetés-végrehajtás);
- (b) az egészségügyi ellátórendszer; és
- (c) a szociális ellátórendszer.

A kutatás alapproblémája mindvégig az volt, hogy az érintett szervezetek a kábítószerrel kapcsolatos kiadásokkal kapcsolatban nem végeznek semmilyen specifikus adatgyűjtést. Az alapkérdés tehát minden esetben az volt: az adott szervezettel kapcsolatban rendelkezésre álló strukturált adatokból, illetve strukturálatlan/kvalitatív információkból milyen módon juthatunk el a KÖKK egy elfogadható pontosságú becsléséhez?

Erre a kérdésre az egyes szervezetek/szervezetrendszerek esetében más és más válasz született:

- A büntető igazságszolgáltatás körébe tartozó öt szervezet esetében a becslés a vizsgált szervezeti alrendszer összköltségén belüli arányosításon alapult. Az arányosítás alapja a kábítószerrel kapcsolatos eseteknek a teljes esetszámban belüli részesedése volt. Az így létrejött, nyers becslést ezután több lépésben tovább finomítottuk, annak érdekében, hogy a végső becslés tükrözze mind a kábítószeres és nem-kábítószeres esetek fajlagos költségei közötti esetleges eltéréseket, mind pedig a kábítószernek az adott kiadás felmerülésében betöltött oki szerepével kapcsolatos konceptuális és empirikus bizonytalanságokat.

- Az egészségügyi ellátás költségeit az OEP részére az egészségügyi szolgáltatók által lejelentett, a tényleges finanszírozás alapjául szolgáló adatok alapján becsültük. Ezeknek az adatoknak a validitása meglehetősen kérdéses. Ezért a becslés pontosságának javítása érdekében szükség volt a különböző szakértői vélemények kiterjedt alkalmazására, különösen a „drogos profilúnak” tekinthető intézmények, valamint a kábítószer-függőknek nyújtott fekvő- és járóbeteg-ellátások és laborvizsgálatok stb. körének meghatározásához.

- A szociális ellátórendszer KÖKK-becslése a kábítószeres klienseknek nyújtott, az egészségügyi kezelés fogalmkörébe eső valamennyi – vagyis a bentlakásos, a nappali, valamint a kliens otthonában nyújtott - szolgáltatásra kiterjed. A költségvetési becslés magába foglalja mind a központi kormányzat közvetlenül folyósított (ún. normatív), mind az egyházi fenntartású intézményeknek folyósított kiegészítő, mind pedig a helyi és területi önkormányzatok által teljesített kiegészítő finanszírozást. Emellett számba vettünk még a szociális tárca kezelésében zajló reszocializációs és eltereléssel kapcsolatos programok kiadásait.

1. táblázat. A KÖKK 2005. évi értékével kapcsolatos fő eredmények

Alrendszer	millió HUF	ezer EUR⁴
1. Büntető igazságszolgáltatás		
Rendőrség	3718 – 4440	14988 - 17899
Vám- és Pénzügyőrség	516 - 523	2080 - 2108
Ügyészség	638 - 931	2572 - 3753
Bíróság	487 - 520	1963 - 2096
Büntetés-végrehajtás	1790 - 1912	7216 - 7709
Büntető igazságszolgáltatás, összesen	7149 - 8326	28820 - 33565
2. Egészségügyi és szociális ágazat		
Egészségügyi ellátórendszer	2002	8072
Szociális ellátórendszer	460	1854
Egészségügyi és szociális ágazat, összesen	2462	9925
Mindösszesen	9611 - 10788	38746 - 43491

Forrás: Hajnal (2006)

1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS

Társadalmi viták a kábítószer-problémáról

A Kendermag Egyesület 2006. március 26-án tartott demonstrációja alkalmával 386 – 2006 áprilisában megválasztott országgyűlési képviselőnek címzett – levelet nyújtott át. A 386 levél egy-egy petíciót tartalmaz, amelyben a Kendermag Egyesület arra kéri a képviselőket, hogy munkájuk során segítsék elő a Btk. kábítószerrel visszaélés bűncselekményét meghatározó törvények reformját és a Nemzeti Stratégia elveinek megvalósulását.

2006. május 14-én tartotta a Kendermag Egyesület a „Million Marijuana March” nemzetközi rendezvénysorozat magyarországi demonstrációját, amely célja a kannabisz-származékok legalizálása volt. A rendezvény békés körülmények között zajlott, mindössze egyetlen ellentüntetést jelent meg.

Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök

A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata

A 2005 tavaszán készült kutatás (Elekes, Paksi 2005a) célja a budapesti, 18-54 éves felnőtt lakosság drogfogyasztókkal/drogfogyasztással kapcsolatos viszonyulásaiban a korábbi, kvantitatív vizsgálatok (Paksi 2003a; Elekes, Paksi 2004) mentén mutatkozó sajátosságok és ellentmondások hátterének megértése, értelmezése, illetve a társadalmi véleményalkotás konstruálódási mechanizmusainak feltárása, modellezése volt.⁵ A kutatás eredményei szerint a toleráns és intoleráns csoport tagjai az alábbiakkal jellemezhetőek.

⁴ 2005-ös hivatalos euró középárfolyam 248,05 Ft.

⁵ A vizsgálatot a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja készítette. A kutatás tíz – kor és iskolai végzettség tekintetében homogén – fókuszcsoporton alapul, amelyek Budapesten zajlottak. A mintába tartozó személyek a szűrőkérdőívre adott válaszok alapján „toleráns” (162 fő), illetve „intoleráns” (359 fő) véleménycsoportba kerültek. A szűrőkérdések megegyeznek a 2003-as Országos Lakossági Alkohol- és Drogepidemiológiai Vizsgálatban (ADE) szereplő attitűdkérdésekkel. Ezek alapján homogén toleráns, homogén intoleráns, valamint vegyes (mindkét véleménycsoportba tartozó résztvevőket tartalmazó) fókuszcsoportokat alakítottak ki. Az egyes fókuszcsoportok négy és hét fő közötti létszámból álltak. Összesen 521 fő vett részt a vizsgálatban. A kutatás során vizsgált főbb kérdéskörök a következők voltak: A lakosság drogképe – veszélyészlelése; A felnőtt népesség drogfogyasztókhöz való viszonyulása; A lakosság percepcióiban mekkora problémát jelent ma Magyarországon a drogfogyasztás; A drogprobléma kezelésével kapcsolatos vélekedések; A drogprobléma kezelésének finanszírozásával kapcsolatos lakossági percepciók.

Toleráns csoport:

- A különböző drogok kipróbálásának helytelenítésére vonatkozó kérdésre általában „helytelenítem” választ adtak⁶, a kannabisz-származékokat azonban a többi szertől elkülönítették, kipróbálását nem helytelenítették. A heroin, valamint az inhalánsok kipróbálását a többi szerhez képest nagyobb mértékben vélték helytelennek.
- Az ebbe a csoportba tartozók veszélyészlelése fogyasztási gyakoriságok szerint differenciált, rendre különbséget tettek a szerek kipróbálásának és rendszeres használatának veszélyessége között, a kipróbálást rendre „közepesen”, a rendszeres használatot pedig „nagyon veszélyes”-nek értékelve. Emellett a kannabisz-származékok elkülönülése a veszélyészlelésben is megjelent, a kipróbálását „kicsit”, alkalmi vagy rendszeres használatát pedig „közepesen veszélyes”-nek ítélték.
- A kannabisz-származékok fogyasztásának engedélyezése vonatkozásában leginkább ambivalens (egyet is ért meg nem is) álláspontra helyezkedtek, azt a drogpolitikai álláspontot képviselve, hogy használata felett „szemet kellene hunyni”.

Intoleráns csoport:

- Differenciálás nélkül minden szer fogyasztásával kapcsolatban „erősen helytelenítő” álláspontra helyezkedtek.
- Veszélyészlelésük is rendkívül homogén, sem a különböző szerek, sem a fogyasztási gyakoriságok mentén nem jelentkeztek különbségek, minden szer kipróbálását, illetve rendszeres használatát egyaránt „nagyon veszélyes”-nek tartották.
- Minden drog esetében – így a kannabisz-származékok vonatkozásában is – egyértelműen prohibicionista álláspontra helyezkedtek.

A felnőtt lakosság a drogfogyasztás veszélyészlelésének háttérében vélelmezett negatívumokat (függőség, egészségkárosodás, anyagi problémák, bűnözés, társas kapcsolatokra gyakorolt negatív hatások, önkontroll elvesztése, kiszámíthatatlan magatartás) nehezen konkretizálta, vagy többnyire tartalom nélkül társította a különböző fogyasztói magatartásokhoz (szerfajtákhoz és/vagy fogyasztási gyakoriságokhoz), a probléma különböző aspektusaihoz. Így volt ez sokszor még azok körében is, akik rendelkeztek közvetlen vagy közvetett személyes tapasztalatokkal a témában.

A drogprobléma különböző dimenzióiban megjelenő elnagyolt, sokszor sztereotip vélekedések, állítások mögött többször nyilvánvalóvá vált az ismeretek hiánya, felületessége. A kutatásban résztvevők meglehetősen csekély információval rendelkeztek arra vonatkozóan is, hogy a különböző társadalmi problémák kezelésére mennyi pénzt fordítanak ma Magyarországon. Mindazonáltal a legtöbben úgy gondolták, hogy a kábítószer-probléma kezelésére nem kellene nagyobb összegeket fordítani, csak esetleg hatékonyabban kellene azokat felhasználni. Mindez a drogjelenséggel, és annak kezelésével kapcsolatos tevékenység, illetve társadalmi kommunikáció hiányosságaira hívja fel a figyelmet.

A fókuszcsoporthoz dinamikáját elemezve többször előfordult a beszélgetések során a vélemények módosulása, ami a vélemények bizonytalan voltának jelzésén túlmenően szintén az alulinformáltságot támaszthatja alá. Különösen annak fényében, hogy a kvantitatív vizsgálatok szerint a lakossági viszonyulások – annak minden esetlegessége mellett – időben meglehetősen stabilitást mutatnak. (Paksi 2003a; Elekes, Paksi 2004) Elképzelhető természetesen az is, hogy a beszélgetés során tapasztalt véleménymódosulások a konformitás jelenségével magyarázhatók. A vizsgált fókuszcsoporthoz a konformitás azonban elsősorban mint magánkonformitás volt inkább érzékelhető, a résztvevők

⁶ A kérdés megválaszolása háromfokozatú skálán történt: „nem helytelenítem”, „helytelenítem”, „erősen helytelenítem”.

különböző, egymástól szerzett információk, érvek alapján közelítették álláspontjukat. Az, hogy a témában laikus fókuszcsoporthoz tartozók kommunikációja módosította a kiinduló véleményeket, szintén a társadalmi kommunikáció hiányosságaira hívja fel a figyelmet. A társadalmi kommunikáció a lakosságban jelenlévő sztereotípiákat a kábítószer-jelenséggel kapcsolatban vagy megerősíti, vagy nem tudja felülírni, mert esetleg kevésbé éri el a magánkommunikáció személyes szintjét, vagy mert nem számol a kiinduló állapotokkal. Különösen fontos ez a kevésbé differenciált véleménnyel rendelkező, intoleráns csoportok esetében, akik véleményalkotásukban elsősorban a médiában elérhető információkra támaszkodtak.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tagjai drogattitűdjének vizsgálata

A 2005 tavaszán készült kutatás (Domokos et al. 2005) célja a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokba (KEF-ek) delegált szakértők, intézményi képviselők kábítószer-fogyasztással szembeni attitűdjének feltárása volt.⁷ A kutatási koncepció szerint a Nemzeti Drogstratégia megvalósításában kulcsszerepet játszanak a KEF-ek, ezért a fórumokon résztvevő képviselők, tagok kábítószer-fogyasztással kapcsolatos attitűdjei döntőek a kábítószer-probléma kezelése tekintetében. Ugyanakkor ezen szakemberek attitűdjei nem, vagy csak korlátozottan ismertek. A kutatás eredményei szerint abban meglehetősen nagy egyetértés volt a tagok körében, hogy a kábítószer-jelenség komoly társadalmi problémának tekinthető. A KEF tagok többsége (48%) konzervatív, 27%-a megengedő álláspontot képviselt, a megkérdezettek 25%-a pedig elutasítóan viszonyult a kábítószer-problémához. A különbség alapvetően a probléma társadalmi beágyazottságának és a probléma kezelésének megítélésében volt. Míg a konzervatív és a megengedő attitűddel jellemezhető tagok elfogadták, hogy a kábítószer társadalmilag úgy funkcionál, mint bármely más legális szer (pl. alkohol, dohányzás), addig az elítélő álláspontot képviselők ezzel nem értettek egyet, szerintük a kábítószer nem része a társadalomnak, idegen „test”, mely visszaszorítható. A másik fontos dimenzió a probléma kezelésének kérdése. A megengedő csoportba tartozók támogatták, a konzervatív csoport tagjai pedig elleneztek a kannabisz-származékok liberalizálását. A megengedő csoport tagjai sokkal veszélyesebbnek tartották a kábítószereseket, mint a legális drogokat, illetve meghatározó szerepet tulajdonítottak a külső szereplőknek (kortárs csoport, idegenek) a kábítószer-használatban. Az elítélő attitűddel jellemezhető KEF tagok szintén konzervatívabb állásponton voltak, de ők nemcsak a veszélyessége miatt utasították el a legalizálást, hanem mert meg voltak győződve arról, hogy a kábítószer nem része a társadalomnak.

A válaszadók véleménye szerint leginkább az alkohol, a heroin, a dohányzás és a kokain, legkevésbé az ecstasy, a szerves oldószerek, az amfetaminok, a metadon és a kannabisz-származékok alakítanak ki fizikai és lelki függőséget.

A megkérdezettek szerint a kábítószer-fogyasztók leginkább merész, ám befolyásolható, fiatal, városi és magányos emberek, többségében férfiak. A 254 megkérdezett KEF delegált, szakértő között három fő szerint a drogfogyasztó egyértelműen bűnöző. 28%-uk gondolta, hogy egyértelműen beteg emberekről van szó, míg 67%-uk szerint, amíg magában tesz kárt, addig betegnek tekinthető, de ha már másban is, akkor inkább bűnöző. Néhányan nem tudtak állást foglalni ezen kategóriarendszer alapján.

A megkérdezett KEF tagok elsősorban továbbképzéseken, ismeretterjesztő előadásokon hallott információkból tájékozódnak a kábítószerrel kapcsolatos témákban. Második helyen a szakkönyveket, harmadikon a szakfolyóiratokat említették. A KEF-et, mint információforrást, csak a negyedik helyen jelölték meg átlagban, és a rangsorban hátra kerültek a kábítószer-problémában jártas szakemberek (orvosok, rendőrök, drogambulancia munkatársai).

⁷ A kutatást az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet készítette. Az adatfelvétel postai kérdőíves módszerrel történt. A kiküldött kérdőívek visszaérkezési aránya 24% volt, így az önkiválasztós mintába 254 személy került be. Ezen kívül kvalitatív módszerekkel (15 szakértői interjúval, esettanulmányokkal) egészítették ki az eredményeket.

A KEF tagok a prevencióban érintett szakemberek tevékenységével a legkevésbé sem elégedettek, a szociális munkások, a védőnők és a családsegítők megítélése a legpozitívabb, a köztisztviselőké, újságíróké és művelődésszervezőké pedig a legnegatívabb. A KEF tagok elsősorban az államtól várják a segítséget, kisebb mértékben terhelnék a helyi szintű drogmegelőzés költségeit az önkormányzatokra és a civil szervezetekre (15-25%-ban). Szerintük elsősorban kortárssegítő csoportok létrehozására, különböző szaktanácsadó szolgálatok kialakítására lenne szükség.

A megkérdezettek szerint a fiatalok kábítószer-fogyasztását elsősorban a feszültségoldás és a realitások elől való menekülés motiválhatja, de ezen kívül fontos szerepet játszik még az élményszerzés, a kíváncsiság és a modern szórakozás is. A megkérdezettek véleménye alapján az elsődleges felelősség a baráti kört, a szórakozóhelyeket és a családot terheli, ugyanakkor ezek azok a szereplők is, akik a legtöbbet tudnának tenni a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében.

A médiaszereplők kábítószerrel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata

A 2005 tavaszán készült kutatás (Kó, Münnich 2005) keretében 118 ismert és kevésbé ismert, közvélemény-formáló szerepet betöltő médiaszereplővel készült mélyinterjú.⁸ A vizsgálat célja a médiaszereplők kábítószer-jelenséggel kapcsolatos attitűdjeinek megismerése volt. A megkérdezettek többsége (58%) minden szertípus fogyasztását veszélyesnek tartotta, és csupán 6% nem gondolta, hogy veszélyeket rejt a kábítószerek fogyasztása. 36%-uk pedig különbséget tett az egyes tiltott szerek között veszélyességüket illetően: jellemzően a kannabisz- és amfetamin-származékokat, illetve a gyógyszerek visszaélészerű használatát tartották kevésbé veszélyesnek vagy veszélytelennek.

A médiaszereplők 32,2%-a jól tájékozott, azaz háromnál több szert ismert, és tisztában volt azok használatának módjával, hatásaival és lehetséges következményeivel. 56,8%-uk részben tájékozott, ők nem tettek különbséget az egyes szertípusok között, és a médiaszereplők 11%-a teljesen tájékozatlan a kábítószereket illetően. A kábítószerek veszélyességének megítélése szignifikánsan összefügg a tájékozottság mértékével: a kevésbé tájékozottak veszélyesebbnek tartották a tiltott szereket, mint a jobban tájékozottak. A férfiak és nők véleménye több vonatkozásban is eltért a kábítószerekkel, kábítószer-fogyasztással kapcsolatban. A nők szignifikánsan jobban tájékozottak, mint a férfiak. Több kábítószerfajtát ismertek és a használat módjával is inkább tisztában voltak, mint a férfiak. A nők 52%-a ítélte el minden kábítószer-típus fogyasztását, 46%-a tett különbséget az egyes szertípusok között és eszerint tartotta kevésbé, vagy inkább veszélyesnek. A nők 2%-a, a férfiak közel 10%-a nem tartotta egyáltalán veszélyesnek a drogfogyasztást. A férfiak többsége (62%) azonban minden esetben, differenciálatlanul veszélyesnek ítélte a jelenséget, és 28%-uk tett különbséget az egyes szertípusok között.

Az életkor és a drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek fordított arányosságot mutatnak: minél fiatalabb a megkérdezett, annál tájékozottabb a vizsgált kérdéskörben. A főiskolát végzettek tartották a legveszélyesebbnek a kábítószerek fogyasztását, míg az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők, illetve az egyetemet végzettek megengedőbb attitűddel jellemezhetőek. Az egyetemet végzettek gondolkodtak a leginkább differenciáltan a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos kérdésekben: 41%-uk tett különbséget

⁸ A vizsgálatba került személyek (36 újságíró, 38 rádiónál dolgozó riporter, szerkesztő, 44 TV-nél dolgozó riporter, szerkesztő, műsorvezető) a hazai média piacon jelentős súllyal szereplő társaságok munkatársai közül kerültek kiválasztásra. A vizsgálati alanyok között egyrészt azon személyek szerepelnek, akik személyesen is megjelennek az adott médiánál a műsorszolgáltatásban, másrészt azok, akik személyesen nem ismertek a nagyközönség előtt, de mint szerkesztők, vezetők, vágók mindenképpen aktív és meghatározó szerepet játszanak abban, hogy mi kerüljön adásba, miről szóljanak a cikkek. A kutatásban való részvétel önkéntes, és az interjúalany kívánsága szerint anonim volt.

veszélyesség szempontjából a drogok között. A főiskolát végzettek esetében ez az arány 32%, az alacsonyabb végzettségűek esetében pedig 21,5%.

Az interperszonális kapcsolatok szignifikánsan összefüggnek a drogfogyasztás veszélyességének értékelésével. Legkevésbé a házastársi kapcsolatban élők tartották veszélyesnek a kábítószer-fogyasztást. A kapcsolati háló nagysága egyértelműen befolyásolja a kábítószer-fogyasztásról kialakult véleményeket: minél nagyobb baráti, ismeretségi körrel rendelkezett valaki, annál kevésbé tartotta veszélyesnek a kábítószer-fogyasztást. A sok ismerőssel rendelkezők esetében az általános elítélés aránya nem érte el az 50%-ot, míg a csak kisebb társasággal kapcsolatot tartók több mint 70%-a vélte veszélyesnek a drogfogyasztást.

A kábítószer-fogyasztók társadalmi megítélésének vizsgálata

A 2004-2005-ben készült kutatás (Demetrovics, Gyalog 2005) célja a kábítószer-használókról kialakított társadalmi reprezentációk vizsgálata, a kábítószer-használókkal szembeni attitűdöt meghatározó dimenziók azonosítása volt.⁹ A vizsgálat eredményei alapján hat fő dimenziót lehetett azonosítani: (1) destruktivitás-antiszocialitás, (2) antiszocialitás-amoralitás, (3) determinisztikus függőség vs. differenciálás, normalizálás, (4) lelki betegség, társadalmi hatás, (5) attribúció, (6) szociális rekreáció (differenciálás). A faktorok az alábbiak szerint jellemezhetők:

Destruktivitás – antiszocialitás: A faktor 38 tételt tartalmaz, amelyben a kábítószer-fogyasztó társadalomra, mikro-, makro-környezetére, valamint önmagára vonatkozó destruktív volta, továbbá a drog, mint destruktív elem reprezentálódik. A faktor kifejezi a kábítószer-használó „lepusztultságára”, leépülésére vonatkozó társadalmi elképzeléseket, így megjelenik benne az elhanyagoltság, az impulzuskontroll hiánya, a szélsőséges hedonizmus, illetve a személyiségtorzulás.

Antiszocialitás – amoralitás: A faktor (17 tétel) a kábítószer-használók antiszociális és erkölcsileg romlott voltát emeli ki, a fogyasztó társadalomellenes, destruktív, kriminális ágensként jelenik meg. Az ide tartozó tételek a szerhasználatot elsősorban jellemző hibának tekintő elméletet fejezik ki.

Determinisztikus függőség vs. differenciálás, normalizálás: Bipoláris faktor, amely 9 tételből áll. Egyrészt a kábítószer-fogyasztás mint lejtő, ördögi kör jelenik meg ebben a faktorban, melynek végén szükségszerűen a függőség áll. A szerhasználatot determinisztikus módon írja le, egyenes útként, amelyen nincs visszafordulás. Másrészt megjelenik a droghasználat differenciált szemlélete. A kábítószer-fogyasztók társadalmilag hasznos jelenléte, illetve a kábítószer-használat, mint normál társadalmi jelenség jelentik e faktor másik pólusát.

Lelki betegség, társadalmi hatás: A 13 itemet tartalmazó faktor a kábítószer-fogyasztás háttérében álló pszichés és szociális hatásokat világítja meg. A drogfogyasztót sajnálatot érdemlő embernek mutatja be.

Attribúció: A 13 tételt magába foglaló faktorban a kábítószer-fogyasztás háttérében álló okok keresése tükröződik, annak kifejeződése, hogy a szerhasználatnak oka van, nem egyszerűen egy véletlen jelenség.

⁹ A kutatás során 284, összesen 12 különböző csoportot reprezentáló, 14-64 éves személy adott általános leírást egy elképzelt drogfogyasztó személyről. A 284 interjúból 207 olyan személyekkel készült, akik sem használóként, sem hozzátartozóként, sem munkájukból kifolyólag nem érintettek, 77 interjú pedig olyan személyekkel, akik érintettek (alkalmi kábítószer-használók, kábítószer-függők, már absztinens, korábbi kábítószer-használók, hozzátartozók, kezelésben dolgozók) a kábítószer-használattal kapcsolatban. A leírásokból összesen 3074 állítás került azonosításra. Az állítások több lépcsős tartalmi, nyelvtani és előkategORIZÁSI szűrése, illetve a korábbi eredmények (Demetrovics et al. 2005) alapján előállított 99 tételes kérdőívet 205 fő töltötte ki. Az adatok feldolgozása faktoranalízissel történt.

Szociális rekreáció (differenciálás): A 9 tételt tartalmazó faktor a kábítószer-használat szórakozással, baráti társasággal összekötött voltát emeli ki, illetve kis mértékben megjelenik benne a differenciálás attitűdje is.

Parlamenti viták a kábítószer-problémáról

A 2005. július 1. és 2006. június 30. között megtartott 57 parlamenti ülésen 6 alkalommal vetették föl a kábítószer-problémát a következő törvényjavaslatok, viták, interpellációk és kérdések formájában:

- “Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című dokumentumban foglaltaknak az Európai Unió készülő Drogstratégiájával való összehangolását előkészítő eseti bizottság eddigi tevékenységéről szóló jelentés elfogadását kezdeményező országgyűlési határozati javaslat részletes vitája, illetve a módosító és a határozati javaslat elfogadása.
- Várható-e további módosítása a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvénynek a kábítószerrel visszaélés büncselekményét meghatározó törvényi tényállásaival kapcsolatban?
- Nemzetközi fellépés a hazai ártalomcsökkentő programok érdekében.

A megelőző egy évhez (2004. július 1. – 2005. június 30.) képest 6 alkalommal kevesebbszer vetették fel a kábítószer-problémát. A csökkenéshez valószínűleg hozzájárul, hogy a parlament az előző időszakban 80 ülést tartott, 2005. július 1. és 2006. június 30. között pedig csak 57-et.¹⁰ A vizsgált évben a kábítószer-probléma napirendre kerülésének gyakorisága és a parlamenti ülések aránya a megelőző évben tapasztalt 15%-ról 10,5%-ra csökkent.

A médiamegjelenítés módja

Kábítószer-jelenség a 2005-ös írott sajtóban

A kutatás (Arnold 2006) célja annak vizsgálata volt, hogy az írott sajtó 2005-ben hogyan ábrázolta a kábítószer-fogyasztót, milyen attitűdöt jelenített meg a kábítószer-jelenséggel kapcsolatban.¹¹ A vizsgálat eredményei szerint forrásonként átlagosan 157 cikk érintette hosszabb-rövidebb terjedelemben a kábítószer-problémát. A cikkek többsége (89,2%) elfogulatlanul íródott, nem használt túldramatizáló, szenzációkelő kifejezéseket a kábítószer-jelenséggel kapcsolatban.

Az összes kábítószer tárgykörébe tartozó cikk 68,2%-a a hazai helyzetet mutatta be, és fele annyszor tettek említést más országok kábítószer-helyzetéről. 2005-ben – 2001-2004-hez képest – az újságok jelentősen nagyobb hangsúlyt fektettek a határon túli szervezetekkel, személyekkel összefüggésbe hozható kábítószer-probléma megjelenítésére. A vizsgált napilapok jellemzően a bűnözés kontextusában jelenítették meg a kábítószer-problémát, bűnöző képet sugalltak a fogyasztókról, amely a kábítószer-jelenség elidegenedését eredményezheti. Mintegy nyolcszor több írás jelenítette meg úgy a kábítószer-problémát, amely az olvasóban „a drogfogyasztó bűnöző” kép megerősödését eredményezheti „a drogfogyasztó beteg” kép ábrázoláshoz képest.¹²

¹⁰ A parlamenti ülések tekintetében a vizsgált év egy speciális időszaknak számít, ugyanis – a 2006. áprilisában megtartott országgyűlési képviselő választás miatt – a parlament 2006. március 9. és május 15. között nem ülésezett.

¹¹ A kutatás a napi sajtóban (Magyar Hírlap, Magyar Nemzet, Népszava, Népszabadság) 2005. január 1. és 2005. december 31. között nyomtatott formában megjelent kábítószer-problémával kapcsolatos cikkeket vizsgálta kódutasításon alapuló kvantitatív tartalomelemzéssel.

¹² A „Bűnöző” modellbe a következő kategóriák kerültek: Kábítószeresek hozzáférhetősége; Kábítószeresek előállítása; Kábítószer és fogyasztói bűnözés; Kábítószer és kereskedői bűnözés; Kábítószer és bűnözés; Kábítószeresek és a bűnözés kapcsolata. A „Beteg” modell az „Egészségügyi, egyházi, laikus gyógyítás; Rehabilitáció; Ártalomcsökkentés; HIV/AIDS, hepatitisz C és más vérrel terjedő fertőzések, betegségek” kategóriákat tartalmazta.

A közlések 48,6%-a kereskedői vagy fogyasztói bűnözésről tudósított, azaz a cikkek mintegy felében hírjellegű közlemény jelent meg a kábítószerekkel kapcsolatban. Az írások 12,2%-a a kábítószeres dekriminalizációjáról, 10,7%-a pedig a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos büntetőjogi szabályozásról szólt. A közlések 10,8%-a foglalkozott a fiatalok tiltott szer fogyasztásával. Valamivel kisebb arányban (7,5%) fordultak elő a prevenció szükségességét hangsúlyozó írások.

Az összes kábítószer-problémát érintő cikk 63,4%-a valamilyen burkolt formában, témaválasztása által negatív konnotációban tüntette fel a kábítószer-jelenséget, s csupán a cikkek 11,6%-a jelenítette meg a kábítószer-problémát olyan formában, amely toleráns attitűd kialakulását vagy fennmaradását eredményezheti. A kábítószer-jelenséggel szembeni elidegenítő attitűdöt erősítő kategóriák nagyobb arányú előfordulása a cikkekben meghatározó szerepet játszhat abban, hogy a magyar felnőtt populáció elítélően viszonyul a kábítószer-jelenséghez.¹³

A cikkek túlnyomórészt általánosságban írtak a kábítószerekről: az összes írás 61,5%-a (387 cikk) általában foglalkozott az illegális szerekkel. Ez a magas arány arra enged következtetni, hogy a drogokkal kapcsolatos médiaképre viszonylag differenciálatlan ábrázolásmód jellemző. Az írott sajtó ezen ábrázolásmódjának nagy valószínűséggel meghatározó szerepe van abban, hogy a magyar felnőtt populáció körében egy differenciálatlan kép alakult ki a kábítószerekre vonatkozóan.¹⁴ A cikkek konkrétan a tiltott szerek közül a leggyakrabban a kannabisz-származékokról (26,6%), illetve a kokainról (18,3%) írtak. A közlésekben majdnem ugyanolyan gyakran jelent meg az ecstasy (13,5%) és a heroin (13,4%), illetve az írások 9,7%-a foglalkozott az amfetaminokkal. A többi szer kisebb százalékban fordult elő.

Az összes cikk 73,6%-a nem szolgált adattal a kábítószer-fogyasztás elterjedtségére, a lefoglalásokra, a kábítószeres halálesetekre, a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek elterjedtségére stb. vonatkozóan. Az írások 93,2%-a nem ismertetett kábítószer-problémával kapcsolatos társadalomtudományi vizsgálatot, elemzést, kutatást.

A társadalom a cikkek többségéből nem ismerheti meg szakmai oldalról a kábítószer-jelenséget, ugyanis a közlések csupán 15,9%-a szólaltatott meg a kábítószer-probléma kezelésével, feltárásával foglalkozó szakembert, túlnyomórészt orvost, pszichológust, pszichiátert, rendőrt. A cikkek viszonylag aktívan ábrázolták a kábítószer-fogyasztókat, a közlések 5,2%-ában volt lehetőségük saját véleményük kifejtésére. Az aktív ábrázolásmód a drogfogyasztókkal szemben egy toleránsabb attitűd kialakulását eredményezheti.

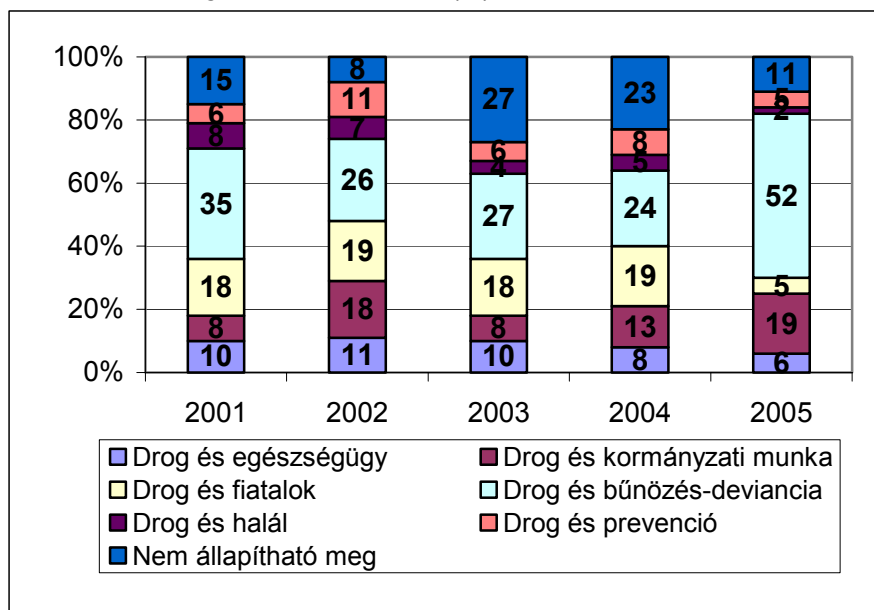
Az írások 96,6%-a nem foglalkozott a kábítószer-fogyasztás háttérében meghúzódó okokkal, illetve a közlések 92,4%-ában nem jelent meg javaslat a kábítószer-probléma megoldására. Az okok és a megoldási javaslatok ilyen kis arányú szerepeltetése a közlésekben a kábítószer-helyzet kilátástalanságát sugallja.

A kilencvenes évek végéhez képest a kábítószer-jelenség szerepe némileg csökkent az írott napi sajtóban: 2001-2004-ben mintegy fele annyi kábítószer-témájú cikk jelent meg. 2005-ben egy újabb emelkedés figyelhető meg: átlagosan 70%-kal több közlés fordult elő egy napilapban. Azonban a 2005-ben átlagosan egy napilapra jutó cikkek száma 13%-kal alacsonyabb a kilencvenes évek végére jellemző átlagosan egy napilapra jutó cikkszámhoz képest. A kábítószerrel kapcsolatos közlések tematikus megoszlását 2001-2005-ben az alábbi táblázat mutatja.

¹³ A 2003-as kvantitatív kutatás adatai szerint a felnőtt lakosság 82%-a kifogásolná, ha kábítószer-fogyasztó lenne a szomszédja. (Gábor et al. 2004) Illetve a 2005-ös fókuszcsoportos vizsgálatban a résztvevőkre a kábítószer-fogyasztókkal szembeni nagyfokú elutasítás, kirekesztés volt a jellemző. (Elekes, Paksi 2005)

¹⁴ A 2003-as kvantitatív eredményekkel összhangban a felnőtt lakosság drogfogyasztással kapcsolatos kvalitatív vizsgálat (Elekes, Paksi 2005) adatai szerint a felnőtt lakosság kábítószer-képe differenciálatlannak tekinthető.

1. ábra. A cikkek tematikus megoszlása 2001-2005 (%)¹⁵



Forrás: Arnold (2006)

Egyes évek között nagyobb eltérés a bűnözés és kábítószer, illetve a fiatalok és kábítószer kapcsolatánál figyelhető meg. 2001-ben viszonylag sok olyan közlés fordult elő, amely a kábítószer-problémát a bűnözéssel hozta összefüggésbe. 2002-2004-re a bűnügyi esetek száma némileg csökkent, s 2005-re újra felerősödött a kábítószer bűnözés konnotációjában való megjelenítése. 2005-ben a korábbi évekhez képest kevesebb írás foglalkozott a fiatalok és a kábítószer kapcsolatával, illetve a prevenció szükségességét hangsúlyozó közlések száma is csökkent. 2002-ben, illetve 2005-ben a sajtó nagyobb figyelmet fordított a kormányzati munkára, amely valószínűleg a Btk. kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi körére vonatkozó törvény 2003. márciusi módosításával, illetve az Alkotmánybíróság 2004-es határozatával magyarázható. A kábítószer egészségügyi dimenziójában való megjelenítése kis mértékben nőtt a vizsgált időszakban. Az egyes években a cikkek témák szerinti megoszlásának arányait vizsgálva megállapítható, hogy ezen arányok jelentősen nem változtak: 2001-2005-ben az írások jellemzően bűnözés konnotációjában jelenítették meg a kábítószer-jelenséget, és a többi szakterületre ennél sokkal kisebb hangsúlyt fektettek.

Következtetések

Összességében megállapítható, hogy 2005-ben az előző évhez képest a kábítószer-fogyasztásra és terjesztésre vonatkozó büntetőjogi szabályozás területén igazán jelentős változások nem következtek be.

A 2005-ben készült attitűdvizsgálatok eredményei alapján nem lehet összegző megállapításokat tenni a megkérdezettek kábítószer-jelenséggel kapcsolatos attitűdjeire, tájékozottságukra vonatkozóan. A kutatások során kapott eredmények a társadalmi kommunikáció hiányosságaira hívják fel a figyelmet. A 2005-ös írott sajtó túlnyomórészt hírjellegű, kereskedői, fogyasztói bűnözésről tudósított, sokkal kisebb arányban fordultak elő a többi szakterületet érintő írások. A droggal kapcsolatos médiaképre tényleíró, nem szenzációhajhász, azonban differenciálatlan ábrázolásmód jellemző.

¹⁵ Az összes kábítószer-témájú cikkek száma 2001-ben 376, 2002-ben 335, 2003-ban 421, 2004-ben 341, 2005-ben 629. Egy cikk egy kategóriába került.

2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN¹⁶

Háttér, előzmények

2005-ben országos adatfelvétel sem a fiatalok, sem pedig a felnőttek körében nem történt. Ugyanakkor önkormányzatok, Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok megbízásából több olyan kutatás készült, amely az ország valamely régiójában vagy városában élő fiatalok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. Ezen kutatások eredményei meghatározó szerepet játszanak a helyi (város, megye, régió) drogstratégia kialakításában – összhangban a nemzeti drogstratégia célkitűzéseivel. A kutatások többsége különböző módszertannal készült, azonban jelentős eredménynek számít, hogy ma már egyre több összehasonlítható adatot tartalmaznak.

2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁTLAG POPULÁCIÓBAN

Nincs új információ.

2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

Budapesti iskolavizsgálat 2005

2005-ben az ESPAD kérdőív és módszertani útmutatók alapján készült kutatás (Elekes, Paksi 2005b) a budapesti 9-10. évfolyamon¹⁷ tanuló diákok drogfogyasztási szokásait vizsgálta.¹⁸ A vizsgálat eredményei szerint a fővárosi fiatalok 31,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert.¹⁹ A kannabisz-származékok életprevalencia értéke 29,3%, az ecstasyé 9,3%, amfetaminoké 6,9%, inhalánsok esetében 5,1%, LSD-é 4%, patron/lufi értéke pedig 4,8%. A többi szer életprevalenciája 4% alatti. Elterjedt az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztása (12,9%), valamint az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztása (7%). A tiltott drogok éves prevalencia értéke 22,6%, havi prevalenciája pedig 12,9%. Azaz, a valaha valamilyen tiltott drogot kipróbáltak közel 75%-a az előző évben is, 40%-a pedig az elmúlt hónapban is fogyasztott valamilyen tiltott szert.

A Budapestre vonatkozó adatok lehetőségét adnak a hosszabb távú változások bemutatására is. Az ESPAD vizsgálatok éveiben, valamint 2000-ben és 2002-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek az ESPAD kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával. Az 1992. évi kutatás eredményei szintén összehasonlíthatóak²⁰. Ez lehetőségét ad a 10. évfolyamon²¹ tanuló fővárosi fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások vizsgálatára 1992-2005 között.

¹⁶ A fejezet szerzője: Dr. Elekes Zsuzsanna

¹⁷ 15-16 évesek

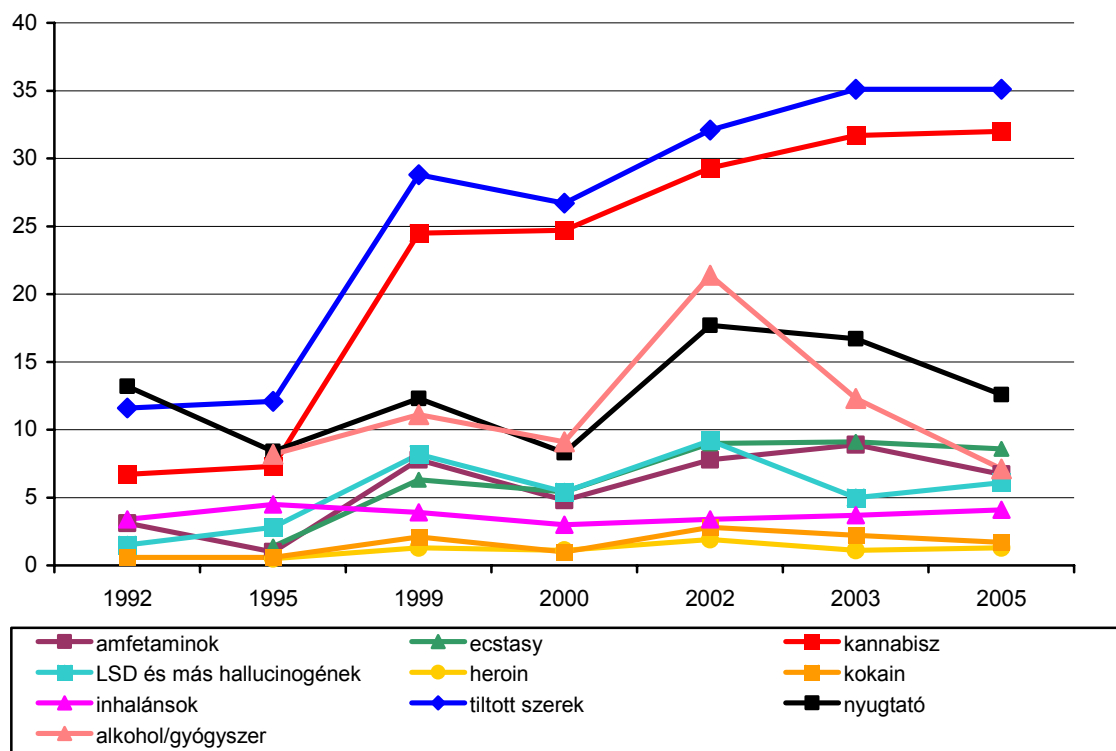
¹⁸ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja készítette önkitöltős, osztályos lekérdezési módszerrel, kutatási asszisztensek közreműködésével, a fővárosi 9-10. évfolyamos (15-16 éves) középiskolások iskolatípus és évfolyam szerint rétegzett mintáján. Bruttó mintanagyság 2400 fő, nettó mintanagyság 1846 fő.

¹⁹ Tiltott szerek között a következők szerepelnek: kannabisz, heroin, egyéb opiát, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD, mágikus gomba, GHB.

²⁰ 1992-ben az adatfelvétel a 11. évfolyamon történt.

²¹ 16 évesek

2. ábra. A szerenkénti életprevalencia értékek tendenciái 1992 és 2005 között, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében (%)



Forrás: Elekes, Paksi 2003a; Elekes, Paksi 2005b

E kutatások alapján megállapítható, hogy a 10. évfolyamos fővárosi diákok körében 13 év alatt háromszorosára (11,6%-ról 35,1%-ra) nőtt a tiltott szer fogyasztás életprevalencia értéke.

A növekedés a kilencvenes évek második felében volt jelentős, a 2000-es évek elején a növekedés mértéke csökkent, az elmúlt két évben pedig nem változott az elterjedtség. A növekedés elsősorban a kábítószer fogyasztás terjedésének köszönhető. A többi tiltott szer fogyasztása a kezdeti növekedés után inkább a stabilitást mutatja. Figyelemre méltó, hogy bár jelentős ingadozásokkal, az időszak csaknem egészében a második-harmadik legelterjedtebb az orvosi javaslat nélküli nyugtató fogyasztás, illetve a gyógyszer alkohollal történő fogyasztása (Elekes, Paksi 2000; Elekes 2005; Elekes, Paksi 2005b).

2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

A fogyatékkal élők droghasználati szokásai

2005-ben a fogyatékkal élők 420 fős mintáján 5 fogyatékosági csoportban (vakok, értelmi fogyatékosok, hallássérültek, mozgáskorlátozottak, magatartási zavarral küzdők) valamint egy kontrollcsoportban készült kutatás (Farkas, Gerevich 2005).²² A kutatás eredményei szerint a tiltott szerhasználat a kontroll és magatartásproblémás csoportban volt jellemző (életprevalencia érték 25% illetve 26,1%, havi prevalencia érték 10% illetve 8,7%). A többi fogyatékos csoportban az életprevalencia értékek alacsonyabbak voltak (vakok: 8,8%, értelmi fogyatékosok: 15,9%, hallássérültek: 9,9%, mozgáskorlátozottak: 12%). Azaz a kutatás eredményei szerint az egyes fogyatékosági csoportokban mind a fiatalok- mind az átlagnépességhez képest kevésbé elterjedt a tiltott szer használata.

²² Az adatokat az EuroDAD és ASI strukturált interjúkkal gyűjtötték. A megkérdezettek 72,6%-a 24 év alatti volt.

Katonák

A 2005-ben készült kutatás (Szilágyi 2006) a Magyar Honvédség (MH) személyi állományának drogfogyasztási szokásait vizsgálta.²³ A kutatás eredményei szerint a megkérdezettek 20,2%-a használt legalább egyszer életben valamilyen tiltott szert. A férfiaknál az életprevalencia érték 22,8%, a nőknél 7,4%. A Honvédségre jellemző életprevalencia érték csaknem kétszerese a magyarországi 18-54 éves felnőtt népesség körében 2003-ban regisztrált 11,4%-os aránynak.

2. táblázat. Szerenkénti élet-, éves és havi prevalencia értékek 2005-ben a Magyar Honvédség személyi állományában (%)

Szer	Életprevalencia	Éves prevalencia	Havi prevalencia
Kannabisz	16,8	3,2	1,2
Amfetamin	2,4	0,8	0,5
LSD	1	0,2	0
Kokain	0,3	0	0
Inhalánsok	2,2	0,2	0,2
Opiát-származékok	0,2	0,2	0
Anabolikus szteroidok	3,5	1,3	0,6
Alkohol	92,1	88,8	79,6
Dohányzás	74,5	58,9	54,1

Forrás: Szilágyi (2006)

Az adatok alapján megállapítható, hogy az MH személyi állományában legelterjedtebb az alkohol-fogyasztás és a dohányzás, illetve a kannabisz-származékok és az anabolikus szteroidok fogyasztása havi, éves és életprevalencia szinten egyaránt.

Az alkohol-fogyasztás, dohányzás első fogyasztásának átlagéletkora közel azonos az állomány tagjai körében (16,5 év), ennél kicsivel magasabb a kannabisz-származékok kipróbálásának átlagos életkora (19 év).

A Magyar Honvédség állományában a korábbi évekhez hasonlóan 2005-ben is készült vizeletmintákból végzett laboratóriumi szűrővizsgálat (Gachályi 2006).²⁴ Összesen 10234 szűrővizsgálatot végeztek.

3. táblázat. 2005-ben végzett kábítószer szűrővizsgálatok

Szűrővizsgálat	Pozitív esetek száma		
	THC	Opiát	Amfetamin
MH EVI alkalmazásai (N=8169)	28	0	3
Hatósági (N=210)	24	0	8
Preventív (N=1855)	4	0	3
Összesen (N=10.234)	56	0	14

Forrás: Gachályi (2006)

²³ Az adatfelvétel nem, életkor, rendfokozat, szolgálati idő és szolgálati hely szerinti reprezentatív mintán (N=824 fő) önkéntes módszerrel, csoportos, önkéntes és anonim lekérdezéssel, kérdezőbiztosok alkalmazásával történt.

²⁴ A vizsgálatot a Magyar Honvédség Egészségvédelmi Intézet (MH EVI) Toxikológiai Kutató Osztály, Kábítószer Kutató Laboratóriuma végezte.

A szűrővizsgálatokat a felvételre jelentkező állomány előzetes egészségügyi alkalmassági vizsgálatokor, valamint kábítószer-fogyasztás gyanúja esetén hatósági rendelkezés alapján, illetve havonta egyszer, random módon preventív céllal végezték, így a teljes minta három almintából áll. Bizonyítottan kimutatható volt a vizeletmintából a THC jelenléte 56, az amfetamin jelenléte pedig 14 esetben. Opiátot egyetlen esetben sem mutattak ki. A zéró tolerancia jegyében azon személyeket, akiknél verifikált a fogyasztás (pozitív), eltávolítják az MH állományából.

A 2005. évi és a korábbi szűrővizsgálati eredmények összehasonlítása nem mutat reális képet, ugyanis 2005-ben – a hadkötelezettség intézményrendszerének megszüntetésével – megváltozott a Magyar Honvédség személyi állományának összetétele, az önkéntes haderőre való átállás jegyében a sorállomány kivált a szervezeti rendszerből.²⁵

Következtetések

2005-ben elsősorban regionális, illetve néhány speciális csoportra kiterjedő kutatás készült Magyarországon. A 13 évet átölelő budapesti középiskolás adatfelvétel-sorozat azt valószínűsíti, hogy az elmúlt években csökkent, vagy megállt a tiltott szerfogyasztás terjedése a magyar fiatalok körében.

A Magyar Honvédség állományában végzett vizsgálat azt mutatja, hogy a katonák körében a tiltott szert kipróbálók aránya jóval magasabb, mint az átlagnépességben. A MH személyi állományában legelterjedtebb a dohányzás, az alkohol és a kannabisz fogyasztása.

²⁵ Az Országgyűlés 2004. november 8-án fogadta el a honvédelemről és a Magyar Honvédségről szóló 2004. évi CV. törvényt, amely 2005. január 1-jén lépett hatályba. Az új jogszabály az önkéntes haderő megteremtéséhez és az új haderő működéséhez szükséges alapvető szabályokat rögzíti. A legfőbb változás az állampolgárok honvédelmi kötelezettségeinek rendszerében következett be, ugyanis békeidőben megszűnt a hadkötelezettség intézményrendszere.

3. PREVENCIÓ²⁶

Háttér, előzmények

Az elmúlt évek kutatásainak eredményeképpen (Paksi 2003b) részletes információ áll rendelkezésre az iskolai szinten működő prevenciós programokról. A feltárt programokat tartalmazó országos adatbázis lehetőséget nyújt a programok igénybevevőinek a tájékozódásra, hogy a széles kínálatból a számukra leginkább megfelelő programokat választhassák ki. Az utóbbi években az iskolai drogprevenciós és egészségfejlesztő programok kínálata nemcsak a számukat tekintve nőtt, de az alkalmazott módszerek és megközelítések tekintetében is színesedett a paletta (Paksi et al. 2004).

Új fejlemények

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által az elmúlt évben elindított Szakmai Információs Portál (SZIP) látogatottsága és a regisztrált szervezetek száma jelentősen növekedett az elmúlt időszakban. 2005 júliusáig 228 szervezet regisztrált a portálon, számuk 2006 júliusára 487-re emelkedett. A regisztrált szervezetek között ma már nemcsak a programszolgáltatók találhatók meg, sok Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) és önkormányzat is jelen van a portálon. A regisztrált szervezetek összesen 314 programot működtetnek, ezek 80,6%-a (253 program) prevenciós program. Az elmúlt évhez képest növekedett az ellátási és egyéb programok aránya (14%-ról 20%-ra) is.

A regisztrált programok számának növekedését valószínűleg az is befolyásolta, hogy a 2006-os ICsSzEM-OM egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására kiírt pályázatban az adatbázisban már regisztrált programmal rendelkező szervezettel, vagy annak szakemberével kell a foglalkozásokat megtartani.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság előterjesztést készített a „Kábítószer-prevenciós programok akkreditálásáról, valamint az akkreditációs rendszer működéséről szóló rendelet” előkészítéséhez.

3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ

Iskolai prevenció

Az ICsSzEM-OM közös iskolai egészségfejlesztési és drogprevenciós programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2005-ben 180.000.000 Ft (725.660 €) volt. A pályázat célja 2005-ben is az iskolában korszerű szakmai megfontolásokat tükröző, interaktív oktatási technikákkal dolgozó programok megjelentetése volt. A pályázatok elbírálása során előnyt élveztek azon programok, melyek a bűnmegelőzéssel kapcsolatos témák feldolgozásán túl tartalmazták a szülők és a kortárssegítők, kortársképzők bevonását is az iskolai egészségnevelési feladatokba.

A 708 pályázó közül 309 iskola, részesült 160.090.050 Ft (645.394 €) pályázati támogatásban.²⁷ Ez azt jelenti, hogy a pályázat keretében a 11-18 éves populációból közel 114.000 diák vett részt prevenciós célú foglalkozásokon.

Drogügyi koordinátor képzés

²⁶ A fejezet szerzője: Nádas Eszter

²⁷ A Sulinova Kht. adatai alapján

A 2002 óta folyó drogügyi koordinátor képzés a 2005-ös évben öt alkalommal került megrendezésre, összesen 460 pedagógus részvételével. A képzést elvégző drogügyi koordinátoroknak 2003 óta lehetősége van, hogy továbbképzésen vegyenek részt. A több mint 2000 drogügyi koordinátorból 449-en vettek részt a továbbképzésen a 2004/2005-ös tanévben.

Az iskolai kereteken kívül folyó általános prevenció

Az iskolai kereteken kívül folyó, valamint a veszélyeztetett csoportokra irányuló drogprevenciós tevékenységekről két, az elmúlt évben végzett kutatásból állnak rendelkezésre információk. A Nemzeti Drog Fókuszpont által készített kutatás célja a KEF-ek látókörébe került iskolán kívüli programok feltérképezése volt.²⁸

A szervezetek képviselőivel készült interjúk során 54 szervezetről derült ki, hogy nem iskolai keretek között végez drogprevenciós tevékenységet, közülük 22 szervezet az iskolai szinten is jelen van. A KEF-ek által megnevezett többi szervezet vagy csak iskolai prevencióval foglalkozott (58 szervezet), vagy nem foglalkozott közvetlenül drogprevencióval (64 szervezet).

A nem iskolai keretek között (is) tevékenykedő szervezetek közül 20 nem jelölt meg olyan veszélyeztetett csoportokat, akikre közvetlenül irányul a tevékenységük, jellemzően a helyi lakosságot, közösséget, illetve az érdeklődő fiatalokat említették célpopulációként. Ezen szervezetek többsége tanácsadó és felvilágosító tevékenységet végez (11 szervezet), illetve alternatív szabadidő eltöltési módokat kínál (9 szervezet) (például éjszakai ping-pong). Programjaikat a szabadidő eltöltésére alkalmas helyekre szervezik, melyek jellemzően a helyi művelődési, illetve kultúrházak.

Szülők elérése

Olyan szervezet, mely kizárólag a szülőkre irányuló tevékenységet is folytat nagyon kevés került azonosításra (4 szervezet). A szülőkre irányuló programok hiányára hívja fel a figyelmet a Gyermekparadicsom Alapítvány által készített kutatás is (Marton 2005).²⁹ Bár a kutatás alapvető célja nem a programok feltárása volt, a szervezetektől azt is megkérdezték, hogy ha végeznek prevenciós tevékenységet, akkor azokba milyen arányban vonják be a szülőket. A megkérdezett 141 szervezet és intézmény több mint felében, összesen 81 helyen – azaz a helyszínek 57,4%-ban – volt jelen valamilyen drogprevenciós tevékenység. Bár a számok azt mutatták, hogy a prevenciós programok 63%-ában van olyan programelem, amely valamilyen szinten bevonja a szülőket is, ezek nagy része csak nagyon felszínesen, illetve közvetetten érinti őket. Sok helyen leginkább csak néhány szóróanyagról van szó, illetve egy-két alkalomszerű szülői értekezletről. Nagyon kevés olyan helyszín van, ahol kimondottan a szülőket megcélzó prevenciós program működik.

3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ

Veszélyeztetett csoportok és családok

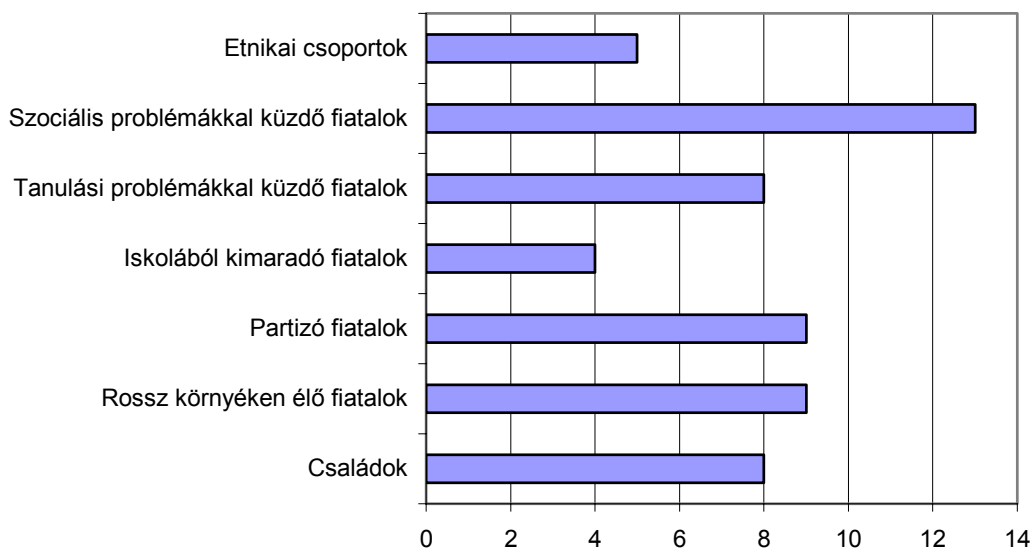
²⁸ A Nemzeti Drog Fókuszpont a KEF elnökök segítségét kérte, hogy nevezzék meg a területükön nem iskolai keretek között (is) tevékenykedő szervezeteket. A megnevezett 192 szervezet közül 176-tal sikerült telefonos interjút készíteni. Az interjúk során arra kérték a szervezetek képviselőit, hogy határozzák meg az elérni kívánt célcsoportot és a program végrehajtásának helyszínét, valamint hogy foglalják össze drogprevenciós tevékenységüket.

²⁹ A kutatás közvetlen célja annak felmérése volt, hogy a drogprevenció mennyire van jelen a gyerekekkel és fiatalokkal iskolán kívül foglalkozó szakemberek, önkéntesek, kortárssegítők/-vezetők ismereteiben és tevékenységében. A kutatás során 14 városban és 4 budapesti kerületben összesen 164, a fiataloknak szóló programokban résztvevő személlyel töltöttek/töltöttek ki egy kérdőívet. Az eredmények értelmezése során azonban fontos szem előtt tartani, hogy a kutatás nem tekinthető reprezentatívnak.

A célzott prevenciós programok a teljes populáció olyan alcsoportjaira irányulnak, melyek tagjai bizonyos jellemzőik alapján különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők (pl. etnikai csoportok, iskolából kimaradó fiatalok, rossz környéken élő fiatalok stb.)

A Nemzeti Drog Fókuszpont által készített kutatásban feltárt, veszélyeztetett csoportok körében tevékenykedő szervezetek a következő célcsoportokat említették.

3. ábra. Az iskolai kereteken kívül tevékenykedő szervezetek által megjelölt célcsoportok (említések száma), N=54



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2005

A szociális és/vagy tanulási problémákkal küzdő és/vagy rossz környéken élő fiatalokkal foglalkozó szervezetek a három célcsoport közül jellemzően legalább kettőt említettek (10 szervezet). Ezen veszélyeztetett fiatalokkal foglalkozó szervezetek fele családsegítő, illetve gyermekjóléti szolgálat. A szolgálatok táborokat és klub rendezvényeket szerveznek a fiatalok számára, a foglalkozásokat a szolgálat helyiségeiben tartják. A többi, ezen problémákkal küzdő fiatalokkal foglalkozó szervezet is jellemzően szabadidős programokat és táborokat szervez a fiatalok számára.

A családokra irányuló programok jellemzően a szülők és gyermekeik közös szabadidő eltöltéséhez kínálnak alternatívát, illetve a szerhasználó és társadalmilag hátrányos helyzetben lévő szülők gyermekeivel való foglalkozásba próbálják a szülőket is bevonni.

A KEF-ek által megjelölt szervezetek közül 9 nyújt valamiféle „parti service” szolgáltatást, ezek egyike sem kizárólag ezzel foglalkozó szervezet, általában iskolai prevenciós (5 szervezet), vagy kortárssegítő képző tevékenységet folytatnak még (3 szervezet).

Roma fiatalok

A kutatás során megkérdezett szervezetek közül 5 említette, hogy roma fiatalok számára szervez programokat, ezek közül 3 táborokat és szabadidős foglalkozásokat, 2 pedig kortárssegítő képzést nyújt a fiataloknak. Ezen szervezeteken kívül egy alapítványról van még tudomásunk, mely a roma és nem roma fiatalok számára nyújt közös kortárssegítő képzéseket.

Prevenió a büntetés-végrehajtási intézetekben

A büntetés-végrehajtási (bv.) intézetekben 2003 óta folyik drogprevenciós tevékenység. A Büntetés-végrehajtási Szervezet egy kilenc videokazettából álló ismeretterjesztő sorozatot jutatót el minden bv. intézménynek, melyet 3-5 hetes időtartamokban vetítenek le a

fogvatartottaknak. A vetítésekhez kapcsolódóan a nevelők csoportos foglalkozások keretében vitatják meg a látottakat a fogvatartottakkal. A foglalkozásokon a beindítás óta eltelt három év során körülbelül 6000 fogvatartott vett részt. A bv. intézetekben működő iskolák oktatási programjának is részét képezi a drogvédelem, rehabilitáció és egészségmegőrző ismeretek átadása. Az iskolák a védelem munka során drogvédelem koordinátorokat is alkalmaznak. A fiatalok bv. intézeteiben lehetőség van a szülők számára „szülői értekezlet” szervezésére, melyek során a bv. kábítószer ellenes tevékenységéről is tájékoztatást kapnak a szülők.³⁰

A Magyar Honvédség drogvédelem tevékenysége

A Magyar Honvédség, állományában végzett drogvédelemmel kapcsolatos kutatások alapján dolgozta ki drogvédelem programjait. A kutatások célja nem csak a drogvédelem- és fogyasztás mértékének feltérképezése volt, hanem annak megismerése is, hogy mely tényezők játszanak fontos szerepet a személyi állomány drogvédelem csoportba való bekerülésében és bennmaradásában. Az állomány körében folyó programok célja elsősorban a drogvédelem előfordulási gyakoriságának csökkentése, tevékenységük során a szociális hatásokkal szembeni ellenállást erősítő módszereket alkalmazzák (problémamegoldás, konfliktuskezelés, önbizalom-építés, reális énkép, szereptanulás, magabiztosság, akadályoztatással szembeni tolerancia, kritikai „beállítódás”).³¹

Munkahelyi védelem

A Foglalkoztatási Hivatalban kidolgozásra került a „Maradj a Zöld Zónában! A vállalatok és dolgozók mozgósítása a káros alkohol- és a kábítószer-fogyasztás megelőzésére” elnevezésű program. A program célja, hogy mindenféle drogvédelem (kábítószer, alkohol, gyógyszerek) megelőzésébe és csökkentésbe olyan módon vonja be a vállalati vezetőket és dolgozókat, hogy ezeket a törekvéseket összekapcsolja a vállalatok hatékonyságának növelésével. A hangsúly az elsődleges megelőzésen, a felvilágosításon és a meggyőzésen van, a közösségi kezdeményezések bekapcsolásával ugyanakkor segítséget kíván nyújtani a rászoruló kezeléséhez és rehabilitálásához is. Az előkészítés során elkészült két pilot vállalati program (Paksi Atomerőmű Rt., Határőrség Országos Parancsnoksága) megvalósíthatósági tanulmánya. A program előre láthatólag 2006 második felében kerül bevezetésre.

Következtetések

Az iskolai védelem terén nem történt jelentős változás az elmúlt évekhez képest, a tervezett akkreditációs rendszer bevezetésével a jövőben várhatóan még átfogóbb képet kapunk majd a diákok körében végzett tevékenységekről.

A nem iskolai körök között folyó védelem tevékenységről továbbra sem rendelkezünk az iskolai programokhoz hasonló részletességű információkkal, első lépésként azonban megtörtént a KEF-ek látókörébe került nem iskolai keretek között is tevékenykedő szervezetek programjainak a feltérképezése. A kutatás során mindössze 54 szervezet programjait sikerült azonosítani, a szintéren azonban feltételezhetően több ilyen program működik. Ezek megismerése további kutatásokat igényel. Szintén további adatgyűjtést igényel a büntetés-végrehajtási intézetekben, valamint a Magyar Honvédség állományában végzett védelem tevékenység részletes feltárása.

³⁰ Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága beszámolója alapján

³¹ Honvédelmi Minisztérium beszámolója alapján

4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS³²

Háttér, előzmények

A kezelésben megjelent drogfogyasztókról az adatszolgáltatók az Egészségügyi Minisztérium által meghatározott módon és formában jelentenek. Teljes körű és TDI alapú adatgyűjtés az év folyamán csak kísérleti jelleggel valósult meg az azt elrendelő jogszabály hatályba lépésének késése miatt.

2005-ben az előző évhez képest változatlan egészségügyi statisztikai adatgyűjtésnek megfelelően, aggregát formában jelentett adatok állnak rendelkezésre a kezelésben részesültekről. Az adatszolgáltatásra kötelezett intézmények köre lényegében teljesen lefedi a pszichiátriai és addiktológiai járó- és fekvőbeteg szakellátást.³³

Az elmúlt öt évben többször módosult a Büntető Törvénykönyv is a drogfogyasztás megítélésével, illetve a büntetőeljárás alternatívájaként való kezeléssel (elterelés) kapcsolatban. A szakellátási kezelési igényt mindezek a változások befolyásolhatták, azonban ennek a mértéke pontosan nem határozható meg.

Ugyanakkor megtörtént a TDI hazai adaptációja, reliabilitás-vizsgálata (Gerevich et al. 2005) és elkezdődött a TDI alapú adatgyűjtés tesztelése. Az ország nagy forgalmú kezelőhelyei telepített szoftver segítségével, a kisebb forgalmú kezelőhelyei internetes hozzáféréssel rögzíthetik az adatokat, az ún. generált kód alkalmazásával immáron klienshez kapcsolt formában, megvalósítva a többszörös számbavétel kiküszöbölését. A bevezetés és a szoftver használatának megkönnyítése érdekében az Országos Addiktológiai Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont regionális képzéseket szervezett az egészségügyi szakellátás, az alacsony-küszöbű szolgáltatók és a börtönben működő kezelési egységek szakemberei számára is. A rendszer az elterelésben résztvevő kezelteket is nyilvántartja, amely a későbbiekben statisztikai, ill. rendszerszintű elemzési feladatok elvégzésére is alkalmas lesz.

4.1. PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSEK

A hagyományos közvetett és közvetlen indikátorokkal nem mérhető problémás fogyasztás³⁴ mérésére dolgozták ki azokat a becslési eljárásokat³⁵, amelyek közvetett és közvetlen indikátorokon alapulnak, és a drogfogyasztók között jelentős arányokat képviselő rejtett, problémás, vagy ritkább és/vagy stigmatizált drogfogyasztási módok elterjedtségét mérik.

Országos adatok

A 2005. évi rendőrségi és egészségügyi nyilvántartások alapján fogás-visszafogás módszerrel készült kutatás (Elekes, Nyírády 2006) a problémás drogfogyasztás hazai

³² A fejezet szerzői: Dr. Elekes Zsuzsanna, Nagy Zoltán, Nyírády Adrienn, Porkoláb Lajos

³³ Nem tartoznak az említett adatszolgáltatási kötelezettség alá az alapellátás intézményei. Emiatt pontosabb lenne szakellátási kezelési igényről beszélni.

³⁴ EMCDDA definíció szerint problémás drogfogyasztó: aki opiát-, kokain- és/vagy amfetamin-származékokat használ rendszeresen vagy hosszabb ideje, vagy intravénás fogyasztó.

³⁵ E becslési eljárásoknak jelenleg három nagyobb csoportja ismert: a *multiplikátor* eljárás, a *fogás-visszafogás* (capture-recapture) módszer, valamint a *többszörös* módszer. A multiplikátor módszer az ismertté vált (pl. kezelésbe került) problémás fogyasztók számán, és a problémás fogyasztók ismertté válásának valószínűségén (pl. problémás fogyasztók közül kezelésbe kerülők aránya) alapul. A fogás-visszafogás módszer a különféle, egymástól független nyilvántartásokban (pl. egészségügyi és igazságügyi) nyilvántartásokban szereplő drogfogyasztók beazonosításán alapul, abból a feltevésekből kiindulva, hogy az egyik nyilvántartásba való bekerülés valószínűsége nem befolyásolja a másik nyilvántartásba való bekerülést. Ez pedig lehetővé teszi a rejtett népesség becslését a vizsgált regiszterekben való jelenlét illetve nem jelenlét alapján. Végül a többszörös elemzés a különböző, regionálisan rendelkezésre álló indikátorokon végzett regresszió elemzés segítségével készíti becslést a problémás drogfogyasztás országos elterjedtségére vonatkozóan.

elterjedtségének mérésére. A rendőrségi nyilvántartás teljes körű volt, azaz mindenkit tartalmazott, aki az elmúlt évben az ország egész területén gyanúsítottként a rendőrséggel kapcsolatba került. Az egészségügyi nyilvántartás a nagyobb ellátók adatait tartalmazza, szintén az ország egész területén. Így az egészségügyi nyilvántartásba az elmúlt évben kezelt esetek 82%-a került. Mindkét adatbázisból csak azok adatai kerültek kigyűjtésre, akik az EMCDDA által alkalmazott kritériumok szerint problémás drogfogyasztónak tekinthetők, azaz opiátot, kokaint, amfetamint vagy MDMA származékokat használnak, illetve akik intravénás fogyasztók. A többszöri regisztrálások kiszűrése után a rendőrségi adatbázisba 1384 egyén, az egészségügyi adatbázisba 1469 egyén került. Közülük 84 fő szerepelt mindkét helyen³⁶.

Ezek alapján a problémás drogfogyasztók számát 24204 főre becsüljük, 95%-os megbízhatósággal 19333-29075 közötti intervallumban.

A becslést elvégeztük a 15-64 éves népességre, valamint a főbb korcsoportokra.

4. táblázat. A problémás drogfogyasztók rejtett és teljes száma főbb korcsoportok szerint

Korcsoport	Rejtett népesség (fő)	Problémás fogyasztók teljes száma (fő)	Konfidencia intervallum
15-64	21404	24171	19307-29035
15-24	7890	9159	6618-11700
25-34	8238	9462	6691-12233
35-64	7410	7683	-2774-18140

Forrás: Elekes, Nyírády 2006

A számítások azt valószínűsítik, hogy a 25-34 évesek körében valamelyest elterjedtebb a problémás drogfogyasztás, mint a fiatalabb korcsoportban, a különbség azonban nem jelentős.

Külön elvégeztük a számításokat az intravénás drogfogyasztókra. Az egészségügyi adatbázisban 627 főnél, azaz a kezelték 42,7%-nál, a rendőrség esetében 88 személynél, a nyilvántartottak 6,3%-nál, regisztráltak intravénás használatot. A közös halmazba 14 fő került. Így Magyarországon az intravénás drogfogyasztók számát 3941 főre becsüljük, 2069-5813 közötti konfidencia intervallummal.

5. táblázat. Az intravénás drogfogyasztók rejtett és teljes száma főbb korcsoportok szerint*

Korcsoport	Rejtett népesség (fő)	Problémás fogyasztók teljes száma (fő)	Konfidencia intervallum
15-64	3230	3929	2063-5795
15-24	1142	1307	-75-2689
25-34	1458	1885	905-2865

*A mindkét adatbázisban szereplő személyek között 35 évnél idősebb nem volt, így erre a korcsoportra nem lehet számításokat végezni.
Forrás: Elekes, Nyírády 2006

A kapott adatok alapján valószínűsíthető, hogy a problémás drogfogyasztók túlnyomó része férfi, átlagéletkoruk 25 év körüli, a 35 év felettiek aránya elenyésző. Többségük heroin, amfetamint vagy ecstasyt fogyaszt. Közöttük a heroin-fogyasztók aránya valószínűleg alacsonyabb, az amfetamin-fogyasztóké pedig magasabb, mint a kezelték körében tapasztalható. Lakóhely szerint viszonylag egyenletesen oszlanak meg a nagyvárosok és a kisebb települések között. Az intravénás használat a populáció körülbelül 15-20%-át jellemzi.

³⁶ A rejtett népesség nagysága = csak a rendőrségi nyilvántartásban szereplők száma x csak az egészségügyi nyilvántartásban szereplők / mindkettőben szereplők száma.

A problémás drogfogyasztók teljes becslő száma = a rejtett népesség száma + csak a rendőrségi nyilvántartásban szereplők száma + csak az egészségügyi nyilvántartásban szereplők száma + mindkét nyilvántartásban szereplők száma.

Budapesti adatok

2003-ban kezelési adatok felhasználásával multiplikátor módszerrel végzett kutatás mintegy 4000 főre becsülte a budapesti ismert és rejtett opiát-fogyasztók teljes számát. A kezelési adatbázisban nem szűrt duplikációk miatt ez a szám valószínűleg felülbecsült érték (bővebben a 2004-es Jelentésben található).

2005-ben készült becslés ugyanezen módszerrel. A regisztrált opiát-fogyasztók számán és kvalitatív kutatás során kapott kezelésbe kerülés arányán alapuló számítások 2669 főre teszik a rejtett és ismert opiát-fogyasztók teljes számát.

Meg kell említenünk, hogy a kezelési adatbázisban 2005-re kevesebb, mint felére csökkent az opiát-fogyasztók száma, 1886 főről 849 főre. Ennek oka valószínűleg a szerfogyasztás struktúrájának általános átrendeződése, illetve az egyre pontosabb adatszolgáltatás. A kvalitatív kutatásban (Márványkövi et al. 2006) résztvevő 62 problémás szerfogyasztó saját becslése szerint a teljes populáció 31,8%-a volt kezelésben a kérdezett évben.

2005-ben az országos adatokból leválogatva fogás-visszafogás módszerrel is készült becslés az ismert és rejtett budapesti opiát-fogyasztó populáció nagyságára vonatkozóan. Az egészségügyi adatbázisban 576 fő, a rendőrségiben 65 fő tartozott ebbe a fogyasztói csoportba. Közülük 20-an szerepeltek mindkettőben. A számítások szerint a budapesti problémás opiát-fogyasztók becsült száma 1872 fő, 1201-2543 közötti intervallumban.

15-64 éves populációra vonatkozóan a rejtett népesség száma 1249 fő, teljes száma pedig 1869 fő, 1199 és 2539 fő közötti konfidencia intervallummal.

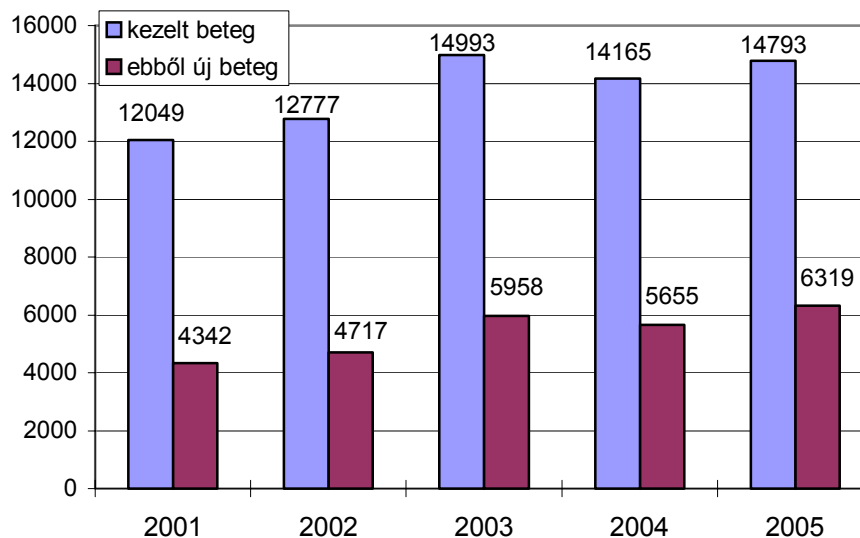
A két év eredményeiben mutatkozó jelentős különbség valószínűleg a második év pontosabb alapadatainak tudható be. Tehát feltételezzük, hogy Budapesten a problémás opiát-fogyasztó populáció nagysága 2000-2500 fő körül mozog.

4.2. KEZELÉSBE VONT KLIENSEK PROFILJA

Az egészségügyi szakellátás intézményeiben kezelt drogfogyasztók száma 4%-kal, 14793 főre nőtt. Ha a változásokat időben átlagoljuk, akkor megállapítható, hogy 2001-2002-ben a kezelték száma 12-13 ezer fő között ingadozott, majd mintegy kétezer fős ugrás következett: az elmúlt három évben az ingadozás a 14-15 ezer fős sávba tolódott.

Az első alkalommal kezelték száma az előző évhez képest jelentősebb, 12%-os növekedést mutatott, és átlépte a 6 ezres szintet (6319 fő). 2003-ban a megelőző két évhez képest az új betegek számának stagnálása megszűnt, a 26%-os növekedés jelentősnek mondható. Ehhez képest csökkent 2004-ben az új betegek száma 5%-kal, majd nőtt 2005-ben ismét 12%-kal. A lépcsőzetes növekedési tendencia tehát itt is kimutatható, azonban az ingadozások mértéke nagyobb, mint az összes kezelt esetében.

4. ábra. Kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon (fő)



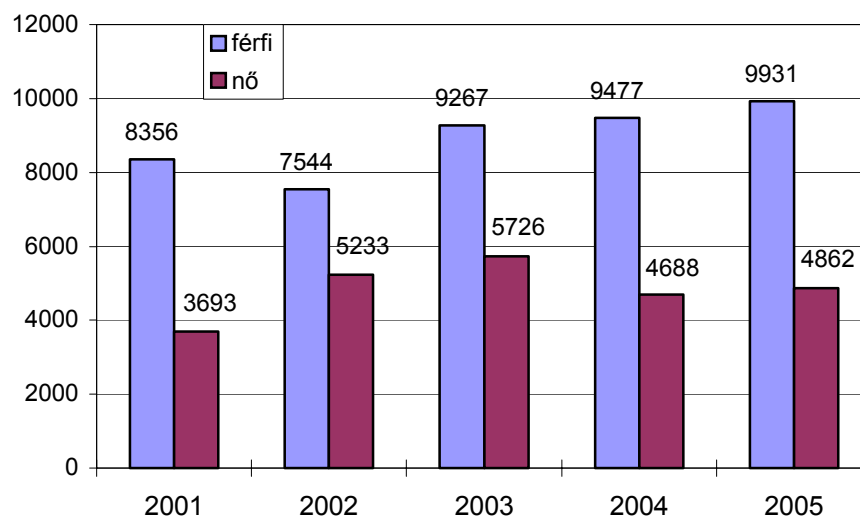
Forrás: OSAP 1647, illetve EÜM 1211. sz. jelentés

Mind az összes kezelt, mind az első kezelésben részesültek körében mutatkozó évenkénti ingadozás, illetve a kezelési igény növekedésének lépcsőzetes alakulása összefügghet a törvényi szabályozás 2003-ban és 2004-ben is bekövetkezett változásaival.

Szocio-demográfiai jellemzők

2002-2003-ban jelentős arányeltolódás jelentkezett az egészségügyi szakellátási intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztók nemek szerinti megoszlásában: a férfiak aránya az addigi átlagos 2:1-hez képest 3:2-re módosult, azaz a nők részesedése növekedett. Az elmúlt két évben azonban ismét 2:1-re állt vissza a férfi/nő arány.

5. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása (fő)



Forrás: OSAP 1647, illetve EÜM 1211. sz. jelentés

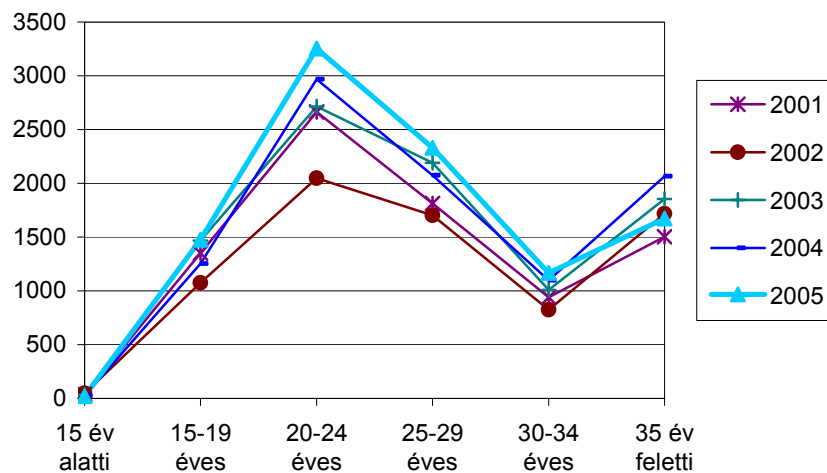
A nyugtatókat, altatókat visszaélészerűen használók között ebben az évben is a nők aránya lényegesen nagyobb, a nyugtató típusú szerek kivételével azonban az összes drog kategórián belül (a korábbi évekhez hasonlóan) a férfiak száma a magasabb.

Az első kezelésben részesültek körében hasonló tendencia jelentkezik. A nők arányának eltolódása, majd visszaállása itt is kimutatható. Külön kiemelendő, hogy az utóbbi évben a nők esetében alig volt változás, miközben az első kezelésben részesült férfiak száma 16%-

kal nőtt. Ez azt is jelenti, hogy a 2005. évi forgalmonövekedés, úgy az összes kezelt, mint az első alkalommal kezelt kliensek körében, zömében a kezelt férfiak számának növekedésével magyarázható.

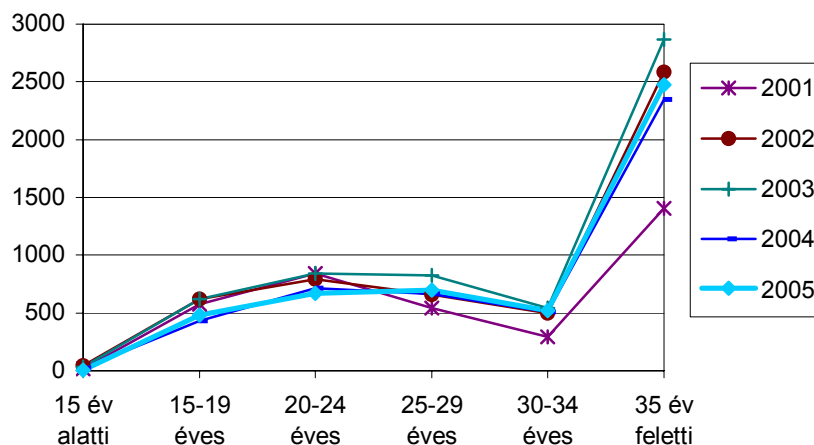
Az életkori megoszlás sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. Az összes kezelt és első kezelésben részesültek körében is, a férfiaknál 2001-2005 között minden évben a 20-24 év közöttiek voltak legtöbben (az elmúlt három évben egyre növekvő arányban). A nőknél is 2004-ig ez a korcsoport adta a legnagyobb gyakoriságot, azonban 2005-ben az összes kezeltre vonatkozóan, ha kismértékben is, de már a 25-29 éves korcsoport a legnépesebb, és a korábbi évekhez hasonlóan, a magasabb korcsoportokban is viszonylag magas a gyakoriság.

6. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében (fő)



Forrás: OSAP 1647, illetve EÜM 1211. sz. jelentés

7. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében (fő)



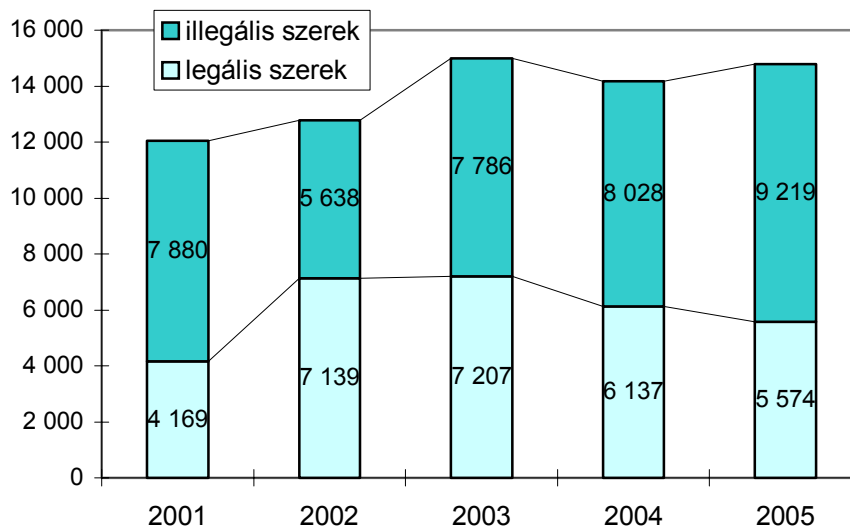
Forrás: OSAP 1647, illetve EÜM 1211. sz. jelentés

Az életkori megoszlásban mutatkozó nemek szerinti különbség azzal függhet össze, hogy a nők által jellemzően használt drogok a nyugtatók és az altatók, illetve ezeknek alkohollal történő együttes fogyasztása (politoxikománia), amely hosszabb drogos karriert jelenthet. A 40 éven felüli, drogfogyasztás miatt kezelt nők gyakorisága jelentősen meghaladja a férfiakét.

Szertípus szerinti megoszlás

2002-ben alapvetően a nyugtató-, altatószerek fogyasztásának megugrása miatt a legális szerek aránya túlsúlyba került (56%) az illegális szerekhez képest (44%). A 2003. évben a kezelt betegek számának jelentős emelkedése mellett az illegális szerek újra túlsúlyba kerültek (52%). Ez a tendencia 2004-ben és 2005-ben folytatódott: a legális szereket fogyasztó kezelt betegek száma folyamatosan csökkent, míg az illegális szereket fogyasztóké jelentősen nőtt. 2005-ben az illegális szerek aránya 62% volt.

8. ábra. Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján (fő)



Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

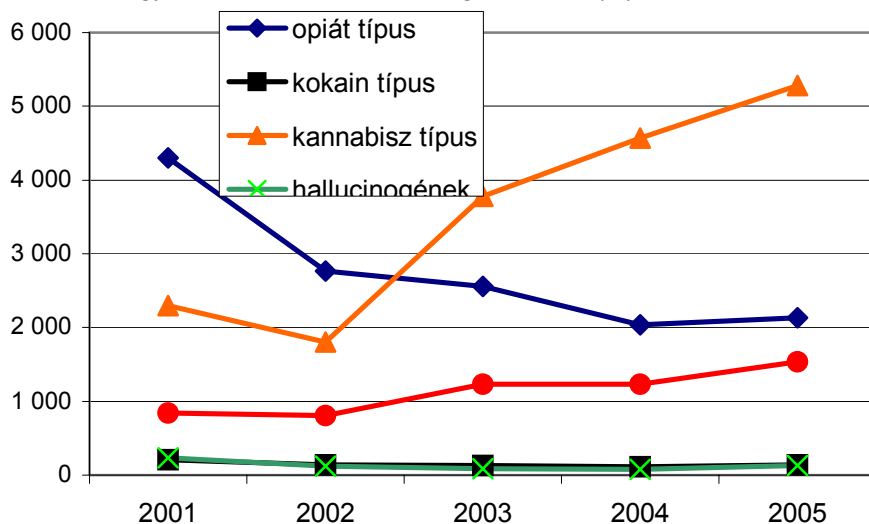
2000 óta, amikor a kezelt opiát-fogyasztók aránya elérte a 39%-os csúcspontját, ennek a szertípusnak a részesedése folyamatosan csökkenő tendenciát mutat 2004-ig. 2005-ben ugyan 5%-os növekedés jelentkezik, de a szertípuson belül a heroin és az intravénás használat monoton csökkenése folytatódott. A csökkenés következtében a fogyasztás gyakoriságában korábban elért első helyezését a kannabisz-származékok vették át, és az opiát-fogyasztás a nyugtatók mögé, a harmadik helyre szorult.

A kannabisz-fogyasztók száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2002 óta folyamatosan és meredeken emelkedett. 2004-ben 21%-kal, és 2005-ben is további 16%-kal emelkedett a kezelt kannabisz-fogyasztók száma. Ezzel, a nyugtató szereket fogyasztókat megelőzve, immár a legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között (36%).

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-ban jelentősen, 52%-kal nőtt, míg 2004-ben nem változott az előző évhez képest. 2005-ben azonban újabb jelentős, 24%-os növekedés volt tapasztalható, így az összes kezelt 10%-a amfetamin fogyasztó.

A kezelt kokain fogyasztók száma 4 év folyamatos csökkenés után 2005-ben ugyan 22%-kal (113-ról 138 főre) nőtt, azonban az összes kezeltben belüli arányuk még így is csak 0,9%. A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt betegek aránya az 1999 óta tartó csökkenés után 2005-ben jelentősen, 72%-kal (76-ról 131 főre) nőtt, de aránya - a kokainhoz hasonlóan - nem jelentős (0,9%).

9. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma (fő)



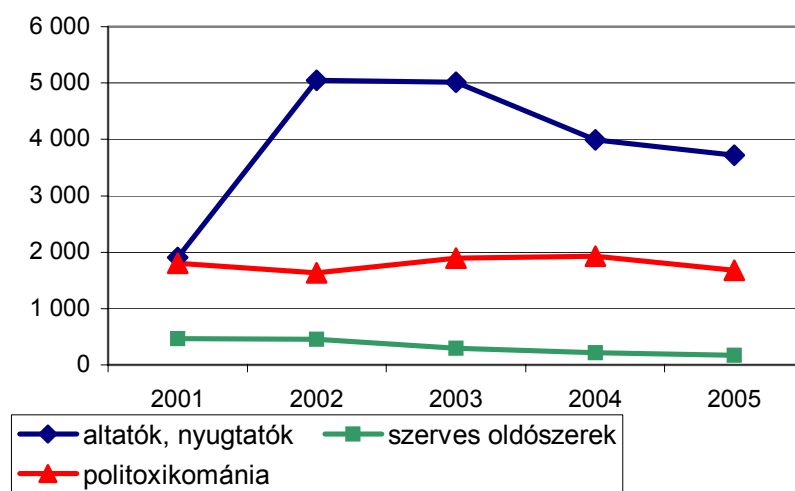
Forrás: OSAP 1647, illetve EÜM 1211. sz. jelentés

A visszaélészerű nyugtató-, altató-fogyasztók aránya a 2003 után folyamatosan csökkent, de 2005-ben az összes kezeltben még mindig 25%, ami azt jelenti, hogy nemcsak a legális szerek között ez a legnagyobb arányú, de - a kannabisz kivételével - megelőzi az illegálisokat is.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelt betegek száma ugyan mutat némi ingadozást, azonban az elmúlt 5 év átlagában lényegében változatlan. Ez a „szertípus” különösen a 30-35 év feletti nők körében jellemző, aránya az összes fogyasztók között 11%.

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma folyamatos csökkenést mutat, az összes kezelt közötti arány 2005-ben 1,2% volt.

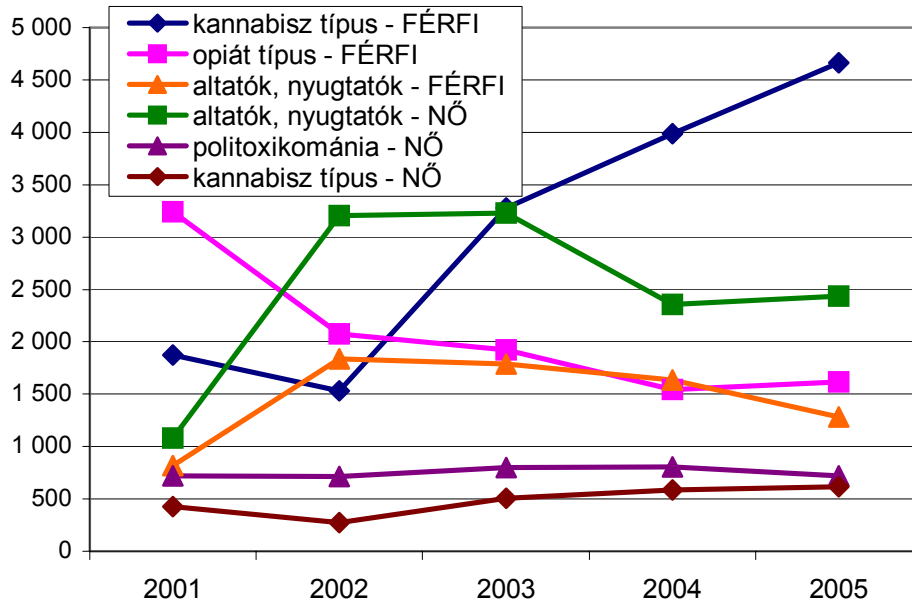
10. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma (fő)



Forrás: OSAP 1647, illetve EÜM 1211. sz. jelentés

Az egyes szerek preferálásában mutatkozó, nemek közötti különbségeket az alábbi ábra jól illusztrálja.

11. ábra. Leggyakoribb szertípusok a kezelt férfiak és nők körében (fő)

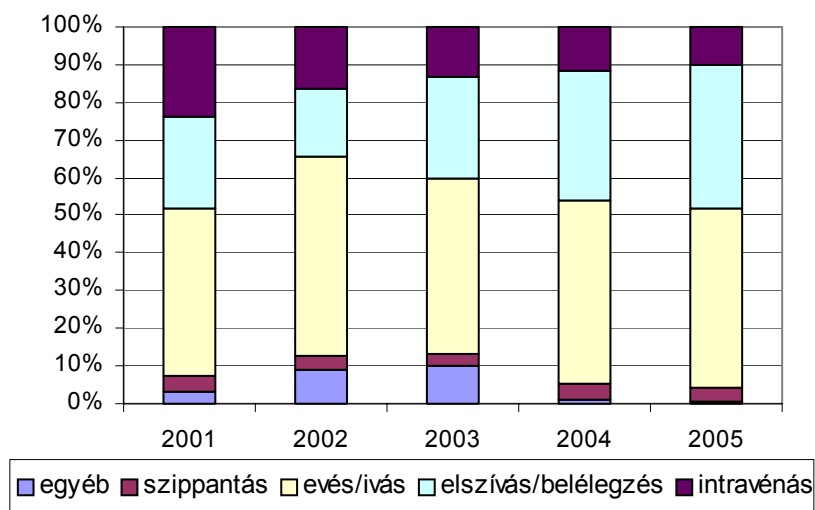


Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Fogyasztás módja szerinti megoszlás

A kezelt kábítószer-fogyasztók körében a fogyasztás módja az elmúlt 5 évben jelentősen változott. Az intravénás használat folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, 5 év alatt a 2001-es szinthez képest közel felére csökkent. Ugyanezen időszakban az elszívás/belélegzés – a 2002-es évet kivéve – lényegében megduplázódott. A két tendencia jól láthatóan követi a szertípusokon belül az opiátok visszaszorulását, és a kannabisz-származékok gyors előretörését. A szájon át történő bevitel (evés/ivás) ugyancsak nőtt, de nem olyan meredeken, mint az elszívásé. A kezelt drogfogyasztók körében ez a leggyakoribb beviteli mód, amely összhangban van az altató/nyugtató fogyasztás, illetve a politoxikománia magas arányával. A szippantás csekély ingadozást mutat és aránya is alacsony. Az egyéb fogyasztási mód 2002-2003-ban jelentős részt képviselt, utána tizedére esett vissza. Ebben az esetben valószínűleg az történt, hogy az adatszolgáltatók ma már pontosabban tudják jelenteni a fogyasztási módokat, így kevésbé használják az egyéb kategóriát a besoroláskor.

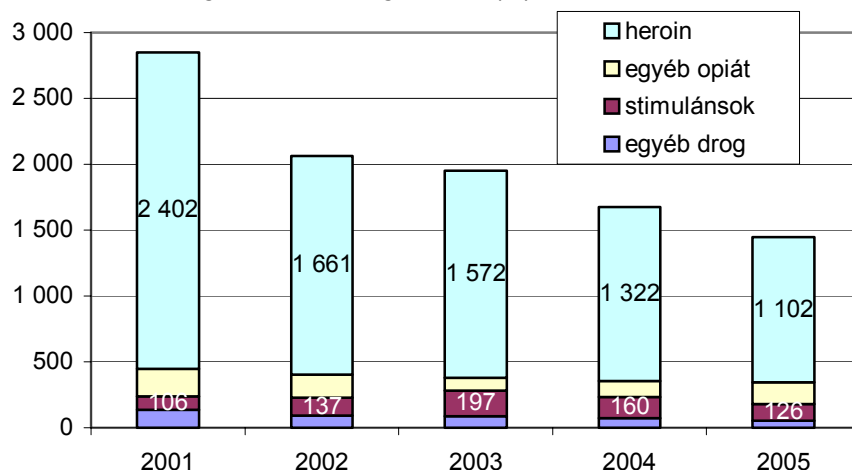
12. ábra. A kezelt megoszlása a drogfogyasztás módja szerint (2004-ben 19 esetben nem ismert)



Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Az intravénás droghasználat az összes kezelt kábítószer-fogyasztó körében az elmúlt 5 évben folyamatosan csökkent. A jelentős mértékű csökkenés (23,6%-ról 9,8%-ra) háttérében döntően az intravénás heroin-fogyasztás visszaszorulása áll, ennek aránya a kezelt intravénás kábítószer-fogyasztók körében több mint a felére zuhant vissza 2001-2005 között. Az egyéb szerek intravénás használata is csökkenő tendenciát mutat, a stimuláns-fogyasztók 8,2%-a használta intravénásan a szert, míg ez az érték 2002-ben éppen a duplája volt.

13. ábra. A kezelt intravénás droghasználók megoszlása (fő)

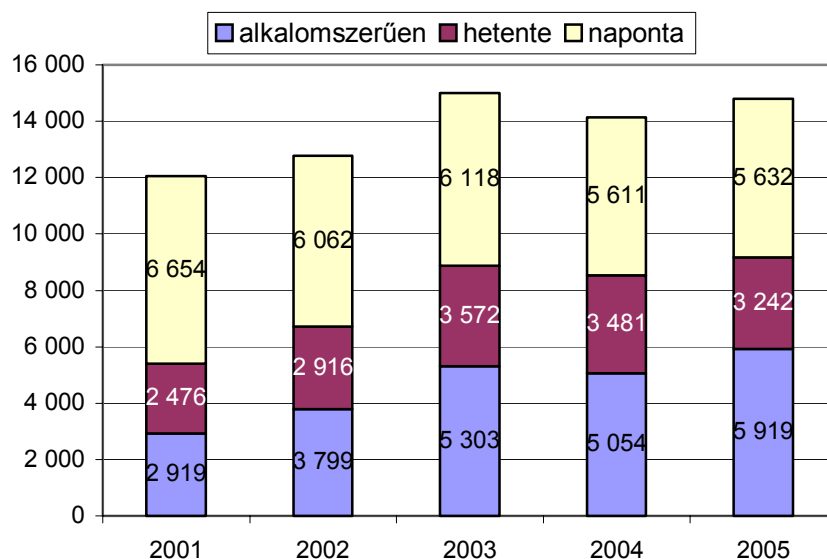


Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

A kezelt drogfogyasztók körében a fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás vegyes képet mutat. Az alkalmászerűen fogyasztó összes kezelt száma – a 2004-es kismértékű visszaesést kivéve – folyamatosan növekszik. A hetente fogyasztók száma ugyanakkor 2001-2003 között nőtt, azt követően az utóbbi 2 évben némi csökkenés tapasztalható. A naponta fogyasztók számáról elmondható, hogy kisebb éves ingadozástól eltekintve, az alapvető tendencia a csökkenés.

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

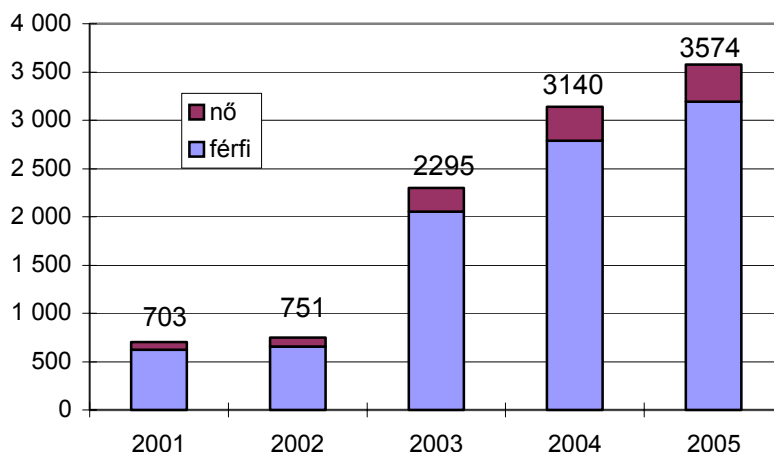


Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának alakulása

Az elterelésben résztvevő kábítószer-fogyasztók száma 2001-2002 között alig változott. Igazán jelentős emelkedés 2003-ban következett be, amelynek oka feltételezhetően a Büntető Törvénykönyv módosítása volt. A növekedés 2004-ben (37%) és 2005-ben (14%) is folytatódott. 2005-ben 2.285 fő lépett be a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba, valamint 3.574 fő kezdte meg az elterelést valamely egészségügyi típusú szolgáltatásban. Korábbi vizsgálatok is azt valószínűsítették, hogy az elkövetőknek csak töredéke került olyan cselekmény miatt büntetőeljárás hatálya alá, amelyek 2004 decemberében kikerültek az elterelés lehetőségei közül.

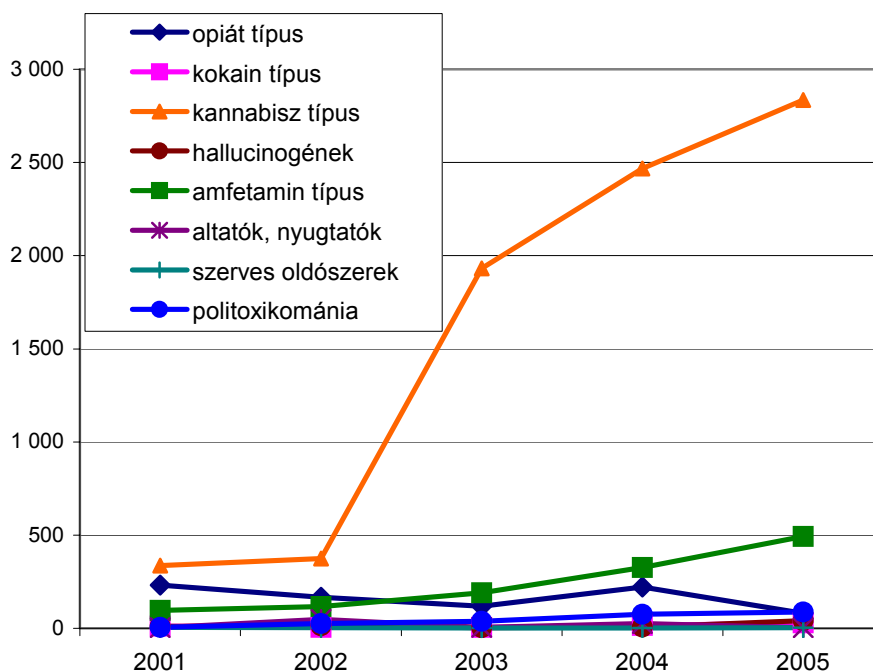
15. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt kliensek száma (fő)



Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

A 2003-tól tapasztalható nagymértékű növekedés alapvetően az elterelésben részesülő kannabisz-fogyasztók számának ugrásszerű emelkedésével függ össze (2003-ban 417%, 2004-ben 71%, viszont 2005-ben már csak 15%-os a növekedés).

16. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma drogtípusok szerint (fő)



Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

2005-ben az előző évhez képest 64%-kal csökkent az opiát-fogyasztás miatt elterelésben részesültek száma, viszont 50%-kal nőtt az amfetamin típusú szereket fogyasztóké. Az összes többi szer aránya ugyan csekély mértékű, azonban megjegyzendő, hogy az elmúlt évben hatszorosára nőtt a hallucinogének részesedése.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték körében a nemek aránya még markánsabb különbséget mutat, mint az összes kezelt beteg körében. A nők aránya 2001-2005 között csak 11-13% volt az elterelő kezelésben, míg az összes kezelt betegnek körülbelül egyharmada volt nő.

Az Igazságügyi Minisztérium Pártfogó felügyelői és Jogi Segítségnyújtó Szolgálat Országos Hivatala Módszertani és Jogi Osztálya 2004 folyamán vizsgálatot végzett, amely a pártfogó felügyelők tapasztalatait összegzi az elterelésről, ill. az eltereltekről, elsősorban a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevőkről. A vizsgálat többek között megállapítja, hogy az eltereltek (megelőző-felvilágosító típusú szolgáltatásban elsősorban) többsége fiatal, felnőtt férfi, aki valamilyen szakképzettséggel vagy érettségivel rendelkezik (középiskolát befejezte). Általában van jövedelmük, vagy eltartójuk, dolgoznak vagy tanulnak. Általában nincsen más büntető ügyük az eljárás megkezdésekor, az ügyész egyéb magatartási szabályt nem ír elő a számukra. A terheltek kevés megbízható információval rendelkeznek az elterelés büntetőjogi vagy egészségügyi vonatkozásairól, habár túlnyomó többségük részt vesz szakszerű előzetes állapotfelmérésen.

Az Országos Addiktológiai Intézet 2005 folyamán, a létrejövő adatszolgáltatási rendszer teszteléseként kiválasztott, nagy forgalmú megelőző-felvilágosító szolgáltatók adatai alapján azt találta, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba kerülők kb. 85%-a férfi, életviteli státusza alapján 65-80%-uk a szüleivel él, munkaügyi státuszukra nézve kb. 50%-uk alkalmazásban van, rendszeresen foglalkoztatott, 25-40%-uk tanul.

Az egyik szolgáltatónál – amely az ország gazdaságilag deprivált területén működik – a tanulók aránya alacsonyabb volt (20% alatt), ugyanítt volt a legmagasabb a csak alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya (60%). Az elkövetéskor használt szer leggyakrabban kannabisz-származék, az elterelésben lévők 85-95%-a nem állt korábban kezelés alatt kábítószer-probléma miatt.

4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐK FŐ JELLEMZŐI ÉS FOGYASZTÁSI MINTÁI

Nincs új információ.

Következtetések

A problémás drogfogyasztók (opiát-, kokain- és/vagy amfetamin-származékokat rendszeresen vagy hosszabb ideje használók, vagy intravénás fogyasztók) ezer 15-64 éves lakosra jutó száma (3,48) alapján valószínűsítjük, hogy Magyarországon európai összehasonlításban a problémás drogfogyasztás egyelőre kevésbé elterjedt. Ez összhangban van más, a tiltott drogfogyasztásra vonatkozó kutatásokból, illetve statisztikai adatokból származó következtetésekkel.

2005-ben összesen 14793 drogfogyasztót regisztráltak a kezelőhelyek. Az új betegek száma az előző évhez képest jelentősen, 12%-kal nőtt (6319 fő). 2000 óta folyamatosan csökken a kezelt heroin-fogyasztók, és főként az intravénás használók száma. 2002 óta monoton növekszik a kannabisz-származékok aránya a kezelt fogyasztók körében, jelenleg már ez a „vezető” szertípus. 2005-ben a kezelt amfetamin-fogyasztók száma ismét nőtt. Ugyancsak nőtt a kokain és hallucinogén fogyasztók aránya is, de az összes kezelt körében még egyik szertípus sem éri el az 1%-ot.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számában igazán jelentős emelkedés 2003-ban következett be, a Büntető Törvénykönyv módosítása után. A növekedés 2005-ben is folytatódott, a tendenciát az Alkotmánybíróság határozata nem befolyásolta jelentősen. Az eltereltek körében 2003 óta domináns a kannabisz-származékokat fogyasztók csoportja.

5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE³⁷

Háttér, előzmények

A drogbetegek egészségügyi ellátásában a metadon-fenntartó kezelésben résztvevők számának emelkedése volt jellemző 2005-ben. Az intézményrendszerben lényegi változások nem történtek; továbbra is a drogambulanciák látják el a drogbetegek nagyobb részét. A drogambulanciák szervezeti formájában (az egészségügy része-e vagy civil szervezet), felszereltségében, szakemberekkel való ellátottságában nagy különbségek vannak, annak ellenére, hogy az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételeket a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet rögzíti. Nem javult az ország területi lefedettsége sem kezelőhelyekkel: egyes régiókban messze kell utazni a kezelés igénybevételéért.

Az egészségügyi ellátás finanszírozását befolyásoló tényező az ún. teljesítmény volumen korlátozás (TVK). Ennek lényege, hogy egy adott intézményben az előző évi támogatási összeget alapul véve, az azt meghaladó ellátást az Országos Egészségügyi Pénztár (OEP) degresszív módon finanszírozza. A TVK tehát korlátozza a kezelőhelyek betegforgalmának esetleges növekedését.

5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK

Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátást tekintve az addiktológiai gondozók hagyományos szerepe mellett egyre nagyobb részt képviselnek a drogambulanciák.

Az alábbi táblázat azt mutatja, hogy az egészségügyi ellátáson belül az egyes intézménytípusok a kezelt kábítószer-fogyasztók (ill. gyógyszereket és inhalánsokat visszaélészerűen használók) mekkora hányadát látták el 2005-ben.

6. táblázat. *Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2005-ben*

Intézménytípus	Összes kezelt		Először kezelt	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	3 954	26,7	1 486	23,5
Drogambulanciák	5 270	35,6	2 958	46,8
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók	47	0,3	20	0,3
Pszichiátriai gondozók	269	1,8	165	2,6
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	2 552	17,3	818	12,9
Egyéb (toxikológia)	2 701	18,3	872	13,8
Összesen	14 793	100,0	6 319	100,0

Forrás: EÜM 1211. sz. jelentés

Magyarországon 1996 óta van adatgyűjtés a kábítószer-problémával kezeltekről. Az adatgyűjtésben elsősorban az egészségügy intézményei és szolgáltatásai kapcsolódtak be, az évek során azonban az adatgyűjtés kiterjedt a megjelenő civil és egyházi szolgáltatókra is.

³⁷ A fejezet szerzői: Dr. Csorba József, Dr. Koós Tamás, Nagy Zoltán, Dr. Rác József

A drogfogyasztók egészségügyi kezelése térítésmentes, a társadalombiztosítás alanyi jogon finanszírozza az ellátást. Két központ létezik Magyarországon, a Soroksári Addiktológiai Centrum és a Szolnoki Addiktológiai Centrum, ahol a betegek számára az ellátás ingyenes, de a finanszírozást nem az OEP, hanem a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet biztosítja.

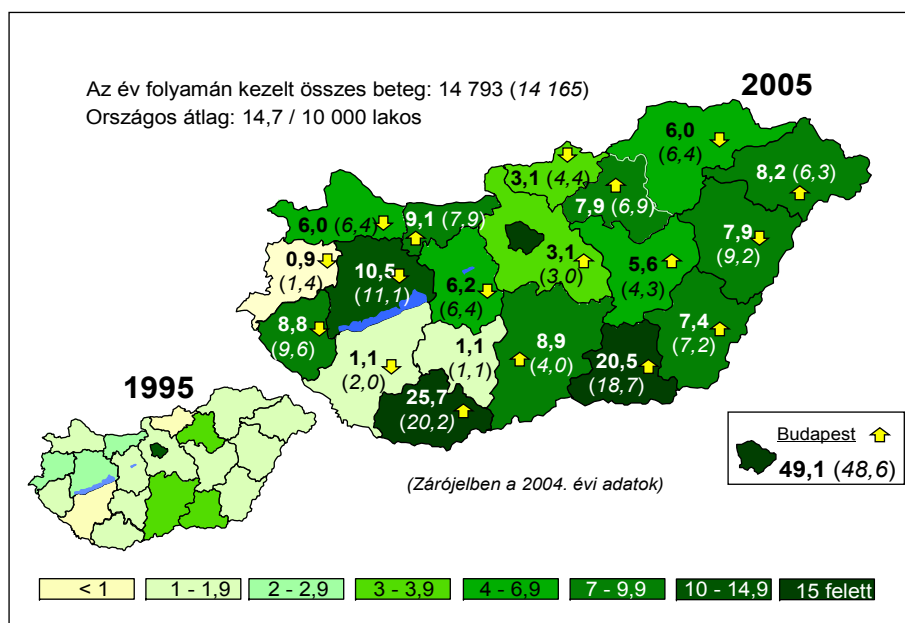
Több magánorvosi rendelés is működik Magyarországon, ahol szenvedélybetegeket kezelnek és az ellátást teljes mértékben a betegnek kell fizetnie. A magánrendelések pontos száma nem ismert, nagyságrendileg kb. 50.

Területi különbségek az ellátásban

A drogbetegek egészségügyi ellátása területi ellátást jelent. Egy adott megye forgalmát jelentősen befolyásolja az, hogy működik-e a területén drogambulancia.

A lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati fele között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete, illetve az ország többi része között mutatkozik.³⁸ Ez a különbség 1996 óta a többszörösére nőtt.

1. térkép. Egészségügyi kezelésben részesült drogfogyasztók területi megoszlása 2005-ben



Forrás: OSAP 1627, illetve EÜM 1211. sz. jelentés

A drogfogyasztókat érintő változás 2005-től, hogy a módosított Szociális törvény³⁹ szerint, a közösségi addiktológiai ellátás keretében lehetőség van ún. közösségi ellátás nyújtására és utcai munkára normatív támogatás igénybe vételére. Noha ezeket az ellátási formákat Magyarországon a szociális ellátások közé sorolják, valójában – a közösségi ellátások, valamint az utcai ellátások egy részében – az EMCDDA TDI definíciója szerint itt is kezelés történik. A szociális ellátás ilyen jelentős előretörését azzal magyarázhatjuk, hogy az egészségügyi finanszírozás (OEP) nem finanszíroz új drogbeteg ellátásokat.

Szociális ellátás

³⁸ A kiugró különbséghez az is hozzájárul, hogy Budapesten egy speciális Sürgősségi belgyógyászati és klinikai toxikológiai osztály is működik, amely a fekvőbeteg szakellátásra szorulóknak mintegy 50%-át látja el.

³⁹ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

Hasonló a helyzet a szociális ellátások más területén is. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet 2005-ös felmérése⁴⁰ szerint (Gyuris et al. 2005), melyet szenvedélybetegeket ellátó szociális intézményeknek kiküldött kérdőívvel végeztek el, négyféle szakosított szociális intézményben folyik szenvedélybetegek ellátása: nappali ellátást, átmeneti elhelyezést, ápolást és gondozást nyújtó intézményekben, valamint rehabilitációs intézményekben. Az ápolást és gondozást nyújtó intézményekben ellátott szenvedélybetegek 98%-a alkohol-függőségben szenved, a kábítószer-fogyasztók száma itt elenyésző. Az átmeneti elhelyezést nyújtó szolgáltatóknál (szenvedélybetegek átmeneti otthona) a kábítószer-fogyasztók aránya 9%, a nappali ellátó intézményekben 33%, a rehabilitációs intézményekben pedig 25%.

Ezekben az intézményekben szintén folyik az EMCDDA TDI szerinti kezelés. A fenti intézménytípusok közül csak a rehabilitációs intézmények vesznek részt az országos adatgyűjtési rendszerben.

2005-ben a pécsi Leo Amici Alapítvány, egy drogterápiás intézet elnyerte az Euro TC (European Treatment Centers for Drug Addiction) minőségügyi tanúsítványt. További változás, hogy 2005 májusában Nyugat-Magyarországon megnyílt az első magán pszichiátriai és addiktológiai egészségközpont, ahol drogbetegek rehabilitációja folyik. 2005-ben 24 fő részesült kezelésben, közülük kb. 40% volt kábítószer-fogyasztó (leginkább heroin- és kokain-használók).

Elterelés

A Büntető Törvénykönyv 2003. évi módosítása nyomán nőtt az elterelésben résztvevők köre, ami maga után vonta a droghasználókat kezelő intézményrendszer kiszélesedését is. 2004 decemberében az Alkotmánybíróság formálisan szűkítette azon elkövetések körét, amelyek esetében az elterelés lehetséges, ez azonban nem jelentett érzékelhető változást az intézményrendszer működésében.

Az elterelésben három módon lehet részt venni:

- kábítószer-függőséget gyógyító kezelés révén
- kábítószer-használatot kezelő más ellátás révén (nem-függő, de pl. komorbid fogyasztók részére)
- felvilágosító-megelőző szolgáltatás révén.

Az első kettőt csak egészségügyi intézmény nyújthatja, az utóbbit azonban a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által akkreditált és finanszírozott ún. prevenciós szolgáltató is.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatásba jellemzően alkalmi droghasználók, elsősorban marihuána-használók kerülnek. Ez a szolgáltatás Magyarországon nem minősül kezelésnek, azonban az EMCDDA TDI szerint kezelésnek minősíthető. Mind a három kezelési forma 6 hónapig tart – függetlenül az elterelt személy állapotától, droghasználatának súlyosságától.

2005-ben 40 megelőző-felvilágosító szolgáltató működik az országban, ezek többségében civil szervezetek (16) vagy önkormányzati fenntartású intézmények (12), de találhatunk köztük egyházi (9) és állami intézményt (2), vagy gazdasági társaságot (1) is.

5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS

Kórházi fekvőbeteg ellátás

Az állandó lakcím szerint illetékes pszichiátriai és/vagy addiktológiai fekvőbeteg osztály biztosítja a kórházi kezelést az elvonási vagy egyéb társult vagy komorbid pszichiátriai

⁴⁰ Az önkitöltős, kérdőíves kutatás 21 intézmény és 305 ellátott adatait tartalmazza. Területi lefedettség szempontjából minden régióból került nappali ellátó intézmény a kutatásba; rehabilitációs intézmény pedig a nyugat-dunántúli régió kivételével szintén minden területről.

tünetek esetében. A fekvőbeteg ellátás pszichiátriai osztályokon, pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegeiben, és kisebb mértékben önálló addiktológiai részlegeken történik. Az addiktológiai (azon belül is a kábítószer-fogyasztó betegek rendelkezésére álló) kapacitásról, a kezelt drogbetegek számáról nehéz valós képet alkotni: az addiktológiai ágyak egy része pszichiátriai ágyként van elszámolva, valamint a kábítószer-használókat – különösen akkor, ha nem kifejezetten kábítószer-probléma miatt kezelik őket – nem így jelentik. Ennek oka a kábítószer-használók kezeléséért kapott alacsony pontszám (Homogén Betegség Csoport), így az alacsony finanszírozás. A fekvőbeteg ellátásban az addiktológiai ágyak száma 13%-ról 10%-ra csökkent.

Járóbeteg (ambuláns) kezelés

A járóbeteg szakellátás fekvőbeteg osztályokhoz tartozó szakambulanciákra, osztályhoz nem tartozó szakrendelőkre, pszichiátriai és addiktológiai gondozókra és speciális, csak drogbetegekkel foglalkozó drogambulanciákra osztható. Az ellátást a területileg illetékes központ biztosítja. A felnőtt pszichiátriai gondozók forgalma 2005-ben nőtt – ezzel párhuzamosan csökkent az egy gondozottra jutó éves megjelenések száma. 2005-ben egy új járóbeteg ellátó központ létesült, a Szolnoki Addiktológiai Centrum.

5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS

Kórházi fekvőbeteg ellátás és ambuláns ellátás keretében is folytatnak Magyarországon gyógyszerrel támogatott kezeléseket. Ez elsősorban metadon-kezelést jelent, amelynek mindkét formája, az elvonó és a fenntartó kezelés is térítésmentes a betegek számára. Az elvonási tünetek kezelésében szorongáscsökkentő és fájdalomcsillapító szerek széles körben használatosak. Opiát-függők kezelésére helyenként, és elsősorban a drogambulanciák, Naltrexont használnak.

Magyarországon metadon központ nincs, drogambulanciák keretében működnek metadon programok. Novemberben elkezdődtek az előkészületek egy új nemzeti metadon-kezelési szakmai protokoll kidolgozására.

Elvonó kezelés

Budapesten egy, vidéken két kórházi osztályon van lehetőség korlátozott számban rövid távú detoxikációs metadon-kezelésre. A járóbeteg ellátáson belül elsősorban fenntartó kezelésre van mód, de ezen intézmények mindegyikénél lehetőség van hosszú távú elvonó kezelésre is. 2004 őszétől lehetőség van ambuláns módon elkezdett metadon-kezelést rehabilitációs körülmények között hosszú távú detoxikációs kezelési formában folytatni a Deszki Rehabilitációs Központban.

Szubsztitúciós kezelés

Szubsztitúciós fenntartó kezelést változatlanul nyolc járóbeteg ellátó intézmény biztosít. Ezek közül három a fővárosban működik. A metadon programok adatait a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája összesíti (2002 óta).

Összesen 766 fő kezdett meg metadon programot 2005-ben. A kliensek 75%-a Budapesten vette igénybe ezt a szolgáltatást. Sok kezelést igénylő van várólistán, nekik 2-3 hónapot kell várniuk.

7. táblázat. 2005-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek száma

Jász utca	Budai	Soroksár	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged	Miskolc
429	67	79	12	37	32	72	38

Forrás: Jász utcai Drogambulancia

8. táblázat. 2005-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek száma havonta

Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
453	451	489	498	505	524	443	466	428	428	413	405

Forrás: Jász utcai Drogambulancia

Következtetések

A lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számát tekintve az egészségügyi ellátásban nagy eltérések mutatkoznak az ország különböző területein, továbbá ezek az eltérések növekedni látszanak. Az eltérés részben a drogambulanciák területi elhelyezkedésével magyarázható: Budapesten és Pest megyében, valamint Csongrád és Baranya megyében működnek nagy forgalmú drogambulanciák, amelyek a környező megyékből is vesznek fel klienseket.

Az egészségügyi ellátás finanszírozási rendszere jelenleg nem teszi lehetővé a kezelték számának nagy arányú növekedését (TVK), így a növekedő kezelési igényt (pl. a metadon kezelés iránt) az intézmények nem tudják kielégíteni.

A szociális ellátás keretén belül is történik kezelés a TDI definíciója szerint (pl. közösségi ellátás, utcai munka), azonban az ellátott kábítószer-fogyasztókra vonatkozó rendszeres adatgyűjtés még nem teljes körű ezen ellátási formákat tekintve.

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI⁴¹

6.1. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

A magyarországi kábítószer használattal összefüggő halálozás adatgyűjtése 2005. évben is az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program keretében készült jelentések alapján történt. Az adatok korrigálását az Országos Igazságügyi Intézet végezte el. Az adatokat az Igazságügyi Orvosszakértői Intézetek, a Megyei Rendőr-főkapitányságok és az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szolgáltatták. Drogfogyasztással összefüggő halálozáson egyrészt a direkt mérgezés, vagyis közvetlen túladagolás eseteit; másrészt a közvetett droghasználattal összefüggésbe hozható erőszakos vagy természetes okú halálozást értjük.

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

Országos adatok

Az előző évekhez képest 2005-ben csökkent az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma. Míg 2001-ben 40, 2003-ban 32, 2004-ben 34 személy halt meg kábítószer túladagolásban, addig számuk 2005-ben 28 volt.

9. táblázat. Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2005-ben

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	12	1	13
Metadon	1	1	2
Egyéb opiát	1	0	1
Hallucinogén	1	1	2
Amfetamin származékok	6	0	6
Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)	2	1	3
Kokain	0	1	1
Illegális szer összesen	23	5	28
Szerves oldószer	5	3	8
Nyugtató-altató	73	105	178
Politoxikománia	2	8	10
Összesen	103	121	224

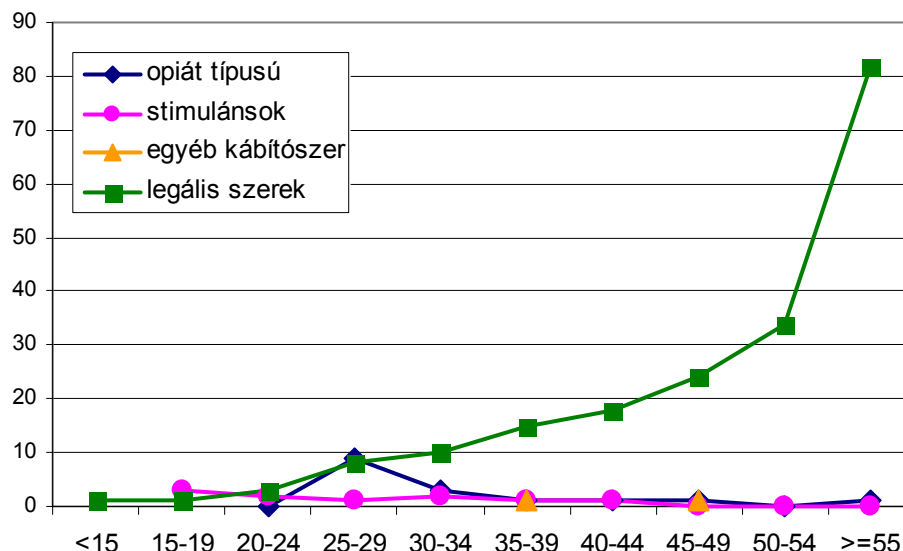
Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A túladagoltak között a legnagyobb arányt továbbra is az opiát használat miatt elhunytak teszik ki. A heroin túladagolás eseteinek száma emelkedést mutat, míg 2004-ben összesen 8-an, 2005-ben 13-an haltak meg heroin túladagolás miatt. Az amfetamin típusú szerek okozta mérgezések száma szintén emelkedett a korábbi évekhez viszonyítva. Tisztán MDMA okozta mérgezés 3 esetben, vegyes amfetamin-származékok okozta túladagolás országosan 6 esetben történt. A Vám- és Pénzügyőrség, valamint a Rendőrség által lefoglalt és a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által bevizsgált kábítószeresek között az ecstasy tabletták száma növekedett ugyan, a heroin tekintetében azonban sem a lefoglalt mennyiségek, sem azok tisztasága nem mutat jelentős változást az elmúlt évekhez képest. Két esetben történt metadon túladagolás, előzőleg mindkét elhunyt részt vett metadon programban.

⁴¹ A fejezet szerzői: Dr. Csohán Ágnes, Dr. Görbe Éva, Dr. Szabó Éva, Szabó Krisztina, Dr. Szilávik Nóra,

A legális szerek okozta túladagolások száma csökkent, a szerves oldószer fogyasztás miatt bekövetkezett halálos esetek száma azonban az elmúlt évben tapasztalt csökkenés után újra emelkedett.

17. ábra. Drogfogyasztással összefüggő halálos esetek korcsoportonként, szer típusonként



Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

Az illegális szerek miatt bekövetkezett halálos esetekben az átlagéletkor 31,1 év volt, a férfiaknál 32 év, míg a nőknél 27 év, heroin túladagolás esetében a korcsoporti megoszlás csúcspontja 25-29 év közé esik.

Legális szerek esetében az átlagéletkor férfiaknál 47 év, nőknél 49,5 év volt. A legális szerek okozta mérgezések az életkor előrehaladtával egyre emelkedő tendenciát mutatnak.

A 10 politoxikomán esetben valamilyen pszichoaktív szer és altató, nyugtató együttes alkalmazása okozta a halált. A leggyakrabban előforduló szerek a Tegretol (carbamazepin), Rivotril (clonazepam), és az Andaxin (meprobamat).

Budapest (86 eset) után a legtöbb drogfogyasztással összefüggő halálos eset Pest megyében (29 eset) történt, azt követi Hajdú-Bihar (19 eset), majd Vas (13 eset) és Veszprém megye (14 eset). 2005-ben Baranya, Borsod, és Tolna megyéből nem jelentettek sem illegális, sem legális szer okozta túladagolást. A nemek megoszlását tekintve jelentős különbségek megyék szerint nem figyelhetők meg.

Mind a férfiak, mind a nők körében Budapesten volt a legmagasabb a halálozás, ez érthető, hiszen a fővárosban a legmagasabb a nyilvántartott drogfogyasztók száma.

Közvetett halálos esetek

Közvetett halálos esetek közé azokat az eseteket soroljuk, amelyek nem direkt túladagolás miatt következtek be. Egyrészt ide tartoznak a valamilyen erőszakos cselekmény halálos esetei, melyekben pozitív toxikológiai eredményt kapunk, másrészt a droghasználattal összefüggésben kialakult betegségek miatt bekövetkezett halálos esetek.

Erőszakos cselekmények közé a 34/1999 (IX.24) BM-IM-EüM rendelet szerint meghatározott eseteket soroljuk, mint pl. baleset (közlekedési, munkahelyi, stb.), öngyilkosság, kihűlés, idegenkezű cselekmények.

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

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	2	1	3
Kokain	1	0	1
Kannabisz	1	0	1
Amfetamin típusú	6	1	7
Altató, nyugtató	11	6	17
Összesen	21	8	29

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A közvetett drogfogyasztással összefüggő erőszakos haláleseteknél az illegális szerek közül 7 esetben amfetamin-típusú szer volt kimutatható, a halál baleset miatt következett be. A 3 opiát-típusú közvetett haláleset Budapest területén történt, mindhárom esetben a halál közlekedési balesettel összefüggésben következett be. THC-t elhunyt véréből egy esetben mutattak ki, a halálok kihűlés volt.

A közvetett halálozás körébe tartoznak a droghasználattal összefüggésbe hozható egyéb betegségek – így pl. szívbelhártya gyulladás, stb. – miatt bekövetkezett halálesetek is. Ezen esetek azonban sokszor ismeretlenek maradnak, mert nem áll rendelkezésre megelőző, részletes kórelőzmény, és nem kerülnek hatósági boncolásra. A budapesti adatok szerint két esetben a heroin intravénás használatával összefüggésben alakult ki heveny szívbelhártya gyulladás majd szepszis, három esetben pedig amfetamin-típusú szer használatával összefüggésben alakult ki halálos szövődmény. Utóbbiak közül egy esetben amfetamin abúzus következtében kialakult szívmeagnagyobbodás (Vályi 2005) okozta szívelégtelenség miatt következett be halál. Két esetben MDMA fogyasztás okozta hyperthermiás krízis (magas láz), heveny máj és veseelégtelenség, vérárvadási zavar következtében állt be a halál. A drogfogyasztók kórházi, vagy házi orvosi kezelés során a megelőző droghasználatról általában nem számolnak be, ezért a diagnózis felállítása sokszor hosszadalmas, sok egyéb betegséget kell kizárni.

A Budapesten bekövetkezett kábítószer-használattal összefüggésbe hozható halálesetekből történt HIV, HCV, HBV szűrés során két esetben találtak HCV pozitivitást, egy esetben pedig HCV és HBV együttes pozitivitását. Mindhárom elhunyt személy heroin-fogyasztó volt, haláluk heroin túladagolás miatt következett be.

Halandóság és a halálokok a drogfogyasztók körében

Nincs adat.

6.2. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről

A HIV, a HBV és a HCV intravénás (iv.) kábítószer-használók körében 2005-ben jellemző prevalenciára vonatkozóan az előző évihez hasonlóan viszonylag kevés információval rendelkezünk (Csohán et al. 2006). Ebben az évben kizárólag az ÁNTSZ regionális mikrobiológiai laboratóriumában elvégzett, intravénás kábítószer-használó személyek HIV, HBV, HCV szerológiai vizsgálatának eredményéről számolhatunk be.

HIV / AIDS

2005-ben Magyarországon 106 újonnan felderített HIV-pozitív személyt regisztráltak, az incidencia (10,4 eset/millió lakos) 40 %-kal magasabb volt az előző évinél (7,4 eset/millió lakos). Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek 17,9%-a külföldi állampolgár volt.

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

Év	Homo/ biszexuális	Hetero-szexuális	Hemofiliás	Transzfúziós recipiens	Intravénás kábítószer- használó	Nosocomialis	Maternalis	Ismeretlen	Összesen
2001	35	20	0	2	3*	0	0	22	82
2002	35	26	0	0	1*	0	0	16	78
2003	34	18	0	0	1*	0	0	10	63
2004	45	13	0	0	2*	0	0	15	75
2005	55	20	0	0	2**	3*	0	24	104
Összesen	204	97	0	2	9**	3	0	101	402

* importált esetek, ** importált esetekkel együtt

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán, Lendvai 2006)

A 2005-ben felderített HIV-pozitív személyek 23,1%-ánál a fertőződés módja ismeretlen maradt. Azoknak a személyeknek, akinél a fertőződés módja ismert, döntő többsége (67%) ebben az évben is a homo/biszexuálisok rizikócsoportjába tartozott, és mindössze 2,5%-uk azaz két fő fertőződött intravénás kábítószer-használat révén. A két HIV-pozitív iv. kábítószer-használó közül csak egyik magyar állampolgár, akinek fertőzöttségére csak az AIDS stádiumban derült fény.

A magyarországi HIV/AIDS helyzet az előző évhez mért incidenciára emelkedés ellenére sem minősíthető kedvezőtlennek, azonban felhívja a figyelmet a rizikócsoportokba tartozó személyek szűrővizsgálatát és felvilágosítását célzó programok biztosítására.

Akut Hepatitis B

2005-ben 119, az előző évinél 9,2%-kal kevesebb akut megbetegedést jelentettek be, az incidenciája 119 eset/100 000 lakos/év volt.

A fertőzés terjedési módja az esetek kevesebb mint 50%-ánál volt ismert. A betegek között csökkent a kábítószer-használók aránya az előző évihez viszonyítva, mindössze egy beteg, az ismert rizikócsoportú betegek 2,1 %-a került ki az intravénás kábítószer-használók közül. A 25 évesnél fiatalabb budapesti férfi hepatitis B elleni védőoltásban nem részesült. A várakozásoknak megfelelően a 14-20 év közötti hepatitis B elleni aktív immunizálásban részesült intravénás kábítószer-használók körében nem kórisméztek akut hepatitis B megbetegedést.

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

Évek	Bejelentett akut HB betegek		
	Száma	közülük iv. droghasználók Szám	%
2001	159	6	3,8
2002	159	6	3,8
2003	143	7	4,9
2004	131	6	4,6
2005	119	1	0,8
Összesen	711	26	3,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán, Kaszás 2006)

Akut Hepatitis C

A 2005. évben kevesebb heveny hepatitis C megbetegedést (22) jelentettek, mint az előző évben (40). Az ismert rizikócsoporthoz tartozó betegek 13,6%-a, - az előző évinél (27,5%) alacsonyabb hányada - fertőződött iv. kábítószer-használat révén.

1998 és 2003 között az iv. kábítószer-használók körében diagnosztizált, akut hepatitis C esetek száma folyamatosan csökkent, azonban 2004-ben az előző évi két esettel szemben 11 beteget jelentettek, míg 2005-ben ismét kevesebbet, mindössze három esetet (2 férfi, 1 nő). A három beteg közül egy a 25 évesnél fiatalabbak közül került ki, kettő a 25-34 évesek korcsoportjába tartozott. A legfiatalabb beteg 24 éves, a legidősebb 30 éves volt. Az akut C hepatitiszes betegek többsége budapesti lakos volt.

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

Évek	Bejelentett akut HC betegek		
	Száma	közülük iv. droghasználók	%
2001	43	5	11,6
2002	42	3	7,1
2003	30	2	6,7
2004	40	11	27,5
2005	22	3	13,6
Összesen	177	24	13,5

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán, Kaszás 2006)

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

2005-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat hét megyei intézete (Baranya, Bács-Kiskun, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Hajdú-Bihar és Veszprém megye) közölt adatokat a drogambulanciák kérésére intravénás kábítószer-használóknál végzett HIV, HBV, HCV, ÁNTSZ regionális laboratóriumaiban végzett szűrővizsgálatainak eredményéről.

HIV prevalencia az intravénás kábítószer-használók körében

79 főnél, 57 intravénás kábítószer-használó férfinél és 22 nőnél történt HIV szűrővizsgálat, valamennyi negatív eredménnyel zárult. A vizsgáltak kor szerinti megoszlása az alábbiak szerint alakult: 26,6% 25 évesnél fiatalabb 58,2% 25-34 éves, 15,2% 34 évesnél idősebb volt.

HBV prevalencia az intravénás kábítószer-használók körében

82 főnél, 59 férfinél és 23 nőnél történt HBsAg vizsgálat, pozitív személyt nem derítettek fel. A vizsgáltak 29,3%-a 25 évesnél fiatalabb, 54,9%-a 25-34 éves, 15,8%-a 34 évesnél idősebb volt.

HCV prevalencia az intravénás kábítószer-használók körében

82 intravénás kábítószer-használó személynél, 59 férfinél és 23 nőnél történt anti-HCV ellenanyag meghatározás, közülük 9 hepatitis C vírus fertőzöttest találtak (10,9%), a fertőzöttségi arány alacsonyabb volt az előző évben hasonló populációban mértnél. A férfiak

és a nők fertőzöttségi arányában minimális különbség volt megfigyelhető, a vizsgált férfiak 11,9%-a, a nők 8,7%-a volt pozitív.

14. táblázat. Az iv. kábítószer-használók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége

Korcsoport		HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
		száma	közül pozitív	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%
< 25 év	férfi	16	0	17	0	0,0	16	0	0,0
	nő	5	0	7	0	0,0	6	2	33,3
25-34 év	férfi	33	0	33	0	0,0	34	5	14,7
	nő	13	0	12	0	0,0	13	0	0,0
> 34 év	férfi	8	0	9	0	0,0	9	2	22,2
	nő	4	0	4	0	0,0	4	0	0,0
Összesen	férfi	57	0	59	0	0,0	59	7	11,9
	nő	22	0	23	0	0,0	23	2	8,7
	ffi+nő	79	0	82	0	0,0	82	9	10,9

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán, Kaszás 2006)

TBC és kábítószer-használat

Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetben működő surveillance központ 2005 áprilisától kezdte megfigyelni a rizikótényezők között a kábítószer-fogyasztást is (Jónás et al. 2006).

15. táblázat. TBC-s betegeknél talált rizikótényezők

Rizikótényező	Betegek Száma	Betegek %-a
Alkoholfüggő	375	18,5
Hajléktalan	162	8,0
Kontakt személy	57	2,8
Immigráns	14	0,7
Egészségügyi dolgozó	19	0,9
Magányosan élő	129	6,4
Diabeteses	69	3,4
Szteroid kezelt	14	0,7
Zárt közösség ⁴²	78	3,9
Kábítószer-használó	1	0,05
HIV fertőzött	7	0,3
Egyéb rizikó	385	19,0
Nincs rizikó-tényező	983	48,6
Incidencia:	2024	113%*
Összesen	2292*	

* a rizikófaktorok közül több tényező megjelölése is lehetséges, ezért magasabb az összeg a betegszámnál
Forrás: A pulmonológiai intézmények 2005. évi epidemiológiai és működési adatai

2005-ben 1 fő kábítószer-használó TBC-s beteget találtak.

⁴² Börtön, szociális-, betegotthon, gyermekotthon.

A leggyakoribb kockázatközlő körülmény az alkoholbetegség és a hajléktalanság volt. A hajléktalanok körében a tuberkulózis előfordulása az átlagosnak 12-szerese. Különösen jelentős ez a probléma a fővárosban, ahol 522 tbc-s beteg közül 162 hajléktalan. (Jónás et al. 2006)

Fertőző betegségek szűrése a büntetés-végrehajtási intézetekben⁴³

A büntetés-végrehajtási intézetekben a 25/2003. (VII. 1.) IM rendelet⁴⁴ hatályba lépésével változott a szűrési rend.

2003-at megelőzően a HIV szűrővizsgálatot minden befogadott fogvatartotton elvégezték. Az új szűrési rend szerint a HIV szűrővizsgálat a befogadást végző bv. orvos tájékoztatását követően önkéntes alapon, a fogvatartott kérésére végezhető el. Az eljárási rend betartásával lehetőség van anonim szűrővizsgálatra is. A szűrővizsgálatot külön jogszabályban meghatározott laboratóriumok végzik. Korábban hivatkozott IM rendelet változása kapcsán a fogvatartottakat 17 nyelvű információs füzet segítségével tájékoztatják a szűrés szabályairól.

A hivatkozott IM rendelet előtt a HIV szűrések átlagos száma 17 ezer feletti volt, az intézkedés után ez a szám jelentősen visszaesett, 2005-ben 2294-en vettek részt szűrésen. A szűrések során korábban nem ismert pozitív eredmény nem volt, jelenleg 8 fő HIV pozitív fogvatartottról van tudomásuk. Közülük egy fogvatartottnál lehetett kimutatni a kapcsolatot kábítószerrel.

6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS

Nincs új információ

6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

A várandósság alatti droghasználat hatása, magzati drog szindróma

Legális drogok visszaélészerű használata és kábítószer használata súlyos szülészeti komplikációt és magzati károsodást okozhatnak a várandósság időtartama alatt. (Görbe 2006) A kis molekulású anyagok: (pl: kokain, heroin, alkohol, nikotin, gyógyszerek) átjutnak a placentán és a magzat szöveteibe kerülnek. (Szabó 2006)

16. táblázat. *Drogok újszülöttre gyakorolt hatása*

Kannabisz származékok	-nincs teratogén hatás -finom tremor -fokozott felriadás és reflexek -alvászavar több éves korig -magatartási-, tanulási-, emocionális zavarok
Kokain	-koraszülés, lepényleválás, halvaszülés, asphyxia -teratogén hatás: cardiovascularis, renalis, urogenitalis, gastrointestinalis -retardáció, microcephalia (fejlődési zavar, jellemző rá a kis fejkörfogat), intracranialis (koponyaűri) vérzés, görcs -magasabb vérnyomás, húgyúti infekció, NEC (Necrotizing Enterocolitis)

⁴³ Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága beszámolója alapján

⁴⁴ 25/2003. (VII. 1.) IM rendelet, a fogva tartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III. 6.) IM rendelet módosításáról. A rendelet értelmében a fogvatartottak részére biztosítani kell az első befogadásakor az EKG szűrésen és a megbetegedések korai felismerését célzó, rutinszerűen alkalmazott laboratóriumi szűrővizsgálaton, valamint évente tüdőszűrésen, fogászati szűrésen, a nőknek nőgyógyászati szűrésen való részvétel lehetőségét.

	<ul style="list-style-type: none"> -megvonási tünet ritka -Apnoe, periodikus légzés -SIDS gyakorisága nő -szegényes anya-gyermek kapcsolat, gyermekbántalmazás -anyai-magzati anaemia (vérszegénység)
Opiátok	<ul style="list-style-type: none"> -toxaemia, asphyxia, sorvadtság, korai lepényleválás -anomaliák nem gyakoribbak -megvonási tünetek 48 óra után 4-6 hetes korig -tremor, irritabilitás, rángások, görcs, -táplálási nehézség, hányás, hasmenés, -magas hangú sírás, láz, sápadtság
Amfetamin-származékok	<ul style="list-style-type: none"> -placentaris vérzések -IUGR, koraszülés -veleszületett rendellenességek (microcephalia) -viselkedési zavar: tremor, vérnyomás nő -ecstasy: skeletalis, cardiacalis rendellenességek (csontrendszer és szívét érintő rendellenességek)
Nyugtatók, altatók	<ul style="list-style-type: none"> -retardáció nincs -hétnapos kor körül (2-14) irritabilitás, állandó sírás, csuklás -subacut tünetek: fokozott étvágy, regurgitáció, hányás, nyugtalanság, izzadás

Forrás: Szabó 2006

Az újszülöttkori elvonási szindróma fellépése és időtartama a megszületés utáni pár órától, két hétig terjedhet, a tünetek legtöbbször 72 órán belül jelentkeznek. A szindróma a 3. életnapon tetőzik és tünetei átlagosan egy hét alatt szűnnek meg. Az újszülöttkori elvonási tünetek felismerésére és értékelésére az ún. Finnegan score használatos, amely a gyors értékelés érdekében táblázatban foglalja össze a tüneteket és a melléjük rendelt pontértékeket. Az újszülött gyógyszeres kezelése a pontoktól függ, amit naponta többször is ellenőrizni kell.

Drogfogyasztó anyák újszülöttjeinek ellátása

Schöpf-Merei Kórház, Budapest

A budapesti Schöpf-Merei Kórházban 1996 óta működik a „Babamentő Krízisprogram”, melynek célja a krízishelyzetben lévő nők segítése (szociális indok, hajléktalanság, anyagi nehézség, kiskorú gravida, gondozatlan gravida, párkapcsolati krízis, eltitkolt terhesség, bántalmazás, droghasználat). A válsághelyzet kezelését orvos, védőnő, szociális munkás és pszichológus együtt kezelik és a kórházban kihelyezett Területi Gyermekvédelmi Szolgálat működik. (Vajda 2005)

A programra jelentkezés önkéntes, ez az ellátást igénylő kérelmére történik. Ha az érintett várandós nő cselekvőképtelen, akkor kérelmét törvényes képviselője terjesztheti elő. Ha erre nincs mód, a törvény lehetőséget nyújt az ellátás kötelező igénybevitelére.

17. táblázat. *A krízisprogram keretében gondozott 1260 terhes (1996-2004)*

Gondozottak családi állapota	Hajadon	915
	Elvált	45
	Férjezett	210
	Élettársi kapcsolat	60
	Nincs adat	30
A gondozottak lakhelye	Budapesti	611
	Vidéki	349
	Hajléktalan	223
	Nincs adat	77

Az újszülöttek elhelyezése	Örökbeadás	172
	Családba fogadás	1
	Csecsemőotthon	330
	Hazakerült	499
	Anyaothton	108
	Családos szálló	30
	Nevelőszülők	30
	Csecsemőotthon anyával	15
	Más kórházban szült	57
	Várandósan addiktológiai osztályra átirányítva	18

Forrás: Vajda 2005

Tíz év alatt 1400 várandós nő érdeklődött a program iránt, 1260-an az intézményben is szültek. 18 személyt irányítottak tovább különböző addiktológiai osztályokra, 15 olyan újszülöttet láttak el, akinek édesanyja drogot fogyasztott (drogteszttel igazolt) a terhessége alatt. (Szabó 2006)

A Schöpf-Merei Kórházban szült drogfogyasztó anyák életkora 16-32 év: a szipuzás inkább fiatal 16-17 éves anyák, a heroin fogyasztása 20 és 30 éves kor között volt jellemző. Gyakorinak mondható az egyszerre többféle kábítószer fogyasztása. A terhességek többnyire gondozatlanok voltak, vagy a szülés előtt kezdődött a gondozás. Így a szükséges vizsgálatok (AFP, HBsAg, VDRL, ultrahang) sem mindig készültek el. A gyakori társfertőzések miatt (hepatitis C, condyloma, STD) anaemia (vérszegénység), alultápláltság miatt ez fokozott veszélyt jelentett.

A kábítószerek átjutva a placentán közvetlen hatással is a magzat retardációját, koraszülést okoztak. A kokain ismert ambrubciót (a lepény hirtelen leválása, a koraszülés, anya és magzata is vérszegényen, kivérzetten születhet) okozó hatását észlelték. Gyakran volt szükség az újszülött újraélesztésére, ez összefüggésben volt az utolsó kábítószer-fogyasztás idejével, illetve a kábítószer fajtájával. Főként heroint fogyasztó anyák gyermekeinél volt alacsony az Apgar-érték⁴⁵

A megvonási tünetek mértéke (a Finnegan-score) azon újszülötteknél volt magas, akinél az anya szülés előtt rövid idővel is drogot fogyasztott. Egy heroinista anya gyermekénél néhány órában görcs alakult ki. Magas Finnegan-score esetében kombinált kezelést kellett hosszabb ideig alkalmazni. Az akut időszakban észlelt tünetek (hasmenés, izzadás, hányás, exkoriációk) megszűntek, de eseteikben a kóros neurológiai tünetek még hetekig is jelen voltak. Ez is hangsúlyozza a csecsemők utánkövetésének fontosságát. A rendezetlen szociális, családi viszonyok az anya még nem kezelt kábítószer-függősége miatt, gondos vizsgálatok után öt újszülött haza, a többiek csecsemőotthonba kerültek.

Semmelweis Egyetem (SE) I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest (Görbe 2006)

A Semmelweis Egyetem I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján a Neonatális Intenzív Centrumban (NIC) 3 újszülöttet kezeltek neonatális elvonási szindróma diagnózissal.

⁴⁵ 0-10 közti skálán méri az újszülöttet, öt különböző szempont – szívverés, légzés, aktivitás, reflexek és szín – szerint. A maximális érték 10.

18. táblázat. SE I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján észlelt neonatális elvonási szindrómák adatai 2004-2005-ben

Év	Szülés-szám összesen	Neonatális elvonási szindrómával kezeltek	Neme	Koraszülés	IUGR ⁴⁶	Drog	Ultrahang	EEG ⁴⁷	Malformáció ⁴⁸
2004	3557	1	Fiú	-	+	Heroin- metadon	-	-	+
2005	3641	2	Lány Lány	+	+	Andaxin Polydrog	+	- +	- -

Forrás: Görbe 2006

A három újszülött közül 2 koraszülöttként jött a világra. Mindhárom újszülött mutatta a méhen belüli növekedési retardáció jeleit⁴⁹. Egy esetben volt szükség sürgős császármetszésre az anyai intoxikáció (Andaxin) miatt.

Fejlődési rendellenesség (kétoldali vesemedence tágulat) 1 esetben fordult elő. Az újszülött nephrologiai gondozásba vétele megkezdődött.

Két újszülöttnak volt koponya ultrahangvizsgálattal kimutatható elváltozása, egy esetben (a meprobamat intoxikacionál) keringészavar, egy esetben pedig echogenitás fokozódás⁵⁰ és kezdődő leukomaláciás cysták megjelenése (ez utóbbiak kialakulásához 3-4 hét szükséges, tehát méhen belül kezdődött az agyi keringészavar és/vagy oxigénhiány). Egy esetben társult az elvonási tünetekhez EEG elváltozás, kifejezett görcs-jelekkel, csökkent alaptervekenységgel. Ezt kezdődő epilepszia jeleként értékelték és a kezelést carbamazepinre (görcsgátló gyógyszer) váltották. A hallásszűrés (TOAE) mind a 3 újszülöttnél mindkét oldalon normális eredményt adott.

Egy esetben a szülőszobán lélegeztetésre és az újszülött újraélesztésére, két esetben pedig átmeneti ideig mechanikus ventilációra volt szükség.

Az esetszámok nem nagyok, de érzékeltetik, hogy igen súlyos betegekről van szó, akik szülőszobai ellátása, lélegeztetése és monitorozása csaknem minden esetben szükséges. Egy újszülöttnél volt a Finnegan-score alapján igazolható elvonási tünetcsoport (Finnegan score: 18), a többiekénél a klónusos rángás, a fixáló tekintet, az EEG eltérés vagy a fokozott ingerlékenység volt a görcsgátló kezelés megkezdésének indoka.

Valamennyi eset intenzív ellátást és a napnak mind a 24 órájában monitorizálást igényelt.

Kábítószer-mérgezési esetek

Az egészségügyi ellátás mérgezési eset bejelentéseinek gyűjtését a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ (OKK) Országos Kémiai Biztonsági Intézetének (OKBI) osztálya, az Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (ETTSZ) végzi.

A 2005-ös évben összesen 307 kábítószer, valamint 26 szipuzás miatt bekövetkezett mérgezési esetet jelentettek az egészségügyi szolgáltatók. A mérgezéses esetek nemenkénti megoszlását tekintve sokkal magasabb a férfiak aránya, a kábítószer mérgezéses esetek 72%-a férfi, arányuk a szipuzás esetében 88,5%. A szereket tekintve

⁴⁶ IUGR: Növekedési elmaradás, retardáció.

⁴⁷ EEG: elektroencefalogram, az idegrendszer aktivitásának felmérésére szolgál.

⁴⁸ Malformáció, veleszületett fejlődési rendellenesség.

⁴⁹ A retardáció meghatározása a Papp Zoltán: A szülészeti és nőgyógyászati tankönyve (2002 Semmelweis Kiadó) alapján történt.

⁵⁰ Az echogen a ultrahangvizsgálatnál az echodenzebb, tömörebb, területet jelöli, esetenként keringészavart, máskor vizenyőt jelez, de eltérés a normál képtől

megállapítható, hogy a jelentett mérgezéses esetek harmadában (34,2%) heroin túladagolás történt, ezt követi a marihuána (22%), majd az amfetamin származékok (12,4%). Az esetek közel fele (45%) a fiatal, 15-24 éves korosztályban történt, itt a marihuána-fogyasztás miatt következett be a legtöbb mérgezés, ezt az ecstasy követi. Az idősebb, 25-34 éves korosztályban az esetek több mint fele heroin túladagolás volt, második helyen itt is az ecstasy áll.

A szipuzás miatt történt mérgezéses esetek 73%-ában hígítót lélegeztek be. Az esetek több mint fele (58%) 25-34 évesek körében történt.

19. táblázat. *Illegális szerfogyasztása miatt bekövetkezett mérgezések korcsoportonként, 2005*

		< 15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>= 65	Össz.
<i>Opiát típus</i>	Ópium, morfin	0	1	1	2	0	0	1	5
	Opiát – glutemicid	0	0	1	0	0	0	0	1
	Heroin	0	26	67	10	2	0	0	105
	Mákgubó tea	0	0	1	0	0	0	0	1
<i>Kokain típus</i>	Kokain	0	1	6	3	1	0	0	11
<i>Kannabisz típus</i>	Hasis	1	0	0	1	0	0	0	2
	Marihuána	5	47	10	3	2	0	1	68
<i>Hallucinogének</i>	LSD	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Amfetamin típus</i>	Amfetamin	2	14	7	7	5	1	2	38
	Speed	0	11	7	0	0	0	0	18
	Ecstasy	0	27	5	1	0	0	0	33
<i>Egyéb kábítószer</i>		0	11	11	1	2	0	0	25
Illegális szer összesen		8	138	116	28	12	1	3	307

Forrás: Mérgezési eset bejelentések 2005

20. táblázat. *Szipuzás miatt bekövetkezett mérgezések korcsoportonként, 2005*

		< 15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>= 65	Össz.
<i>Szerves oldószerek</i>	Nitrohígító	0	2	2	0	1	0	0	5
	Egyéb hígító	1	3	9	0	0	1	0	14
<i>Ragasztók</i>	Pálmatex, Technokol	1	0	1	0	0	0	0	2
<i>Egyéb oldószer</i>		0	2	3	0	0	0	0	5
Szipuzás összesen		2	7	15	0	1	1	0	26

Forrás: Mérgezési eset bejelentések 2005

Következtetések

Az elmúlt évek tendenciáihoz képest csökkent a közvetlen túladagolás miatt bekövetkezett halálesetek száma. A túladagoltak között a legnagyobb arányt továbbra is az opiát használat miatt elhunytak teszik ki. Az elmúlt évhez képest mind a heroin, mind az amfetamin származékok okozta mérgezések számában növekedés tapasztalható.

A közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetekről továbbra is kevés információval rendelkezünk, az erőszakos halálesetek és a droghasználattal összefüggésbe hozható egyéb betegségek miatt bekövetkezett halálesetek sok esetben nem kerülnek hatósági boncolásra, rejtve maradnak.

Az intravénás kábítószer-használók HIV, HBV, HCV prevalenciájában a 2005. évi indikátorok alapján az előző évhez viszonyítva lényeges változás nem figyelhető meg. Az év során alig jelent meg értékelhető adatokat tartalmazó tanulmány az intravénás kábítószer-használók között végzett HIV, HCV, HBV szűrővizsgálatokról és ez nehezíti a valós epidemiológiai helyzet megismerését.

Magyarországon nincs egységes adatgyűjtés a várandósság alatti drogfogyasztásról és a magzati drog szindrómával született újszülöttekről. Két budapesti kórház tanulmánya azt mutatja, hogy a droghasználat rejtett marad az esetek legnagyobb hányadában, nincsenek pontos adatok, hogy a születéskor elvonási tüneteket mutató eseteken kívül az intenzív újszülött osztályon ápolott betegek közül hány esetben fordul elő drogfogyasztás a terhességben.

7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE⁵¹

7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

Nincs új információ.

7.2. A DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ MEGBETEGEDÉSEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Új fejlemények

2005 decemberében az alacsony-küszöbű ellátási forma nevesítésre került a Szociális törvényben⁵² a szociális alapszolgáltatások és azon belül a közösségi ellátások között. A törvénymódosítás 2007. január 1-től hatályos. Az alacsony-küszöbű szolgáltatások normatív finanszírozásának kidolgozása folyamatban van. 2007. december 31-ig minden olyan település önkormányzatának biztosítania kell az alacsony-küszöbű ellátás elérhetőségét a településen, amelynek állandó lakosainak száma legalább 30.000 fő.

Túcsere programok

Túcsere programok működtetésével 2005-ben 13 szervezet foglalkozott, amelyek közül 4 budapesti. Egy új program indult el Békéscsabán, ahol utcai megkereső munka során biztosítanak túcserét. További változás, hogy a Miskolci Drogambulancián 2005-ben megszűnt a fix telephelyű túcsere program, viszont 2004 decemberétől működik tűautomata. A további vidéki szervezetek a következő városokban találhatóak: Debrecen, Gyula, Kecskemét, Miskolc, Pécs, Szeged, Veszprém.

Állandó telephelyű programokat két budapesti és négy vidéki szervezetnél vehetnek igénybe az intravénás kábítószer-fogyasztók. A hat program keretében az összesen kiosztott injektorok⁵³ száma 58.804 volt, amely 92%-os növekedést mutat. E nagymérvű növekedés 97%-át a Drogprevenációs Alapítvány (Budapest) keretében működő program injektorforgalma teszi ki. A vidéki városok injektor kiadása 210 és 370 db között változik. A kliensek által visszahozott (visszajuttatott) injektorok aránya országos viszonylatban a fix telephelyű programok esetében 56% volt, amely 5%-os csökkenést jelent.

Az automaták forgalma majdnem megháromszorozódott: az öt program (közülük egy budapesti) keretében 20.263 injektor került kiosztásra. Néhány automata közelében elhelyezett speciális hulladékgyűjtőkben 496 injektort találtak az év folyamán (túlnyomórészt Miskolcon).

Mobil túcserét továbbra is két budapesti szolgáltató biztosított. A kiosztott injektorok száma megkétszereződött (5500 db), a becserelési arány viszont csökkent: 83%-ról 68%-ra. A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra túcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok (Budapesten 2, vidéken 3 program) keretében 20.823 db injektor került kiosztásra, amely nagymérvű csökkenést mutat (2004-ben 38.742), de a becserelési arány lényegesen javult: 55%-ról 74%-ra. Három program von be munkájába sorstársakat is.

⁵¹ A fejezet szerzői: Dr. Csohán Ágnes, Nagy Zoltán

⁵² 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

⁵³ Injektor: tű+fecskendő

21. táblázat. *Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003-2005*

	Fix telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
2003					
osztott	19600	682	28970	2415	51667
hozott (+gyűjtött)	7984	695	15081	5	23764
becserélési arány	40,7%	101,9%	53,1%	0,2%	46,5%
kliensek száma	490	37	424	-	951
kontaktok száma	2321	912	426	-	3659
2004					
osztott	30649	2870	38742	7510	79771
hozott (+gyűjtött)	18739	2370	21384	65	42558
becserélési arány	61,1%	82,6%	55,2%	0,8%	53,4%
kliensek száma	561	82	471	-	1114
kontaktok száma	3665	1590	1007	-	6262
2005					
osztott	58804	5500	20823	20263	105390
hozott (+gyűjtött)	32941	3722	15343	496	52502
becserélési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	-	959
kontaktok száma	5172	2148	1380	-	8700

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

2005-ben az összes kiosztott injektorok száma az előző évhez képest 32%-al növekedett, azonban a becserélési arány 3%-ot csökkent. Tűcsere szolgáltatásban az adatok szerint 959 kliens részesült, amely 13%-os csökkenést jelent, de másodlagos tűcserére utal az a tény, hogy az egy főre jutó injektorok száma folyamatosan nő: 2003-ban 54 injektor/fő, 2004-ben 72 injektor/fő, 2005-ben 110 injektor/fő. A kliensekkel való találkozások (kontaktok) száma 8700 volt, amely szintén jelentős, 39%-os növekedést mutat.

A Budapesten működő tűcsere programok és a Budapesti Rendőr-főkapitányság megállapodása szerint a tűcsere programok dolgozói által kiállított, anonim és kóddal ellátott ún. klienskártya használatával a tűcsere programok használói mentesülnek attól, hogy az intézkedő rendőr (kártya felmutatása után) a náluk talált steril vagy használt injektor miatt rendőri intézkedést foganatosítson. A kártya használata a tűcsere szolgáltatók tapasztalata szerint nem teljesen problémamentes, de folyamatosan javul.

Más a helyzet vidéken. A klienskártya országos szintre történő kiterjesztése előtt az Országos Rendőr-főkapitányság (ORFK) kikérte a Legfőbb Ügyészség állásfoglalását, s ez alapján a kártya országos bevezetése megghiúsult⁵⁴.

Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzése

2005 augusztusától, az országos tisztifőorvos rendelete alapján a drogambulanciák és más kezelőhelyek kérésére az intravénás kábítószer-használók HIV és hepatitis C szűrővizsgálatát az ÁNTSZ regionális laboratóriumai (országos lefedettséget biztosítanak) az ÁNTSZ költségén, a beküldő számára térítésmentesen végzik el.

⁵⁴ „Az illegális drogfogyasztás annak bármilyen módon, illetve céllal történő segítése – álláspontom szerint minden esetben – bűncselekmény gyanújára utal. Ennek észlelése esetén a bűnüldöző hatóságok hivatalból kötelesek eljárni.” (részlet a Legfőbb Ügyészség Nyomozás Felügyeleti és Védelőképzési Főosztálya által az ORFK-nak írott hivatalos véleményből. Kelt: 2005. május 24-én.)

A hepatitis B elleni védőoltás a 14 éves korig kötelező és ingyenes védőoltási rendszer utolsó eleme. A 14. életévben iskolai kampányoltás keretében kerül rá sor 1999 óta.

Az év második felében Budapesten az Országos Epidemiológiai Központ által működtetett HIV/AIDS tanácsadót felújították, ahol a szakmai protokollnak megfelelően történik az önkéntes szűrővizsgálat és a tanácsadás. Ezen kívül az ország minden megyéjében - korlátozott rendelési időben -, de van lehetőség önkéntes, térítésmentes HIV- szűrésre és tanácsadásra. 2005-ben 110 szűrést és tanácsadást végző szakember számára tartottak WHO tananyagra épülő HIV counselling tanfolyamot a Nemzeti Népegészségügyi Program finanszírozásával.

Az AIDS Világnap alkalmából valamennyi megyében széleskörű kampány zajlott főleg a fiatalok és a rizikócsoportba tartozók számára az önkéntes HIV szűrővizsgálatok népszerűsítése érdekében.

7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁSSAL KAPCSOLATOS BEAVATKOZÁSOK

Nincs új információ.

7.4. BEAVATKOZÁSOK MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KAPCSÁN

Nincs új információ.

Következtetések

A 2005. év második felében országosan javultak a feltételek az intravénás kábítószer-használók HIV/HCV szűrővizsgálatainak végzése tekintetében.

Egy új, utcai megkereső program indult, ami a legproblémásabb populáció elérését célozta meg. A tűcsere programok adatai másodlagos tűcserére utalnak: az egy főre jutó injektorok száma folyamatosan nőtt az utóbbi három évben, a szolgáltatást igénybe vevők kevesebben, de egyre gyakrabban jelentek meg, és több injektort vittek el.

8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI⁵⁵

8.1. SZOCIÁLIS KIREKESZTETTSÉG

Nincs új információ.

8.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

Hazánkban, 2005-ben, az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények mennyiségi mutatói ugyan változtak, azonban a minőségi jellemzők tekintetében jelentős elmozdulás nem történt. Az esetszám-növekedés jellemzően a jogszabályi háttér változásával - többek között az elterelésben résztvevők körének szélesítésével - és a diverziós jogintézmény végrehajtásával hozható összefüggésbe. Míg 2004-ben a vádemelés elhalasztása jogintézményben – azaz az ún. elterelésen – az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 50%-a vett részt, addig ez az arány 2005-ben 62,3% volt.

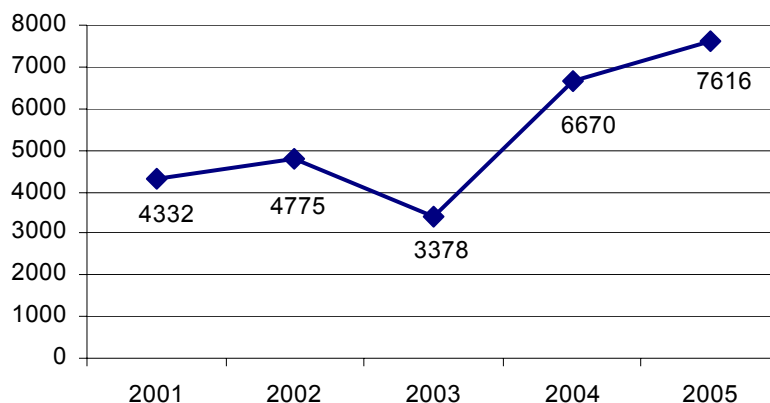
A rendszer output jellegéből adódóan az elkövetéskori adatok bizonyos fáziskéséssel, a rendőrségi, ügyészségi eljárás lezárulásakor kerülnek regisztrálásra. Így az ismerttetett adatok azokra a cselekményekre vonatkoznak, amelyekben az eljárás az adott évben, esetünkben 2005-ben, fejeződött be. A bűnügyi statisztika csak késéssel képes követni az eseményeket. Az elemzés során ezt nem szabad figyelmen kívül hagynunk.

A bűncselekmények

A hazai kriminálstatisztika rendszere a kábítószeres bűncselekmény alatt a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (282/A., 282/B., illetve a 282/C. §-okat) érti. A 2005. évi statisztikai adatok szerint 7616 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

Az ERÜBS adatai az mutatják, hogy 2005-ben tovább emelkedett a felderített, azaz az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A növekedés mértéke 114,2% volt.

18. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma



Forrás: ERÜBS

⁵⁵ A fejezet szerzői: Nagy Zoltán, Ritter Ildikó

2005-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények összбүнözésen belüli aránya 1,7% volt, amely arány csekélynek mondható.

Az elkövetési idő

A bűncselekmények elkövetési idejét vizsgálva a következő kép rajzolódik ki:

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

Elkövetés éve	Esetszám	%
2005	1568	20,6
2004	4319	56,7
2004 előtt	1729	22,7
Összesen	7616	100

Forrás: ERÜBS

2004-hez képest javult a helyzet az eljárások elhúzódásának tekintetében. 2004-ben, a tárgyévben elkövetett cselekmények mindössze 14,4%-át tették ki az összes visszaélés kábítószerrel bűncselekménynek. Ez 2005-ben 20,6% volt. Azonban ez az érték is alatta marad a 2003. évi Btk. és Be. változás előtti időszakban detektált értékeknek.

Mint azt a tavalyi jelentésben is jeleztük, a jogszabályi környezet változásával az elterelések végrehajtása szabályozottabb, de hosszabb is lett⁵⁶. Így a kriminálstatisztikában a tárgyévben elkövetett esetszámok aránya azóta nem éri el a – korábban mért - 30% körüli értéket.

Az elkövetési magatartások

A legjellemzőbb elkövetési magatartás továbbra is a fogyasztás, habár a kriminálstatisztika rendszere az egy törvényi tényálláshoz tartozó eseteket egyben tudja csak rögzíteni, ezért nem tudjuk pontosan, hogy hány eljárás indult kizárólag kábítószer-fogyasztás miatt (a vonatkozó tényállások ugyanis más típusú elkövetési magatartásokat is magukba foglalnak). A „termel, előállít, megszerez, tart, behoz...” magatartások - amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak - részaránya az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között 90,9% volt, a „fogyasztásé” pedig (amely azért szerepel még a statisztikában, mert olyan esetek is befejeződtek 2005-ben, amelyek a 2003. évi módosítás előtt indultak) 0,8%. Tehát azt mondhatjuk, hogy a jellemzően keresleti oldali, saját használattal összefüggő cselekmények részaránya 91,7%. A kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részesedése a felderített esetek 8,3%-át teszik ki.

Az elkövetők

⁵⁶ Ritter (2005) vizsgálatot végzett a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkkel szemben alkalmazott „elterelések” hatásosságáról 2004-ben budapesti mintán. A vizsgálat eredményei összehasonlíthatók voltak az 1999-ben, ugyanezzel a módszerrel és ugyanezen a mintán végzett vizsgálat eredményeivel. (Ritter, 2000). Eszerint: „Az eljárás megindulása és a valamilyen típusú kezelésen történő részvétel vállalása miatti vádemelés elhalasztásáról szóló határozat meghozatala között eltelt átlagos időtartam Budapesten 9,8 hónap, azaz gyakorlatilag 10 hónap. Egy visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőnek, amennyiben a feltételek fennállnak, és az elkövető vállalkozik a gyógykezelése, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson történő részvételre, az eljárás megindulásától mintegy 10 hónapot kell várnia addig, míg a kezelést megkezdheti. Az 1999-es budapesti mintán végzett elterelés-vizsgálat szerint az eljárás megindulása és a kezelésen történő részvétel miatt a vádelhalasztás között eltelt átlagos időtartam 7,6 hónap volt.

Ha ehhez hozzászámoljuk, hogy 6 hónapig tartó folyamatos kezelést kell igazolniuk az elkövetőknek, akkor közel másfél évig tart a „büntetés”. Az eljárás megindulása és a vádelhalasztás sikeres leteltét követő megszüntető határozat közötti átlagos időtartam Budapesten 2004-ben 19,2 hónap volt.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2005-ben a 2004. évihez képest 14,2%-kal növekedett, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők pedig 9,6%-kal, azaz 6466-ról 7085-re.

A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben a korábbiakhoz képest nem változott. E bűncselekménytípust jellemzően fiatalabb korban követik el, mint más bűncselekményeket. Míg a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők 97,2%-a 31 éves kora előtt követte el a bűncselekményt, addig a többi bűncselekmény elkövetői között ez az arány nem éri el a 60%-ot.

A bűnügyi statisztika két csoportját különbözteti meg a bűncselekmények elkövetőinek. A *bűnelkövetők körébe* tartoznak azok, akik a jogszabályoknak megfelelően büntethetők az elkövetett cselekmény miatt, a bűncselekményt *elkövetők* másik csoportja valamilyen büntethetőséget kizáró ok miatt nem vonható felelősségre tettéért. A következőkben az *elkövetők* nem, életkor és iskolai végzettség szerinti megoszlását vizsgáljuk. Így azok körében vizsgáljuk a szocio-demográfiai jellemzőket, akik a 2005. évi bűnügyi statisztikai adatok szerint elkövettek visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (függetlenül attól, hogy büntethetők voltak-e vagy sem).

Nemek szerinti megoszlás

A korábbi évekhez hasonló arányszámokkal találkozunk a nem szerinti megoszlás tekintetében. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 89,7%-a férfi, 10,3%-a pedig nő volt. Ez az arányszám egyébként megközelíti az összes bűnelkövető körében jellemző nem szerinti megoszlást is.

Életkor szerinti megoszlás

Az elkövetők korösszetételében 2005-ben sem történt lényeges változás. Továbbra is a fiatal felnőttek (18–24 év) ellen indult legnagyobb számban eljárás (56,5%).

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

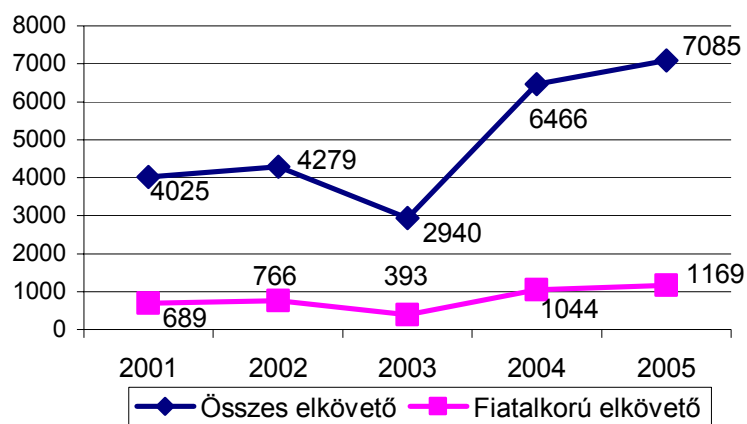
Korcsoportok	eset	%
Gyermekkorú	9	0,1
Fiatalkorú	1169	16,4
18–24 éves	3993	56,5
25–30 éves	1401	19,8
31–40 éves	447	6,3
41–50 éves	54	0,8
51–60 éves	9	0,1
61 év feletti	3	0,0
Összesen	7085	100,00

Forrás: ERÜBS

Fiatalkorú elkövetők

A fiatalkorúak aránya az összes elkövető körében 2005-ben 8,7% volt. Miközben a fiatalok részesedése az összes elkövető körében csökken, a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények esetében tartja a 17% körüli értéket. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett fiatalkorú bűnelkövetők száma 1169 fő volt. Ők alkották az összes kábítószer-bűncselekményt elkövetők 16,5%-át.

19. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma



Forrás: ERÜBS

A grafikon jól szemlélteti, hogy a fiatalok elkövetők vonala az elmúlt 5 évben nem mozgott együtt az összes visszaélés bűncselekményt elkövetőket ábrázoló vonallal, tehát a már említett 17-18% körüli szint egylegőre állandósulni látszik.

Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetői továbbra is megőrizték iskolázottságbeli előnyüket az egyéb bűnelkövetőkkel szemben.

24. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása 2005-ben

Iskolai végzettség	eset	%
Nincs	14	0,2
Ált. isk. 8. oszt.	3611	51,0
Szaktmunkásképző iskola	1693	23,9
Középiskola	1589	22,4
Egyetem, főiskola	117	1,6
Nincs adat	61	0,9
Összesen	7085	100

Forrás: ERÜBS

Előélet szerinti megoszlás

2005-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 32,4%-a volt büntetett előéletű. Közülük 20,2% volt visszaeső (azaz 3 éven belül újabb szándékos bűncselekményt követett el).

Ezeknek az elkövetőknek jelentős része kábítószerfüggő és korábbi bűncselekményeik is a szerhasználat vagy a szerhez jutással voltak összefüggésben. Kisebb részük azonban a bűnöző szubkultúrából kerül ki, ami azt jelzi, hogy a kereskedelmi jellegű tevékenység mellett ebben a körben is terjed a szerhasználat.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetőinek többsége első büntényes, azaz korábban még nem volt büntetve. 2005-ben a büntetlen előéletűek aránya 67,6% volt. Ez magasabb, mint az egyéb bűncselekmények esetében.

Következménybűnözés – a kábítószer hatása alatt történő bűnelkövetés

2005-ben 2%-kal többen (4151fő) követtek el bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt, mint 2004-ben és közel kétszer annyian, mint 2003-ban (2112 fő).

A legtöbben (76,2%) kábítószerrel visszaélés bűncselekményt valósítottak meg, azaz ennyi elkövető ellen indult eljárás azért, mert kábítószer hatása alatt állt. Ez az érték 2004-ben 75,6% volt, tehát jelentős elmozdulásról nem beszélhetünk.

Főbb bűncselekményi csoportokra lebontva: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 13,4%-a, közlekedési bűncselekményt 1,9%-uk, személy elleni bűncselekményt 2,0%-uk, garázdaságot 2,3%-uk.

A büntetőeljárás alternatívái

A vádemelés elhalasztására, mint diverziós lehetőség (elterelési forma) alkalmazására jellemző, hogy a fiatalok visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők – a módosítás óta – egyre nagyobb arányban vesznek részt benne. Míg 2004-ben a fiatalok kábítószer-bűncselekményt elkövetők 58,9%-a, addig 2005-ben már 70,7%-a vállalta a megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt, vagy valamely kezelési formát.

Míg 2004-ben a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 49,9%-a, addig 2005-ben már 62,3% vállalta a valamely elterelési formában való részvételt. A fiatalok körében ez az arány 58,9% illetve 70,7% volt.

8.3. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN

A büntetés-végrehajtás intézményeiben a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) beszámolója szerint az antiepileptikumokkal való visszaélés jelentősen növekedett 2005-ben. A kábítószeres előfordulása is jelentősen nőtt: a fogvatartottak körében előtalálás során 20 esetben, 21 személy érintettségével találtak többnyire MDMA tartalmú tablettát és kannabisz-származékokat, legtöbbször csomagban vagy ruházatban elrejtve.

Néhány esetben használt fecskendő és tű is előkerült a büntetés-végrehajtási intézetekben. Mivel a belső szabályozás szerint az intézeteknek egyelőre nincsen jelentési kötelezettségük ezen eszközöket illetően, számukról nincsen pontos információ.

Amennyiben olyan elítélt érkezik (évente 9-10 eset) büntetés-végrehajtási intézetbe, aki súlyosabb kábítószer-elvonási tüneteket mutat, az orvosi kivizsgálás után az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe (IMEI) kerül. 2005-ben 12 alkalommal fedeztek fel kábítószer-fogyasztást a fogvatartottak körében. 6 esetben morfin-, 4 esetben ecstasy-, 2 esetben pedig marihuána-fogyasztást regisztráltak.

8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK

Nincs információ.

Következtetések

A kábítószerrel összefüggő bűnözés esetszámának növekedése mellett a minőségi jellemzők tekintetében nem történt jelentős változás. A statisztika szerint 7616 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le 2005-ben, míg 2004-ben ez a szám 6670 volt.

2004-ben a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők fele került elterelésbe. 2005-ben 62,3% volt az elterelésbe kerülők aránya. 2004-ben a bűncselekményt elkövető fiatalok 58,9%-a, míg 2005-ben 70,7%-a vett részt elterelésben.

9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE⁵⁷

Háttér, előzmények

A szociális igazgatásról és szociális ellátásról az 1993. évi III. törvény (továbbiakban Szt.) a szenvedélybetegek ellátásával kapcsolatban a következő ellátási formákat különíti el.

A szociális alapszolgáltatások között a családsegítést, a közösségi ellátásokat, az utcai szociális munkát és a nappali ellátást nevesíti a törvény. Az alapszolgáltatások az igénybevevők saját otthonaiban és lakókörnyezetükben történik. A családsegítés keretében a kábítószer-problémával küzdők részére tanácsadás nyújtása biztosítandó. A szenvedélybetegek közösségi ellátása 2005-től állami normatív támogatásban részesül, és a következő feladatok megvalósítására hivatott:

- lakókörnyezetben történő segítségnyújtás az önálló életvitel fenntartásában,
- meglévő képességek megtartása, fejlesztése,
- állapot folyamatos figyelemmel kísérése,
- pszichoszociális rehabilitáció, szociális és mentális gondozás,
- orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- megkereső programok szervezése az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

A közösségi alapellátásokat a települési önkormányzat köteles biztosítani, ha területén 10.000 főnél több állandó lakos él.

2005. évi CLXX. törvény (XII. 19.) módosította az Szt.-t: a közösségi ellátások eddigi feladatai közösségi alapellátásokként fogalmazódnak meg, továbbá a törvénymódosítás nevesíti az alacsony-küszöbű ellátást, mint speciális közösségi ellátást, és ennek keretében 2007. január 1-től a következők biztosítandók:

- kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- megkereső programok szervezése,
- a kábítószer-használat okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatások,
- kríziskezelés az életet veszélyeztető, a testi, szociális, kapcsolati és életvezetési rendszerben kialakult kezelhetetlen helyzetek esetére.

Az alacsony-küszöbű ellátást minden települési önkormányzatnak biztosítania kell 2007. december 31-ig, amelynek területén legalább 30.000 állandó lakos él. A normatív finanszírozási rendszer kidolgozása folyamatban van.

A nappali ellátás kábítószer-fogyasztók részére lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá megszervezi az ellátottak napközbeni étkeztetését (ha van rá igény), illetve egyéni terápiás tervet dolgoz ki a segítséget kérő rehabilitálódására, reszocializációjára. A települési önkormányzat köteles biztosítani a nappali ellátást, ha háromezer főnél több állandó lakos él a település területén.

A szakosított szociális ellátások a következő típusú ellátásokat foglalják magukba: szenvedélybetegek ápolást, gondoskodást nyújtó otthona; rehabilitációs intézmények; szenvedélybetegek átmeneti elhelyezést nyújtó otthona; és szenvedélybetegek lakóotthona

⁵⁷ A fejezet szerzője: Nagy Zoltán

(„félutas” ház). Az ápolást nyújtó otthonok a teljes körű ápolás, gondozás mellett szükség szerint a foglalkoztatást és rehabilitációs jellegű ellátást biztosítják. A rehabilitációs intézmények a komplex segítséget igénylő kliensek elhelyezésére szolgálnak, ha ambuláns vagy más intézményi keretek között ez nem valósítható meg. Jellemző a munka jellegű vagy terápiás foglalkoztatás, terápiás közösségi forma működtetése, továbbá egyre nagyobb szerep jut ezen intézményekben az önsegítő elven alapuló 12 lépéses felépülési modell alkalmazásának.

Az átmeneti elhelyezésre legfeljebb egy évig kerülhet sor, addiktológus vagy pszichiáter szakvélemény alapján. Ennek az ellátásnak az elérhetőségét a 3000 főt meghaladó állandó lakosú településnek biztosítania kell.

A lakóotthonban („félutas” ház) az a személy helyezhető el, aki

- önellátásra legalább részben képes,
- elégséges jövedelemmel rendelkezik az új életforma költségeinek viseléséhez,
- folyamatos tartós ápolást, felügyeletet nem igényel.

A szociális intézmények részletes szakmai feladatairól és a működésük feltételeiről az 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet rendelkezik.

Az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICsSzEM) támogatásával és a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCsSzi) koordinálásával 2005 májusában Addiktológiai Szakértői Munkacsoport (ASzM) jött létre. A munkacsoport célja, hogy folyamatosan közreműködjön a szakterület koncepciójából, irányelveiből, továbbá a Nemzeti Drogstratégiából, és a kibontakozóban levő Nemzeti Alkoholpolitikai Koncepcióból adódó – az ASzM számára mindenkor az ICsSzEM által aktuálisan delegált és nevesített – feladatok végrehajtásában (szakkérdések megvitatása, szakmai anyagok, irányelvek, írásbeli összefoglalók, javaslatok, állásfoglalás-tervezetek előkészítése, véleményezése, készítése). 2005-ben két munkacsoport jött létre az ASzM-en belül, amelyek még az évben a következő feladatokat végezték el:

- „Közösségi ellátás a szenvedélybetegek számára” c. szakmai iránymutatás kidolgozása,
- „Alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásban” c. szakmai iránymutatás kidolgozása,
- „Szenvedélybetegek nappali intézménye a szociális alapellátások körében” c. szakmai iránymutatás kidolgozása.

9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

A felépülési lánc utolsó szakaszát jelentő reintegráció a szociális ellátás területén a közösségi alapellátáson (pszichoszociális utógondozás), a bentlakásos intézmények munka-rehabilitációs és fejlesztő-felkészítő programjain, védett munkahelyek biztosításán és a lakóotthonokban való elhelyezésen keresztül jelenik meg hangsúlyozottan.

A célzottan kábítószer-fogyasztók számára modellprogramokat működtető civil szervezetek mellett a szociális alapellátás is bekapcsolódik a reintegráció segítésébe: a közösségi ellátás 2005-ben fókuszba került. Állami normatív támogatás jelent meg a szenvedélybetegek közösségi ellátásában. A nappali intézmények kapacitása továbbra is igen alacsony, a közösségi ellátást végző szolgálatok iránti igény és számuk azonban növekszik. (A jelenlegi adatszolgáltatás alapján a pontos szám nem ismert, a pszichiátriai és szenvedélybetegek számára létrejött közösségi ellátások együttes száma kb. 110.)

2005-ben támogatási rendszer alakult ki a nappali illetve bentlakásos intézmények számára az intézményen belüli szociális foglalkoztatás megvalósítására, amelyeket az Szt. nevesít:

- Munka-rehabilitáció: cél a munkakészség és testi-szellemi képességek megőrzése, fejlesztése munkavégzés által, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés.
- Fejlesztő-felkészítő foglalkozás: cél az önálló munkavégző képesség kialakítása, fejlesztése, a munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatás révén, valamint felkészítés védett munkahelyen illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.

A rehabilitációs intézményekből kikerült kliensek félutas házakat, félutas lakásokat vehetnek igénybe. Az utógondozás további jellemző eleme az önsegítő csoportokban való részvétel. 2005-ben az önsegítő csoportok (12 lépéses csoportok, Narcotics Anonymous (NA) csoportok) megerősödése volt tapasztalható, mind létszámukat, területi elterjedtségüket és a gyűlések gyakoriságát illetően. (Budapesten, Pécsen és Szegeden több új csoport alakult.)

Az EQUAL projekt keretében (amelyet az Európai Szociális Alap és a Magyar Kormány finanszíroz) 2005 őszén a szenvedélybetegek gondozásának különböző szintjein tevékenykedő öt szervezet összefogásával egy olyan program indult el, mely a szenvedélybetegség teljes folyamatában komplex, hosszú távú, személyközpontú szociális támogatási formát, gondozást és társadalmi reintegrációt valósít meg.

Lakáskérdés

Budapesten 2004 decemberében kezdte meg működését egy főleg volt állami gondozott, politoxikomán szerhasználó fiatalokat célzó védett bentlakásos szállást biztosító program.

Pécsen új félutas lakás nyílt 2005 elején, a komlói rehabilitációs intézetből kikerült felépülésben lévő szenvedélybetegek részére. A délkelet-magyarországi régióban további két rehabilitációs intézményhez kapcsolódó félutas ház kezdte meg működését. A lakóotthonok területi lefedettsége nagyon egyenlőtlen, az ország néhány területén nem találhatóak, és ez a rehabilitációs intézmények területi elhelyezkedésével magyarázható.

Rehabilitációs intézménytől függetlenül működő, kábítószer-fogyasztók részére igénybe vehető lakóotthon (félutas ház) jelenleg egy van az országban, a Baptista Szeretetszolgálat által létrehozott Boldogkerti Lakóotthon. A férfiak számára fenntartott félutas ház férőhelye kibővült: 14 fő befogadására képes. Foglalkoztatási programjának keretében elsősorban a külső munkahelyeken történő foglalkoztatást támogatja. Az alapvető szociális ügyintézés mellett az otthonban az önsegítő csoportok működtetése is kiemelt szempont.

Budapesten, a Megálló Alapítványhoz tartozó félutas lakás működtetése 2005. májusban abbamaradt. Itt 4 fő lakott egyidejűleg, akik rehabilitációs intézményekből kerültek Budapestre. A program folytatása előkészítés alatt van.

Oktatás, képzés

A Megálló Csoport speciális középiskolai oktatási programot tart középiskolát elkezdett, de azt a kábítószer-használat miatt félbeszakító, abbahagyó fiatalok számára. A képzés 2-8 évig tart, rugalmasabb időbeosztást tesz lehetővé, középiskolai végzettséget ad. Befogadó képessége 25-30 fő, amely évente 10-15 új, illetve kilépő fiatal jelent a programban.

Foglalkoztatás

Védett munkahelyek az országban szintén egyenetlenül találhatók, többnyire rehabilitációs intézményhez kapcsolódóan. Dél-Dunántúlon (Kovácsszénája) 2005-ben új védett munkahely nyílt a terápiából kikerültek számára.

A Megálló Csoport Budapesten foglalkoztat közérdekű munkára kötelezett egyéneket. Kapcsolatban állnak a Pártfogói Felügyeleti Szolgálattal, és a kábítószer-fogyasztó elkövetők náluk tölthetik le büntetésüket.

Országos szinten a tavalyi év közepén indultak foglalkoztató programok, amelyek pszichiátriai betegek és megváltozott munkaképességű szenvedélybetegek által igénybe vehetőek.

Új reszocializációs központ kialakítása kezdődött el Budapesten (Emberbarát Alapítvány), amely átmeneti otthont, védett munkahelyet, oktatási stúdiót, valamint lakóotthont foglal majd magába. Az alapítvány által működtetett sütőüzem (védett munkahely) 2005-ben kezdte meg működését.

9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE

A fogvatartottak segítése

A büntetés-végrehajtásban végzendő alacsony-küszöbű szolgáltatások beindításához jogszabályi koordinációra lenne szükség főképpen a fogvatartottaknál tartható tárgyak körét, illetve egyes biztonsági jellegű szabályok újraértelmezését vagy módosítását illetően. A tűcsere programok beindítására tehát jelenleg nem adottak a jogszabályok.

A börtönökben metadon fenntartó kezelés elérhető: a még szabadlábon metadon-kezelésben részesült fogvatartottak az IMEI-be kerülnek, ahol lehetőség van metadon-kezelésre az intézeten kívül. 2005-ben ilyen módon egy fő részesült metadon kezelésben.

A büntetés-végrehajtás intézeteiben 2005 folyamán növekedett az alternatív pszichoszociális / peer counselling kábítószer-prevenációs csoportok száma.

A biztonsági kínálatcsökkentés keretében a BVOP kezdeményezte, hogy a fogvatartottak kevesebb csomagot kaphassanak, melyhez jogszabály változtatás szükséges. A kábítószer bekerülés egyik legkritikusabb pontját továbbra is a csomagküldemények jelentik.

Következtetések

A szenvedélybetegek közösségi ellátása bővült az alacsony-küszöbű ellátással, amelynek következtében várható a közösségi ellátások indítása iránti fokozottabb érdeklődés. A kábítószer-fogyasztókat segítő reintegrációs programokról egyelőre kevés információ áll rendelkezésre, így szükséges az ezen szolgáltatások működésével kapcsolatos adatgyűjtés fejlesztése.

10. KÁBÍTÓSZERPIAC⁵⁸

Háttér, előzmények

2005-ben nem történt intézményi változás a kábítószeres lefoglalásával és vizsgálatával kapcsolatban. A Magyarországon lefoglalt kábítószer gyanús anyagok vizsgálatát a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) Szerves Kémiai Analitikai Osztálya és 5 regionális kábítószer-vizsgáló laboratórium végzi.

10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT⁵⁹

Magyarországon továbbra is a marihuána a legelterjedtebb kábítószer. Nagy része hazai ültetvényekről kerül az eladókhoz, míg külföldről elsősorban Hollandiából, és a volt Jugoszlávia területéről érkezik az országba.

A szintetikus kábítószeres vonatkozásában megállapítható, hogy azok jellemzően Nyugat-Európából – különösen Hollandiából – kerültek becsempészésre.

Az utóbbi időszak tapasztalata – mely jelenség összefügghet a határok átjárhatóságával – hogy a vidéki nagyvárosok szervezettséget mutató bűnözői körei is bekapcsolódtak a szintetikus kábítószeres saját szervezésű, Hollandiában történő beszerzésébe, és illegális importjába, fellazulni látszik a korábbi főváros centrikusság.

A heroin továbbra is az ún. „Balkán-útvonalon” érkezik az országba. A heroin-szállítmányok jelentős részénél azonban csak tranzit, illetőleg deponáló országgént szerepel az ország. Magyarországon elsősorban albán és török nemzetiségű csoportok tartják kezükben a heroin csempészetet, illetőleg nagybani terjesztést. Az alacsonyabb szintű terjesztésben az albán és magyar csoportokon kívül új jelenséggé kínai és vietnámi személyek is részt vesznek.

Kábítószer-termesztés és előállítás

A kannabisz ültetvények méretében növekvő tendencia mutatható ki.

A magyar fogyasztói piacon megjelenő marihuána egyre jelentősebb része hazai illegális ültetvények terméséből származik. A szabadban folytatott természetesen kívül üvegházi és zárt hangárrendszerű termesztés is felderítésre került az elmúlt évben, melyeknél a szükséges fényt és öntözést automatikus vezérléssel oldották meg.

2005-ben egy szintetikus kábítószeres előállításához használt anyagot (platina-oxid katalizátort) gyártó illegális laboratóriumot is lefoglalt a bűnüldöző hatóság.

10.2. LEFOGLALÁSOK

Az alábbi adatok mind a Rendőrség, mind a Vám- és Pénzügyőrség által talált kábítószereseket magába foglalja.

A 2005-ben, a lefoglalási adatok alapján, Magyarországon továbbra is a marihuána volt a legnépszerűbb kábítószer. Előfordulási gyakoriságban – a korábbi évekhez hasonlóan – a marihuánát az ecstasy az amfetamin majd a heroin követi. Az amfetamin előfordulási

⁵⁸ A fejezet szerzői: Káldi Balázs, Varga Orsolya

⁵⁹ A Nemzeti Nyomozóiroda jelentése alapján.

gyakorisága 2001-től kezdődően emelkedő tendenciát mutat, amely a 2005. évben is folytatódott.

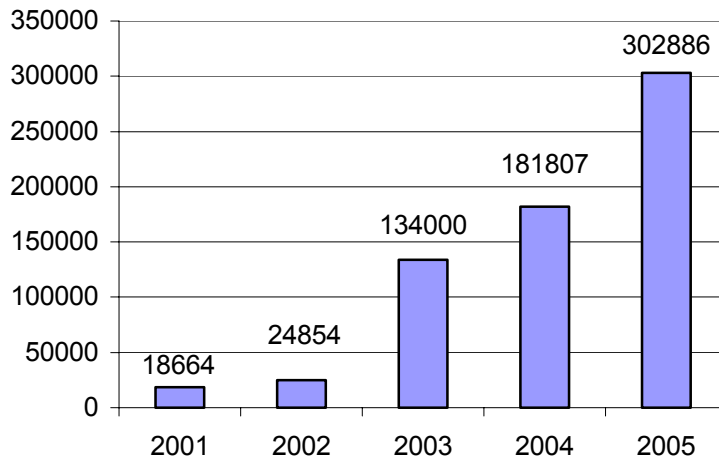
25. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége

Szer típus	2004		2005	
	Lefoglalás	Mennyiség	Lefoglalás	Mennyiség
Marihuána (kg)	1722	91,733	1707	161,613
Kannabisz növény (tő)	62	2998	43	811
Hasis	59	2,524	86	12,859
Heroin (kg)	113	89,85	108	237,842
Kokain (kg)	96	94,43	89	7,581
Amfetamin (kg)	378	19,663	355	27,743
Metamfetamin (kg)	3	0,0015	5	0,107
Ecstasy (tabletta) /MDMA, MDA, MDE/	1226	181.807	366	234.582
LSD (adag)	18	3396	14	569

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A lefoglalt kábítószer mennyiségének növekedése (marihuána, hasis, heroin, amfetamin) elsősorban több nagytételű lefoglalás eredménye. Kokain esetében nagyobb tranzitszállítmány lefoglalására 2005-ben nem került sor, de a kis mennyiségű kokain-lefoglalások száma növekvő tendenciát mutat. Az ecstasy esetében az utóbbi években jelentősen növekedett a nagy lefoglalások száma és a lefoglalt tételek mérete is.

20. ábra. A lefoglalt ecstasy tabletták száma (ecstasy és amfetamin típusú hatóanyagot tartalmazó tabletták)



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

10.3. ÁR/TISZTASÁG

Kábítószer utcai árai

2005-ben az előző évben készített kutatás folytatásaként szintén kábítószer-használók információi alapján történt az utcai árak felmérése.⁶⁰

⁶⁰ A kutatás Budapestre és 4 másik nagyvárosra: Miskolcra, Szegedre, Zalaegerszegre és Pécsre terjedt ki. A helyi drogambulanciákon került felvételre a Nemzeti Drog Fókuszpont által kidolgozott kérdőív. Minden városban

A kérdések 8 illegális drogra (marihuána, hasis, heroin, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD) és az illegális úton szerzett metadonra terjedtek ki. A válaszadókat arra kértük, hogy csak azon szerek esetében adjanak meg árat, amelyet ténylegesen vásároltak 2005-ben, így pontos információval rendelkeznek. A kérdések a legalacsonyabb, legmagasabb és leggyakoribb árakra vonatkoztak.

A kutatás során a válaszadói arányok nem változtak jelentősen az előző évhez képest. A legtöbben 2005-ben is a marihuána és az ecstasy esetében tudtak választ adni.

26. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban

FORINT	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	1581	2575	2249	2078	96
Hasis (gr)	1836	2765	2344	2301	61
Heroin (gr)	9087	14087	10192	11587	26
Heroin (pakett)	3488	5720	4194	4604	17
Kokain (gr)	12746	16955	14933	14850	45
Crack (gr)	9800	15400	12600	12600	5
Amfetamin (gr)	2372	3750	2910	3061	61
Ecstasy (tabl.)	823	1690	1218	1256	74
LSD (adag)	1952	3013	2500	2482	30
Metadon (5mg)	900	1517	1339	1208	17
Metadon (20mg)	1343	1880	1633	1611	7

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006

27. táblázat. Kábítószeres utcai árai euroban⁶¹

EURO	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána (gr)	6,4	10,4	9,1	8,4	96
Hasis (gr)	7,4	11,1	9,5	9,3	61
Heroin (gr)	36,6	56,8	41,1	46,7	26
Heroin (pakett)	14,1	23,1	16,9	18,6	17
Kokain (gr)	51,4	68,4	60,2	59,9	45
Crack (gr)	39,5	62,1	50,8	50,8	5
Amfetamin (gr)	9,6	15,1	11,7	12,3	61
Ecstasy (tabl.)	3,3	6,8	4,9	5,1	74
LSD (adag)	7,9	12,1	10,1	10,0	30
Metadon (5mg)	3,6	6,1	5,4	4,9	17
Metadon (20mg)	5,4	7,6	6,6	6,5	7

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2006

A városok tekintetében nem figyelhető meg jelentős eltérés a különböző kábítószer-fajták leggyakoribb árai között.

20 kérdőív került kitöltésre, így a teljes mintanagyság 100 fő volt. A kérdőívek felvétele önkéntes módszerrel történt.

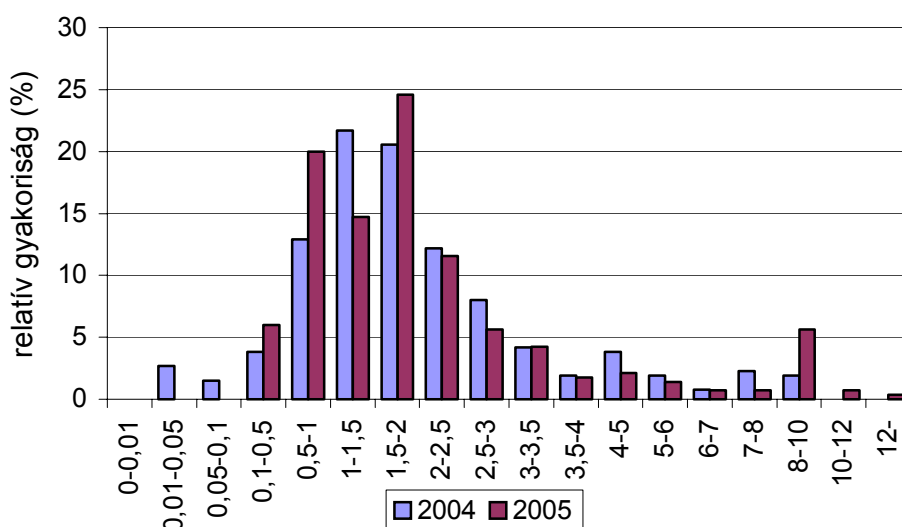
⁶¹ A táblázatban szereplő árak a 2005-es hivatalos euro középfolyam (1€ = 248.05 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

A 2005-ben jelentett árakhoz képest nem történt érdemi változás, amely alapján trendeket állapíthatnánk meg.

Tisztaság

A kábítószeres hatóanyag-tartalmának alakulását vizsgálva megállapítható, hogy a lefoglalt marihuána hatóanyag tartalma az elmúlt évek során folyamatosan emelkedett. Kiugró növekedés tapasztalható 2005-ben az 1,5-2% THC tartalmú marihuána-lefoglalások arányában, illetve a korábbi évekhez képest több esetben fordultak elő kiugróan magas THC tartalmú (>6%) minták.

21. ábra. A lefoglalt növényi ágvégződések THC-tartalma (a delta-9-THC koncentráció tömegszázalékában)



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

28. táblázat. Az utcán terített kábítószeresek tiszta hatóanyag tartalma tömegszázalékban⁶²

	2004				2005			
	Minta nagysága	Min.	Max.	Átlag	Minta nagysága	Min.	Max.	Átlag
Hasis	20	0,1	6	4	25	0,1	6	3,5
Marihuána	368	0,01	6	1,7	418	0,01	6	1,7
Heroin	39	5	25	16	59	7	30	20
Kokain	43	15	70	35	44	20	60	36
Amfetamin	315	2	35	12	221	1	45	14

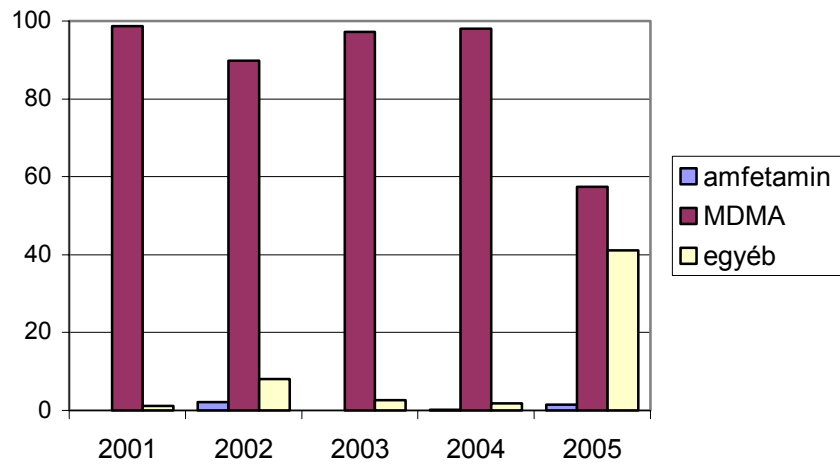
Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A csak MDMA hatóanyagot tartalmazó (ecstasy) tabletták esetén a kisebb hatóanyag-tartalmú (20-50 mg/tabletta MDMA-bázis) tabletták aránya emelkedett észrevehetően. Ezek a tabletták (a korábbi években jellemző, 90% feletti előfordulási gyakorisággal szemben) 2005-ben mintegy 60%-át teszik ki az illegálisan előállított (elsősorban amfetamin-származékokat tartalmazó) kábítószer-tartalmú tabletták lefoglalási tételeinek. További mintegy 20%-ban a tabletták az MDMA és más hatóanyag kombinációját tartalmazták. 2005-ben számottevő mennyiségben jelentek meg újra az amfetamint tartalmazó tabletták, valamint többféle hatóanyag-kombináció is jelentős számban fordult elő a tablettákban (MDMA+MDE, MDMA+amfetamin, amfetamin+metamfetamin). Új hatóanyagként megjelent

⁶² A közölt határok nem tartalmazzák a kis számban előforduló, kiugróan alacsony és kiugróan magas hatóanyag-tartalmakat. A hatóanyag-tartalom az ügyek legalább 90%-ában a megadott határokon belül található.

az mCPP, amely mind önmagában (6%), mind MDMA-val kombinálva (4%) előfordult a tablettákban.

22. ábra. A lefoglalt ecstasy tablettákban előforduló hatóanyagok (gyakoriság %-ban)



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Következtetések

Az elmúlt évben a kábítószerpiac struktúrájában lényegi változás nem történt. Az utcai forgalomba került kábítószer tisztasága szerenként különböző mértékben változott. A legnagyobb mértékű változás az ecstasy tabletták vonatkozásában tapasztalható, az utóbbi években a megszokottól eltérő hatóanyagokat tartalmazó tabletták számottevő mennyiségben jelentek meg a piacon.

11. DROGPROBLÉMA A 15 ÉVESNÉL FIATALABB POPULÁCIÓBAN⁶³

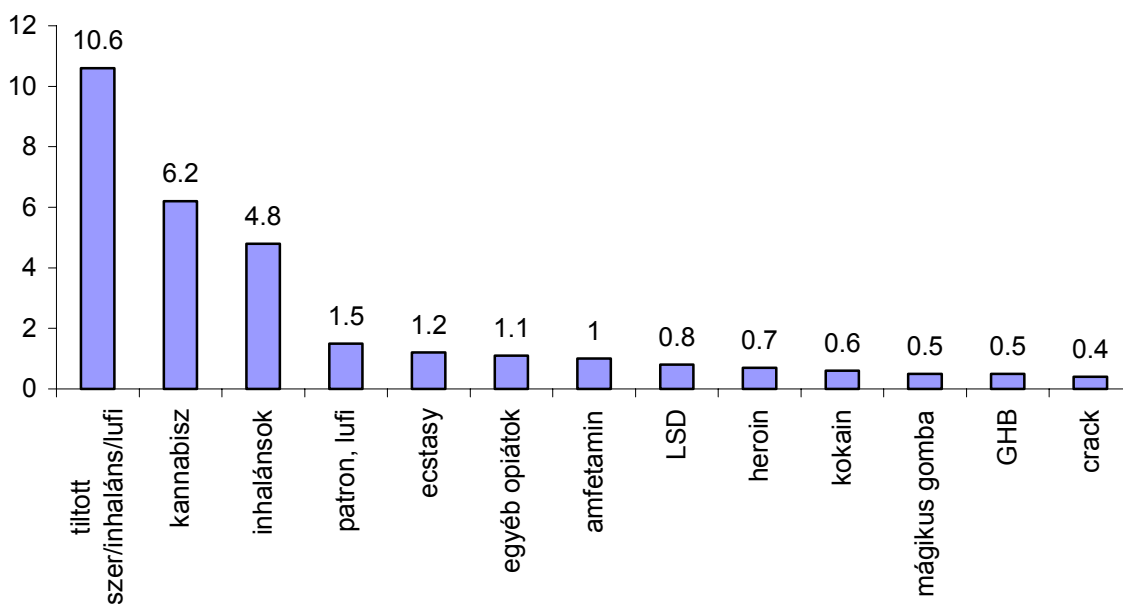
11.1. DROGFOGYASZTÁS A GYERMEKPOPULÁCIÓBAN

ESPAD 2003 vizsgálat a nyolcadik évfolyamon tanuló diákok körében

A 2004 tavaszán készült kutatás (Elekes, Paksi 2003b) célja – egy eddig nem vizsgált populáció – a 8. évfolyamon tanuló diákok drogfogyasztási szokásainak megismerése volt.⁶⁴ A vizsgálat eredményei szerint a 8. évfolyamos tanulók 10,6%-a fogyasztott már életében valamilyen biztosan droghasználati céllal használható szert⁶⁵ (fiúk: 13%; lányok: 8,2%), ezen belül a megkérdezettek 7,4%-a tiltott szert (fiúk: 9,5%; lányok: 5,4%). A biztosan droghasználati célú szerhasználat éves prevalencia értéke 6%, a havi prevalencia érték 3,2%. A 8. osztályos tanulókon belül a 14 éves korú fiatalok 7,9%-a, a 15 éves fiatalok 11,1%-a próbált már valamilyen tiltott és/vagy legálisan hozzáférhető, de csak biztosan droghasználati célú szert az élete során.

A valaha tiltott szert használó 8. évfolyamos tanulók 42%-a életében mindössze 1-2 alkalommal, 29,3%-a 3-9 alkalommal fogyasztott tiltott szert. A diákok 28,8%-a eddigi életében több mint 10 alkalommal használta a tiltott szerek valamelyikét, s 15,3%-a túl van 40, vagy annál több szerhasználaton.

23. ábra. A biztosan droghasználati célú szerek életprevalencia értéke 2003-ban a 8. évfolyamon tanulók körében (a válaszolók %-ában)



Forrás: Elekes, Paksi 2003b

⁶³ A fejezet szerzői: Arnold Petra, Nadas Eszter, Porkolab Lajos, Szabó Krisztina, Varga Orsolya

⁶⁴ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja készítette az iskola típusa és székhelye szerint rétegzett országos reprezentatív mintán. Az adatfelvétel anonim önkéntes módszerrel, osztályos lekérdezéssel történt. A kutatás a 2003. évi ESPAD kérdőívet és módszertani útmutatót alkalmazta. A 8. évfolyamon tanulóokra vonatkozó bruttó mintanagyság 3072 fő, nettó mintanagyság 2587 fő. A súlyozott minta korösszetétele: 14 éves 29,8%; 15 éves 62,4%; 16 éves 5,8%; 17 éves vagy idősebb 1,7%.

⁶⁵ A „biztosan droghasználati célú szerfogyasztás” kategória a tiltott szereken (kannabisz, heroin, egyéb opiát, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD, mágikus gomba, GHB) túlmenően az inhaláns használatot, és a patronozást/lufizást is magában foglalja.

A 8. évfolyamon tanulók körében legelterjedtebb a kannabisz-származékok fogyasztása: a megkérdezettek 6,2%-a használt marihuánát vagy hasist eddigi életében. A következő legtöbbször által használt szerek a legálisan hozzáférhető, csak droghasználati céllal fogyasztható szerek: az inhalánsok, illetve – ennél alacsonyabb értékkel – a szintén ebbe a csoportba tartozó patron/lufi. Az összes többi szer életprevalencia értéke 1% körüli, vagy az alatti. Ebben a korosztályban – a felsőbb éves, illetve idősebb populációkhoz képest – az ecstasy, illetve az amfetamin-, kannabisz-származékok még nem játszanak jelentős szerepet a fiatalok életében. A felsoroltaktól eltérő elnevezésű droghasználatot a válaszolók 1%-a, kannabisz alkohollal együtt történő fogyasztását 1,8%-a, intravénás droghasználatot pedig 0,7%-a jelzett. Az egyes tiltott szerek esetében többnyire nem figyelhető meg szignifikáns különbség a fiúk és a lányok életprevalencia értékeiben, mindössze a kannabisz-származékok esetében jelenik meg szignifikánsan a szokásos - a fiúk nagyobb kitettségét jelző - nemi mintázat (fiúk: 8,1%; lányok: 4,5%).

A visszaélészerű (orvosi recept nélküli) gyógyszerfogyasztás⁶⁶ életprevalencia értéke 10,2% az éves prevalencia érték pedig 4,9%. A visszaélészerű gyógyszerhasználaton belül a leginkább elterjedt a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli használata, amelynek életprevalencia értéke 6,8%. A megkérdezett fiatalok 4,6%-a próbálta ki az alkohol gyógyszerrel együtt történő fogyasztását, az altatók orvosi rendelvény nélküli kipróbálása pedig a válaszolók 4,1%-ánál fordult elő. Más hazai és nemzetközi vizsgálatokban megjelenő mintázattal összhangban a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás jellemzően a lányok körében fordul elő nagyobb arányban: 12,7%-uk próbálta ki az élete során, míg a fiúknál a megfelelő arány 7,6%. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztáson belül legelterjedtebb a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli fogyasztása (fiúk: 4,7%; lányok: 8,9%). Alkohol gyógyszerrel együtt történő fogyasztás életprevalencia értéke a fiúknál 3,5%, a lányoknál 8,9%. Jelentősebb nemek közötti különbségek figyelhetők meg az altatók orvosi rendelvény nélküli fogyasztás tekintetében is: a lányok kétszer annyian (5,4%) próbálták ki az altató orvosi recept nélküli fogyasztását, mint a fiúk (2,7%).

A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás kipróbálása a leggyakrabban 13-14 éves korban történik (13 évesen: 34,4%; 14 évesen: 29,2%), a használók 26,6%-a esetében, pedig az első kipróbálásra 12 évesen vagy annál fiatalabb korban kerül sor (12 évesen: 15,1%; 11 évesen vagy fiatalabb korban: 29,2%). Az elsőnek fogyasztott szert megnevező biztosan droghasználati célú droghasználók fele elsőként marihuánát vagy hasist fogyasztott, 22%-a inhalánsot, 6,5%-a pedig nyugtatót. Számottevő, 2-3%-os arányban előfordulnak még első szerhasználatként az ecstasy, az amfetaminok, valamint a heroin. Az összes többi szer 1% körüli, vagy annál kisebb arányban szerepel az elsőnek használt szerek között.

Szignifikáns kapcsolat van az iskolatípus és az életprevalencia értékek között. A 8. évfolyamon belül a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás, a tiltott szerhasználat, illetve a visszaélészerű gyógyszerhasználat jelentősen elterjedtebb a hat vagy nyolc osztályos gimnáziumba járó tanulók körében (rendre 20,4%; 13,8%; 17,5%), mint azoknál, akik a hagyományos, nyolc osztályos általános iskolai képzésben vesznek részt (rendre 9,6%, 6,8%, 9,5%).

A biztosan droghasználati célú fogyasztás esetében az iskolatípushoz hasonlóan, markáns – bár annál kisebb - eltérés figyelhető meg a fővárosi (14,8%) és a vidéki (9,8%) iskolákban tanuló diákok között.

Szignifikáns kapcsolatot mutatnak az egyéni szintű változók (tanulmányi átlag) a biztosan droghasználati célú szerfogyasztással: azon tanulók, akik kipróbáltak már valamilyen visszaélésre alkalmas szert, mind a gimnáziumban, mind az általános iskolában szignifikánsan alacsonyabb tanulmányi átlaggal rendelkeznek, mint azok, akik nem használtak soha semmilyen drogot. Szintén szignifikáns kapcsolat található az iskolába járás gyakorisága és a szerhasználat között: a „lógás” gyakoriságával egyenes arányban növekszik a fogyasztás prevalencia értéke.

⁶⁶ Nyugtató/altató, vagy alkohol gyógyszerrel együtt történő fogyasztása.

A 8. évfolyamon belül a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás szignifikánsan ritkábban fordul elő a mindkét édesszülőt tartalmazó családban élő gyermekek körében (7,9%). Ehhez képest minden más családtípusba tartozó fiatal kitétsége nagyobb: a biztosan droghasználati célú fogyasztás életprevalencia értéke az újrastrukturált⁶⁷, illetve az egyszülős családban közel azonos (16,9% és 16%), míg az egyéb családtípusban⁶⁸ ennél magasabb (23,9%). Mind a négy családszerkezet esetében a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia értéke alacsonyabb a biztosan droghasználat életprevalencia értékéhez képest.

A család társadalmi státusát – a szülők iskolai végzettségét – mérni hivatott mutató mentén szintén szignifikáns különbségek mutatkoznak a szerfogyasztó magatartások elterjedtségében. Azonban e tekintetben eltérőek a két vizsgált fogyasztó magatartás veszélyeztető tényezői. Míg a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás esetében a magasabb iskolai végzettséggel – legalább érettségivel – rendelkező szülők megóvó erőt jelentenek, a biztosan droghasználati célú fogyasztói magatartás vonatkozásában a szakmunkásképzőt végzett apák és anyák jelentenek megóvó erőt, s csak a legalacsonyabb iskolai végzettség (8 általánosnál kevesebb) veszélyeztető szerepe mutatkozik meg.

A család relatív gazdasági státusára vonatkozó mutató⁶⁹ mentén kapott eredmények a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás esetében a magasabb státus, a biztosan droghasználati célú fogyasztás esetében, pedig az átlagos körülmények megóvó, s az ennél rosszabb helyzet veszélyeztető szerepét jelzik.

Szintén szignifikáns összefüggés figyelhető meg a kérdezett drogfogyasztása, és a családban előforduló devianciák, káros szokások⁷⁰ között. Azok körében, akiknek szűk vagy tág családjában előfordul valamilyen káros szokás vagy deviáns magatartás - ez alól kivételt mindössze a dohányzás képez - rendre és szignifikánsan az átlagot meghaladó mind a biztosan droghasználati célú szerhasználat, mind a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia értéke. Ez a hatás általában fokozottabban érvényesül a közvetlen családi környezet, illetve a különböző szerhasználó magatartások családi mintái esetében.

Drogfogyasztás pszichés problémákkal küzdő gyermekpopulációban

A 2004. június – 2005. július között készült kutatás (Kiss et al. 2005) célja a dohányzás, az alkohol- és a kábítószer-fogyasztás felmérése volt a 7-19 éves depressziós gyermekpopulációban.⁷¹ A korábbi felmérések specifikusan ezt a populációt és ezt a viszonylag fiatalabb életkorú csoportot kevésbé vizsgálták. A kutatás eredményei szerint a 15 évesnél fiatalabb megkérdezettek 12,1%-a dohányzik rendszeresen, illetve 6,3%-a fogyaszt alkoholt. A 15 évesnél fiatalabb depressziós gyermekek 1,3%-a használ amfetamint, 1,8 %-a kannabiszt, 0,9%-a inhalánst, illetve 0,4%-a egyéb tiltott szert.⁷² Azok a gyermekek, akik több szert használnak, magasabb pontszámot értek el a gyermekdepressziós kérdőíven. A rendszeresen fogyasztott alkohol mennyisége nő a depressziós tünetek súlyosságának fokozódásával. A súlyos depressziós tüneteket mutató

⁶⁷ Egyik édesszülőt és egy nevelőszülőt tartalmazó családszerkezet.

⁶⁸ Édesszülőt nem tartalmazó családszerkezet.

⁶⁹ A család anyagi helyzete a fiatalok szubjektív megítélése alapján.

⁷⁰ A vizsgált magatartások a következők: dohányzás, rendszeres alkoholfogyasztás, öngyilkossági kísérlet, befejezett öngyilkosság, börtönviseltség, sok nyugtató- /altató fogyasztása, pszichológusi kezelés, kábítószerhasználat.

⁷¹ A kutatást a Szegedi Tudományegyetem Gyermekpszichiátria Osztálya, illetve a Pszichiátria Klinika Magatartástudományi és Pszichológia Oktatási Csoportja készítette. A vizsgálatban résztvevő intézmények (10 pszichiátriai gondozó) kiválasztása nem véletlen módon (szakértői és elérhetőségi mintavétel együttes érvényesítésével) történt. Az egyéni mintába a kutatásba vont kezelőhelyeken a vizsgálat egy éve alatt szűrt és pozitívnak bizonyult (mentálisan nem retardált, krónikus szomatikus betegségben nem szenvedő, major vagy minor depressziós) 7-19 éves gyermek került. Bruttó minta: 267 fő, nettó minta: 222 fő. A mintában 85,8% 7-15 éves, 14,2% 16-19 éves. A pszichiátriai diagnózis felállítása félig strukturált diagnosztikus interjúval (ISCA-D) történt. A kockázati viselkedésre vonatkozó adatokat a gyermekek önkitöltős módszerrel szolgáltatták.

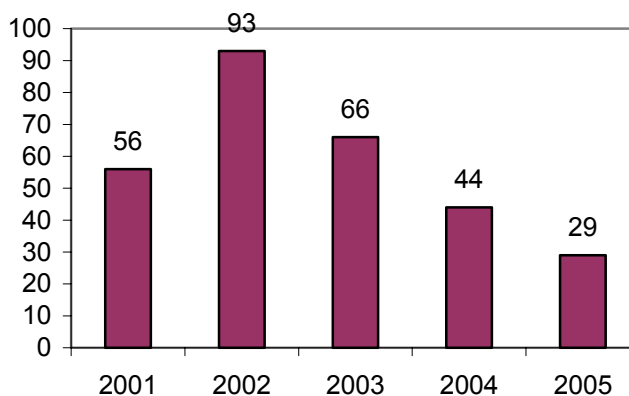
⁷² Ezen prevalencia értékek egy adott időpontban a bármilyen gyakorisággal szert fogyasztók arányát mutatja a 15 évesnél fiatalabb vizsgált populációban.

gyerekek a dohányzás szempontjából is fokozottabban veszélyeztetettek. Az egyes rizikótényezők és a kábítószer-használat között feltehetően az alacsony esetszám miatt nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat.

11.2. KEZELÉSBE VONT GYERMEKEK PROFILJA

Az egészségügyi kezelésben Magyarországon 39 gyermekpszichiátriai gondozó és 6 osztály lát el droproblémával küzdő gyermekeket. A 14 év alatti betegek esetében a gyermekpszichiátriai gondozók illetékesek.

24. ábra. Kezelésben részesült 15 év alatti gyermekek számának alakulása



Forrás: OSAP 1627, illetve EÜM 1211. sz. jelentés

A gyermekpszichiátriai gondozók összforgalmában 2002-től a 15 év alatti kezelték száma csökkenő tendenciát mutat: 2005-re 75,3%-kal csökkent a kezelésben részesültek száma. 2005-ben a 29 kezelt (8 lány, 21 fiú) – 2 kivétellel – 13-14 éves volt. A 21 fiúból 8 inhalánst, 6 fő kannabiszt, 3 fő benzodiazepint, 1 fő amfetamint, 1 fő heroint és 2 fő egyéb anyagot használ elsődleges szerként. A kezelt lányok között 4 fő kannabisz, 2 fő benzodiazepin-használat és 2 fő inhaláns miatt került kezelésbe. Csak a benzodiazepin-használók részesültek fekvőbeteg ellátásban, a többiekét járóbeteg ellátó helyen kezelték.

A szerek fogyasztási módjáról és gyakoriságáról nem állnak rendelkezésre adatok.

11.3. DROGFOGYASZTÁS SZEMPONTJÁBÓL VESZÉLYEZTETT GYERMEKKORÚ CSOPORTOK

Várandósság alatti drogfogyasztás a családban

Nagy szerepe van a védőnőknek a tiltott szerhasználat tényének felismerésében a várandósgondozás folyamán. A várandós nő több időt tölt el a védőnővel, mint orvosával és személyesebb lehet a kapcsolat is, hiszen a nyilvántartásba vett személyeket otthonukban és a védőnői tanácsadóban részesítik ellátásban a várandósság kezdetétől a gyermek megszületése után is. A védőnő tájékoztatja a várandós nőt a droghasználat veszélyeiről és ártalmairól, és ha a születendő gyermek helyzetét veszélyeztetettnek ítéli meg, tájékoztatja a várandós nő kezelőorvosát és az illetékes gyermekjóléti szolgálatot.

A védőnő által gondozott családban⁷³ többnyire a családtagtól származó információ alapján kerül az anamnézisbe a kábítószer, visszaélészerűen gyógyszert, alkoholt fogyasztó, illetve dohányzó családtag. Az alábbi táblázat a gondozott családokban a tiltott szer, alkoholfogyasztásra, illetve a dohányzásra vonatkozó adatokat mutatja 2004-ben.

⁷³ A családban várandós és/vagy 0-16 éves családtag van.

2005-től a védőnői szolgálat tiltott szerhasználatra vonatkozó adatgyűjtése megszűnt.

29. táblázat. Gondozott családokban előforduló drogfogyasztási adatok (fő)

	Tiltott szerfogyasztás	Alkohol-fogyasztás	Dohányzás	Gondozott családok száma összesen
Budapest	89	4.445	47.390	158.293
Összes megye Budapest nélkül	830	83.014	328.972	997.373
Összesen	919	87.459	378.962	1.155.666

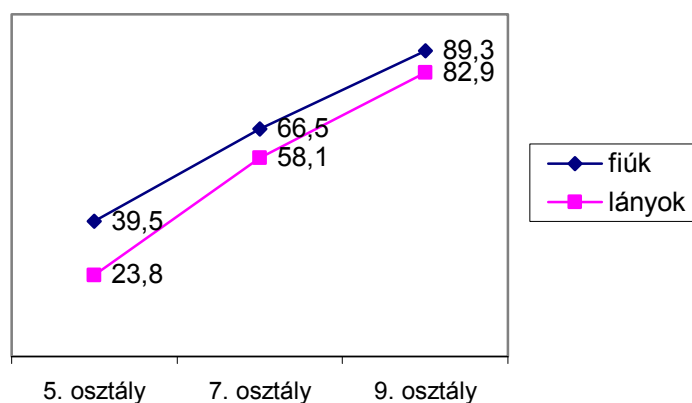
Forrás: 2004. évi Védőnői Jelentés

11.4. GYERMEKEK DROGFOGYASZTÁSÁNAK VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

Gyermekkorúak alkohol-fogyasztási szokásai

A 2002-ben készült vizsgálat (Aszmann 2003) célja az iskolai népesség egészségmagatartásának vizsgálata volt.⁷⁴

25. ábra. Az alkohol-fogyasztás életprevalencia értékei nemenként (%)



Forrás: Aszmann 2003

A kutatás eredményei szerint az alkohol kipróbálását jelző tanulók aránya az életkor növekedésével emelkedik, a 9. osztályos tanulók körében meghaladja a 80%-ot.

30. táblázat. A napi és heti rendszerességgel alkoholt fogyasztók aránya (%)

	5. osztály		7. osztály		9. osztály	
	fiú	lány	fiú	lány	fiú	lány
Sör	4,8	0,6	8,1	2,5	30,5	8,5
Bor, pezsgő	6,6	1,2	9,3	2,9	26,4	10,6
Rövidital	2,7	0,9	6,1	2,1	23,4	14,9

Forrás: Aszmann 2003

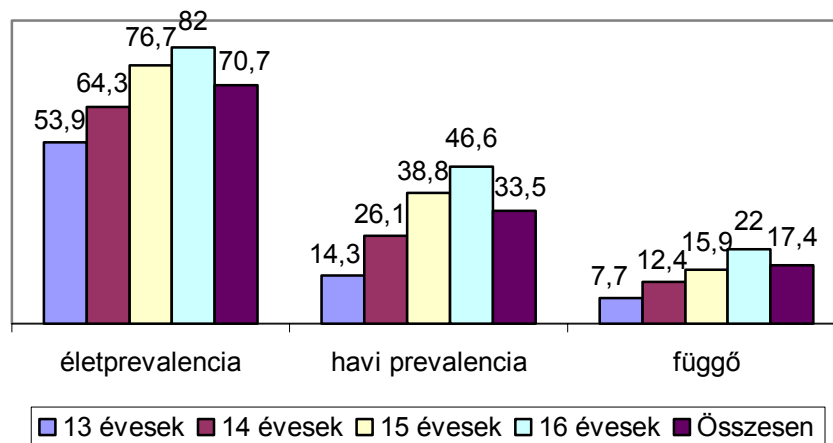
⁷⁴ A kutatás a HBSC nemzetközi vizsgálatsorozat keretében település és iskolatípus szerint rétegzett országos reprezentatív mintán készült. Az 5. osztályos tanulók (átlagéletkor: 11,5 év) nettó mintája 1419, a 7. osztályosoké (átlagéletkor: 13,5 év) 1512, a 9. osztályos tanulóké (átlagéletkor: 15,5 év) pedig 1413 fő, illetve mindhárom esetben a bruttó minta 1500 fő volt. Az adatfelvétel önkéntes módszerrel, osztályos lekérdezéssel történt a HBSC protokoll szerint.

Az életkor előrehaladtával a fiúk és lányok körében egyaránt magasabb alkohol prevalencia értékek figyelhetők meg. A 9. osztályos alkoholt fogyasztók aránya jelentősen nagyobb a fiatalabb osztályokhoz képest.

Gyermekkorúak dohányzási szokásai

A 2003 februárjában készült kutatás (Németh 2003) célja a 13-16 éves gyermekek dohányzási szokásainak felmérése, illetve segítségnyújtás a dohányzás-ellenes programok tervezésében, kivitelezésében és értékelésében.⁷⁵

26. ábra. A dohányzás élet- és havi prevalencia értéke, illetve a függők aránya a 13-16 évesek körében (%)



Forrás: Németh 2003

A kutatás eredményei szerint a tanulók 70,7%-a kipróbálta a dohányzást az élete során, a havi prevalencia érték (jelenleg is dohányzik) pedig 33,5%. A jelenleg is dohányzók 17,4%-nál már kialakult a függőség⁷⁶. A nemek között szignifikáns különbség nem tapasztalható. A dohányzást már kipróbáltak 17,7%-a 10 éves kora előtt szívta el az első szál cigarettát. Az életkor előrehaladtával nő a dohányzás prevalencia értéke a gyakorisággal egyenes arányban. A dohányzást még ki nem próbáló tanulók 20%-a valószínűnek tartja, hogy a jövőben dohányozni fog. Ez az arány a lányok körében jelentősen magasabb (27,9%) mint a fiúknál (15%). Mind a dohányzók, mind a nemdohányzók 20%-a pozitívan viszonyul a dohányzáshoz. A dohányzó serdülők több mint 75%-ának soha nem okozott nehézséget, hogy cigarettát vásároljon magának.

Gyermekkorú elkövetők

31. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt gyermekkorú (14 év alatt) elkövetők száma 2002-2004

Eset	Összes visszaélés kábítószerrel a bűncselekmények százalékában (%)
2003	7
2004	9
2005	9

⁷⁵ A kutatást az Országos Gyermekegészségügyi Intézet a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (Global Youth Tobacco Survey) kutatássorozat keretében készítette. A mintaválasztás és kivitelezés nemzetközileg standard metodológia szerint a 7-10. osztályos (13-16 éves) általános és középiskolai tanulók körében többlépcsős, rétegzett országosan reprezentatív mintán történt. Az adatfelvételt anonim önkéntes kérdőívvel végezték. Bruttó minta: 5410, nettó minta: 4484 tanuló.

⁷⁶ Azok a jelenleg dohányzók, akik reggel elsőként cigarettára gyújtanak, vagy úgy érzik, hogy rá kell gyújtaniuk.

A gyermekkorúak részesedése a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők körében az elmúlt két évben nem változott. Ezen bűncselekmény típust jellemzően nem gyermekkorúak követik el.

11.5. JOGI KERETEK

A 2005. évi III. törvény hirdette ki az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét, amely magába foglalja a dohánytermékek kiskorúak részére történő értékesítését megakadályozó intézkedéseket.

A 2005. évi CLXIV. törvény szerint 18. életévét be nem töltött személy részére szeszes italt, szexuális terméket, valamint dohányterméket kiszolgálni, illetve értékesíteni tilos. A kereskedő kétség esetén életkorának hitelt érdemlő igazolására hívhatja fel a terméket vásárolni kívánó személyt. Az életkor megfelelő igazolásának hiányában a termék kiszolgáltatását meg kell tagadni.

A rádiózásról és a televíziózásról szóló 1996. évi I. törvény a reklámkorlátok és tilalmak között is tartalmaz a kiskorúak védelmét szolgáló rendelkezéseket, melyek szerint nem szabad közzétenni dohányárut, fegyvert népszerűsítő, ismertető reklámot, az alkoholtartalmú italok reklámja nem szólhat kiskorúakhoz, és nem ábrázolhat alkoholt fogyasztó kiskorút.

Az 1997. évi LVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenységről kimondja, hogy tilos alkoholtartalmú italt reklámozni gyermek- vagy fiatalkorúak számára készült műsorszámot közvetlenül megelőzően, annak teljes időtartama alatt és közvetlenül azt követően; játékon és annak csomagolásán; közoktatási és egészségügyi intézményben és annak bejáratától számított 200 méteres távolságon belül.

Magyarországon a gyermekkorban (14 év alatt) elkövetett bűncselekmények nem büntethetőek, így egyértelműen a gyermekvédelem hatáskörébe tartoznak. A 23/2003. (VI. 24) BM-IM együttes rendelet 145. § (3) bekezdése alapján a nyomozó szerv a fiatalkorúval szemben indult büntetőeljárásról, továbbá a szülő vagy törvényes képviselő által a gyermek- vagy fiatalkorú sérelmére elkövetett bűncselekmény miatt indult büntetőeljárásról a megalapozott gyanú közlését követően értesíti a gyermekjóléti szolgálatot, továbbá a gyermek-, illetve fiatalkorú lakóhelye szerint illetékes gyámhatóságot.

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény határozza meg a gyermekvédelmi szakellátások célját, körét és speciális formáit:

- A gyermekvédelmi szakellátás keretében kell biztosítani az ideiglenes hatállyal elhelyezett, az átmeneti és a tartós nevelésbe vett gyermek otthont nyújtó ellátását, a fiatal felnőtt további utógondozói ellátását, valamint a szakellátást más okból igénylő gyermek teljes körű ellátását.
- Otthont nyújtó ellátást biztosít a nevelőszülő a működtető közreműködésével, vagy - ha ez nem lehetséges - a gyermekotthon, vagy az Szociális törvény hatálya alá tartozó fogyatékosokat ápoló-gondozó bentlakásos intézmény, illetve fogyatékosok vagy pszichiátriai betegek lakóotthona a területi gyermekvédelmi szakszolgálat támogatásával, különösen családgondozással, a gyermek törvényes képviselőjének ellátásával.
- Otthont nyújtó ellátás keretében speciális ellátást kell biztosítani az ideiglenes hatállyal elhelyezett, az átmeneti és a tartós nevelésbe vett azon gyermekek számára, akik alkohollal, droggal és egyéb pszichoaktív szerekkel küzdenek.
- Speciális hivatásos nevelőszülő az a hivatásos nevelőszülő, aki a képesítési előírásoknak megfelel, és alkalmas a nála elhelyezett súlyos pszichés vagy

disszociális tüneteket mutató, illetve pszichoaktív szerekkel küzdő, speciális ellátást igénylő gyermek kiegyensúlyozott nevelésének biztosítására és családjába történő visszakerülésének elősegítésére. A nevelőszülőt nevelési díj illeti meg, amely pszichoaktív szerekkel küzdő gyermek esetében emelt összegű.

- Az ifjúsági, családügyi, szociális és esélyegyenlőségi miniszter gondoskodik az átmeneti vagy tartós nevelésbe vett súlyos pszichés vagy disszociális tüneteket mutató, illetve pszichoaktív szerekkel küzdő gyermekek ellátásának feltételeiről, feltéve, ha - az országos gyermekvédelmi szakértői bizottság véleménye alapján - a gondozásuk máshol nem biztosítható, vagy ha külön elhelyezésük szükséges. Ennek érdekében speciális gyermekotthonokat tart fenn.

11.6. GYERMEKEK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG

Az iskolai prevenció szintjén jelenlévő drogpreneció programok feltárására, leírására irányuló kutatás (Paksi 2006) keretében közvetlenül a diákokra irányuló 139 iskolai prevenció program került azonosításra. Az egyes korosztályok számára nyújtott prevenció programokat tekintve a legnagyobb választék a felső tagozatos (10-14 éves) tanulóknak áll rendelkezésére (102 program), a középiskolásokra (14-18 éves) irányuló programok száma 95, az alsó tagozatosokra (6-10 évesek) irányuló programok száma (19 program) ezektől messze elmarad. A programok bővebb leírása a 2004-es Jelentésben megtalálható.

12. KOKAIN ÉS CRACK⁷⁷

12.1. KOKAIN, CRACK-FOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN

Kokain, crack-fogyasztás az átlag populációban

A felnőtt populáció kokain és crack fogyasztására vonatkozóan a 2001-ben és 2003-ban készült országos vizsgálatokból (Elekes, Paksi 2004; Paksi 2003a) rendelkezünk adatokkal.⁷⁸

32. táblázat. Kokain, crack élet-, éves és havi prevalencia értékei 2001-ben és 2003-ban a 18-54 éves felnőtt népesség körében (%)

	Kokain			Crack			Tiltott szerek ⁷⁹ összesen		
	Életprev.	Éves prev.	Havi prev.	Életprev.	Éves prev.	Havi prev.	Életprev.	Éves prev.	Havi prev.
2001	0,9	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	7,7	2,5	1,2
2003	0,9	0,4	0,2	0,4	0,3	0,2	11,4	4,4	1,6

Forrás: Elekes, Paksi 2004, Paksi 2003a

A felnőtt lakosság körében megfigyelt kokain-, crack-használat egy százalék alatti prevalencia értékei alacsony megbízhatóságot eredményeznek. Így ezen adatok alapján nem lehet megállapításokat tenni a felnőtt populáció kokain-, crack-fogyasztási szokásaira, a fogyasztók jellemzőire vonatkozóan.

Kokain-, crack-fogyasztás az iskolás- és fiatalkorú populációban

A fiatalkorú populáció kokain és crack fogyasztásáról 1995-ben, 1999-ben és 2003-ban készült ESPAD kutatásokból (Elekes, Paksi 2003a) állnak rendelkezésre országos adatok.⁸⁰

33. táblázat. Kokain és crack életprevalencia értékei (%) országosan 1995 és 2003 között (16 éves középiskolások körében)

	Kokain	Crack	Tiltott szerek ⁸¹ összesen
1995	0,2	0,1	4,8
1999	0,8	0,8	12,5
2003	0,8	0,8	16,2

Forrás: Elekes, Paksi 2003a

⁷⁷ A fejezet szerzői: Arnold Petra, Nádas Eszter, Porkoláb Lajos, Varga Orsolya

⁷⁸ Mindkét vizsgálat országos reprezentatív mintán, kevert módszerrel (face to face és önkitöltős kérdőív), 2001-ben a 19-65 évesek, 2003-ban a 18-54 évesek körében készült. 2001-ben bruttó minta: 2500, nettó minta: 2359, 2003-ban bruttó minta: 4012, nettó minta: 3675 fő.

⁷⁹ Tiltott szerek között a következők szerepelnek: kannabisz, heroin, egyéb opiát, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD, mágikus gomba, GHB.

⁸⁰ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja készítette országos reprezentatív mintán. Az adatfelvétel önkitöltős módszerrel, osztályos lekérdezéssel történt az ESPAD standardok szerint.

⁸¹ Tiltott szerek között a következők szerepelnek: kannabisz, heroin, egyéb opiát, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD, mágikus gomba, GHB.

A vizsgált években a 16 éves fiatalok körében a kokain-, illetve a crack-fogyasztás mutatják a legalacsonyabb értékeket. A kicsi esetszám miatt a fiatalok körében a kokain- és crack-fogyasztási szokásaira, a fogyasztók jellemzőire vonatkozóan nem rendelkezünk megbízható adatokkal.

12.2. KOKAIN, CRACK-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ PROBLÉMÁK

Kokain miatt kezelésbe vont kliensek profilja

34. táblázat. Kokain miatt kezelt kliensek száma 2001-2005

	Kokain miatt kezelt kliensek száma			Illegális szerek miatt kezelt kliensek száma (fő)
	Összesen (fő)	Férfi (%)	Nő (%)	
2001	206	72	28	7880
2002	136	74	26	5638
2003	131	76	24	7786
2004	113	77	23	8028
2005	138	72	28	9219

Forrás: OSAP 1627, illetve EüM 1211. sz. jelentés

A kokain-fogyasztás miatt kezelt kliensek száma 2001 és 2004 között csökkenő, míg az illegális szerek miatt kezelt kliensek száma 2002-től növekvő tendenciát mutat. A csökkenés nagy valószínűséggel azzal magyarázható, hogy az elmúlt években több magán pszichiátriai és addiktológiai klinika alakult, amelyek nem kötelesek adatot szolgáltatni a kezelt kliensekről, így azok feltehetően kimaradtak az OSAP által regisztráltak köréből. Az öt év alatt a férfi-nő arány nem változott jelentős mértékben. 2001 és 2005 között kokain miatt kezelt kliensek többsége 25-34 éves volt.

Kokain-fogyasztással összefüggő halálozás

Kokain-fogyasztással összefüggő halálozás esetében csak a közvetlen túladagolás okozta esetekről állnak rendelkezésre adatok az elmúlt évekből. A 2003-as 4 haláleset óta csökkent a kokain-fogyasztás okozta halálesetek száma, ezzel együtt az összahalálozáson belüli arányuk is csökkent. A látszólagos csökkenést azonban óvatosan kell kezelni, hiszen a kokain sok esetben közvetett módon vezet halálhoz: infarktus, egyéb szívizom elváltozások, szívritmus zavarok formájában. Ezek az esetek azonban sokszor rejtve maradnak.

12.3. VÁLASZOK ÉS BEAVATKOZÁSOK A KOKAIN- ÉS CRACK-FOGYASZTÁSRA

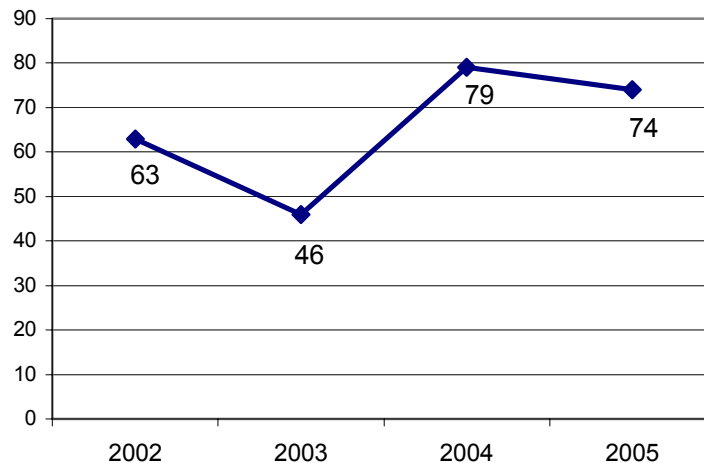
A magyar Büntető Törvénykönyv (Btk.) a „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmény esetében nem tesz különbséget az elkövetés tárgyában, így a kokain és a crack esetében sem. A büntetés mértékének meghatározásakor azonban a különböző kábítószer-fajták tiszta hatóanyag tartalmát veszi alapul. Így a csekély mennyiség az egyes kábítószer-fajtáknál különbözik. A Btk-ban szereplő elkövetési magatartások szempontjából a kábítószer csekély mennyiségű, ha annak bázis formában megadott tiszta hatóanyag tartalma a kokain esetén a 2 gramm mennyiséget nem haladja meg [1979. évi 5. törvényerejű rendelet 23. § (1) a)].

A kínálatcsökkentés szempontjából nem határozhatunk meg kiemelten kokainnal, crack-kel összefüggő tevékenységet.

12.4. KOKAINNAL ÖSSZEFÜGGŐ BŰNÖZÉS ÉS A KOKAIN, CRACK PIACA

A kokainnal összefüggő bűnözés az összes kokainnal való visszaélés kis százalékát teszi ki. A letartóztatások számának alakulása nem mutat egyértelmű tendenciát az elmúlt években sem, így a letartóztatások számának jövőbeni emelkedése vagy csökkenése sem jelezhető előre.

27. ábra. Kokainnal való visszaélés miatt letartóztatottak száma



Forrás: ORFK

A 2005-ben letartóztatott személyek nem és életkor szerinti megoszlása a következő volt a kokain esetében (74 letartóztatott személy közül):

- 68 férfi és 6 nő;
- 32 fő 15-24 év közötti és 42 fő 25 évnél idősebb.

Kokain-piac

*Kínálat*⁸²

Magyarországon a kokainnak nincs akkora felvevő piaca, mint az Európai Unió más tagországaiban, de kialakulóban van egy olyan vásárlói kör, mely vagyoni helyzeténél fogva képes megfizetni a drágább kábítószeret. A Magyarországon árult kokaint jellemzően Hollandiából szerzik be.

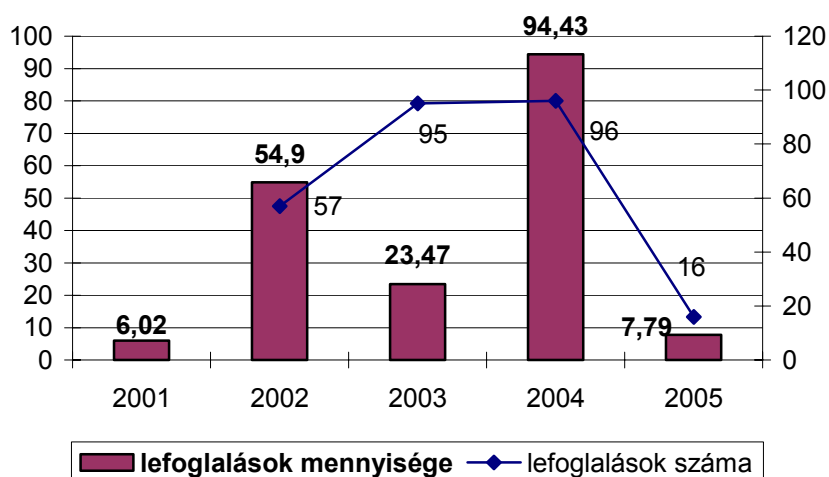
A crack jelenléte nem figyelhető meg, így sem lefoglalási adatokkal, sem hatóanyag-tartalommal kapcsolatos adatokkal nem rendelkezünk.

Lefoglalások

A kokain lefoglalások mennyisége esetében – amely nagyban függ a rendőrségi felderítésektől – nem figyelhető meg tendencia.

⁸² A Nemzeti Nyomozóiroda jelentése alapján.

28. ábra. A Magyarországon lefoglalt kokain mennyisége és a lefoglalások száma⁸³

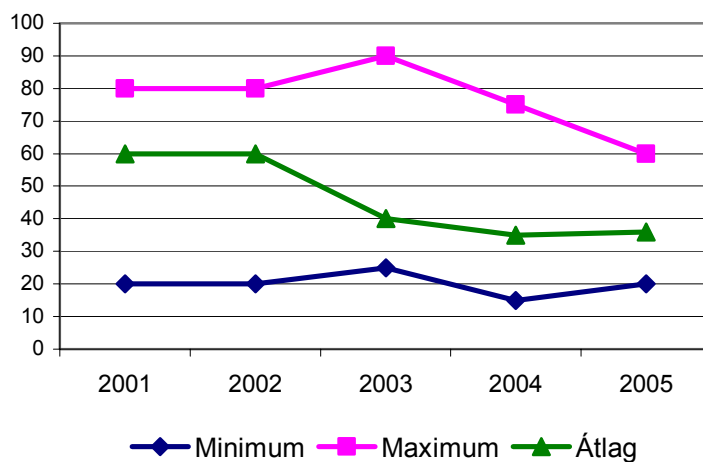


Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Tisztaság

A hatóanyag-tartalom vizsgálatakor a por alakban talált kábítószereknél a 100 grammnál kisebb mennyiségeket tekintik „utcai” mennyiségnek. A kokain laboratóriumi mintáinak kiválasztása során a 2 grammnál nagyobb mennyiségek esetében vizsgálják a hatóanyag-tartalmat. A lefoglalt kokain átlagos tiszta hatóanyag-tartalma az elmúlt években csökkenő tendenciát mutat. A hatóanyag-csökkenést magyarázhatja, hogy hígítatlan kokain nem került érdemi mennyiségben lefoglalásra.

29. ábra. Az utcán terített kokain hatóanyag-tartalom változása 2001 és 2005 között (%-ban)



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Utcai árak

A kábítószeres utcai árakat vizsgáló kutatás csak az elmúlt két évben történt, így ezek eredményeiből nem vonható le hosszú távú következtetés. A leggyakoribb ár a megkérdezett fogyasztók szerint 15.000 Ft (azaz 60 €) körül mozog grammonként.

⁸³ A 2001-ben történt lefoglalások számáról nem rendelkezünk adatokkal.

13. DROGOK ÉS GÉPJÁRMŰVEZETÉS⁸⁴

13.1. POLITIKA, STRATÉGIA

A Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására két helyen említi a közúti ellenőrzések fontosságát a kábítószer befolyása alatt okozott balesetek elkerülése érdekében. A közösségi együttműködés rövid- valamint középtávú céljai között szerepelnek az alábbi részek:

„Helyi ellenőrzési formák megteremtése és ellenőrzése (pl. kábítószer-befolyás alatti gépkocsivezetés, zenés-táncos szórakozóhelyek engedélyezési eljárása, illetve a szórakozóhelyek ellenőrzése abból a szempontból, hogy teljesítik-e a követelményeket).”

„Kiemelt figyelmet érdemel a diszkóbalesetek számának csökkentése. Fokozni kell a közúti ellenőrzéseket a közösség egészségének és biztonsága érdekében. Megszervezendő, hogy a szórakozóhelyekre illetve az onnan való hazajutás alkalmával a fiatalok a tömegközlekedés vagy speciális szolgáltatások lehetőségeit vehessék igénybe.”

13.2. PREVALENCIA ÉS EPIDEMIOLÓGIAI MÓDSZEREK

Magyarországon ez idáig nem készült becslés a kábítószer hatása alatt történő gépjárművezetés előfordulási gyakoriságáról.

13.3. NYOMOZÁS, INTÉZKEDÉSEK ÉS RENDÉSZETI TEVÉKENYSÉG

A közúti közlekedés szabályairól szóló 1/1975. (II. 5.) a közlekedési- és postaügyi miniszter és a belügyminiszter közös rendeletének (KRESZ) 4. §. (1) bekezdés c) pontja szerint „Járművet az vezethet, aki (...) a vezetési képességre hátrányosan ható szer befolyása alatt nem áll, és szervezetében nincs szeszes ital fogyasztásából származó alkohol”. Ez alapján a rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 44.§. (1) bekezdés c) pontja szerint a Rendőrségnek lehetősége van arra, hogy a gépjármű vezetőjének biztonságos vezetésre alkalmas állapotát ellenőrizze.

Az 1978. évi IV. törvény a Büntető törvénykönyvről 188. §-a rendeli büntetni a Járművezetést ittas vagy bódult állapotban:

„188. § (1) Aki szeszes italtól befolyásolt állapotban, vagy a vezetési képességre hátrányosan ható szer befolyása alatt vasúti vagy légi járművet, valamint gépi meghajtású vízi járművet vagy úszó munkagépet, avagy közúton gépi meghajtású járművet vezet, vétséget követ el, és egy évig terjedő szabadságvesztéssel, közérdekű munkával vagy pénzbüntetéssel büntethető.”

A fenti rendelkezések egyértelműen mutatják, hogy a magyar jogrendszer nem tesz különbséget aszerint, hogy milyen drogtípus befolyása alatt történt a gépjárművezetés. Így a különböző kábítószer-fajták, nyugtatók és altatók szerinti adatgyűjtés nem lehetséges, valamint az nem befolyásolja a büntethetőséget és a büntetés mértékét.

⁸⁴ A fejezet szerzője: Varga Orsolya

A rendőrség közúti ellenőrzések során, valamint balesetek esetén vizsgálja a befolyásoltságot/alkohol szervezetben való jelenlétét. Alapvető különbség, hogy a balesetek bekövetkeztekor kötelező a gépjármű vezetőjének vizsgálata, míg a közúti ellenőrzéskor az ellenőrző rendőr szabálysértés vagy bűncselekmény gyanúja nélkül is vizsgálhatja a vezető állapotát. Az ellenőrzés rutinszerűen az alkohol befolyásoltságot vizsgálja (alkoholszonda), a kábítószeres, altatók és nyugtatók esetében nincsen rutinszerű vizsgálat. Magyarországon a rendőrök alapkiképzésének része a befolyásoltság felismerése, nem történik speciális csoportok kiképzése ebből a célból.

Amennyiben az alkoholszondás vizsgálat eredménye negatív, azonban valamely más vezetési képességre hátrányosan ható szer befolyását gyanítja az ellenőrzést végző rendőr, lehetőség van drogteszt elvégzésére. Ebben az esetben a gépjármű vezetőjét a rendőrség egy hivatalos helyiségében vizeletminta adására kötelezhetik, amelyből előszűrés végeznek.

Ha az előszűrés eredménye pozitív, a maradék vizeletmintát és az ezt követően levett vérmintát az Országos Igazságügyi Toxikológiai Intézetbe (OITI) küldik, ahol azt újból vizsgálatnak vetik alá. A további büntetőeljárás során kizárólag az OITI által, a vér vizsgálata során megállapított eredmény használható fel bizonyítékként.

Alapvető különbség van szeszes ital és a más vezetési képességre hátrányosan ható szer miatti befolyásoltság büntethetőségében. Az alkohol kimutatása a gépjármű vezetőjének szervezetében csak szabálysértést valósít meg, azonban ha a vezető az alkoholtól befolyásolt állapotban is van, akkor bűncselekmény valósul meg. Eszerint a büntethetőséghez elég az alkohol jelenlétének szondás, majd vérvétel általi bizonyítása.

A vezetési képességre hátrányosan ható más szer – kábítószer, altató, nyugtató - esetén a KRESZ (Közúti Rendelkezők Egységes Szabályozása) azonban csak a befolyásoltságot tiltja, a szervezetben kimutatható jelenlétet önmagában nem. Tehát a közlekedési bűncselekményt a befolyásoltság alatt történő gépjárművezetés valósítja meg.

Amennyiben a vizsgálat során kábítószer fogyasztására derül fény természetesen a rendőrség hivatalból eljárást indít visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt a közlekedési bűncselekménytől függetlenül.

A fentiekből következik, hogy a büntethetőséget és a büntetés mértékét a szervezetben kimutatott drogok mértéke nem befolyásolja.

A büntetések a következők lehetnek:

- a Btk. 188. §-a alapján a szabadságvesztés mértéke alapesetben 1 évig terjedő, súlyosbító körülmények esetén akár 10 évig terjedő lehet (ilyen lehet pl. ha a bűncselekmény több ember halálát okozza);
- a 188. § megvalósulása esetén a járművezetéstől eltiltás büntetés is alkalmazható, 1-10 évig terjedő tartamban, vagy határozatlan ideig (későbbi bírói felülvizsgálat lehetséges).

A 2005-ös évben a „közúti jármű vezetése bódult állapotban” bűncselekmények száma 162 volt. Ez az elmúlt évekhez képest növekedést jelent.

35. táblázat. Az ismertté vált közúti jármű vezetése ittas vagy bódult állapotban bűncselekmények száma 1999 és 2005 között

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Közúti jármű vezetése bódult állapotban	53	86	135	151	94	114	162
Közúti jármű ittas vezetése	12.623	11.669	11.621	13.318	12.737	13.758	14.417

Forrás: ERÜBS

A fent említett okok miatt ezen adatokból nem állapítható meg, hogy milyen szer hatása alatt történt a bűncselekmény elkövetése.

Fontos megállapítanunk, hogy a növekvő esetszámok ellenére a szeszes italtól befolyásolt állapotban történő gépjárművezetés az összes közlekedési bűncselekmény 63%-át teszi ki, míg a bódult állapotban történő gépjárművezetés nem éri el az 1%-ot (0,71%).

2005-ben egy nemzetközi közlekedésbiztonsági akcióban, a TISPOL *Alcohol Drug Action* keretében 24 európai ország mellett Magyarország is fokozott ellenőrzést tartott a közutakon. Az akció végrehajtási ideje 2005. december 14-17-e között volt. Az ellenőrzésben 2180 rendőr vett részt, és 22.703 járművezetőt vontak ellenőrzés alá. A pozitív drogtesztek száma 0, a pozitív alkoholtesztek száma 274 volt.

A TISPOL akció magyarországi végrehajtását jelentős sajtókampány előzte meg. Az ellenőrzésről a közlekedők széles köre már előre értesült, mely preventív hatása egyértelműen érezhető volt. Ugyanakkor az is megállapítható, hogy a karácsony előtti forgalomnövekedés alapvető okát a bevásárlások képezik, és ilyenkor az ittas, bódult vezetések aránya az átlagosnál csekélyebb.⁸⁵

Magyarország 2006-ban két alkalommal (júniusban és decemberben) vesz részt a TISPOL akcióban.

13.4. PREVENCIÓN

Az autósiskolákban nem működik speciális prevenció program.

A gyógyszerek alkalmazása hatással lehet a vezetési képességre (előre látható mellékhatás), ezért a gyógyszerek kísérőirataiban ezeket fel kell tüntetni. A kísérőiratok a betegtájékoztatót és az orvosok számára kiadott alkalmazási előírást tartalmazzák. A gyógyszer gyártó cég a mellékhatások vizsgálatok kötelezően vizsgálni a vezetési képesség esetleges befolyásolását a gyógyszer által. Amennyiben ezen mellékhatás ismeretes, azt szövegesen kell megjeleníteni a kísérőiratokban.

Az egészségügyi miniszter 52/2005 (XI. 18.) számú rendeletének 17. § (1) bekezdése szerint az alkalmazási előírásnak a rendelethez tartozó 2. számú melléklet szerinti adatokat kell tartalmaznia.⁸⁶

A gyógyszer forgalomba hozatali engedélyező eljárás során az Országos Gyógyszerészeti Intézet vizsgálja a kísérőiratokban foglalt helyességét, valamint a klinikai vizsgálatok során szerzett tapasztalatok alapján a leírt mellékhatások teljességét.

⁸⁵ Forrás: ORFK Szóvivői Iroda

⁸⁶ 2. számú melléklet 4.7. pontja: „A készítmény hatásai a gépjárművezetéshez és a gépek üzemeltetéséhez szükséges képességekre”

14. FELHASZNÁLT IRODALOM

- Arnold P. (2006). Kábítószer-jelenség a 2005-ös írott sajtóban. Nem publikált tanulmány.
- Aszmann A. (2003). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- Csohán Á., Kaszás K., Lendvai Gy. (2006). Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről- Országos Epidemiológiai Központ. Nem publikált tanulmány
- Demetrovics Zs., Gyalog B. (2005). Drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök mérése. Nem publikált tanulmány.
- Demetrovics Zs., Marián A., Obláth M. (2005). A kábítószer-fogyasztók társadalmi megítélésének vizsgálata különböző célcsoportokban, attitűdskála szerkesztése és tesztelése. Kutatási beszámoló. Nem publikált.
- Domokos T., Mahler B., Ruff T. (2005). A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tagjai drogattitűdjének és társadalmi kapcsolatrendszerének vizsgálata Magyarországon. ICsSzEM kutatási beszámoló. Nem publikált.
- Elekes Zs. (2005). A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. Demográfia (4) 345-374.
- Elekes Zs., Paksi B. (2000). Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. ISMertető 8. ISM, Budapest.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003a). The ESPAD 2003 Country Report – Hungary. Nem publikált tanulmány.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003b). ESPAD 2003 vizsgálat nyolcadik évfolyamra való kiterjesztése. Nem publikált tanulmány.
- Elekes Zs., Paksi B. (2004). A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Nem publikált tanulmány.
- Elekes Zs., Paksi B. (2005a). A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal és drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. Nem publikált tanulmány.
- Elekes Zs., Paksi B. (2005b). Alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokások budapesti 9-10. évfolyamos középiskolások körében. Nem publikált tanulmány.
- Elekes Zs., Nyírády A. (2006). A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése. Nem publikált tanulmány.
- Erdélyi I. szerk. (2005). A Nemzeti stratégia félidejének értékelésének részletes tapasztalatai Trimboz Intituut, Budapest.
- Erdélyi I. szerk. (2005). Hogyan erősíthető meg a magyar drogpolitikai koordináció az értékelés tükrében? Trimboz Intituut, Budapest.

Farkas L., Gerevich J. (2005). Fogyatékosok drogfogyasztási jellemzőinek feltárása. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

Gachályi A. (2006). 2005. évben végzett szűrővizsgálatok. MH EVI Toxikológiai Kutató Osztály, Kábítószer Vizsgáló Laboratóriuma. Nem publikált tanulmány.

Gábor E., Felvinczi K., Nyírády A. szerk. (2004). Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ICsSzEM, Budapest.

Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2005). A Kezelési Igény Indikátor Protokoll magyarországi adaptációja. Psychiatria Hungarica 20 (6) 417-441. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.

Görbe É. (2006). A terhesség alatti drog- és gyógyszerfüggőség hatása az újszülöttre, a Semmelweis Egyetem I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 2004-ben és 2005-ben előfordult esetek vizsgálata. Nem publikált tanulmány.

Hajnal Gy. (2005). A kábítószer-problémával összefüggő költségvetési kiadások meghatározása: alapkérdések, módszertani problémák, fejlődési irányok az uniós tapasztalatok tükrében. Nem publikált tanulmány.

Hajnal Gy. (2006). A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2005-ben. Nem publikált tanulmány.

Jónás J., Barsiné Fodor K., Kiss P., Péterfiné Türgyei M. (2006). A pulmonológiai intézmények 2005. évi epidemiológiai és működési adatai. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet.

Kiss E., Pikó B., Vetró Á. (2005). Kockázati magatartás depressziós gyermekeknél. *Psychiatria Hungarica*, in press.

Kó J., Münnich I. (2005). A médiaszereplők kábítószerrel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata, ICsSzEM. Nem publikált tanulmány.

Marton K. (2005). Drogprevenció a szabadidős foglalkozásokban – elméletben és gyakorlatban, Gyerektoparadicsom Alapítvány. Nem publikált tanulmány.

Márványkövi F., Melles K., Rácz J. (2006). A kezelésbe és tícserébe jutás akadályai problémás használók körében. Nem publikált tanulmány.

Németh Á. (2003). Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (Global Youth Tobacco Survey). Országos Gyermekegészségügyi Intézet. Nem publikált tanulmány.

Paksi B. (2003a). Drogok és felnőttek. A tizenhét év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. L'Harmattan, Budapest

Paksi B. (2003b). Prevenció programok átfogó monitorozása értékelése. Nemzeti Kutatási és Fejlesztési Program. Nem publikált tanulmány.

Paksi B., Felvinczi K., Schmidt A. (2004). Prevenció/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban, A közoktatási intézményekben alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programok elterjedtsége, valamint az azokkal szemben támasztott iskolai igények. Nem publikált tanulmány.

Paksi B. (2006). Prevenációs tevékenységek átfogó monitorozása. Nem publikált tanulmány.

Szabó É. (2006). Kábítószer-fogyasztó anyák újszülöttjeinek ellátása a Schöpf-Merei Kórház NIC-Koraszülött osztályán. Nem publikált tanulmány.

Szilágyi Zs. (2006). A kábítószer fogyasztási szokások felmérése a Magyar Honvédség személyi állománya körében: A kábítószer-fogyasztás epidemiológiai vizsgálata és a pszichológiai háttértényezők feltárása. MH Egészségvédelmi Intézet. Nem publikált tanulmány.

Trautmann, F. et al. (2005). How to Strengthen the Coordination of Drug Policy Formulation and Evaluation in Hungary

Vajda R. (2005). A krízisterhességek és gravidák aktuális nyomonkövetése és ellátása. Hippocrates 4.

Vályi P. (2005). A kábítószer hatása a cardiovasculáris rendszerre. LAM 15. 353-363. Literatura Medica, Budapest.

Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Országos Kémiai Biztonsági Intézet, Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (2005). Mérgezési eset bejelentések

Igazságügyi Minisztérium Pártfogó felügyelői és Jogi Segítségnyújtó Szolgálat Országos Hivatala, Módszertani és Jogi Osztálya (2004). Tapasztalatok az elterelésről. Nem publikált tanulmány.

Nemzeti Drog Fókuszpont (2005). A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok látókörébe került iskolai kereteken kívül működő drogprevenációs programok feltérképezése. Nem publikált tanulmány.

FÜGGELÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A KÖKK 2005. évi értékével kapcsolatos fő eredmények _____	12
2. táblázat. Szerenkénti élet-, éves és havi prevalencia értékek 2005-ben a Magyar Honvédség személyi állományában (%) _____	22
3. táblázat. 2005-ben végzett kábítószer szűrővizsgálatok _____	22
4. táblázat. A problémás drogfogyasztók rejtett és teljes száma főbb korcsoportok szerint	29
5. táblázat. Az intravénás drogfogyasztók rejtett és teljes száma főbb korcsoportok szerint*	29
6. táblázat. Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2005-ben _____	40
7. táblázat. 2005-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek száma _____	44
8. táblázat. 2005-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek száma havonta _____	44
9. táblázat. Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2005-ben _____	45
10. táblázat. Közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekben _____	47
11. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoporthoz szerinti megoszlása _____	48
12. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között _____	48
13. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut C hepatitiszes betegek között _____	49
14. táblázat. Az iv. kábítószer-használók HIV, HBV, HCV fertőzöttsége _____	50
15. táblázat. TBC-s betegeknél talált rizikótényezők _____	50
16. táblázat. Drogok újszülöttre gyakorolt hatása _____	51
17. táblázat. A krízisprogram keretében gondozott 1260 terhes (1996-2004) _____	52
18. táblázat. SE I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján észlelt neonatális elvonási szindrómák adatai 2004-2005-ben _____	54
19. táblázat. Illegális szerfogyasztása miatt bekövetkezett mérgezések korcsoportonként, 2005 _____	55
20. táblázat. Szipuzás miatt bekövetkezett mérgezések korcsoportonként, 2005 _____	55
21. táblázat. Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003-2005 _____	58
22. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés ideje szerint _____	61
23. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2005-ben _____	62
24. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása 2005-ben _____	63
25. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége _____	70
26. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban _____	71
27. táblázat. Kábítószeres utcai árai euroban _____	71
28. táblázat. Az utcán terített kábítószeres tiszta hatóanyag tartalma tömegszázalékban _____	72
29. táblázat. Gondozott családokban előforduló drogfogyasztási adatok (fő) _____	78
30. táblázat. A napi és heti rendszerességgel alkoholt fogyasztók aránya (%) _____	78
31. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt gyermekkorú (14 év alatt) elkövetők száma 2002-2004 _____	79
32. táblázat. Kokain, crack élet-, éves és havi prevalencia értékei 2001-ben és 2003-ban a 18-54 éves felnőtt népesség körében (%) _____	82
33. táblázat. Kokain és crack életprevalencia értékei (%) országosan 1995 és 2003 között (16 éves középiskolások körében) _____	82
34. táblázat. Kokain miatt kezelték száma 2001-2005 _____	83
35. táblázat. Az ismertté vált közúti jármű vezetése ittas vagy bódult állapotban bűncselekmények száma 1999 és 2005 között _____	87

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. A cikkek tematikus megoszlása 2001-2005 (%)	19
2. ábra. A szerenkénti életprevalencia értékek tendenciái 1992 és 2005 között, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében (%)	21
3. ábra. Az iskolai kereteken kívül tevékenykedő szervezetek által megjelölt célcsoportok (említések száma), N=54	26
4. ábra. Kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon (fő)	31
5. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása (fő)	31
6. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében (fő)	32
7. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében (fő)	32
8. ábra. Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján (fő)	33
9. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma (fő)	34
10. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma (fő)	34
11. ábra. Leggyakoribb szertípusok a kezelt férfiak és nők körében (fő)	35
12. ábra. A kezelt megoszlása a drogfogyasztás módja szerint(2004-ben 19 esetben nem ismert)	35
13. ábra. A kezelt intravénás droghasználók megoszlása (fő)	36
14. ábra. A kezelt megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint (fő) (2004-ben 19 esetben nem ismert)	36
15. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt kliensek száma (fő)	37
16. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt megoszlása drogtípusok szerint (fő)	37
17. ábra. Drogfogyasztással összefüggő halálesetek korcsoportonként, szertípusonként	46
18. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma	60
19. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma	63
20. ábra. A lefoglalt ecstasy tabletták száma (ecstasy és amfetamin típusú hatóanyagot tartalmazó tabletták)	70
21. ábra. A lefoglalt növényi ágvégződések THC-tartalma (a delta-9-THC koncentráció tömeg-százalékában)	72
22. ábra. A lefoglalt ecstasy tablettákban előforduló hatóanyagok (gyakoriság %-ban)	73
23. ábra. A biztosan droghasználati célú szerek életprevalencia értéke 2003-ban a 8. évfolyamon tanulók körében (a válaszolók %-ában)	74
24. ábra. Kezelésben részesült 15 év alatti gyermekek számának alakulása	77
25. ábra. Az alkohol-fogyasztás életprevalencia értékei nemenként (%)	78
26. ábra. A dohányzás élet- és havi prevalencia értéke, illetve a függők aránya a 13-16 évesek körében (%)	79
27. ábra. Kokainnal való visszaélés miatt letartóztatottak száma	84
28. ábra. A Magyarországon lefoglalt kokain mennyisége és a lefoglalások száma	85
29. ábra. Az utcán terített kokain hatóanyag-tartalom változása 2001 és 2005 között (%-ban)	85

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. Egészségügyi kezelésben részesült drogfogyasztók területi megoszlása 2005-ben	41
--	----