

JELENTÉS
A MAGYARORSZÁGI KÁBÍTÓSZERHELYZETRŐL

Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium

2003

Szerkesztette:
RITTER ILDIKÓ
az Országos Kriminológiai Intézet munkatársa
és
Dr. FELVINCZI KATALIN
A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
Ügyvezető igazgatója

Lektorálta:
DR. RÁCZ JÓZSEF
az MTA Pszichológiai Intézetének főmunkatársa, a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium szakértője

Felelős szerkesztő:
GÁBOR EDINA
a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkára

Nyomdai munkálatok:

2003

A KÖTET SZERZŐI:

DR. BÁNHEGYI DÉNES

osztályvezető főorvos - Fővárosi Szent László Kórház V. Fertőző Belosztály

CSÉPÁNYI GABRIELLA

A Diótörés Alapítvány vezetője

DR. CSORBA JÓZSEF

a Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenciók Központ vezetője

DEMETROVICS ZSOLT

a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet munkatársa, az ELTE Pedagógiai Pszichológiai Kar Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékének egyetemi tanársegédje

DR. FELVINCZI KATALIN

a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet ügyvezető igazgatója

GRÉZLÓ ORSOLYA

az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Informatikai és Szervezési Osztályának munkatársa

KÁLY-KULLAI KÁROLY

a Sziget Droginformációs Alapítvány vezetője

MILETICS MARCELL

a Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány Utcafront Egyesületének vezetője

DR. NAGY GÁBOR

igazságügyi vegyészszakértő, r. főtanácsos, osztályvezető - ORFK Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet

DR. NAGY JÚLIA

igazságügyi vegyész szakértő – ORFK Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet

OLASZY CSABA

a Belvárosi Tanoda Alapítvány Megálló Csoportjának vezetője

PAKSI BORBÁLA

a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központ, Pszichológia és Pedagógia Tanszékének tudományos munkatársa

PORKOLÁB LAJOS

az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Informatikai és Szervezési Osztályának vezetője

PUSZTAHÁZI ISTVÁNNÉ

Az Önkontroll Egyesület elnöke

DR. RÁCZ JÓZSEF

Az MTA Pszichológiai Intézetének főmunkatársa, a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és ambulancia vezetője

RITTER ILDIKÓ

az Országos Kriminológiai Intézet munkatársa

SOMOGYI DÁNIEL

A Drog Stop Budapest egyesület vezetője

DR. SZEMELYÁCS JÁNOS

a INDIT Közalapítvány vezetője

DR TÍMÁR CSABA

A Madrisz És A Leo Amici Alapítvány Elnöke

DR. VAVRÓ ISTVÁN

az Igazságügyi Minisztérium Kodifikációs Elemző és Statisztikai Főosztályának vezetője

VERES ILONA

a Drogprevenációs Alapítvány Tűcsere Programjának vezetője

DR. WENGER TIBOR

Semmelweis Egyetem ÁOK Humánmorfológiai és Fejlődésbiológiai Intézet

DR. ZACHER GÁBOR

osztályvezető főorvos – Erzsébet Kórház Sürgősségi Belgyógyászat és Klinikai Toxikológiai Osztálya

Tartalomjegyzék

NEMZETI STRATÉGIA : INTÉZMÉNYI ÉS JOGI KERETEK.....	8
A Nemzeti Stratégiai Program alapelvei.....	8
A Stratégiai program megvalósításának intézményrendszere	9
A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság.....	9
A nemzeti Focal Point	12
A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF).....	14
Összesen.....	16
A magyarországi drogpolitika kereteit meghatározó jogszabályi környezet alakulása 2002-ben	25
1. A Büntető törvénykönyv és más kapcsolódó büntető jogszabályok változásai.....	25
A Büntető törvénykönyv	25
2. A Közoktatási törvény	29
A Nemzeti stratégia monitorozása	31
A Nemzeti Stratégia időarányos megvalósulása – Főbb eredmények, változások.....	31
DROGPROBLÉMÁVAL KAPCSOLATOS VIZSGÁLATOK MAGYARORSZÁGON, 2002-BEN	38
1. Bevezetés	38
2. Epidemiológiai vizsgálatok.....	38
3. Programok monitorozása, hatékonyságvizsgálatok.....	39
4. A droghasználat pszichológiai és társadalmi háttérváltozóinak vizsgálata	40
5. Egyéb addiktológiai témájú kutatások - Internetfüggőség	41
6. Összefoglalás.....	42
A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE – EPIDEMIOLÓGIAI HELYZETKÉP.....	44
A drogfogyasztás prevalenciaértékei	44
Drogtúlادagolások-fővárosi helyzet	62
KEZELÉSI IGÉNYEK ALAKULÁSA.....	65
Egészségügyi statisztikai adatok a kábítószer fogyasztásról 2002. évről	65
Az egészségügyi kábítószer statisztika jellemzői.....	65
Az adatgyűjtés folyamata.....	65
KOCKÁZATI MAGATARTÁSOK.....	82

Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon	82
KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	HIBA! A KÖNYVJELZŐ NEM LÉTEZIK.
A rendőrség által regisztrált bűncselekményi adatok	Hiba! A könyvjelző nem létezik.
Az igazságügyi orvosszakértői tevékenység helyzete	106
AZ ILLEGÁLIS DROGPIAC	90
A Rendőrség kínálatcsökkentési feladatainak végrehatása során szerzett tapasztalatok – az illegális drogpiac helyzete	90
1. Általános helyzetelemzés.....	90
2. A rendőrség által regisztrált bűncselekményi adatok	91
3. Az elkövetőkre vonatkozó statisztikai adatok	93
4. Az illegális drogpiac helyzete	93
Drogpiac A 2002–2003-as lefoglalási adatok tükrében	95
Illegális kábítószer hatóanyag-tartalmának változása, trendek a feketepiacon 2002 – az amfetaminszármazékok térhódításának éve	97
A KERESLET CSÖKKENTÉSÉNEK STRATÉGIÁJA	108
A prevenció intézményei	108
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet	108
A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkársága prevenció programjai.....	112
A Rendőrség Bűnmegelőzési Szolgálatának tevékenysége	121
A telefonos segélyszolgálatok tapasztalatai 2002-ben	122
Kábítószer-fogyasztók kezelése	131
Absztinenciát célzó, illetve józanságra irányuló kezelések	131
Utcai szociális munka a drogfogyasztók körében	136
Ártalomcsökkentés.....	139
Ártalomcsökkentő drogpolitika és ártalomcsökkentő programok Magyarországon: Helyzetkép - 2002	140
„Dzsumbuj – program”	143
Tűcsereprogramok	150
Helyettesítő droggal (metadonnal) történő kezelés	158
Utógondozás, reintegráció	159

REHABILITÁCIÓ.....	159
<i>Rehabilitációs intézmények és rehabilitációs programokban résztvevők jellemzői.....</i>	159
<i>Terápiás lehetőségek a büntető igazságszolgáltatás rendszerében.....</i>	169

NEMZETI STRATÉGIA : INTÉZMÉNYI ÉS JOGI KERETEK

A Nemzeti Stratégiai Program alapelvei

A magyarországi droghelyzet jelentősen megváltozott az elmúlt évtized folyamán, és egyre sürgetőbbé vált az átgondolt és hatékony állami beavatkozások stratégiai megtervezése. Hazánkban 2000-ben első alkalommal fogadtak el egy olyan nemzeti programot, mely a probléma egészére kiterjed és szakmai, társadalmi, közigazgatási, illetve politikai egyeztetések után komoly lehetőséget nyújt a kábítószer-probléma egyéni és társadalmi kárainak visszaszorítására, a társadalom tudatos és hatékony beavatkozására, az egyének és közösségek bevonására, a fiatalok és az érintettek kábítószerrel kapcsolatos nézeteinek és attitűdjének befolyásolására, a megfelelő színvonalú és országos szintű megelőzési programok kialakítására, a drogokkal való visszaéléssel és a drogkereskedelemmel kapcsolatos bűnözési folyamatok, valamint a drogokhoz való hozzáférés lehetőségének csökkentésére. *Általános célja pedig egy olyan szabad, magabiztos és produktív társadalom kialakítása, mely az emberi méltóságot, a testi, lelki és szociális jólétet, illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja, és e tényezők megóvása és fejlesztése érdekében kezelni képes a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat.*

Az Országgyűlés – a nemzetközi ajánlások értelmében – a jelenség értelmezési modelljei közül a multidiszciplináris, a probléma befolyásolása tekintetében pedig a kereslet- és kínálat-csökkentés egyensúlyára építő megközelítést fogadta el.

A Stratégia meghatározza az alapcélakat és értékeket, a probléma kezelésének értelmezési kereteit, de egyben számot vet megvalósulásának korlátaival és kockázataival is.

Megfogalmazza a stratégiai fejlesztés fő irányait és súlyponti elemeit, eligazítást ad a színterek és szereplők számára a Stratégiában foglaltak megvalósítására vonatkozóan, társadalmi **konszenzus** kialakítását kezdeményezi, a társadalom és csoportjai aktivizálását és az önkormányzatoknak, a döntéshozó szervezeteknek, a civil szervezeteknek és a helyi közösségeknek a program megvalósításába való bevonására törekszik, egyben szolgálja az Európai Unió csatlakozás és a nemzetközi együttműködés feltételrendszerének teljesítését a drogproblémák hatékony kezelése tekintetében.

A Stratégia a következő alapelvekre épít:

- **A tények elsőbbsége**

A Nemzeti stratégia a tudományos kutatások által feltárt tényekre, és nem vélekedésekre épít. A beavatkozások közül a megalapozott módszereket pártolja.

- **Partnerség, közös cselekvés**

A Nemzeti stratégia egyrészt a társadalom és az állami intézményrendszer szervezeteinek összefogására épít, másrészt számít a helyi közösségek alkotó tagjainak együttműködésére. Felismeri, hogy az összehangolt és együttes cselekvések megsokszorozzák hatásukat és eredményességüket. Figyelembe veszi a családok, az iskola és a helyi közösségek igényeit. Igényli és előmozdítja az együttműködést helyi, regionális, országos és nemzetközi szinteken egyaránt.

- **Átfogó megközelítés**

A drogprobléma kezelése egy sokdimenziós, kiegyensúlyozott és jól tagolt megközelítést igényel, melyben egyaránt fontos helye van a megelőzésnek, a nevelésnek, a kezelésnek, a kutatásnak, a munkahelyi programoknak, a bűnüldözésnek és még számos más területnek. A kábítószer-probléma visszaszorítása különféle szakmák és területek együttes, összehangolt cselekvését kívánja meg. Egy-egy szakma a kérdés megoldását nem sajátíthatja ki, és nem is vállalhatja magára.

- **Elszámoltathatóság**

A Nemzeti stratégia minden esetben feltüntet olyan eredményességi mutatókat, melyekkel a célok elérése vizsgálható, így teljesítése áttekinthetővé, és a költségfordítás ellenőrizhetővé válik. Meghatározott időközönként elvégezzük a Nemzeti stratégia felülvizsgálatát.

- **Hosszú távra történő tervezés**

Külföldi tapasztalatok alapján a kábítószer-probléma visszaszorítása csak hosszú időtávokban valósítható meg. Rövid távra tervezett megoldások nem vezethetnek eredményre, amikor az aktuális veszélyek kezelése mellett egy új generáció drogokhoz való viszonyának alakulásáért is felelősek vagyunk.

A Stratégiai program megvalósításának intézményrendszere

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság

A Stratégia megvalósítása és a folyamatok koordinált működtetése szempontjából kulcsfontosságú testület a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB – melyben 16 központi közigazgatási szerv helyettes államtitkári, illetve vezetőhelyettesi szinten képviselteti magát, így a Belügyminisztérium, a Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, a Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium, a Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium, a Gazdasági és Közlekedési Minisztérium, a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, a Honvédelmi Minisztérium, az Igazságügyi Minisztérium, a Külügyminisztérium, a Miniszterelnöki Hivatal, az Oktatási Minisztérium, a Pénzügyminisztérium, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, az Országos Rendőr-főkapitányság, a Vám- és Pénzügyőrség Országos Parancsnoksága, a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, továbbá felkért résztvevőként a Legfelsőbb Bíróság, a Legfőbb Ügyészség és az Országos Bűnmegelőzési Bizottság képviselője). Elnöke a gyermek-, ifjúsági és sportminiszter, társelnöke az egészségügyi szociális és családügyi miniszter, titkára a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkára. A KKB egyik legfontosabb feladata a Nemzeti stratégia végrehajtásának ellenőrzése, az egyes tárcák és az állami intézményrendszer működésének koordinálása, az ágazati szemléletek közelítése. A KKB feladata, hogy évente tájékoztassa a Kormányt a magyarországi droghelyzet alakulásáról és a Nemzeti stratégia megvalósulásának értékeléséről.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság jelenleg 8 szakbizottságot működtet. Négy szakbizottság munkáját az GYISM, egy-egy szakbizottság munkáját a BM, az ESzCsM, illetve az IM irányítja.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2002. évi munkájáról, illetve munkatervének megvalósulásáról

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság tevékenysége Bizottság és a szakbizottságok munkájából áll, melyről a Titkárság rendszeresen beszámol. A 2002-es év tevékenységét sajnos a parlamenti és önkormányzati választásokból, illetve a kormányváltásból fakadó átmeneti helyzetek erősen meghatározták, ezért elmondható, hogy ebben az évben elsősorban is a szakbizottságok szintjén jóval kevesebb aktivitás történt az elvárhatónál. Szükséges azonban hozzátenni, hogy a szakbizottságok gyakorlatilag minden szakértőjével rendszeres kapcsolatot ápolt mind a GyISM Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkársága a Nemzeti jelentés, az EMCDDA számára elkészített két jelentés, mind pedig minden érintett tárca a pályázatok, kiadványok, konferenciák kapcsán megvalósult, napi rendszerességgel történő együttműködés keretében.

A választásokat követően szükségessé vált a Bizottság statútumának felülvizsgálata, melyet a Bizottság 2002. november 21-én megtárgyalt, majd a tárgyegeztetés után Kormány elé került a módosítási javaslat (1035/2003. (IV. 24. Korm. hat.). Az új kormányzati struktúra felállásával a tárcák és országos hatáskörű szervek KKB-ba delegált új képviselőinek kijelölése megtörtént.

Továbbra is fontos alapelv, hogy a részt vevő tárcák minden tekintetben biztosítsák a Bizottság munkáját, ami egyben azt is jelenti, hogy minden esetben biztosított legyen a megfelelő szintű képviselő, és maghatalmazással rendelkező tárcaképviselő vegyen részt az üléseken. Ezt a KKB felállításáról és működéséről szóló 1039/1998. (III. 31.) kormányhatározat helyettes államtitkári, illetve vezetőhelyettesi rangban határozta meg, ugyanakkor nem szabályozta a helyettesítés rendjét; a 2003. évi módosítás során e szabály helyébe az „állásfoglalásra jogosult képviselő” kitétel került.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság ülései és napirendi pontjai

1. 2002. március 14.

Az ülés napirendje:

1. Az Európa Unióhoz történő csatlakozással kapcsolatos jogharmonizációs feladatok végrehajtásának vizsgálata, a még elvégzendő feladatok konkrét meghatározása.
Előterjesztő: IM
2. A kábítószeres és pszichotróp anyagok legális és illegális felhasználásának tervezett és előkészületben lévő jogi szabályozásának megvitatása.
Előterjesztő: BM
3. A Mini Dublin Group jelentés megvitatása, összevetve a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program végrehajtásáról szóló beszámolóval
Előterjesztő: BM
4. A kábítószeres tiltott gyártásához használt egyes vegyi anyagokkal végzett tevékenységek szabályozásáról és az ellenőrzés helyzetének áttekintése.
Előterjesztő: GM
5. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működési költségeinek támogatására elkülönített előirányzat 2001. évi felhasználásáról szóló beszámoló.
Előterjesztő: ISM
6. Beszámoló a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2001. évi munkájáról, illetve munkatervének megvalósulásáról.
Előterjesztő: ISM
7. Javaslat a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében elkészített Nemzeti stratégiai program megvalósításának érdekében kialakítandó ágazati stratégiák elkészítésére.
Előterjesztő: ISM
8. Az 5/1998. BJE. számú jogegységi határozat, valamint a BK. 155. számú kollégiumi állásfoglalás felülvizsgálata, továbbá a büntető törvénykönyvben a kábítószerrel visszaélés törvényi tényállásainak alkalmazásával összefüggően felmerülő vitás kérdésekkel kapcsolatos új jogegységi határozat jogalkalmazást befolyásoló tapasztalatainak értékelése.
Előterjesztő: LB
9. Az objektív drogszűrési rendszer alkalmazásának kiterjesztése a sorozásra kerülő fiatalok körére is.
Előterjesztő: HM

2. 2002. augusztus 28.

Az ülés napirendje:

1. A büntető jogszabályok és a hozzájuk kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló kormányelőterjesztés megvitatása.
Előterjesztő: IM
2. A Magyar Honvédség Drogprevenációs Bizottságának 2001. évi, illetve 2002. év I. félévi beszámolója a drogprevenáció helyzetéről.
Előterjesztő: HM
3. A nemzetközi kábítószerügyi adatszolgáltatási kötelezettségek újraszabályozása érdekében az érintett minisztériumok bevonásával készített kormányrendelet megvitatása.
Előterjesztő: GYISM
4. Tájékoztató Magyarországnak a Drogok és a Drogfüggőség Európai Megfigyelési Központ-hoz való csatlakozásáról szóló szándéknyilatkozatról.
Előterjesztő: KüM
5. Előterjesztés a kábítószerügyi koordinációval kapcsolatos nemzetközi szervezetek, intézmények és programok elnevezései hivatalos magyar megfelelőinek egységesítéséről.
Előterjesztő: KüM

6. Magyarországnak a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelési Központjához való csatlakozásáról szóló kormányhatározat megvitatása.
Előterjesztő: ESZCSM
7. Javaslat a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében elkészített Nemzeti stratégiai program megvalósításának érdekében teendő lépésekről a 2003-2004 költségvetési időszakra vonatkozóan.
Előterjesztő: GYISM
8. A kábítószer-kínálatcsökkentési területen szükséges olyan pénzügyi alap létrehozásáról, amely a bűnüldöző szervek képzésére, továbbképzésére, felszereltségének javítására, technikai eszközök beszerzésére lenne felhasználható.
Előterjesztő: VPOP
9. A prekursor anyagok illegális forgalmával kapcsolatos rendőri tapasztalatok, tendenciák és jelenségek a közterületen folytatott kábítószer-terjesztés területén.
Előterjesztő: ORFK

3. 2002. november 21.

Az ülés napirendje:

1. A kábítószeres és pszichotróp anyagok legális és illegális felhasználásának tervezett és előkészületben lévő jogi szabályozásának megvitatása (2002. 03. 14. ülésén elnapolt előterjesztés)
Előterjesztő: BM, ESZCSM
2. A kábítószeres tiltott gyártásához használt egyes vegyi anyagokkal végzett tevékenységek szabályozásáról és az ellenőrzés helyzetének áttekintése
Előterjesztő: GKM
3. A Büntető Törvénykönyv 1998. évi módosítása tapasztalatainak áttekintése
Előterjesztő: LÜ
Tájékoztató a Btk. jelenlegi módosításáról
Előterjesztő: IM (szóbeli)
4. A Rendőrség szerepe a kábítószer-keresletcsökkentésben, a drogmegelőzési és biztonság-
ra nevelő programok tapasztalatai, kiterjesztésének lehetőségei
Előterjesztő: ORFK
5. Tájékoztató a drogprevenációs szolgáltatásokat végző szakmai programok egységes
akkreditációjának megvalósításáról
Előterjesztő: GYISM
6. Beszámoló a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság szakbizottságainak munkájáról, java-
solt változtatásokról
Előterjesztő: GYISM
7. Tájékoztató a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében elkészített Nemzeti stratégiai
program időarányos megvalósításáról
Előterjesztő: GYISM
8. Előterjesztés a magyarországi kábítószerhelyzetről szóló Kormányjelentésről, valamint ez-
zel összefüggésben az EU számára készítendő éves országjelentéssel kapcsolatban
Előterjesztő: GYISM

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság Szakbizottságainak munkájáról

Szakbizottság	szakbizottság felelőse
Jogi szakbizottság	Igazságügyi Minisztérium
Epidemiológiai szakbizottság	Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium
Egészségügyi szakbizottság	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
Szociális és gyermekvédelmi szakbizottság	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
Kínálatcsökkentési szakbizottság	Belügyminisztérium
Prevenációs szakbizottság	Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium
Laboratóriumi szakbizottság	Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium
Önkormányzati szakbizottság	Belügyminisztérium, Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium

2002. évben a következő szakbizottságok tartottak ülést:

1. Jogi szakbizottság
2002. február 22-én
2002. augusztus 1-jén
2. Prevenációs szakbizottság
2002. október 10-én
3. Epidemiológiai szakbizottság
2002. december 16-án

A nemzeti Focal Point

(Az ESZCSM beszámolója)

Az Európai Unió 1993-ban hozta létre a Kábítószeres és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központját (EMCDDA), a 302/93/EGK rendelettel. A Központ 1994-ben kezdte meg működését, Lisszabonban.

Az EU tagállamok 1995 óta, a közép-kelet európai országok (így Magyarország is) 1997 óta adják meg kábítószerügyi adataikat éves jelentés formájában a Központnak. 2002-ben 26 ország, azaz 15 EU tagállam, Norvégia és 10 közép-kelet európai ország tett jelentést a központnak. A Központ ezekből a jelentésekből évente összesített európai helyzetjelentést készít, majd azt egész Európában közzéteszi.

A jelentés természetes átfutási ideje 2 év, mivel az országos adatok mindig a tárgyévét követő negyedévben kerülnek csak összesítésre, a központok a következő félévben végzik el a különböző szektorokból érkező adatok feldolgozását, elemzését, és azt összesen nyújtják be az EMCDDA-nak, melynek munkatársai újabb egy éves munkával készítik el a 26 ország jelentéséből készített összefoglaló, éves európai kábítószer-jelentést. Ez azt jelenti a gyakorlatban, hogy a 2001. tárgyév adatai 2003-ban kerülnek az európai jelentésben publikálásra.

Az EMCDDA célja, hogy a REITOX hálózat segítségével a Közösség és tagállamai számára objektív, megbízható és európai szinten összehasonlítható adatokat szolgáltatson a kábítószeresről és kábítószer-függőségről, valamint ezek következményeiről. Az EMCDDA által feldolgozott, illetve elkészített statisztikai, dokumentációs és tudományos jellegű információ átfogó képet nyújt a Közösség, illetve a tagállamok számára a kábítószeresről és a kábítószer-függőséggel kapcsolatos helyzetről, amikor saját illetékességi területükön intézkedéseket hoznak, illetve a kábítószer-probléma elleni fellépésről határoznak.

Az adatokat mindegyik tagállamban egy-egy ún. REITOX Focal Point, azaz: az európai kábítószer-adatgyűjtési hálózat részét képező nemzeti kábítószer adatgyűjtő és kapcsolattartó pont gyűjti

össze és továbbítja az EMCDDA számára, éves nemzeti jelentés formájában. Az adatokat a központok ún. elsődleges adatgyűjtő helyektől (*többnyire a releváns országos intézményektől, központoktól vagy kutatóhelyektől*), egyes esetekben közvetlenül gyűjtik össze. A nemzeti központok csakis validált (*azaz érvényes, ellenőrzött és objektív*) adatokat továbbíthatnak az EMCDDA által megkövetelt bontásban, azokat elemezve a lisszaboni Központnak.

A kapcsolattartó pont intézményesítését az Európai Unió 2004 májusától, a standardizált formában történő jelentést pedig a 2004. évtől várja el. Az Unió tagállamok közül 12-ben ezen központok többsége az egészségügyön belül (*minisztériumban, ill. népegészségügyi vagy addiktológiai intézetben*) működő, részben önálló költségvetésű, kisebb (3-4 fős) intézmény/szervezeti egység. Magyarországon e kapcsolattartó pont szerepét 1994 óta folyamatosan az egészségügyi tárca töltötte be. Míg korábban az ESZCSM, a 2000–2002. évekről a GylSM szakértői készítették el az EMCDDA-nak menő jelentést is. 2004 januárjától a nemzeti központ feladatait az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Johan Béla Országos Epidemiológiai Központjának részét képező szervezeti egység látja majd el, a Kormány 1091/2003. (IX. 9.) határozata értelmében.

Unió szinten problémát okozott az, hogy a különböző országok kábítószer-problémára vonatkozó adatai egymással nem összehasonlíthatóak. Ezért a lisszaboni központ és nemzeti központok egyik legfontosabb feladata az adatok összegyűjtése és validitásuk garantálása mellett azok összehasonlíthatóságának biztosítása. Ennek megfelelően kell hazánkban is átalakítani a kábítószer-problémával kapcsolatos adatgyűjtések formáját. Be kell vezetni például a kezelési igény indikátort, mivel a jelenlegi kezelési adatgyűjtés (*OSAP 1627. Jelentés a kábítószerfogyasztókról és kezelésükről c. adatgyűjtés*) több tekintetben nem felel meg az uniós szabványnak. A kezelési igény indikátor városi szinten történő bevezetését célozta meg az Európa Tanács Pompidou Csoport Európa nagyvárosaiban végzett Multi-city projektje. Ezzel 3 magyar kutató foglalkozott 1994–1999 között, és habár több fontos eredmény született a projekt során, a kezelési igény indikátort hazánkban még nem próbálták ki és nem vezették be. Ez a következő két év feladata lesz. Az indikátor tulajdonképpen a releváns európai protokoll szerint, minden egyes kliensről kitöltendő statisztikai űrlap, amit a kezelőszemélyzet tölt ki a kezelésbe való belépésekor (természetesen anonim módon), és az ezek alapján összesített adatokat negyedéves rendszerességgel továbbítja a nemzeti központba. Adatokat kell szolgáltatni a kábítószer-fogyasztó életmóddal kapcsolatban fellépő fertőző megbetegedésekről (mint a HIV/AIDS, hepatitis B, C, és tuberculosis) és a kábítószerrel kapcsolatos halálzásról is.

Habár a kábítószer-kínálati oldal adatait, úgy, mint a tiltott kábítószerek ára, kémiai összetétele, a lefoglalások és elkobzás mennyisége, valamint a kábítószer-bűnözésre és igazságszolgáltatásra vonatkozó adatok, elsősorban az Europol-nak kell jelenteni (ami az ORFK-n létrehozott Nemzetközi Bűnügyi Együttműködési Központ feladata), ahhoz, hogy az éves nemzeti jelentésben a kábítószerhelyzet átfogó módon kerüljön bemutatásra, az EMCDDA is kér ilyen adatokat. Adatokat kell szolgáltatni az illegális piacon megjelenő ún. *designer* drogokról, pontosabban, az illegális kábítószer-laboratóriumokban készült új szintetikus kábítószerek, pszichotrop anyagok illegális piacon történő megjelenéséről, kémiai profiljáról, illetve az emberi szervezetre gyakorolt toxikus hatásokról.

Az EMCDDA követelményrendszere eltér attól, amit korábban, más nemzetközi szervezetek (*mint pl. ENSZ, Egészségügyi Világszervezet, Interpol*) kívánalmi alapján a hazai hatóságok 1-2 évtizede bevezettek. Az adatokat az EMCDDA által megszabott módon, formában (*azaz: szerek típusai, nem, korcsoportok, kísérőbetegség diagnózisa, bűncselekmény-kategória stb. szerinti bontásban*) kell megadni. Ezért jó néhány változtatást kell bevezetni az adatgyűjtésekben.

Azonban, amikor az adatgyűjtés harmonizációjáról beszélünk, akkor nemcsak arról van szó, hogy milyen táblázatot tölt ki az adatszolgáltató (*pl. a kezelőintézmény, vagy az igazságügyi orvos szakértő, vagy a vizsgálatot végző rendőrtiszt*), hanem arról is, hogy az adatok nyéréséhez bizonyos vizsgálatok elvégzése is elengedhetetlen. Gondolunk itt arra, hogy az uniós követelmények szerint minden kábítószergyanús halálesetnél el kell végezni a boncolást és a toxikológiai vizsgálatot, vagy arra, hogy a kábítószer-fogyasztók körében az esetleges HIV/AIDS és hepatitis B, C fertőzés vagy a tuberculosis meg-

előzése, illetve korai felismerése és kezelése céljából célszerű lenne rendszeres, önkéntesen történő országos szűrési kampányok végzése.

Az Európai Unió Tanácsa döntésében 2 éve előírta a tagállamoknak az 5+1 legfontosabb drogepidemiológiai indikátor kötelezően azonos formában történő jelentését (ezeket hívjuk rövidítve „kötelező indikátoroknak”). A kötelező indikátorok mellett számos egyéb adatot és információt is megkér évente az EMCDDA, melyeket egyelőre minden ország a rendelkezésre álló módon jelent, habár ezen adatgyűjtések szabványosítása is folyamatban van.

Az adatgyűjtésért felelős tárcák/országos intézmények bevonásával az összes adatgyűjtést harmonizálni kell, mivel az EMCDDA véleménye szerint jelenleg mindössze egyetlenegy van, mely megfelel a követelményeknek. Ez az Európa Tanács Pompidou Csoportjának égíszke alatt bevezetett európai iskolai felmérés, mely a 16 éves fiatalok alkohol- és drogfogyasztásáról ad 3 évente képet (ESPAD).

Az éves jelentés szempontrendszerét az EMCDDA évente megújítja és a jelentés elkészítésére évente szerződést köt a nemzeti központokkal, melyek költségvetésének felét ezen szerződések teljesítése biztosítja. Az éves jelentésben formailag a részletes szöveges elemző rész mellett az adatokat strukturált (szöveges) táblázatok és legalább 20-féle, számadatokat tartalmazó táblázat tartalmazza. A következtetések emellett kutatási eredményeken is alapulnak.

Strukturált táblázatokban kérnek például jelentést az iskolai prevenció programokról, vagy az ártalomcsökkentési intézkedésekről. Ezekben célzott kérdésekre tömör, konkrét, szöveges választ várnak, mert csak így lehet megbízhatóan elvégezni a 26 különböző országból érkező információ összevételét.

Mindezekből jól látható, hogy a REITOX Focal Point intézményesülése után annak legfontosabb feladata az EMCDDA szakmai előírásainak követése lesz, megfelelő szerkezetű és megkívánt minőségű jelentés elkészítésével, mely nem hozható létre a területen dolgozó szakemberek jó együttműködése és pontos jelentési munkája nélkül. Ennek elősegítésére eddig is és a közeljövőben is képzésekre, szakmai értekezletekre kerül sor.

Ebben nyújtott segítséget az Európai Unió két projekt támogatásával. A 10 országot bevonó Phare Multi-country program EMCDDA-I. projekt 2001 márciusától 2002 novemberéig, míg a kétoldalú, Phare COP'2000 program HU-0006 twinning projekt 2001 novemberétől 2002 novemberéig. Előbbi célja magyar adatszolgáltató intézmények szakértőinek EMCDDA tevékenységeibe történő közvetlen bevonása volt, utóbbi fő célkitűzései a nemzeti REITOX Focal Point létrehozása, a területen dolgozó szakemberek széles körének kiképzése az új adatgyűjtésekre, valamint 9 keresletcsökkentési modellprojekt bevezetése voltak.

Az adatgyűjtések változása ugyan bizonyára átmeneti többletterhet jelent az intézmények számára, de ilyenkor érdemes arra gondolniuk, hogy az nemcsak országos vagy európai szinten segíti a politikai döntéshozók munkáját, hanem helyi szinten is, jobban megalapozva az önkormányzati vezetők helyi közösségi fejlesztésekre, intézménybővítésre, programfinanszírozásra vonatkozó döntéseit. Emellett az adott intézmény számára is támpontot ad saját teljesítménye, munkája minőségének elemzéséhez, módszerei fejlesztéséhez, tervei készítéséhez. Tehát minden intézmény érdekét egyformán szolgálja, amit sokan felismernek majd és bizonyára jó együttműködés fog kialakulni az Európával összehasonlítható adatgyűjtés hazai bevezetése kapcsán a gyakorlatban dolgozó szakemberek, az adatgyűjtő központok és a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Adatszolgáltató Központ munkatársai között.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF)

(A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet beszámolója)

A Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében című dokumentum, melyet az Országgyűlés szinte egyhangúlag fogadott el 2000. december 5-én, egyik alapvető célként fogalmazza meg azt, hogy „A társadalom váljon érzékennyé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi

közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában". A közösség és együttműködés kulcsfogalmak itt, melyek alappillérei a cél megvalósításának. Ebből adódóan a stratégia megvalósításában kulcsszerepet kapnak a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek), melyek a helyi drogpolitika „motorjaként” kell, hogy működjenek. Legfőbb feladatuk, hogy a stratégiai elképzelések valósággá válhassanak.

A KEF egy helyi szintű tanácsadó és egyeztető fórum, szakmai munkacsoport, melyeket a helyi önkormányzati elkötelezettség és kormányzati szakmai, valamint pénzügyi támogatás hívott életre. Tevékenységével igyekszik összhangot teremteni a drogpbléma visszaszorításában alapvető fontosságú négy terület, a *közösség és együttműködés*, a *megelőzés*; a *gyógyítás, rehabilitáció* valamint a *kinálatcsökkentés* szervezeteinek és intézményeinek a munkájában. Egységes szakmai és módszertani szemléletmód megvalósítására törekszik, továbbá arra, hogy ésszerűsítse és koordinálja a helyi szinten zajló kábítószer fogyasztást megelőző tevékenységet. Segít a helyi erőforrások mozgósításában, összehangolja a helyi szereplők tevékenységét, javaslatokat tesz, ajánlásokat fogalmaz meg az esetleges párhuzamosságok elkerülése érdekében. Szakmai ajánlóként koordinálja és elősegíti az országos, illetve nemzetközi pályázatokon való helyi részvételt, és szinte egyik legfontosabb tevékenységként, helyi stratégiát dolgoz ki a kábítószer-probléma kezelésére. A KEF tagjai a drogpbléma kezelésében fontos szerepet játszó különböző állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői.

A cél tehát párbeszéd kezdeményezése, illetve annak erősítése a kábítószerügyben érdekelt és felelősséget viselő felek között. A legfontosabb feladat a kommunikáció megteremtése az alkalmasint ellenérdekeltnek tűnő szereplők között. Fontos a kommunikáció jelentőségét aláhúzni átvitt és konkrét értelemben egyaránt. Jól látható ugyanis, hogy az érdekegyeztetés, a hatékony, egy irányba mutató beavatkozások mindig feltételezik az üzenetek egyértelmű megfogalmazását, sikeres célba jutását. **A KEF-ek ennek megfelelően olyan szakmai műhelyek, amelyekre katalizátor funkció hárul: a helyi sajátosságok és szükségletek feltárása, megfelelő értelmezése, a helyi stratégiák, megvalósítási formák kimunkálása során.** Ennek megfelelően nem programmegvalósító „szervezetek”, hanem a hatékony kommunikáció fórumai. Manapság egyre inkább elterjedté válik az a nézet, melynek értelmében az eredményes prevenció mindig a helyi erőforrásokra támaszkodik, azok hatékony mobilizálását mozdítja elő. Másképpen úgy is mondhatnánk, hogy a hatékony prevenció tevékenység közösségi alapú, a létező és természetes „élőhelyek” – színterek – önszerveződéséből adódó lehetőségeket, erőforrásokat használja ki.

A korábbi Ifjúsági és Sportminisztérium, jelenleg Gyermek- Ifjúsági és Sport Minisztérium támogatási programot dolgozott ki a KEF-ek létrehozására és működtetésére. A program eredményeként a 2002. évre a hét magyarországi régióban valamint Budapesten összesen 66 Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Az 58 városi KEF mellett 2 megyei, 3 kistérségi, 1 regionális valamint 2 budapesti kerületi KEF is létre jött. A támogatás összértéke 2002. évben 68 millió Ft volt. A KEF-ek szakmai munkáját a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet segíti és koordinálja országos szinten.

A következőkben a KEF-ek 2002. évre vonatkozó éves beszámolóinak összefoglalóját közöljük. Az összefoglaló egyfelől kiterjed magára a KEF-en belüli működésre, továbbá a városban zajló, a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében végzett munkára, valamint a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel való szakmai kapcsolatra.

A tapasztalatok összesítése a Fórumok eltérő programja, a helyi események számtalan variációja miatt viszonylag bonyolult. A jelentések – hasonlóan az előző évihez – továbbra is nehezen egységesíthetők, összemérhetők, és a szubjektív elemek (pl. a saját tevékenység értékelése) egyelőre nem mérhetőek. Éppen ezért a mennyiségi és minőségi adatok közül az utóbbiakat tartjuk fontosabbnak.

A jelenleg létező 66 KEF-ből 58 városi KEF-et kértünk fel az éves beszámolójának elkészítésére. A fennmaradó 8 további KEF a működését csak a 2002. év során kezdte meg.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokra vonatkozó általános adatok

Mint a bevezetőben említettük, a KEF-ekben különböző szervezetek, intézmények általában egy-egy emberrel képviseltetik magukat. A részt vevő szervezetek létszáma így közel azonos a KEF tagok

számával. Az átlagos taglétszám jelenleg 17 fő, ez 8 és 37 között szóródik. 2001-ben az átlagos taglétszám alacsonyabb volt, 13 fő, és 8–20 taglétszám között szóródott. A taglétszám növekedését a KEF-ek presztízsének növekedéseként értékeljük, hiszen a különböző intézmények, szervezetek növekvő részvételével a KEF egyre nagyobb szerepet kap a helyi közösség életében. Úgy véljük, hogy egyre inkább felismerik annak jelentőségét, hogy a szervezetek – amelyek részt vesznek a KEF munkájában – egymással közvetlenebb kapcsolatba kerülnek, javulhat közöttük a kommunikáció, az együttműködés lehetősége megnő, s ez feltétlen kihat a munka minőségére.

Folyamatosan nő a KEF-eken belül megalakult munkacsoportok száma is. Az 2001. évben minden második Fórumon belül működött önálló munkacsoport, jelenleg pedig közel 60%-uk rendelkezik különböző, speciális feladatra létrehozott munkacsoporttal (pl. prevenció, terápiás, rehabilitációs, kínálatcsökkentési). A változás iránya kedvező, hiszen a munkacsoportban alaposabban, részletesebben elemzik a szakértők a különböző jelenségeket, s ezzel előkészítik a döntéseket, megkönnyítik a KEF-ek munkáját.

A testületi ülések gyakorisága nem változott lényegesen. Átlagosan évi 7 alkalommal tartottak a KEF-tagok megbeszélést, de ez a gyakoriság jelentősen eltér városonként. Akadt olyan KEF, ahol mindössze évi 2 alkalommal találkoztak a tagok egymással szervezett formában, és akadt olyan Fórum is, ahol egy évben 20 alkalommal találtak közös témát, megoldandó feladatot.

Jelentős kérdés az, hogy a működésük költségeit milyen formában sikerül biztosítaniuk a Fórumoknak. A pályázatokon kívül helyi – általában önkormányzati – támogatásban részesült a működő KEF-ek kétharmada. Ez kissé meghaladja a 2001. évi beszámolóikban szereplő, pályázaton kívül is támogatottak arányát. A növekvő hozzájárulás a KEF-ek munkájához, feladatainak ellátásához azt jelzi számunkra, hogy az önkormányzatok egyre inkább felismerik a Fórumok fontosságát.

Azt, hogy a helyi önkormányzatok egyre fontosabbnak tartják a KEF-ek működését az is igazolja, hogy az éves jelentés elkészítésén kívül a városi Fórumok közel 70%-a beszámolt a helyi önkormányzatoknál tevékenységükről, az elvégzett munkájukról.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tevékenysége

A KEF-ek egyik fő feladata a Nemzeti stratégia útmutatásai alapján a helyi stratégia elkészítése. A helyi drogstratégia kialakításához azonban elkerülhetetlennek véljük azt, hogy a KEF-ek tisztában legyenek a városuk droghelyzetével. A városok kétharmada készített helyi helyzetfelmérést a drogérinthettségéről, a droghelyzetről, s ilyen arányban rendelkeznek már önálló, helyi stratégiával is.

A következő táblázatban az látható, hogy a droghelyzettel kapcsolatos felmérések és a stratégia azonban nem állnak egymással szoros kapcsolatban, hiszen jelentős számban készült felmérés, amelyet nem követett még a stratégia elkészítése, illetve jelentős számban úgy készült stratégia, hogy azt nem előzte meg helyzetfelmérés.

1. sz. táblázat: A KEF-ekben elkészült helyi stratégia és helyzetfelmérés nominális és százalékos megoszlása

	történt felmérés	nem történt felmérés	Összesen
készült helyi stratégia	17 város	8 város	25 város
	68%	32%	100%
nem készült helyi stratégia	8 város	3 város	11 város
	72,7%	27,3%	100%
Összes	25 város	11 város	36 város
	100%	100%	100%

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban elvégzett munka minősítése

Az elvégzett munka minősítése önértékelés formájában történt. A KEF-ek egy ötös skálán minősítették a felsorolt szempontok alapján az általuk elvégzett munka minőségét. (Az iskolai osztályzásnak megfelelően az ötös a legjobb, az egyes a legelmarasztalóbb véleményt jelenti. A táblázatban szereplő utolsó két minősítendő szempont csak a 2002. évi beszámolók része, ezért hiányoznak az előző évi adatok.)

2. sz. táblázat: Az elvégzett munka minősítése a 2001. évi és a 2002. évi beszámolók alapján

Értékelési szempont	Átlagosztályzat 2002	Átlagosztályzat 2001
A KEF tagok közötti együttműködés	3,6	3,6
KEF tagok közötti munkamegosztás	3,2	3,2
KEF tagok közötti információáramlás	3,5	3,5
A KEF érdekérvényesítés a döntéshozók felé	3,4	3,6
Stratégia célkitűzéseinek megvalósítása	3,5	-
Elégedettség a NDI segítségével	3,9	-

Az eredményekből jól látszik, hogy van mit javítani, hiszen a városok maguk a közepesnél csupán kicsivel minősítették jobbnak a KEF-en belüli együttműködést, munkamegosztást, információáramlást, érdekérvényesítést. Azonban végiggondolva, hogy a KEF-en belüli munkamódszer mennyire újnak tekinthető, azt gondoljuk, hogy már a jelenlegi eredmények is nagyon pozitívnak értékelendők.

Az osztályzat mellett írásos kiegészítéseket is tettek a KEF-ek. A válaszok közül a **legjellemzőb-eket** felsoroljuk:

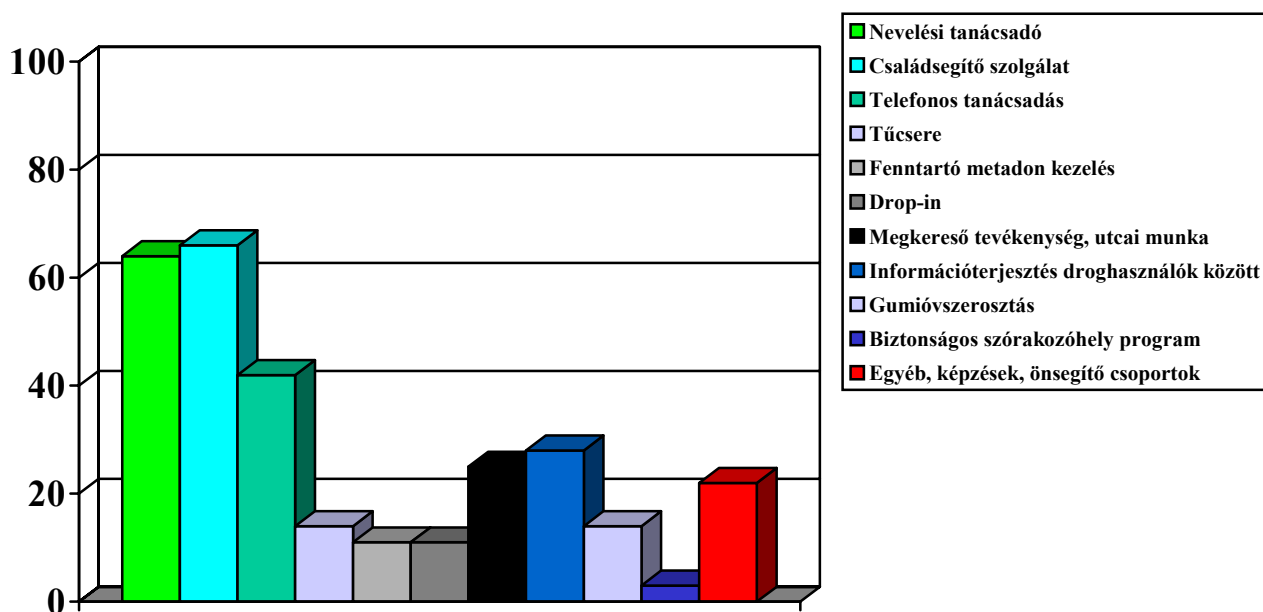
- az együttműködést általában jobbnak ítélik az eddigiekhez képest;
- a feladatok megosztása és néhány tag aktivitásának hiánya általános gondként jelentkezett a KEF-eknél;
- ahol nincs magasan reprezentált önkormányzati képviselő, ott a KEF-ek érdekérvényesítő szerepe jelentősen rosszabb;
- a pénzügyi problémák általánosak;
- a KEF ülések megszervezésében jelentős időpont egyeztetési nehézségekkel küzdenek.

A városban zajló tevékenységek a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében

A drogfogyasztók ellátását felvállaló különböző szolgáltatások a városokban

A városokban zajló tevékenységek közül elsőként a drogfogyasztók ellátását felvállaló, működő szolgáltatások arányát összegezzük. Drogfogyasztók ellátását felvállaló intézmény a városok 60%-ában található. Az egyéb szolgáltatások meglétét a városokban, a következő grafikonban összegeztük.

1. sz. grafikon. A városokban működő ellátó intézmények és működtetett programok százalékos aránya



Mint látható, a városokban a legnagyobb számban a nevelési tanácsadók, családsegítő szolgáltatók és más ellátó intézmények segítik a KEF-ek munkáját. A 60% körüli ellátottságot mégis alacsonynak véljük, hiszen e megjelölt intézmények fenntartása szükségszerűen az önkormányzatok feladata lenne. A speciális drogkezelő és ellátó intézmények elterjedtsége sem kielégítő még, hiszen a telefonon tanácsadás kivételével csak néhány városban folyik ilyen jellegű tevékenység.

A Nemzeti Stratégia célkitűzéseinek megvalósítása helyi szinten

A Nemzeti Stratégia célrendszere egy általános és négy fő célt fogalmaz meg. A felmérés alapját képező kérdőív elsősorban a négy fő cél, lokális szintű megvalósítására kérdezett rá. Ezek a célok a következők:

1. A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés)
2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszaszorítására (megelőzés)
3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció)
4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés)

3. sz. táblázat: A különböző tevékenységek említési gyakorisága:

Tevékenységi kör	igen	Nem
Közösség és együttműködés	75%	25%
Prevenációs munka	75%	25%
Szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció	44%	56%
Kínálatcsökkentés	28%	72%

A fenti táblázatban az e területeken jelentős eredményt elért városok százalékos megoszlását láthatjuk. Elsősorban a közösség és együttműködés, valamint a prevenció területein figyelhető meg a legnagyobb aktivitás. Ez szoros összefüggést mutat azzal, hogy a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok az elmúlt két évben folyamatosan jöttek létre és a legnagyobb figyelmet arra fordították, hogy a célok megvalósítása érdekében hatékonyan és professzionálisan működjenek. Ennek elengedhetetlen feltétele a KEF-ben résztvevő intézmények szakértőinek összehangolt munkája. A prevenciót szinte mindenhol prioritásként kezelik.

A szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció és a kínálatcsökkentés tevékenységi körökben a legnagyobb problémát a megfelelő intézményhálózat hiánya jelenti.

A négy fő területen a válaszokat összesítve az alábbi tevékenységek kerültek nagy gyakorisággal említésre:

Közösség, együttműködés:

- különböző rendezvények, konferenciák szervezése (2002. évre jellemzően a kapcsolatkiépítés és kapcsolaterősítés területeire);
- szakmai találkozók;
- szervezetfejlesztési tréningek;
- szülőcsoportok folyamatos működtetése;
- a tavalyi évhez képest a média szerepének növekedése.

Prevenció:

- kortársképzés;
- pedagógusoknak, egyéb területen dolgozó szakembereknek szervezett tréningek;
- különböző rádió- és televíziós műsorok;
- konferenciák;
- kiállítások;
- diákoknak – osztályfőnöki órán – szervezett prevenciók előadások (általában egy-egy alkalommal, egyelőre kevés helyen valósul meg folyamatosan);
- DADA program.

Szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció:

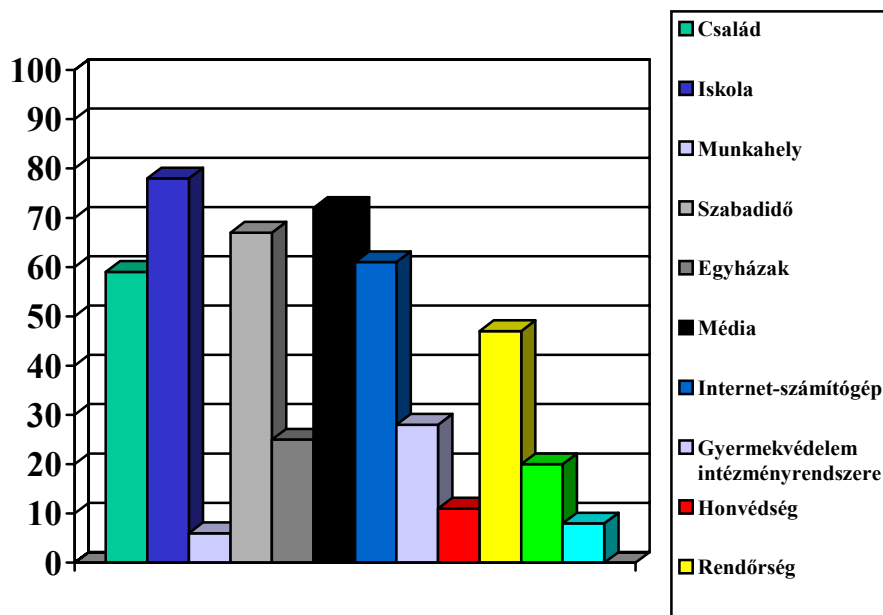
- megkereső tevékenységek erősödése a kockázati csoportokban;
- szakemberek képzése;
- droginformációs vonal működtetése.

Kínálatcsökkentés:

- Szórakozóhelyek fokozottabb ellenőrzése;
- Rendőrség, önkormányzat, polgárőrség közös együttműködése.

Ha az egyes tevékenységeket a szerint vizsgáljuk, hogy mely – a Nemzeti stratégiában megfogalmazott – prevenciók színtereire kapcsolódik, az alábbi eredményeket kapjuk:

2. sz. grafikon: Az egyes tevékenységek kapcsolódása a különböző prevenció szinterekhöz



A beérkezett válaszok alapján megállapítható, hogy a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok a Nemzeti stratégia által megfogalmazott szinterek közül a legnagyobb aktivitást a családokban, az iskolákban, a szabadidő hasznos eltöltésével, a médiában, az Internet felületén, valamint a rendőrségi munka területein fejtették ki.

A leggyakoribb programok a következők voltak:

- szabadidős programok szervezése (rendezvények, vetélkedők, klubfoglalkozások, kulturális és sportrendezvények);
- szülői értekezletek;
- kortársképzés,
- drogprevenciós programok;
- pedagógusképzés,
- lakossági fórumok;
- a média folyamatos jelenléte tudósításokkal, illetve önálló dokumentum és riportműsorokkal;
- önálló honlapok elindítása;

Természetesen a prevenció többi színterén is elindultak kezdeményezések, de ezek általában a kapcsolatfelvétel, illetve a koncepció kialakítás fázisában vannak.

Egyedi példaként említhetjük azt a honvédségnél végzett prevenciós tevékenységet, amely Hódmezővásárhelyen valósult meg. Megszervezték a „Drog – Riadó és a Szermentes Laktanyáért” programsorozatot. Kecskeméten pedig az egyházakkal közösen szervezték meg „Jövünk a család” című konferenciasorozatot.

Több városban a romákkal kapcsolatos programokra vonatkozó kérdésnél azt a választ adták, hogy nem differenciálnak romák-nem romák között és integrált rendezvényeket szerveznek annak ellenére, hogy a stratégia a romák kulturális jellemzőire, illetve halmozottan hátrányos életkörülményeire tekintettel speciális megelőző programokat javasol.

A városok kétharmadában tájékoztatók, felvilágosító anyagok kiadásával és terjesztésével is foglalkoztak az elmúlt évben. Ezek az anyagok elsősorban a diákoknak, fiataloknak és a szülőknek célzott tájékoztató anyagok, de akadtak a pedagógusoknak szánt felvilágosító anyagok is.

A KEF-ek és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai kapcsolata

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok viszonylag elégedettek a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet munkájával, szerepével. Az együttműködés a következő területeken váltott ki **elégedettséget**:

- szakmai anyagok biztosítása;
- személyes szakmai segítségnyújtás;
- konferenciák szervezése;
- külföldi partnerkapcsolatok biztosítása;
- továbbképzések;
- anyagi források felkutatása.

Az alábbiakban felsorolt területeken viszont **több segítséget kérnek** a KEF-ek az NDI-től:

- kábítószer-kínálat csökkentési metodikák megismertetése és biztosítása;
- több személyes találkozási lehetőség;
- a helyi stratégia elkészítésében való szakmai segítségnyújtás.

Több **szakmai támogatást** a következő területeken várnak:

- szakmai anyagok, tájékoztatók, módszertani anyagok biztosítása;
- konferenciák, továbbképzések, tréningek szervezése;
- megtorpanás kiküszöbölése érdekében megfelelő támpontok biztosítása;
- a többi KEF programjairól való tájékoztatás;
- kerekasztal-beszélgetések;
- több visszajelzés, a KEF-ek munkájának minősítése;
- országos általános és szakmai előadói adattár kialakítása;
- az önkormányzat feladatának határozottabb tudatosítása.

PHARE TWINNING PROJEKT

A magyarországi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) fejlesztésének és intézményesítésének támogatása

A PHARE programok alapvető célkitűzése a csatlakozásra váró országok felkészítése az Európai Unió tagságra. Ennek keretében jöttek létre azok a programok, amelyekben EU-tagállamok neves intézményei küldenek képviselőket például Magyarországra, akik egyéves itt tartózkodásuk alatt tapasztalataikkal, szakértelmükkel segítséget nyújtanak magyar kollégáinknak.

A kábítószer-probléma visszaszorítását célzó Nemzeti stratégia – a 7. fejezetben – kiemelten kezeli a nemzetközi együttműködésekkel. („A kábítószer-ellenes tevékenység eredményessége megköveteli a széleskörű nemzetközi együttműködés fejlesztését.” „Magyarország folytatja a PHARE-program kábítószerrel kapcsolatos programjait, [...] valamint kibővíti az ezen a területen rendelkezésre álló együttműködési lehetőségeket.”)

Ennek értelmében 2002 szeptemberében kezdetét vette a Magyarország, Hollandia és az Egyesült Királyság együttműködésével megvalósuló PHARE Twinning Projekt. A projekt alapvető célja, hogy támogassa a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, illetve a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) munkáját a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására című program* megvalósításában, összhangban az *Európai Unió Drogstratégiájával*, az *Európai Unió akciótervével a kábítószer elleni küzdelemben* és az *Amszterdami Egyezmény 152. cikkelyével*.

A projekt megvalósításában konzorciumi partnerként a hollandiai Trimbos Intézet, valamint az Egyesült Királyságbeli DrugScope vesz részt. E két intézet Európa legkiemelkedőbb szakmai központjainak tekinthető a drog problémák kezelése tekintetében. Mindkét intézet betölti a Nemzeti Focal Point funkciót is, ami hazánk Unió csatlakozása szempontjából kiváltképpen fontosnak tekinthető.

Partnerek:

- Magyarország:
Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

- Hollandia:
Egészségügyi, Népjóléti és Sportminisztérium;
- *Trimbos Mentálhigiénés és Addiktológiai Intézet*
- Egyesült Királyság:
DrugScope

A projekt két elemből áll, melyből az első rész érinti a 2002-es beszámolási évet.

Twinning assistance projekt, melynek célja egyrészt az intézet szakmai kapacitásának erősítése, fejlesztése, másrészt pedig a KEF-ek szakmai működésének támogatása és hatékonyabbá tétele.

A program során külföldi szakértők tartanak előadásokat, képzéseket az NDI és a KEF-ek munkatársai számára, a menedzsment, információgyűjtés, hálózatépítés, minőségbiztosítás, prevencióstratégiák és politikák témakörökben.

A képzések kis csoportban történnek. Első körben azok a KEF-ek kerültek kiválasztásra, amelyek előzetesen kiemelkedő érdeklődést mutattak a különféle képzések iránt. (A többi KEF folyamatos tájékoztatást kap a projekt állásáról, az év során több alkalommal megrendezett konferenciákon, illetve regionális találkozókra.) A képzéseket követő konzultációk alkalmával tantervek, kézikönyvek, protokollok kerülnek kidolgozásra, amelyek alapját képezik a KEF-ek szélesebb körű, a jövőben tartandó képzéseinek. A szemináriumok során az NDI képet kap arról, hogy mely KEF-ek azok, amelyek később esetlegesen bevonhatók a megszerzett információk terítésébe, az oktatói munkába. Ez a fajta „multiplikátor” képzés biztosítja a projektben elért eredmények fenntarthatóságát.

A projekt garantált eredményei / várható outputjai:

- Olyan szakembergárda létrehozása, amely mind helyi, mind központi szinten képes a helyi drogstratégiák megvalósításáért felelős szereplők hatékony koordinálására.
- A kvalitatív és kvantitatív adatgyűjtési módszerek protokolljainak kidolgozása, terv készítése azok bevezetésére – testre szabott, megfelelően működő információgyűjtési és helyzetfelmérési rendszer felállítása, tekintettel a helyi forrásokra, szükségletekre, körülményekre.
- Olyan helyi drogstratégia kidolgozása minden városban, ahol működik KEF, amely rugalmasan illeszkedik a felmerülő problémákhoz.
- Horizontális és vertikális kapcsolati rendszer kialakítása a KEF-ek, illetve a KEF-ek és az NDI között.
- A mindennapi működés szabályozására irányuló minőségbiztosítási rendszer kidolgozása a KEF-ek és az NDI számára.
- A megfelelően megtervezett és bevezetett prevenció programok skálájának szélesítése, számának növelése.

Mindezen kitűzött célokat a projekt a 2002-es évben az alábbi képzésekkel kívánta elérni:

- **RAR (Rapid Assessment and Response) – Gyors helyzetfelmérés és reagálás**

A képzés során az ún. RAR technikával ismerkedhettek meg a résztvevők. Ez a módszer a tapasztalatok alapján megfelelő eszköznek bizonyult arra, hogy valós információkat, adatokat gyűjtsünk a droghasználat természetével, mértékével kapcsolatosan azokon a területeken, ahol

- nincs kellő idő survey típusú kutatás elvégzésére,
- általában a mennyiségi vizsgálati módszerek (kérdőíves technikák) nem tudnak igazán tükrözni, felfedni a drogprobléma nagyságát, mélységét,
- nem nagyon ismerjük a drogfogyasztó populációt, valamint
- gyors változások állhatnak be a drogfogyasztás természetében.

A technika különböző, többnyire kvalitatív módszereket alkalmaz, mint például interjúk, megfigyelés, fókusz csoport és különböző becslési technikák.

A képzés résztvevői vállalják a módszer kipróbálását a saját városukban 2003 márciusa és májusa között. Ezen kísérleti fázis tapasztalatai alapján kézikönyv készül, mely útmutatást ad majd a módszer használatához a magyar viszonyok között.

- **Lunch table**

A képzés során a résztvevők megismerkedhettek a horizontális és vertikális kapcsolatépítés és kapcsolattartás különböző modelljeivel, annak alkalmazási lehetőségeivel, kivitelezési technikájával. Ezen modellek egyike az ún. „Lunch table”, melynek lényege a helyi drogprevenciós szakemberek rendszeres találkozója képzés és tapasztalatcsere céljából, azt úgymond informális „köntösbe” bújtatva. A módszer kísérleti bevezetése (országosan, minden régióban) 2003 elején esedékes.

- **Az Egyesült Királyság drogstratégiájának megvalósítása; az angol DAT-ok (Drug Action Team) rendszerének, tevékenységének bemutatása**

A képzésen részt vevők megismerkedhettek az Egyesült Királyság Nemzeti Drogstratégiájának helyi szintű megvalósításával. Bemutatásra került, hogy hogyan is valósul meg az Egyesült Királyságban a különböző szervezeti, intézményi együttműködés, hogyan oszlanak meg a feladatokhoz kapcsolódó kötelezettségek, valamint hogyan történik a források elosztása. Útmutatást és segítséget kaptak a résztvevők éves munkaterv elkészítéséhez, helyi szintű célok megfogalmazásához valamint riportok, jelentések készítéséhez a megvalósult munkáról. A képzés keretén belül bemutatásra kerültek az angol DAT-ok, azok működése, tevékenysége, valamint a működésükhöz szükséges minimum standardok. Ennek keretén belül szó esett a különböző tárgyalási technikákról is.

- **Projektmenedzsment**

Főbb témakörök: A menedzsment eszközei; Koordinációs technikák; Projekt tervezet készítése; Szükségletfelmérés; Célmeghatározás; Célcsoport kiválasztás; Megfelelő intervenciós technika kiválasztása; Tevékenységterv készítés; Monitorozás, értékelés; Költségvetés készítése.

- **Humán erőforrás menedzsment**

Főbb témakörök: Emberi erőforrás menedzsment alapjai; Csoportépítés, csoportkezelés; Kapcsolatépítés; Tárgyalási technikák, Konfliktuskezelés; Multidiszciplináris csoportmunka; Egyéni és csoportos segítség, támogatás eszközei; „intervízió”, szupervízió.

Visszajelzések a KEF-ektől a képzésekkel kapcsolatban

A képzéseken részt vevők lehetőséget kaptak arra, hogy kifejtsék észrevételeiket a képzésekkel kapcsolatban, értékelő lapok kitöltésével. Ezeket összegezve általánosan elmondható, hogy a résztvevők rendkívüli módon meg voltak elégedve a képzések és az előadók színvonalával, és nagyra értékelték, hogy lehetőségük volt közvetlenül a külföldi szakértőktől meghallgatni a külföldi tapasztalatokat, elsajátítani módszereiket. Hangsúlyozták, hogy a képzések jó alkalmat teremtettek arra, hogy a KEF-ek, illetve a KEF-ek és az NDI közötti kapcsolat személyesebbé és szorosabbá válhasson.

A twinning assistance projekt teljes költségvetése 500 ezer euró, mely fedezi egy fő (Lieneke Austie) hosszú távú vezető szakértő 12 hónapon át tartó magyarországi tartózkodásának valamennyi költségét, valamint számos rövid- és középtávú szakember magyarországi tartózkodását, szakanyagok előkészítését, fordítását, szakmai protokollok elkészítését, multiplikátor képzéseket elsősorban a szervezet fejlesztés, humán erőforrás menedzsment, tárgyalási technikák, minőségbiztosítás, program értékelés és a kiinduló helyzetfelmérés területén. További része a projekt ezen alkotóelemének 2 rövidebb időtartamú tanulmányút Hollandiába, illetőleg az Egyesült Királyságba. A projekt eredményeképpen a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megfelelő szinten lesz képes eleget tenni koordinációs és szakmai támogató feladatainak a KEF-ek vonatkozásában, továbbá kialakul egy olyan tágabb szakértői gárda az Intézet körül, aminek következtében számos területen jó színvonalon lesz képes illeszkedni az európai intézményekhez a drog problémák kezelése terén. Adicionális előnyöket lehet remélni attól is, hogy az Intézet munkatársi gárdáján kívül a társ intézmények, minisztériumok szakértői is részesülhetnek a képzésekből, így az intézményközi együttműködés formái és tartalmi is a kívánatos irányban fejlődhetnek.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet nyilvántartásában szereplő Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok régiónkénti listája

Közép-Dunántúl	Észak-Alföld	Dél-Dunántúl	Dél-Alföld	Észak-Magyarország	Közép-Magyarország	Nyugat-Dunántúl
Fejér megyei Tata Tatabánya Oroszlány Várpalota Veszprém Pápa Székesfehérvár Dunaújváros	Debrecen Hajdúböszörmény Törökszentmiklós Szolnok Karcag Jászberény Nyíregyháza Mátészalka		Kecskemét Baja Szeged Orosháza Kalocsa Békés Békéscsaba Kiskunfélegyháza Hódmezővásárhely Kiskunhalas Gyula Szentes Kiskunmajsza és környéke (kistérségi)	Ózd Tiszaújváros Kazincbarcika Miskolc Eger Gyöngyös Hatvan Salgótarján	Gödöllő Szentendre Gyál Szigetszentmiklós Érd Nagykőrös Dunakeszi Budaörs	Győr-Moson-Sopron megyei Győr Szombathely Mosonmagyaróvár Sopron Keszthely Zalaegerszeg Nagykanizsa

Budapest

XIII.kerület

XXI.kerület-Csepel

A magyarországi drogpolitika kereteit meghatározó jogszabályi környezet alakulása 2002-ben

1. A Büntető törvénykönyv és más kapcsolódó büntető jogszabályok változásai

A kábítószerekkel kapcsolatos, hatósági engedély nélkül végzett tevékenységek mindegyike bűncselekménynek minősül.

Az elmúlt tíz évben összesen három alkalommal került sor a Büntető törvénykönyv (1978. évi IV. tv.) kodifikációja során a „Visszaélés kábítószerral” törvényi tényállás módosítására. Mindennek eredményeként váltakozva szigorúbb, illetve enyhébb lett a fogyasztó típusú magatartás megítélése, a terjesztői magatartás esetében azonban mindannyiszor egyértelmű volt a jogalkotói szigor közvetítésének szándéka.

Az első hazai büntetőjogi rendelkezések – a kábítószerral kapcsolatban – több mint hetven évvel ezelőtt, még 1930-ban születtek.

Az akkor megfogalmazott törvényi tényállásban lényeges változtatást csak az 1993. évi törvény-módosítás hozott. Az új szabályozás lehetővé tette az ún. fogyasztó típusú magatartási körben a büntetőjogi felelősség alóli mentességet, az „elterelés” lehetőségének alkalmazását.

1996-ban a Legfelsőbb Bíróság állásfoglalásában szerepeltek először a mennyiségi határok, amelyek meghatározó kellékeivé váltak a cselekmény minősítésének.

1999. március 1-jén ismét változott a Btk. 282. §-a, a visszaélés kábítószerral bűncselekmény törvényi tényállása, amikor az elterelés igénybeveteli lehetőségét csupán a függő fogyasztókra korlátozták, valamint a fogyasztást mint elkövetési magatartást nevesítették a törvényben.

Az 1999. március 1-jén hatályba lépett törvényt módosítás kapcsán „A kábítószerral kapcsolatos 1999–2001. évi bűncselekmények társadalmi, illetve ifjúságra gyakorolt hatása, összefüggésben a büntető jogszabályok módosításával” című kutatási anyag összegzéseként megállapítást nyert, hogy az 1998. évi LXXXVII. törvény hatásossága megkérdőjelezhető: abban az esetben ugyanis, ha a módosítás várt eredménye a visszaélés kábítószerral bűncselekmény, a kábítószer-fogyasztás, -kereskedelem visszaszorítása volt, akkor ezt a célt nem sikerült megvalósítani.

A változást követő statisztikai adatok és készített felmérések is azt mutatják, hogy a kábítószereket kipróbálók, valamint az e tárgykörben regisztrált bűncselekmény-, illetve elkövetői szám továbbra is növekedést mutat.

A jogszabályváltozás nehezebbé tette a jogi minősítést, bonyolultabbá tette az eljárásokat, a szigorítás negatív hatást gyakorolt a drogpiacon szereplők magatartására is. A túlzottan szigorú büntetési tételek nem életszerűek, nem követik az ítélkezési gyakorlatot, nem veszik figyelembe a drogfogyasztó magatartást leginkább tanúsító fiatalok szokásait, jellemző magatartásformáit.

Az újabb módosítás hatályba lépésnek dátuma 2003. március 1. Jelen jogalkotói szándék meg egyezik azon szakmai tapasztalatokkal, mely szerint a fogyasztók többsége nem kriminális személyiség, hanem zömében körülményeik rendezetlensége vezetett a szer használatához.

A Büntető törvénykönyv

(1978. évi IV. tv.) kábítószerral kapcsolatos törvényi tényállásainak legutóbbi módosítására a 2003. évi II. törvénnyel került sor, a rendelkezések 2003. március 1-je óta hatályosak.

(Az IM összefoglalója)

1.1. A törvényt módosítás céljai az alábbiak voltak:

- a) a kábítószer-probléma visszaszorítására készült Nemzeti Stratégia megvalósítását szolgáló büntetőjogi környezet megteremtése,
- b) a kábítószer-bűnözés kedvezőtlen tendenciáinak lefékezése,

c) a kábítószer-szintér különböző szereplői visszaéléseinek differenciáltabb büntetőjogi megítélése,

d) a kábítószer-fogyasztó elkövetőknél a hatékonyabb speciális prevencióhoz szükséges büntetőjogi rendelkezések bevezetése (ami az érintettek esetében egyaránt jelenti annak megelőzését, hogy ismételten kábítószerrel fogyasszanak és bármilyen kábítószerrel összefüggő bűncselekményt elkövessenek),

e) a jogbiztonság követelményének érvényesítése.

A szabályozás – a differenciálás érdekében – különbséget tesz egyrészt a kábítószer fogyasztója, másrészt a terjesztő (kereskedő) között, ezért más jogkövetkezmények kapcsolódnak a két oldalhoz mind a büntetési tételeket, mind a minősített esetek meghatározását illetően.

Külön szabályozza a törvény a tizennyolcadik életévét be nem töltött személy felhasználásával elkövetett visszaélést.

A törvény összevonja a káros szenvedélykeltést és a tizennyolcadik életévét be nem töltött személy sérelmére elkövetett kábítószerrel visszaélést.

Külön rendelkezik a törvény a kábítószerfüggő személy cselekményeiről.

Módosultak a kábítószer előállításához szükséges anyagokkal (ún. prekursorokkal) kapcsolatos visszaéléseket büntető rendelkezések is.

A törvény az elterelés lehetőségét nemcsak a kábítószerfüggő fogyasztó számára, hanem általában biztosítja.

Részben a jogbiztonság követelményére tekintettel, részben a Nemzeti Stratégia 3. fő céljának megvalósítása érdekében a keresleti-oldali jelenségekkel, illetve a kábítószerfüggő személlyel kapcsolatos új tényállásokban (282. §, 282/B. §, 282/C. §) nem jelenik meg a "kábitószerrel fogyasztó" elkövetési magatartás. Ez nem azt jelenti, hogy a kábítószer-fogyasztás ne lenne változatlanul büntetendő cselekmény, hiszen a "megszerzés", "tartás" elkövetési magatartások révén továbbra is büntetendő a fogyasztás, és büntethető a kábítószer-fogyasztó.

1.2. Új minősített esetként került a **Btk. 282. §-ába** a bűnszövetségben történő elkövetés, arra az esetre, ha a bűnszervezetben történő elkövetés nem lenne megállapítható. Ugyanakkor azonban kikerült a minősített esetek köréből a hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként történő elkövetés. Ez a körülmény azonban az elkövetés egyéb körülményeitől függő büntetési tételkereteken belül értékelhető.

A törvény a fegyveresen történő elkövetést mint minősített esetet elhagyja, mivel a fegyveres előállítás, természet, megszerzés, tartás gyakorlatban történő előfordulásának esélye igen csekély, a kábítószer csempészet, azaz az országba való behozatal, illetve az onnan történő kivitel esetén pedig – adott esetben – a kábítószerrel visszaéléssel halmazatban megállapítható a fegyvercsempészet (Btk. 263/B. §) vagy a lőfegyverrel visszaélés (Btk. 263/A. §) bűncselekménye is.

A fogyasztói elkövetési magatartások esetében a jelentős mennyiségű kábítószerrel történő elkövetés büntetési tételkerete – a differenciálás jegyében – egy fokozattal enyhült (öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztés helyett öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés).

1.3. A Btk. önálló rendelkezésben, a **282/A. §-ban** szabályozza a kábítószerrel kapcsolatos terjesztői típusú magatartásokat, és továbbra is fenntartja azt az elvet, amely szerint ezek súlyosabban ítélandók meg, mint a fogyasztói magatartások.

A minősített esetek köréből kikerült az üzletszerűség. A terjesztői magatartások esetében e minősített eset azért felesleges, mert a forgalomba hozatal, illetve a kereskedelem azt magában foglalja, míg az üzletszerű kínálás vagy átadás nem életszerű, illetve az már kereskedelmet vagy forgalomba hozatalt jelent.

A Btk. 282. §-ához hasonlóan a terjesztői típusú kábítószerrel visszaélés esetén is minősített esetté vált a bűnszövetségben történő elkövetés.

Továbbra is súlyosabb megítélés alá esik a hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként történő elkövetés – amely a korábbiakban is minősített esetet jelentett –, de ezen minősített eset kiegészült

az „e minőségét felhasználva” fordulattal. Ez a megoldás a követi az 1988. december 20-án, Bécsben kelt ENSZ Egyezmény szóhasználatát is.

A terjesztői típusú magatartásoknál a jelentős mennyiségre történő elkövetés esetében a korábbi tíz évtől tizenöt évig terjedő, vagy életfogytig tartó szabadságvesztés helyett öt évtől tizenöt évig terjedő, vagy életfogytig tartó szabadságvesztéssel rendeli büntetni a Btk. ezt a cselekményt. Ezzel szélesebb egyéniesítési lehetőséget ad a bíróságok számára a büntetés kiszabás során.

1.4. A Btk. a 282/B. §-ában önálló és egységes tényállásban védi a tizennyolcadik életévét be nem töltött személyeket a kábítószerrel és a kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyaggal, illetőleg szerrel való visszaéléssel szemben, amelynek indoka a tizennyolcadik életévüket be nem töltött személyek különös védelme, továbbá azon elkövetési helyeknek az ugyanazon tényállásban történő szabályozása, amelyek szorosan kapcsolódnak az ilyen személyekhez.

1.5. A Btk. 282/C. §-a tartalmazza a kábítószerfüggő személyekre vonatkozó speciális szabályozást. Ez *lényegében* szó szerint megegyezik a Btk. 2003. március 1-jéig hatályos 282/A. §-ának (1)-(5) bekezdésével.

1.6. A Btk. 283. §-a differenciáltan biztosítja az elterelés lehetőségét a kábítószerfüggőnek nem minősülő elkövetők enyhébb súlyú cselekményeire is, ezzel a korábban hatályos rendelkezésekhez képest kiterjeszti ezen büntethetőséget megszüntető ok alkalmazási körét, ugyanis az 1998. évi Btk.-módosítás csak a kábítószerfüggő elkövetőkre korlátozta ezt. A törvény szerinti elterelési lehetőség megfelel Nemzeti Stratégia 4.5. b) pontja szerinti multidiszciplináris elveknek, és összhangban áll az ENSZ kábítószer-problémával kapcsolatos egyezményeinek tartalmával is.

A Btk. 283. §-ának a) és c) pontja tényállási elemként egyaránt magában foglalja a „saját használatra” célzatot, mindemellett a Btk. 283. §-ának b) pontja a terjesztési típusú magatartások közül csak a kínálás és az átadás esetében biztosítja az elterelés lehetőségét, amennyiben az együttesen történő kábítószer-fogyasztás alkalmával történik.

Jól látható tehát, hogy a Btk. *szigorú időkorlátot is felállít*, hiszen az elterelés már nem alkalmazható abban az esetben sem, amikor a kínálás vagy átadás egy későbbi együttes kábítószer-fogyasztás céljából történik, továbbá akkor sem, ha a kínálással vagy átadással egyben kereskedelem vagy forgalomba hozatal is megvalósul.

Mindemellett kiemelendő, hogy az oktatási, köznevelési, gyermekjóléti és gyermekvédelmi, közművelődési feladatok ellátására rendelt épület területén, illetve azok közvetlen környezetében elkövetett ilyen típusú cselekmények esetén *további szűkítést* tartalmaz a törvény, amikor rögzíti, hogy csak akkor lehet az elterelést alkalmazni, ha az elkövető nem töltötte be a huszonegyedik életévét. Az elterelést a Btk. lényegében arra az esetre szűkíti, amikor a felsorolt épületek területén vagy annak közelében a diákok együttes fogyasztás alkalmával adják át egymásnak a kábítószert.

Azonban tekintettel arra, hogy *elterelés korlátlan számban történő alkalmazására nem lehet módot adni* a kábítószer kínálásával vagy átadásával elkövetett kábítószerrel visszaélés esetén, ezért a az elterelés lehetőségét biztosító rendelkezés nem alkalmazható, ha az elkövetővel szemben a cselekmény elkövetését megelőzően két éven belül legalább egy alkalommal kábítószerrel visszaélés miatt indított büntetőeljárás keretében az elkövető büntetőjogi felelősségét megállapították, vagy vele szemben a vádemelést elhalasztották.

A kereskedelem és a forgalomba hozatal esetén nincs helye a büntethetőséget megszüntető ok alkalmazásának.

1.7. A 2003. évi II. törvény 2003. március 1-jei hatállyal módosította a 2003. július 1-jéig hatályban volt, büntetőeljárásról szóló **1973. évi I. törvényt**. Ennek eredményeképpen amennyiben a Btk. 283. §-ában meghatározott büntethetőséget megszüntető okból a nyomozás megszüntetésének lehetséges helye, a **nyomozást egyévi időtartamra fel kellett függeszteni**, ha a kábítószer-élvező gyanúsított vállalta a folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, kábítószer-használatot kezelő más ellátást vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást. Az eljárást azonban folytatni kellett, ha a gyanúsított okirattal nem igazolta, hogy a felfüggesztéstől számított egy éven belül legalább hat hónapig tartó folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban

részesült vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt, illetőleg ha a nyomozás felfüggesztésének tartama alatt a gyanúsított ellen kábítószerrel visszaélés miatt újabb büntetőeljárás indult és a nyomozás felfüggesztésének vagy megszüntetésének nem volt helye.

Ugyancsak a 2003. március 1-je és 2003. július 1-je közötti időszakban volt hatályos az 1973. évi I. törvény azon rendelkezése, amely alapján ha a Btk. 283. §-ában meghatározott büntethetőséget megszüntető okból az eljárás megszüntetésének lehetett helye – és amennyiben a nyomozást ebből a célból a fent idézett törvényhely alapján nem függesztették fel –, akkor **az elsőfokú bíróság az eljárást** egy ízben, **egyévi időtartamra felfüggesztette**, ha a kábítószer-élvező vádlott vállalta a folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, kábítószer-használatot kezelő más ellátást vagy a megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt. Az eljárást azonban folytatni kellett, ha a vádlott okirattal nem igazolta, hogy a felfüggesztéstől számított egy éven belül legalább hat hónapig tartó folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt, illetőleg ha az ügyész a vádlott ellen kábítószerrel visszaélés miatt újabb vádiratot nyújtott be.

2003. július 1-jén lépett hatályba a **büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény** (a továbbiakban: Be.), amely a **vádemelés elhalasztásának jogintézményét** biztosítja arra az esetre, ha a Btk. 283. §-ában meghatározott büntethetőséget megszüntető okból az eljárás megszüntetésének lehet helye. A Be. alapján ugyanis az ügyész a vádemelést egyévi időtartamra elhalasztja, ha a kábítószer-élvező gyanúsított vállalja a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt.

A vádemelés elhalasztása előtt azonban az ügyésznek meghallgatást kell tartania annak tisztázására, hogy a vádemelés elhalasztásának feltételei fennállnak-e. Amennyiben a kábítószer-élvező gyanúsított a kezelést vagy a megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt nem vállalja, akkor a vádemelés kötelező elhalasztásának szabálya természetesen nem érvényesül.

Amennyiben vádemelés elhalasztására került sor, akkor az ügyész az erről szóló határozatában elrendeli a gyanúsított pártfogó felügyeletét, tekintettel arra, hogy a Btk. 82. §-a és 119. §-a alapján a vádemelés elhalasztása esetén a pártfogó felügyelet elrendelése kötelező. Mivel a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson történő részvétel előfeltétele a Btk. 283. §-ában meghatározott büntethetőséget kizáró okok megállapításának, a vádemelésnek ilyen okból történő elhalasztása esetén a részvételt kötelezően betartandó magatartási szabályként kell előírni. A magatartási szabályok megtartását és a kötelezettségek teljesítését a pártfogó – a pártfogó felügyelet végrehajtására vonatkozó jogszabályok szerint – ellenőrzi és segíti, és a pártfogó e feladatainak a teljesítéséhez más szervek és szervezetek segítségét is igénybe veheti. Ha a gyanúsított az előírt kötelezettségeket nem teljesíti, akkor az ügyész vádat fog emelni.

1.8. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő ellátást vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatásról a 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet tartalmaz szabályozást. E rendelet előírja, hogy az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, valamint az Igazságügyi Minisztérium hivatalos lapjában negyedévente – első alkalommal a rendelet hatálybalépését követő számában – közzéteszi az előzetes állapotfelmérést végző intézmények, valamint az ellátást vagy szolgáltatást nyújtó intézmények jegyzékét.

E módosítással összefüggésben felmerült változások jelentőségére vonatkozóan, az eltelt rövid időre figyelemmel, adatokkal még nem rendelkezünk.

2. A Köznevelési törvény

(1993/LXXIX tv.) módosítása során az alábbi fontos változások kerültek a már az Országgyűlés által elfogadott törvénybe:

(Az OM összefoglalója)

8. § (9). bek:

Az általános műveltséget megalapozó szakaszban az iskolai nevelés-oktatás tartalmi egységét, az iskolák közötti átjárhatóságot a Nemzeti alaptanterv biztosítja. A Nemzeti alaptanterv kötelező rendelkezéseket állapíthat meg az oktatásszervezés körében, így különösen a tanulók heti és napi terhelésének korlátozására. A Nemzeti alaptantervben kell meghatározni az iskolának az **egészségfejlesztéssel**, a fogyasztóvédelemmel és a környezetvédelemmel összefüggő feladatait. A Nemzeti alaptantervben foglaltak teljesítését az oktatási miniszter által kiadott kerettantervek segítik.

8/A. § (1) A kerettanterv ajánlást tartalmaz:

a) a nevelés és oktatás céljára, a tantárgyak rendszerére, az egyes tantárgyak témaköreire, a témakörök tartalmára, a tantárgyak évfolyamonkénti követelményeire, a követelmények teljesítéséhez rendelkezésre álló időkeretre, **az iskolai egészségfejlesztéssel**, fogyasztóvédelemmel, környezetvédelemmel összefüggő feladatok végrehajtására,

17. §. (7) Tantárgyi modul (tánc és dráma, hon- és népismeret, **egészségtan**, mozgókép- és médiaismeret, etika, társadalomismeret stb.) oktatására a megfelelő szakos tanári végzettség és szakképzettség, vagy a munkakörre előírt végzettség és szakképzettség mellett a tantárgyi modulnak **megfelelő szakirányú továbbképzésben szerzett szakképzettség jogosít.**

48. § (3) Az iskola nevelési programjának részeként el kell készíteni az iskola egészségnevelési és környezeti nevelési programját. Az **iskolai egészségnevelési programnak tartalmaznia kell** az egészségfejlesztéssel összefüggő iskolai feladatokat, beleértve a mindennapi testedzés feladatainak végrehajtását szolgáló programot is. Az iskolai egészségnevelési program elkészítéséhez be kell szervezni az iskola-egészségügyi szolgálat véleményét.

52. § (10) Az általános iskola első–negyedik évfolyamán biztosítani kell a mindennapos testmozgást. A mindennapos testmozgás a helyi tantervben meghatározott legalább heti három testnevelési óra és a játékos testmozgás keretében valósul meg. Az általános iskola első–negyedik évfolyamain minden olyan tanítási napon, az iskolaotthonos nevelés és oktatás esetén minden olyan délelőtti tanítási időszakban, amelyben nincs testnevelési óra, meg kell szervezni a – tanuló életkorához és fejlettségéhez igazodó – játékos, **egészségfejlesztő testmozgást**. A játékos, egészségfejlesztő testmozgás ideje **naponként legalább harminc perc**, amelyet több, legalább tizenöt perces foglalkozás keretében is meg lehet tartani. A játékos, egészségfejlesztő testmozgást a tanítási órák részeként és szükség szerint legfeljebb egy óraközi szünet ideje legfeljebb ötven százalékának felhasználásával lehet megszervezni.

95. § (3) Az oktatási miniszter és az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter közös programok kiadásával, pályázatok kiírásával, továbbképzés biztosításával **segíti a nevelési-oktatási intézményekben folyó egészségfejlesztési feladatok végrehajtását.**

A tv. 1.sz. mellékletében:

gyermek- és ifjúságvédelmi felelős, **egészségnevelő**

- általános iskolában,
- középiskolában,
- szakiskolában

elláthatja az iskolatípusnak megfelelő, a 17. § (1) bekezdésének b)–e) és j) pontjában, illetve (2) bekezdésében felsorolt, továbbá családpedagógus, szociálpedagógus vagy pszichológus, szociális munkás végzettséggel és szakképzettséggel rendelkező szakember;

a foglalkoztatása megoldható kettős munkakörben, pl. a munkaidő egy részében a gyermek- és ifjúságvédelmi feladatokra, és a munkaidő másik részében pedagógus-munkakörben vagy egészségnevelő munkakörben történő foglalkoztatással]

A tv. 2. sz. mellékletében:

Adatkezelés a közoktatási intézményekben

1. A pedagógust és a nevelő és oktató munkát közvetlenül segítő alkalmazottat **titoktartási kötelezettség** terheli a gyermekkel, a tanulóval és családjával kapcsolatos minden olyan tény, adatot, információt illetően, amelyről a hivatásának ellátása során szerzett tudomást. E kötelezettség független a foglalkoztatási jogviszony fennállásától, és annak megszűnése után, határidő nélkül fennmarad. A titoktartási kötelezettség nem vonatkozik arra az esetre, ha alóla a szülővel történő közlés tekintetében a tanuló, másokkal történő közlés tekintetében a tanuló és a szülő közösen, mindkét esetben írásban felmentést adott. A tanuló írásbeli hozzájárulásának hiányában sem minősül a titoktartási kötelezettség megszegésének a cselekvőképtelen kiskorú szülőjének tájékoztatása, ha az a konkrét tény, adat, információ átadása nélkül, és azt követően történik, hogy a pedagógus, illetve a nevelő és oktató munkát segítő alkalmazott meggyőződött arról, hogy a tanulót ezzel nem hozza hátrányos helyzetbe. A titoktartási kötelezettség nem terjed ki a nevelőtestületi értekezletre, a nevelőtestület tagjainak egymásközi, a gyermek, tanuló érdekében végzett megbeszélésre. A titoktartási kötelezettség nem terjed ki azokra az adatokra, amelyek e törvény alapján kezelhetők és továbbíthatók. A titoktartási kötelezettség kiterjed azokra is, akik részt vesznek a nevelőtestület ülésén.

2. A közoktatási intézmények a gyermekek, tanulók személyes adatait csak pedagógiai célból, pedagógiai célú rehabilitációs és rehabilitációs feladatok ellátása céljából, gyermek- és ifjúságvédelmi célból, iskola-egészségügyi célból, az e törvényben meghatározott nyilvántartások vezetése céljából, már folyamatban lévő büntetőeljárásban, szabálysértési eljárásban a büntethetőség és a felelősségre vonás mértékének megállapítása céljából, a célnak megfelelő mértékben, célhoz kötötten kezelhetik.

3. A pedagógus, illetve a nevelő és oktató munkát segítő alkalmazott az óvoda vezetője, iskola igazgatója útján – a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény 17. §-ára is tekintettel – köteles az illetékes gyermekjóléti szolgálatot haladéktalanul értesíteni, ha megítélése szerint a gyermek, a kiskorú tanuló – más vagy saját magatartása miatt – súlyos veszélyhelyzetbe kerülhet vagy került. Ebben a helyzetben az adattovábbításhoz az érintett, illetve az adattal kapcsolatosan egyébként rendelkezésre jogosult beleegyezése nem szükséges.

4. A közoktatási intézmények az alkalmazottak személyes adatait csak a foglalkoztatással, juttatások, kedvezmények, kötelezettségek megállapításával és teljesítésével, állampolgári jogok és kötelezettségek teljesítésével kapcsolatosan, nemzetbiztonsági okokból, az e törvényben meghatározott nyilvántartások kezelése céljából, a célnak megfelelő mértékben, célhoz kötötten kezelhetik.

5. Adattovábbításra a közoktatási intézmény vezetője és – a meghatalmazás keretei között – az általa meghatalmazott vezető vagy más alkalmazott jogosult.

6. Az iratkezelési szabályzatban, ha ilyen készítése nem kötelező, a közoktatási intézmény szervezeti és működési szabályzatának mellékleteként kiadott adatkezelési szabályzatban kell meghatározni az adatkezelés és -továbbítás intézményi rendjét. Az adatkezelés időtartama nem haladhatja meg az irattári őrzési időt. Az adatkezelési szabályzat elkészítésénél, illetve módosításánál nevelési-oktatási intézményben a szülői szervezetet, (közösséget) és az iskolai, kollégiumi diákönkormányzatot egyetértési jog illeti meg.

7. Önkéntes adatszolgáltatás esetén a tanulót, kiskorú tanuló esetén a szülőt is tájékoztatni kell arról, hogy az adatszolgáltatásban való részvétel nem kötelező. Kiskorú tanulónak az önkéntes adatszolgáltatásba történő bevonásához be kell szerezni a szülő engedélyét.

A Nemzeti stratégia monitorozása

A Nemzeti Stratégia időarányos megvalósulása – Főbb eredmények, változások

A 96/2000. OGY. határozattal elfogadott „Nemzeti stratégia” időarányos végrehajtása

Az említett dokumentum rövid és középtávú céljainak végrehajtásával kapcsolatos feladatokat a 1036/2002. számú kormányhatározat tartalmazza. Jelen fejezet a felelős minisztériumok és országos hatáskörű szervek beszámolóí alapján készült.

6.1. Közösség együttműködés – A társadalom váljon érzékenyebbé a droghatóságok hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában

- **A közösség számára használható hazai adatok összegyűjtése, a nemzetközi adatbázisok hozzáférhetővé tétele.**

- Évente megjelenik a „**Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről**” című kiadvány a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium (GYISM) gondozásában, mely tartalmazza a legfontosabb hazai adatokat és kezdeményezéseket. 2001-ben a kötet az amfetaminhelyzet részleteiből elemzésével bővült ki, 2002-ben pedig a kannabisz helyzet került ismertetésre. A kötet 4000 példányban jelent meg, gyakorlatilag az összes olyan állami, egyházi, szakmai és civil szervezet, illetve KEF kapott belőle, melyek droghatóságokkal foglalkoznak. A 2003. évi kötet megjelenése év végére várható.
- A GYISM támogatásával a TNT együttes Egyetlen Szó című új lemezének mellékleteként megjelent **Drog-kör-kör-kép** elnevezésű interaktív CD-ROM a droghatóságban érintettek számára egyedülálló lehetőséget nyújt a kábítószer témával kapcsolatos, magyarországi, segítő, ellátó tevékenység átfogó, hiteles megismerésére.
- A magyar kábítószerügyi adatgyűjtő központ intézményesítése és hatékony keresletcsökkentési modellek kísérleti megvalósítása a HU0006-02 sz. Phare projekt keretében 2001 novemberében kezdődött (2003-ban zárult), az előkészületek már 2000-ben megkezdődtek. A projekt partnerkapcsolati (twinning) együttműködésben folyt a Spanyol Nemzeti Droghatóságközponttal. A projekt költségkerete 1 millió euró volt, amelyből 850 ezer euró a spanyol partner szolgáltatásait biztosította, 150 ezer euró pedig az adatgyűjtő központ technikai felszerelését szolgáltatta. Felállt egy szervezeti egység az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztériumban, melynek feladata volt, hogy előkészítse a magyar Focal Point, másodlagos adatszolgáltató központ kialakítását. 2003. szeptember 9-én született meg az a kormányhatározat (1091/2003. (IX. 9. Korm. hat.), amely rendelkezik az Európai Unió Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) magyar nemzeti adatszolgáltató és kapcsolattartó szervének létrehozataláról. Az Európai Kábítószer és Kábítószer-függőség Megfigyelő Hálózat (REITOX) részeként létrehozott Nemzeti Kábítószer Adatszolgáltató és Kapcsolattartó Központ legfontosabb feladata az Európai Unió Lisszabonban működő Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központ (EMCDDA) elvárásainak megfelelő harmonizált adatszolgáltatás lesz.
- A Honvédelmi Minisztérium az alkohol- és a kábítószer-fogyasztás lehetséges háttértényezői és a droghatóságos szokások feltárását kérdőíves módszerrel, 1000 fő bevonásával, 2003. év harmadik negyedévében végezte el, melyet kutatási zárótanulmányban összegeznek a negyedik negyedévében. Működtetik továbbá jó tapasztalatokkal a MH Droghatóságos információ hálózatát.

- **A nemzetközi standardok alkalmazása**

- A MATRA program keretében a holland partnerek a büntetés-végrehajtásban dolgozó szakembereket képeztek és képeznek ki a kábítószer-problémakör kezelésével kapcsolatosan. A Hollandiában alkalmazott módszerek magyar viszonyokhoz történő adaptálása jelenleg is folyik.
- **Közösségi epidemiológiai kutatások kezdeményezése:**
 - 2003-ban zajlik az Oktatási Minisztériumban a 2001-ben végzett országos, a közoktatásban és a felsőoktatásban tanulók körében szervezett, a kábítószer-fogyasztási szokásokat feltérképező felmérések eredményeinek összehasonlítása és annak vizsgálata, hogy a megvalósult programok milyen hatékonyságot értek el. Az eredmények további tanulmányok készítését is lehetővé teszik, valamint a beavatkozás, módosítás is lehetővé válik.
- **A helyi prevenciók szolgáltatások létesítése**
 - Igen széles körű pályázati és egyéb működési támogatási rendszer állt rendelkezésre az elmúlt három évben, mely a korábbi évekhez képest jelentős előrelépést eredményezett. Ennek keretében éjszakai sportesemények, helyi prevenciók programok támogatása, kockázati csoportokra vonatkozó programok és kiadványok támogatása stb. valósulhatott meg.
- **Városi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok**
 - Rendszerszerűvé vált a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok anyagi és szakmai-módszertani támogatása. A KEF-ek célul tűzték ki a helyi problémák felmérését és a helyi kábítószer-ellenes stratégia kialakítását. A KEF-ek munkáját szakmai téren a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet segíti. A program kiterjesztésére a fővárosi kerületekre is 2003 novemberében került, meghívásos pályázat meghirdetésével.

2. Megelőzés – Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására

- Folytatódtak a **Honvédelmi Minisztérium prevenciók** programjai:
 - Már harmadik éve kerül megrendezésre a "Drogriadó" elnevezésű megelőző program, a helyi rendezésű nyílt drogprevenciók napok (előadások, sportprogramok, vetélkedők) szervezése – Szer nélküli laktanyákért program –, valamint egy komplex egészségfejlesztő program, „Az egészség a legerősebb fegyvered” címmel.
 - A kiképző központok hivatásos állománya egy speciális érzékenyítési programban részesült, mely a megelőzést, a fogyasztás időben történő felismerését és annak kezelését tartalmazza.
 - Egységes prevenciók szemléletű tájékoztató szóróanyagok, kiadványok kellő példányszámban rendelkezésükre állnak, új sorozat tervezése megkezdődött, így módszertanilag definiált egységes oktatói segédkönyvek kerültek kiadásra egészségfejlesztés témában
 - Drogprevenciók oktatói kézikönyv
 - HIV/AIDS oktatói kézikönyv
 - Dohányzást megelőző program oktatói kézikönyv
 - Egészséges táplálkozás oktatói kézikönyv
 - Egyéb kiadványok: A drog, Mitől és miért félünk, Ne dobd el az életed, Szenvedélyeink.
 - A Humán Tanácsadó Telefonszolgálat további működtetése, a szolgáltatást végzők szakmai továbbképzése folyamatos.
 - A Magyar Honvédségben megalakult Drogprevenciók Bizottság, éves munkaterv alapján dolgozik. Az éves munkaterv a MH állományára kidolgozott drogprevenciók stratégia alapján készülnek el.
- **Az iskolai integrált drogprevenció – GYISM–OM pályázat**

- A pályázat támogatja az iskolák és a szakmai szervezetek (prevenciós szolgáltatók) közötti együttműködést. Célja, hogy az iskolában (immár három éve) korszerű szakmai megfontolásokat tükröző, interaktív oktatási technikákkal dolgozó programok jelenjenek meg, továbbá, hogy sor kerüljön a pedagógusok és a szülők tájékoztatására is. A támogatás keretei között az érintett iskolák kidolgozzák drogrevenációs hangsúlyú egészségfejlesztési stratégiájukat is. A pályázat megvalósítása során egyöntetű kritériumok mentén kerül sor egy előzetes tájékozási, melynek eredményeképpen nagy mennyiségű, az adott tanintézményre jellemző az előfordulási gyakoriságot hitelesen tükröző adatok birtokába juthatunk. Ez az adatbázis, továbbá az attitűdökre, viselkedési szándékokra vonatkozó adatok a prevenciós foglalkozások után lebonyolított ismételt kérdőíves vizsgálat révén a már rövid távon is mérhető hatások azonosítására is lehetőséget biztosítanak. Ez a kezdeményezés hitelesen tükrözi a Stratégia szellemiségéből adódó törekvéseket, melyek a beszámoltathatóságot és az átláthatóságot fontos értéknek jelenítik meg. A pályázatra a GYISM évente 220–250 millió Ft-ot fordított.
- **A Fiatalok Bv. Intézetében** már működik drogrevenációs csoport. Ezt az adott megyeszékhelyen tevékenykedő drogambulancia szervezte a bv. intézet személyi állományának bevonásával. A Kecskeméti és a Szirmabesenyői Regionális Bv. Intézetek fiatalok fogvatartottai is rendszeresen vesznek részt a bv. intézet székhelyén működő Rendőr-főkapitányság által szervezett drogrevenációs előadásokon. Ezek kívül a fiatalok bv. intézeteiben folyamatosak az egészségnevelési és kábítószer-prevenciós programok.
- **Képzés**
 - A **Honvédelmi Minisztérium** A Széchenyi István Főiskola Távoktatási és Továbbképző Központ – Petz Aladár Megyei Oktató Kórház – Egészségügyi és Szociális Intézet, valamint a Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökség szakmai közreműködésével kidolgozta a “Drogmegelőzés Alapjai” Egészségügyi Szakdolgozói Továbbképzési Program-ot, valamint a “Drogmegelőzés Alapjai” Orvosok Továbbképzési Programját, figyelemmel a 73/1999 EüM rendeletre, amelyek akkreditációja megtörtént. Befejezték és akkreditálásra előkészítették a “Drogmegelőzés Integratív megközelítése” c. programot csapatorvosok részére.
 - Az **Oktatási Minisztérium** célja a 2002-ben 3 egyetemen 100 fő pedagógus részére államilag finanszírozott formában elindított pszichológus másoddiplomás levelező tagozatos alapképzési szak fenntartásának bővítése, a pedagógusok ösztönzése a képzések igénybevitelére. Az iskolapszichológusi hálózat fejlesztése érdekében az OM támogatja minden iskolára kiterjedően azt, hogy – az egészségügyi ellátó rendszer keretein belül – számottevően emelkedjen az iskolapszichológusok mielőbbi munkába állása. A graduális és posztgraduális mentálhigiénés és egészségnevelési képzési programok felmérésre kerülnek, valamint a mentálhigiénés jellegű szakirányú továbbképzési szakok támogatását folytatják. Ezen kívül már megvalósult és folyamatban lévő programok:
 - „Az iskola, mint mentálhigiénés erőforrás” c. országos pedagógus-konferencia megrendezése.
 - Az állami finanszírozású iskolapszichológus másoddiplomás alapképzési szak 3 egyetemen való megindítása.
 - Az ELTE BTK Pszichológiai Intézetének Iskolapszichológiai Módszertani Bázis támogatása
 - A felsőoktatási intézmények egyes mentálhigiénés szakirányú továbbképzési szakjainak pedagógus szakvizsgával egyenértékű szakképzettségként való elismerése
 - Az egyes mentálhigiénés jellegű szakirányú továbbképzési szakokra jelentkező gyakorló pedagógusok éves költségtérítésének támogatása
 - A **Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztériumban** 2002-ben meghirdetett képzési program általános célja, hogy a kortárs befolyásoláson alapuló drogrevenáció módszertanát minél széle-

sebb körben ismertté tegye az ország különböző területeiről származó kortárs-segítők körében, valamint az önkéntes fiatalokat felkészítse a veszélyeztetett fiatalokkal kapcsolatos prevenciók tevékenységre; biztosítsa a képzésen keresztül a kortárs-segítői tevékenység utánpótlását, fejlessze a kortárs-segítői, csoportvezetői készségeket, korszerű szemléletet és ismereteket adjon át. 113 db beérkezett pályázatból a támogató 73 db-ot talált támogathatónak, mintegy 35 millió Ft összegben.

- A kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó alacsonyküszöbű programok, valamint kábítószer-fogyasztókat kezelő intézmények részére szupervízió biztosításának támogatására, a munkájuk során felmerülő szakmai kérdések tisztázására, havonta legalább egy alkalommal, rendszeres képzés biztosítására 28 db pályázat érkezett. Az elnyert összeg 9.380.000 Ft. A pályázat célcsoportja az alacsonyküszöbű programokban, kábítószer-fogyasztókat kezelő intézményekben dolgozó segítő szakemberek.
- a Kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó segítő, szakemberek képzésének támogatása címmel nyújtott 14.070.000 Ft támogatást a GYISM 2002-ben. A pályázaton 32 db program került támogatásra.
- **Iskolai drogügyi koordinátorok**
 - Az Oktatási Minisztérium kidolgozta és működteti az iskolai drogügyi koordinátorok akkreditált képzési tematikáját és továbbképzési rendszerét a regionális drogügyi koordinátor hálózat formájában. A képzés folytatását, és a hálózat működtetését kiemelt feladatként kezeljük, azonban a szakmai ismeretek hatékonyabb átadása érdekében és a továbbképzések szakmai színvonalának emelése érdekében a jelenlegi struktúra korrekciójára került sor.
 - A korábban megkezdett és sikeresen működő iskolai drogügyi koordinátor pedagógusok továbbképzése folytatódott. A képzés 2003-tól az országban több, minimum 3 helyszínen zajlik, a PTMIK szervezésében, OM finanszírozással. Cél, hogy minden általános és középiskolában legyen legalább egy fő iskolai drogügyi koordinátor képzettségű pedagógus.
 - Az OM által finanszírozott „Mentálhigiénés Alapképzés Pedagógusoknak” c. 30 órás akkreditált továbbképzések is elindultak 2002-ben. A képzést a Zánkai Gyermek és Ifjúsági Centrum Kht-ban 2003-ban biztosítja és finanszírozza a tárca. 2003 őszén közel 100 fő pedagógus szerez ilyen tanúsítványt.
 - A kiépítés alatt álló regionális mentálhigiénés esetmegbeszélő műhelyhálózatot továbbfejlesztik. A „MAP” továbbképzést elvégzett pedagógusok részére folytatásként tervezett esetmegbeszélő műhelyhálózatot a PTMIK akkreditáltatta, melyben 10 csoport évi négyszeri találkozóját továbbra is az OM finanszírozza. A nagy érdeklődésre és szakmai hasznosságára való tekintettel feltétlenül folytatják a programot, kibővített csoportokkal és évi többszöri találkozóval.
 - Az iskolai drogügyekért felelős koordinátor szakemberek (pedagógus, egészségnevelő, iskolapszichológus, ifjúsági védőnő) működéséhez szükséges feltételei a Köznevelésről szóló 1993/LXXIX tv. módosítása során a már az Országgyűlés által elfogadott törvény 1.sz. mellékletében kerültek meghatározásra. A munkakörrel járó feladatleírás a 11/1994. MKM rendelet soron következő módosításában kerül megfogalmazásra.
 - A speciális iskolai drogügyi koordinátor pedagógusok továbbképzésén a végzetek szupervíziója kiemelkedő jelentőségű. Az OM kezdeményezésére a PTMIK által alapított és akkreditált 30 órás pedagógus-továbbképzést végzetek (amelyet eddig 1200 tanár végzett el) számára már működik az a regionális hálózat, amely az OKÉV-ek szervezésében külsős szakemberek bevonásával, de az OM felügyelete mellett folyamatos továbbképzést, konzultációt és esetmegbeszélést biztosított évente 4 alkalommal, a régiók iskolai prevenciók pedagógusainak. Ez a fajta továbbképzést 2003-tól az általános és középiskolai pedagógus-

soknak megyei szinten, a PTMIK szervezésében folytatjuk, évente 4X6 órában, valamint regionális konferenciák keretében. A programot a 2003/2004. tanévben indítjuk, mert finanszírozását az 1036/2002. Korm.hat. végrehajtására a Kormánytól igényelt többletforrásból tudjuk fedezni, amely a mai napig még nem érkezett meg a tárcához, de a szervezési munkák elkezdődtek.

- **OM prevenciók csomagjai az iskoláknak:**

- Az Oktatási Minisztérium a saját és külső szakemberek bevonásával folyamatosan küld az oktatási intézmények részére az iskolai egészségneveléssel, drogprevencióval kapcsolatos kiadványokat. A kiadványok és média események részben különböző prevenciók programokhoz is kapcsolódnak, így az érdekeltek széles körben elérhetők, valamint megfelelő hangnemben alakítható ki kommunikáció az érintettekkel. A teljesség igénye nélkül néhányat kiemelve, a 2002-ben megvalósultak köréből:

- „Légy észnél”... program és kiadvány,
- „Szertelenül” című regionális rádiós magazin,
- „KIDS” magazin
- „Vészcsengő” a pedagógus lehetősége a drogprevencióban,
- 2003-ban a „Droginformációs lapok” c. OM kiadvány a Btk. kábítószerre vonatkozó módosításáról a fiatalokat érintő kérdésekben

3. Gyógyítás, rehabilitáció, szociális munka – Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat

- A büntetés-végrehajtás oktatási intézményeiben, valamint a Rendőrtiszti Főiskola Bv. Tanszékén a képzés szerves része a kábítószer problémával kapcsolatos ismeretek oktatása. A fogvatartottakkal közvetlenül foglalkozó személyzet - nevelő, pszichológus, felügyelő - képzése valamennyi bv. intézetre kiterjed. A bv. szervezet személyi állományának több tagja (orvosok, pedagógusok, szociális munkások) szereztek addiktológiai képesítést másoddiplomás képzésben. Ezt a gyakorlatot kívánjuk folytatni a jövőben is. A Budapesti Fegyház és Börtönben kábítószerfüggőséget gyógyító (elterelő) kezelés folyik egy erre a célra kialakított speciális csoportban

- **Szubsztitúció (fenntartásos terápia)**

- Alkalmazása csak súlyos opiátfüggőség (heroin) esetében lehetséges és csak akkor ajánlott, ha az absztinenciát célzó kezelés sikertelen maradt. A világ számos országában a heroinfüggők részére metadon-szubsztitúciót biztosítanak. Metadon-program Magyarországon annak opiát (heroin) szubsztitúció céljára 2001-ben történt törzskönyvezése után indulhatott meg. A metadon-terápia módszertani levele 2002-ben jelent meg az Egészségügyi Közlönyben. A beteg számára ingyenes kezelést az OEP finanszírozza. Jelenleg 7 központban folyik metadonos fenntartó program, melyben 2002-ben 208 személy vett részt.

- **Alacsonyküszöbű szolgáltatások és megkereső programok a GYISM támogatásával:**

- A kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó alacsonyküszöbű intézmények, programok szolgáltatásainak fejlesztését a GYISM 2002-ben kiemelten kezelve, két pályázati fordulóban is támogatta (februári, illetve novemberi kiírás), ahol a legjelentősebb hangsúly a **tűcsere- és metadonprogramok** létrehozatalára, fejlesztésére esett. Ezen kívül más alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő programok, mint intézményfejlesztés, telefonos segélyszolgálat, konzultációs központok kialakítása, valamint szenvedélybetegek személyközpontú oktatása, gondozása kaphatott minden korábbinál jelentősebb támogatást. Az elmúlt évekhez képest lényegesen több szervezet foglalkozik alacsonyküszöbű szolgáltatással, tekintettel a megnövekedett szenvedélybetegek számára.

- Több új **rehabilitációs otthon** építése is megkezdődött, illetve folytatódott a tárca támogatásával, így ezek üzembe állásával a rehabilitációs férőhelyek száma az igényekhez képest elegendő lesz, ezen a területen a mennyiségi és minőségi fejlesztés üteme és mértéke teljes egészében összhangban van a Stratégiában foglalt célkitűzésekkel.
- Együttműködési megállapodás keretében „Ariadné fonala” címmel a Debreceni Egyetemen indult **mentálhigiénés programsorozat**, mely szolgáltatást az életvezetési gondokkal küszködő egyetemista/főiskolás korosztály veszi igénybe.
- 2002-ben A kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó alacsonyküszöbű intézmények, programok szolgáltatásainak támogatására a GYISM **40 db pályázat** keretében **81 millió Ft**-ot fordított.

4. Kínálatcsökkentés – Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét

- A **Honvédelmi Minisztérium** a MH személyi állományának kábítószer hatása alatti állapota ellenőrzésével kapcsolatos, az objektív mérési rendszerhez tartozó feladatai körében kidolgozta a minőség biztosítási előírásoknak megfelelő, objektív drogszűrési rendszert. A laboratórium akkreditálása folyamatban van. A kábítószer fogyasztásának felderítése: a csapatok, vagy kutatási feladatainak megfelelően az MH EVI Toxikológiai Kutató Osztálya végzik immunkromatográfiás gyorstesztet (immunkémiai módszer) alkalmazásával.
- Növelni kell a **Vám- és Pénzügyőrség felderítési hatékonyságát**, valamint a szervezet technikai, szakmai és személyi kapacitásait.
- Jelentős előrelépés történt a képzés, továbbképzés vonatkozásában. A kábítószer-felderítő csoportokban szolgálatot teljesítők az alapképzésen felül speciális tréningen sajátítják el a szakterület ellátásához szükséges tudnivalókat. Az igényeknek megfelelő számú kutyavezető és kutya folyamatos kiképzése mellett lehetőség nyílt arra is, hogy e vonatkozásban a társszervek részére tanfolyamokat szervezzenek. Nyomozóhatósági jogkörűeknek a kábítószer-csempészetre való kiterjesztésével kapcsolatosan 2002-ben elkezdődött a nyomozóhivatalok és a kábítószer-felderítő csoportok személyi állományának felkészítése, 2003 elején megkezdődött a saját bűnügyi technikusok kiképzése. A Phare Regionális Kábítószer Bűnüldözési Projekt keretében 2003 januárjától 2004 márciusig tartó, az EU csatlakozásra kijelölt országok részvételével megvalósuló képzés célja az egyes országokon belül vámhatósági, határőrségi, rendőrségi, ügyészségi együttműködés, illetve ezen országok jelzett hatóságai felderítési együttműködésének fokozása, akcióképességük javítása.
- A kábítószer-csempészet elleni hatékony küzdelemhez szükséges szerszámok, technikai eszközök és járművek beszerzéséhez a Vám- és Pénzügyőrség önerőből, belső átcsoportosításokkal, külföldi vámigazgatások segítségével és Phare-támogatással teremtette meg a szükséges pénzügyi fedezetet. Sor került kutatócsoportok felszerelésének kiegészítésére, kábítószerkereső kutyákat szállító járművek beszerzésére, Phare program keretében 3 mobil kamionvizsgáló röntgenjármű üzembeállítására.
- A kábítószer-probléma visszaszorításához kapcsolódóan a Vám- és Pénzügyőrség 2003. évi költségvetésében a kábítószer-felderítési szakterületen dolgozó 209 fő személyi juttatására, az azt terhelő járulékokra és a dologi kiadásokra – a 23.678/3/2002. számú levelemben részletezett bontásban – fedezetet nyújtó 684,5 millió forint szerepel. A kábítószer-csempészet elleni hatékony küzdelemhez szükséges szerszámok, technikai eszközök és járművek beszerzését fogja segíteni a 2003. évi költségvetés GyISM fejezetében a Kábítószer-ellenes nemzeti stratégia megvalósítására biztosított előirányzatból a Vám- és Pénzügyőrség részére átadásra kerülő 28,3 millió forint.
- A kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott gyártásához használt egyes vegyi anyagok forgalmának legális ellenőrzését célzó együttműködési megállapodást írt alá 2002. április 17-én a

VPOP, az ORFK, a Gazdasági Minisztérium Engedélyezési és Közigazgatási Hivatala, illetve a Magyar Vegyipari Szövetség, a Magyar Gyógyszergyártók Országos Szövetsége és a Gyógyszer Nagykereskedők Szövetsége.

- **A rendőrség felderítő és nyomozati** munkája váljék eredményesebbé elsősorban a terjesztéssel kapcsolatos kábítószeres ügyekben, valamint a kábítószer-használat és más bűncselekmények összefüggésével kapcsolatos ügyekben.
- A rendőrségi fogdáknál fogva tartott kábítószer-használók szakirányú ellátására vonatkozó program kidolgozásra került, az e kategóriába tartozó fogva tartottak ellátása, kezelése folyamatos.
- Tekintettel a 272/2001. (XII. 21.) Kormányrendeletre a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott gyártásához használt egyes vegyi anyagok forgalmának monitorozása és legális ellenőrzéséhez a szakmai szövetségekkel való megállapodás megszületett. Az ECOSOC határozatokkal megállapított, úgynevezett szűkített monitoring jegyzéken szereplő újabb vegyi anyagok monitorozásának megkezdése folyamatban van.
- A kábítószer-problémával kapcsolatos orvosszakértői tevékenység egységesítésében, illetve a kábítószer-függőség megállapítása egységes szakmai szempontrendszerének kialakításában a Rendőrség Egészségügyi Szolgálatának munkatársai részt vesznek.
- A 2002. évben az ország négy különböző pontján (Veszprém, Szeged, Pécs, Győr) létesült a kábítószer-fogyasztás szűrésének területén alkalmazható igazságügyi laboratórium.

Összefoglalás:

A Nemzeti stratégia végrehajtása területén jelentős programok indultak el, a rövid és középtávú célok megvalósítása nagyrészt 2003. évben lezárul. Javul a koordinatív hatékonyság, a megvalósító szervek közötti együttműködés, az eltérő érdekű és szempontrendszerű intézmények és központi hivatalok folyamatosan tudják egyeztetni programjaikat. A rendelkezésre álló pénzeszközök is folyamatos emelkedést mutatnak, bár még mindig nem elegendők ahhoz, hogy a kitűzött célok maradéktalanul megvalósulhassanak.

Nyilvánvaló ugyanakkor, hogy számos területen igen komoly erőfeszítésekre van szükség annak érdekében, hogy a rendszerszemléletű stratégiai program megvalósítása a társadalom által elvárható eredményeket hozhassa meg. A problémára és annak kezelésére vonatkozó eddig tapasztalt szakmai, közigazgatási, társadalmi és politikai szinteken kialakult konszenzus jó kiindulási pontot jelent a további erőfeszítések szempontjából.

DROGPROBLÉMÁVAL KAPCSOLATOS VIZSGÁLATOK MAGYARORSZÁGON, 2002-BEN

1. Bevezetés

Bár hazánkat is elérte az Egyesült Államokat és általában a nyugati egyetemeket, kutatóintézeteket jellemző publikálási kötelezettség nyomása, ez még messze nem közelíti meg a külföldön tapasztalható mértéket. Különösen így van ez az addiktológia területén, ahol ráadásul viszonylagosan alacsony a kutatóintézetekben vagy felsőoktatási intézményekben dolgozó kutatók száma, hiszen a témában tevékenykedők jelentősebb hányada a gyakorlatban (megelőzés, gyógyítás stb.) dolgozik. Valószínűleg ennek is következménye, hogy a viszonylagosan nagy számú kutatás (ezt jelzi legalábbis a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium vagy egyéb intézmények, szervezetek pályázataira beérkező és ott támogatást elnyerő kutatások magas száma, de erre utalnak az addiktológiai témájú konferenciák előadásai és poszterei is) ellenére az addiktológiai tárgyú publikációk száma viszonylagosan alacsony. Ez nem mást jelent, mint hogy az elkészített, kiértékelt kutatások egy jelentős része nem „íródik meg”, nem készül belőlük publikáció. A tudományos érdeklődés lendülete kitart a pályázás, a kutatás leveleznyelése és a beszámoló elkészítése alatt, de - bár esetleg egy-egy konferencia előadás készül - a szaklapokban történő publikálásra már nem marad erő. Azért nagy baj ez, hiszen így a szakma nem értesül az eredményekről, illetve az eredmények, a módszerek, a kérdések nem válnak szakmai vita, kritika, vagy éppen méltatás tárgyává.

A következőkben azon, 2002-ben zárult kutatások legfontosabb eredményeit összegzem, amelyek eredményei vagy szaklapokban hozzáférhetővé váltak, vagy amelyekbe a témában szétküldött körlevél nyomán betekintést nyerhettünk. Néhány esetben - kivételesen – olyan vizsgálatokat is megemlítek, amelyek 2003 során zárultak le.

2. Epidemiológiai vizsgálatok

Országos epidemiológiai vizsgálat mind középiskolás, mind pedig felnőtt (18–35 éves korosztály) mintán 2003 tavaszán készült (Paksi Borbála és Elekes Zsuzsanna vezetésével). Bár Pikó (2002), valamint Kiss és Lisznai (2003) vizsgálatai is szolgálnak epidemiológiai adatokkal is, ezen vizsgálatok célja elsősorban nem az epidemiológiai adatgyűjtés, hanem a fiatalok egészségmagatartásának vizsgálata volt, így bemutatásukra az alábbiakban egy másik alfejezetben kerül majd sor.

Gyors helyzetfelmérő és válaszkidolgozó módszer (RAR)

A nagyobb mintával dolgozó kérdőíves epidemiológiai vizsgálatok mellett, az elmúlt év során készült hazánkban először olyan epidemiológiai vizsgálat, amely módszereiben a hangsúlyt a kvalitatív megközelítésre helyezve, egy adott populáció (jelen esetben az injekciós droghasználók) jellemzőit célzottan vizsgálva tett kísérletet egy gyors helyzetfelmérés elvégzésére (Rácz és Ritter, 2003). A kutatók Magyarország öt régiójában (öt megyeszékhely – Budapest, Miskolc, Szeged, Pécs és Veszprém –, valamint vonzáskörzetük) készítették interjúkat injekciós és nem injekciós droghasználókkal, illetve helyi szakemberekkel, kulcsszemélyekkel. Az interjúkat az injekciós droghasználókkal foglalkozó szakemberek részvételével lefolytatott fókuszcsoportok egészítették ki. A vizsgálat, a konkrét eredményeken túl, elsősorban a gyors – közegészségügyi – *helyzetfelmérő és válaszkidolgozó* (Rapid Assessment and Response, RAR) módszer hazai alkalmazása miatt kiemelt jelentőségű. Hasonló módszertanú vizsgálatot végzett Kazincbarcikán, Győrött és Debrecenben Fábíán (2003) is. Az előbbi vizsgálatnál összhangban a cél itt is az adott város droghasználati jellemzőivel kapcsolatosan néhány olyan célzott kérdés megválaszolása volt, amelyek elengedhetetlenül fontosak a város drogstratégiájának kialakításához, a tervezett intervenciók kidolgozásához.

Kokainhasználók vizsgálata

Gerevich és Bácskai (2003) a kokainfogyasztók segítség iránti szükségleteit vizsgálták. 210 fő kokainhasználó kvantitatív vizsgálata és 9 fővel készített interjúk alapján a szerzők 3 használói csoportot különítenek el: (1) party csoport (hét végi fogyasztás, társadalmi integráció); (2) szcéna csoport (marginális drogfogyasztó szubkultúra része); (3) terápiás csoport (a vizsgálat idején drogfogyasztása miatt kezelésben áll). Az eredmények szerint a megkérdezettek a kokain-fogyasztás abbahagyását akkor döntenek el, amikor egyszerű költség-haszon számításuk alapján a kokainfogyasztás aránytalanul magas költségeit érzékelik. A költségek közül az egzisztenciális költségek mellett a legfontosabbak az alvászavar, a pszichológiai, pszichiátriai tünetek és problémák (depresszió, szenzitivitás, paranoiditás, pánik, szorongás, szexuális zavarok stb.), a súlyos szomatikus betegségre emlékeztető tünetek (szívtáji fájdalom) és az interperszonális problémák. A professzionális segítséget véletlenszerűen, barátok közvetítésével keresik. A kokainfogyasztók nem preferálják az állami egészségügy szolgáltatásait, bizalmatlanok az adatkezeléssel szemben; inkább a magánorvosokat részesítik előnyben. Többnyire az elvonást követően, a visszaesés megelőzése céljából keresik fel az orvost. Az absztinencia menedzselésében sok függ a szubkultúrában való involváció mértékétől, az érzelmi támasztól, a munkához való viszonytól, az elvonást követően fellépő zavarok mértékétől, valamint az orvossal kialakított személyes kapcsolat minőségétől. Droghasználókkal foglalkozó szakemberekkel, illetve drogpolitikai döntéshozókkal, tanácsadókkal készített interjúk is azt a megfigyelést erősítették, hogy a kokainhasználók nem szívesen keresik fel az egészségügyi intézményeket, inkább az anonimitást biztosító, magasabb minőségűt ígérő magánpraxist választják.

3. Programok monitorozása, hatékonyságvizsgálatok

Prevenációs programok monitorozása

A különböző intervenciók hatékonyságára irányuló kutatások közül a 2002-es évben a prevenációs programok hatékonyságát vizsgáló felmérések domináltak. Paksi és Demetrovics (Paksi és Demetrovics, 2002; Paksi, Demetrovics és Czakó, 2002a és 2002b) budapesti iskolai drogprevenációs programok felmérését, illetve értékelését végezték el. A felmérés magába foglalta a programok számbavételét, illetve teoretikus hátterük értékelését. Utóbbi a célok, a célok elméleti háttere, illetve az alkalmazott módszereknek a feltárását jelentette, valamint a programok ezen szempontok mentén történő kategorizálását. Szintén sor került a szervezetek működésének szervezetszociológiai elemzésére. A vizsgálat ezeken túl magába foglalta, hét kiválasztott program esetében, a folyamat- és az eredmény evaluáció elvégzését is. Előbbi tekintetében egyrészt a program lefolyása során készültek strukturált megfigyelések, másrészt a programok interpretátoraival készült rövid kérdőíves felmérés, harmadrészt pedig a diákok körében a programok lefutását követően felvett poszt-kérdőívek nyújtottak még információt. A programok eredményértékelését a vizsgálatok előtt és után felvett, a programok végső, illetve specifikus céljait (is) leképező önkitöltős kérdőívek segítségével végezték el a kutatók. A folyamat és eredmény evaluáció kvantitatív eredményeit a prevenációban résztvevő diákok körében készült fókuszcsoportos interjúk egészítették ki. Az eredmények rámutattak, hogy a különböző értékelési szempontok csak egymást kiegészítve értelmezhetőek, továbbá, hogy a célok sikeres elérésének az egyik legkiemelkedőbb feltétele a célpopuláció jellemzőinek az ismerete és figyelembe vétele a program tervezésekor.

Nyírády (2003a) fókuszcsoportos vizsgálatban egy magazinban megjelent divatfotó-sorozat drogprevenációs hatékonyságát vizsgálta. A *reakálás központú* irányzatot képviselő kutatás eredménye szerint a válaszadók többsége nem tartja alkalmasnak a divatfotókat drog-prevenáció közvetítésére. Ennek oka részben az öltözködés és a drogfogyasztás közötti összefüggés vitatott volta, részben pedig az az ellentmondás, hogy tiltott cselekedet jelenik meg reklámfotón. A fókuszcsoportokon résztvevő fiatalok egyértelműen úgy vélekedtek, hogy akkor működhet jól a prevenáció, ha azonosulni tudnak a szereplőkkel. Két másik, hasonló módszertanú vizsgálatában Nyírády (2003b és 2003c) kvalitatív – fókuszcsoportos – módszerrel, illetve kvalitatív és kvantitatív – kérdőíves – módszereket kombinálva

vizsgált egyéb prevenciós intervenciókat, illetve különböző prevenciós célzatú filmek, műsorok, illetve kiállítás hatékonyságát hasonlította össze.

Kezelési és ártalomcsökkentő intervenciók monitorozása

Kun (2003) a IX. kerületben működő, 2000 novemberében elindult tűcsere program tapasztalatairól, illetve az ellátott populáció – elsősorban roma amfetaminhasználókról van szó – jellemzőiről számol be. A beszámoló szerint a viszonylagosan nehezen beinduló program két év alatt jelentős ismertségre tudott szert tenni a megcélzott populáció körében, s ennek nyomán 2002-ben már négyezer feletti fecskendő került kiosztásra. Különösen nehezen történt meg annak tudatosítása a használókban, hogy mennyire fontos a használt fecskendők visszaszolgáltatása, leadása. A kezdeti nehézségeket követően azonban itt is áttörés volt tapasztalható, s 2002-ben már több mint másfélezer használt fecskendő került vissza a szolgálathoz. A felvett interjúk alapján úgy tűnik, hogy a szolgáltatás által elért populációban jelentős mértékű az amfetamin intravénás használata, bár az adatok azt is jelzik, hogy a fecskendők megosztása, közös használata, a droghasználat közösségi jellege ellenére sem jellemző ebben a populációban.

Demetrovics és mtsai (2002) fenntartó metadon kezelés hatékonyságát vizsgálták. Előzetes eredményeik szerint a fenntartó kezelés kezdeti szakaszában jelentősebb javulás tapasztalható a kliens pszichés státuszában (alacsonyabb szorongás és depresszió, valamint magasabb élettél való elégedettség mérhető, mint a kezelésbe való belépéskor), ez a hatás azonban a kezelés későbbi fázisában már kevésbé markáns. A jelenség ellenőrzése, illetve nagyobb elemszámon történő megerősítése mindazonáltal még folyamatban van.

4. A droghasználat pszichológiai és társadalmi háttérváltozóinak vizsgálata

Középiskolások véleménye a droghasználat háttéréről

Pikó és Piczil (2003) vizsgálatukban, kvalitatív módszerrel, fókusz csoporttal kívánta a fiatalok droghasználat háttérjellemezőit vizsgálni. Az összesen 150 fő, 16-18 év közötti középiskolás tanuló részvételével elvégzett vizsgálat célja az volt, hogy a kutatók képet kapjanak a fiatalok drogfogyasztásról alkotott véleményéről. A fiatalok válasza alapján megállapítható volt, hogy tudatában vannak a jelen társadalmi-gazdasági átmenet ellentmondásainak. A bizonytalanság számukra is meghatározó forrása a társadalmi stressznek, s ugyanakkor a stresszel való megbirkózás stratégiái között esetükben (is) gyakran szerepel a cigaretta, az alkohol és a tiltott drogok fogyasztása. A kvantitatív vizsgálatokhoz hasonlóan a legerősebb befolyásoló tényezőnek, ebben a vizsgálatban is, a barátok csoportkonformitást erősítő hatása bizonyult a drogfogyasztásban.

Droghasználat, valamint egészségpszichológiai és személyiségpszichológiai jellemzők

Pikó Bettina (2002) egy kultúrközi – magyar–amerikai–lengyel–török – összehasonlító vizsgálatban középiskolás fiatalok egészségmagatartása és az egészségpszichológiai jellemzők közötti kapcsolatot vizsgálta. A teljes magyar minta 560 fő, átlagosan 16,7 éves (57% fiú) szegedi középiskolásból állt. Az eredmények szerint marihuánát a vizsgálatot megelőző három hónap alatt a fiatalok 11,8%-a használt: 5,4% párszor, 3,2% néhányszor, 0,4% gyakran és 2,9% rendszeresen, kb. minden héten. Egyéb drogokat 5,7% (a fiúk 8,2%-a, a lányok 2,5%-a) fogyasztott. Az egészségpszichológiai háttérjellemezőket tekintve gyenge kapcsolat mutatkozott a marihuánahasználat és a jövőorientáltság hiánya, valamint az egyéb illegális szerek fogyasztása és ugyanezen dimenzió között. Regressziós modellt alkalmazva, a fogyasztás legfontosabb előrejelzőjének mind a marihuána, mind az egyéb drogok esetében a barátok viselkedése mutatkozott.

Kiss és Lisznyai (2003) mintegy háromszáz egyetemista és főiskolás hallgatóval végeztek kérdőíves felmérést, amely (a.) a droghasználat, (b.) a hallgatók szociális támogatottsága, (c.) az egyetemi/főiskolai életbe való integrációjuk és az ehhez kapcsolódó készségek és megküzdési stratégiák, (d.) mentálhigiénés státuszuk, valamint (e) segítő kapcsolatokra vonatkozó elképzeléseik, elvárásaik témákban tartalmazott kérdéseket. A vizsgálat részben szükségletfelmérési céllal készült, azaz a drog-

használat és az egyéb jellemzők közötti összefüggések feltárása a hatékony egyetemi/főiskolai segítő, tanácsadó hálózat kiépítése szempontjából bírt fontossággal.

Az eredmények azt mutatták, hogy a droghasználat nem egyértelműen jelent diszfunkcionális mentálhigiénés háttérrel; egyedül a neurotikus működésmód (NCS-kérdőív) jelzett egyértelmű szignifikáns összefüggést a droghasználattal. Az életvezetési készségek egy jellegzetes és tréning-programok alapjául szolgáló faktorstruktúrájához jutottunk, amely a droghasználattal jellegzetes kapcsolatot mutatott: a készségeket nagyon jó színvonalon működtetők és a deficités működésmódot mutatók között volt gyakoribb szemben az életvezetési készségeket átlagos színvonalon használókkal.

A témában jelentős kutatásokat végzett és Münnich (2003) szerkesztésében publikált a Debreceni Egyetem kutatócsoportja.

Droghasználat és vallásosság

Pikó (2003 és Pikó és Fitzpatrick, 2003) a vallásosság és a legális- valamint illegális szerhasználat közötti kapcsolatot vizsgálta 1240 szegedi, 11-19 éves általános- és középiskolás diákon. A vallásosság mindhárom dimenziója (1. önjellemzés; 2. imádkozás; 3. vallásos összejövetelek látogatása) szignifikáns kapcsolatot mutatott a marihuána, illetve az amfetamin aktuális használatával. Így a marihuána esetében a magukat vallásosnak tekintők 7,6%-a, a magukat nem vallásosnak tekintők 14,5%-a volt használó. Az imádkozók 6,2%-a, a nem imádkozók 11,7%-a, s végül a vallásos összejövetelekre többé kevésbé rendszeresen eljárók 4%-a, míg a soha nem járók 13,6%-a volt aktuális marihuána használónak tekinthető. Hasonló tendencia mutatkozott az amfetamin esetében is, míg a legális drogok esetében (alkohol, dohányzás) az önjellemzés nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a szerhasználattal. A többi dimenzió hatása azonban, ha kisebb mértékben is, mint az illegális szereknél, de megmutatkozott.

A terápiás változás háttere

Pécsi kutatók a komlói terápiás közösség felszabadulási rituáléit vizsgálták, illetőleg elemzéseikben a felépülő és visszaeső szenvedélybetegek, „felszabadulási ünnepeiken” elhangzott szövegeit hasonlították össze (B. Erdős, Kelemen és Csürke, 2003; Kelemen és B. Erdős; 2003). Arra a kérdésre kerestek választ, hogy ezen szövegek mentén tudnak-e olyan kommunikatív jegyeket azonosítani, amelyek a változásnak, a státuszváltásnak megfelelő lelkiállapotot tükrözik, s ezáltal elkülöníthetővé teszik az igazi változást a játszmatól. A kutatók 27 felépülő szenvedélybeteg és 7 visszaeső szövegét hasonlították össze. A legfontosabb eredményeket összefoglalva, elmondható volt, hogy a felépülők több metaforát használnak, míg a visszaesők nem csak kevesebb, de konformabb metaforákkal élnek, olyanokkal, amelyeket egy programzáró alkalmon „használni illik”. A visszaesők esetében továbbá jellemző, hogy beszédeikben vágyott állapotot jelenítenek meg, annak előzményei, nehézségei nélkül, illetve lezáratlanságra, „úton levésre” utalnak a cél elérésének szimbolikus megjelenítése nélkül. A felépülők ugyanakkor lényegesen többet utaltak a terápiás közösségben megélt közös élményekre, míg a visszaesőknél inkább a ceremónia külsődleges, felmérhető, kontrollálható elvárásaihoz való viszonylagosan jó alkalmazkodás volt megfigyelhető. Összefoglalóan elmondható, hogy a vizsgálat eredményei szerint a felépülők esetében valóban azt lehetett megfigyelni, hogy „működik” az átmeneti rítus, s ez egyaránt tükröződik beszédének jelentés szintű és szó szintű jegyeiben, valamint abban a tényben, hogy az utánkövetés eredményeit tekintve tartja az absztinenciát.

5. Egyéb addiktológiai témájú kutatások - Internetfüggőség

Az elmúlt években az addiktológiában az egyik leginkább felfutó kutatási területnek az internetfüggőség, illetőleg a problémás internethasználat jelensége mutatkozott. A legfontosabb vizsgálatokat és eredményeket e tekintetben csak említésszerűen jelezzük. Bár részletes bemutatásukra nem nyílik lehetőség, röviden érdemes megemlíteni néhány vizsgálatot, amely az addiktológia egyéb területén készült. Fábrián és munkatársai (2002) Young kérdőívét felhasználva internethasználók csoportosítását végezték el, míg Demetrovics és munkatársai (2003) magyar nyelvű, a problémás internethasználat mérésére alkalmas kérdőívet (PIH-S) dolgoztak ki és vizsgálták meg fontosabb

pszichometriai jellemzőit. Utóbbi vizsgálat az internetfüggőség háttérében három faktort azonosított, amelyek az *obszesszió* (gondolati elfoglaltság az internettel kapcsolatos dolgokkal), a *kontrollzavar*, valamint a fontos *tevékenységek elhanyagolása*. Ezen eredmények részben egybevágnak a Fábián és munkatársai (2002) által közölt adatokkal. Papp és mtsai (2003) a PIH kérdőív és egyes személyiség-dimenziók összefüggéseit vizsgálták.

6. Összefoglalás

Hangsúlyoznunk kell, hogy jelen összefoglaló valószínűleg nem tartalmazza valamennyi, a 2002-es év folyamán lefolytatott vagy ebben az évben végződő vizsgálat eredményeit. A szaklapokban megjelent kutatási eredmények mellett ugyanis a vizsgálatok jelentős részét nem vagy még nem publikálták a kutatók. Bár utóbbi eredményekről is igyekeztünk informálódni, nem biztos, hogy e tekintetben teljes sikerrel jártunk.

A vizsgálatokat áttekintve talán két jelentős fejleményt emelhetünk ki. Az egyik a kvalitatív módszerek térnyerése az utóbbi időszak kutatásaiban. Ez a jelenség egyaránt megfigyelhető az *epidemiológiai* vizsgálatok terén, ahol két olyan kutatás is készült az elmúlt évben, amely a kvalitatív módszereken alapuló RAR (gyors helyzetfelmérés és választervezés) alkalmazását indította el, illetve a *programok hatékonyságának* terén, ahol elsősorban a fókuszcsoporthoz, illetve az interjúkon alapuló vizsgálatok térnyerése volt megfigyelhető. A másik fejlemény ez utóbbi területtel kapcsolatos. Jelentős eredménynek tekinthetjük ugyanis, hogy az elmúlt évek vizsgálatait tekintve egyre nagyobb hangsúlyt kezdenek kapni azok a kutatások, amelyek valamilyen intervenció - megelőzés, kezelés - hatását, hatékonyságát hivatottak mérni.

7. Irodalomjegyzék

- B. Erdős M., Kelemen G., Csürke J. (2003). A felszabadulási rituálék szerepe egy élhető világ kialakításában. *Addiktológia*, 2(1):29-52.
- Demetrovics Zs., Balázs H., Csorba J. *Fenntartó metadon kezelés a Jász utcai Drogambulancián: a hatékonyságvizsgálat kezdeti eredményei*. Előadás a Magyar Addiktológiai Társaság IV. Országos Kongresszusán. 2002. október 17-19. Balatonfüred. Abstracts, p. 19-20.
- Demetrovics, Zs., Szeredi, B., Nyikos E. (2003). *Measuring Internet Addiction: The Problem Internet Use Questionnaire (PIUQ)*. Poster on the 17th Conference of the European Health Psychology Society. September 24-27, 2003. Island of Kos, Greece. Abstracts pp. 79.
- Fábián R. (2003). *RAR módszer alkalmazása a lokális droghelyzet megismeréséhez*. Kézirat.
- Fábián Zs., Pillók P., Ritter A. és Hoyer M. (2002). Felmérés a magyarországi internethasználatról - szociálpszichológiai és pszichopatológiai vonatkozások. *Psychiatria Hungarica*, 17(6):599-606.
- Gerevich J. és Bácskai E. (2003). *A magyarországi kokainfogyasztók igénye a segítségre. Egy kvalitatív kutatás eredményei*. Kézirat.
- Kelemen, G., B. Erdős, M. (2003). The role of reintegration rituals in sobriety. A comparative study on recovery and relapse. *Dynamic Psychiatry*, 36. 89-113.
- Kiss I., Lisznyai, S. (2003). *A függőség háttértényezői a felsőoktatásban*. Felsőoktatási Tanácsadó Egyesület, Budapest
- Kun G. (2003). „Dzsumbuj – program”. Kézirat.
- Münnich Á. (2003). (szerk.) *A kábítószer kipróbálásának okairól az egyetemi hallgatók körében végzett vizsgálatok alapján*. Eötvös Kiadó, Budapest.
- Nyírády A. (2003a). *A WAN2 magazin Diszkóbaleset c. divatfotó-sorozatának fókuszcsoporthoz vizsgálat*. Kézirat.
- Nyírády A. (2003b). *A Háló-mozi program értékelése*. Kézirat.
- Nyírády A. (2003c). *Általános drog-prevenció kvalitatív vizsgálata*. Kézirat.
- Paksi B., Demetrovics Zs. (2002). *A drogprenvenációs gyakorlat megismerése. A budapesti drogprenvenációs programok felmérése és értékelése*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Czákó Á. (2002a). Az iskolai drogprenvenációs programok értékelése I. rész. *Addiktológia*, 1(1):15-37.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Czákó Á. (2002b). Az iskolai drogprenvenációs programok értékelése II. rész. *Addiktológia*, 1(1):38-49.
- Papp K., Demetrovics Zs., Kállai J. (2003). *Jelenlét a virtuális valóságban. Intenethasználat: addiktív vagy kreatív tevékenység*. IV. Magatartástudományi Napok, 2003. június 4-5. Pécs.
- Pikó B. (2002). *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2003). *Vállalosság és káros szenvedélyek fiatalok körében*. *Addiktológia*, 2(1):53-64.

Pikó B. F., Fitzpatrick, K. M. (2003). Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors* (in press).

Pikó, B., Piczil M. (2003). Ahogyan ők látják... - fókuszban az ifjúság. *Társadalomkutatás*, 21(2): 191-201.

Rác J. és Ritter I. (2003). *Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon. Kézirat.*

A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE – EPIDEMIOLÓGIAI HELYZETKÉP

A drogfogyasztás prevalenciaértékei

2. Epidemiológiai helyzetkép

2.1. A drogfogyasztás prevalencia értékei, mintázata, tendenciái a népesség körében¹

2.1.a. A drogfogyasztás tendenciái

A drogfogyasztás közvetlen indikátorai mentén az egyik leginkább veszélyeztetett korosztályra², a középiskolás populációra vonatkozóan ma már több mint tíz évre vonatkozóan, az ezredforduló utáni változásokról pedig már a felnőtt – 18 év feletti – népesség vonatkozásában is rendelkezünk összehasonlítható, a nemzetközi standardoknak megfelelő³ adatokkal.

Középiskolások körében jelentkező tendenciák

A középiskolások országos reprezentatív mintáján 1995-ben, 1999-ben és 2003-ban (Elekes-Paksi, 1996, 2000a) az ESPAD⁴, a 2001/2002-es tanévben pedig a HBSC⁵ projekt keretében készültek drogepidemiológiai adatfelvételek. A kötet összeállításakor a legutóbbi, 2003-as vizsgálat feldolgozása folyamatban van, tehát jelenleg országos trendeket csak az 1995-2002 közötti időszakra tudunk felvázolni.

Mint azt már az elmúlt évek jelentéseiben szerepeltettük, a különböző – ESPAD standardokon alapuló – helyi ill. regionális kutatások már a kilencvenes évek elején azt jelezték, hogy a középiskolások 7–12% kipróbált már valamilyen szert, biztosan droghasználati céllal. 1995-ben, az ESPAD keretében, országos reprezentatív mintán készült vizsgálat a 10. évfolyamos középiskolások körében szintén 10%-os életprevalencia értéket detektált. Az ezt követő évben ország egyes megyéiben, településein végzett vizsgálatok ezt a 10% körüli rátákkal jellemezhető időszakot az évezed elejétől 1996-ig sejtetik. Ezt követően, a kilencvenes évek második felében a tiltott drogok⁶ és az inhalánsok együttes életprevalencia értéke⁷ országosan közel kétszeresére – 10%-ról 19%-ra – növekedett a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes, Paksi 2000b, Paksi 2002).

¹ Az összefoglaló tanulmányt készítette: Paksi Borbála – Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Viselkedéskutató Központ – tudományos munkatárs

² Hazai és nemzetközi kutatási tapasztalatok szerint az első droghasználat nagy gyakorisággal történik a középiskolás évek alatt. (lásd. Pl. Bácskai-Gerevich 1997; Elekes-Paksi, 1996, 2000a, 2000b; Hibell, et al., 1997, 2000; Murányi-Seres, 1994; Murányi, 1996, Demetrovics, 1998, 2001; Paksi 2003a, b)

³ A középiskolás vizsgálatok 1995-ben, 1999-ben, valamint 2003-ban ESPAD (A módszertani eredmények részletesebb leírását lásd. Hibell et al., 1997; 2000 valamint Elekes-Paksi, 1996, 2000a), 2001/2002-ben a HBSC (Sebestyén 2003) protokoll szerint, a lakossági vizsgálatok pedig az EMCDDA, illetve a WHO ajánlásai alapján (EMCDDA 1999; Simpura et al. 2000, valamint Elekes, 2002, Paksi, 2003a, b) készültek

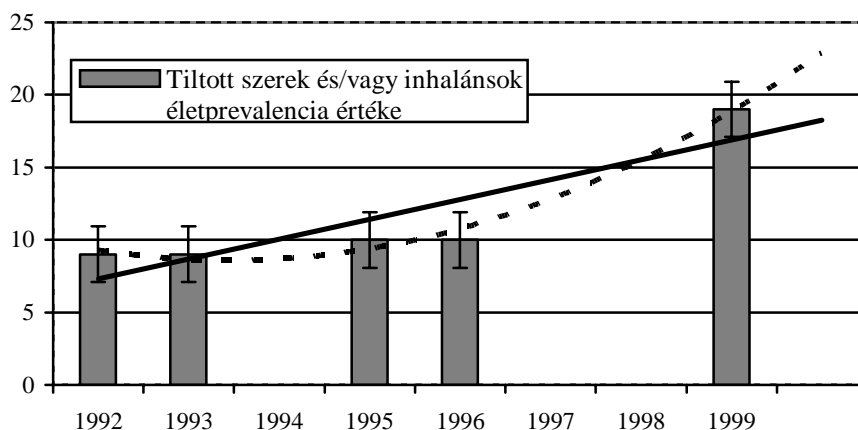
⁴ Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról (Hibell et al., 1997, 2000, Hibell.- Andersson, 2002)

⁵ Health Behaviour in School-Aged Children – „Iskoláskorúak egészségmagatartása”

⁶ Tiltott szerek közé az alábbiakat soroltuk: marihuána vagy hasis, LSD, ecstasy, amfetaminok, crack, kokain, heroin, egyéb ópiátok, mágikus gomba.

⁷ A magyarországi gyakorlatban kiszámítjuk tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes prevalenciaértékét, melyet „biztosan droghasználati szerfogyasztás néven szerepeltetünk”.

A tiltott szerek és/vagy inhalánsok életprevalencia-értékének alakulása a kilencvenes években, (a trendvonal, és a standardhiba feltüntetésével)⁸



Elekes, Paksi 2000b

A 2002-es a HBSC vizsgálat adatai szerint a 9. és a 11. évfolyamos diákok 21,5%-a használt már életében valamilyen tiltott drogot vagy inhalánsot. Ezen belül a 9. évfolyamosok prevalencia-értéke 15,5%. Az 1999-es ESPAD vizsgálatban ugyanez az érték 16,6% volt. A két érték 68%-os megbízhatósági szint mellett sem különbözik szignifikánsan⁹, ami a fogyasztás elterjedtségének az utóbbi 3 évben jelentkező stagnálását, és/vagy az ESPAD és a HBSC vizsgálatokban a mintavételen kívüli hibák eltérő mértékét egyaránt jelezheti.

Budapesten - az ESPAD'03 magyarországi projektjéhez kapcsolódóan - 2003 tavaszán önálló drogepidemiológiai adatfelvétel készült, így a fővárosi változásokra vonatkozóan immáron 11 évet felölelő időszakra vonatkozóan vannak – azonos módszertani standardok alapján gyűjtött - adataink.

Az évtized első felében – az országos trendekhez hasonlóan - a fővárosban sem detektáltunk szignifikáns változást a drogfogyasztás elterjedtségében. Ezt követően, az 1995-1999 közötti időszakban azonban a biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke összességében 12,1%-ról 28,8%-ra, tehát 16,7 százalékponttal, azaz az évtized eleji értéket 100%-nak tekintve mintegy 140%-kal növekedett a 10. évfolyamos budapesti diákok körében.¹⁰ Ebben az időszakban valamennyi tiltott szer életprevalencia értéke növekedett, ezen belül elsősorban a cannabis származékok növekedése volt a meghatározó, de jelentős volt az LSD és más hallucinogének, az amfetaminok, valamint az ecstasy elterjedtségének növekedése is. Az első két ESPAD vizsgálat között, 1998-ban készült kisebb mintás kutatás eredményei arra utalnak, hogy a szerek többsége esetében ez a növekedés 1995 és 1998 között – illetve más lokális adatok alapján feltehetően 1996 és 1998 között - ment végbe, s 1998-tól 1999-re már csak a marihuána fogyasztás növekedése volt megfigyelhető (Elekes, Paksi, 2000b).

Ezt követően, 1999-2000 között, gyakorlatilag minden szer esetében csak hibahatáron belüli elmozdulás volt tapasztalható (Elekes, Paksi, 2000b), amely stagnálás azonban az utóbbi négy éves időszakot tekintve csak átmenetinek bizonyult. Az adatok 2002-re néhány szer – az ecstasy, az amfetaminok, és az LSD, továbbá a kokain és a kannabisz származékok - esetében ismét az életprevalencia értékek hibahatáron túli növekedését jelezték (Paksi, 2002). Az utóbbi egy évben ez a mérsékelt növekedés a marihuána/hasis, valamint az amfetaminok életprevalencia értékekben folytató-

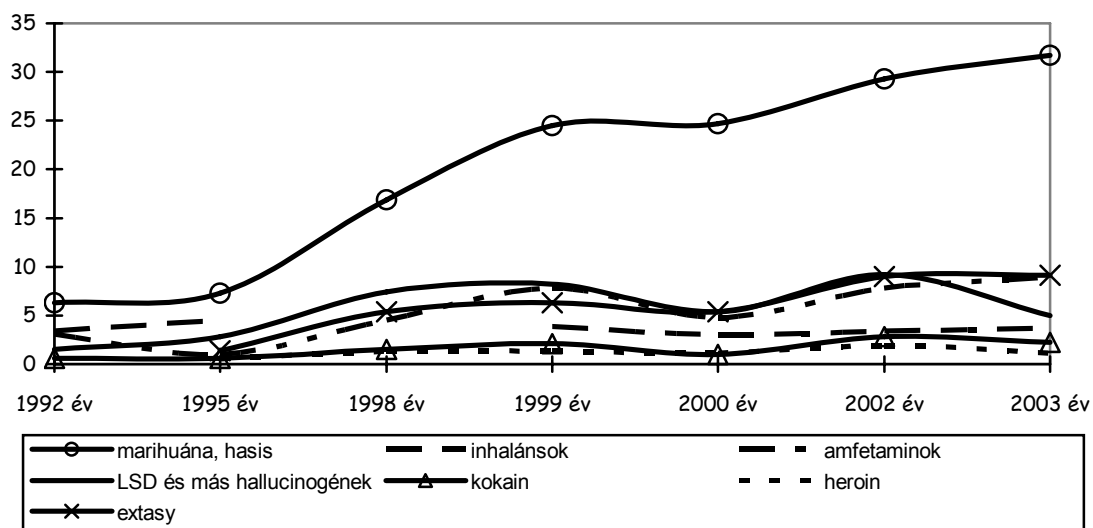
⁸ A fekete vonal a lineáris kapcsolat esetén várható trendet jelzi, a szaggatott pedig az ún. polinominális kapcsolat esetén megrajzolható mutatót mutatja.

⁹ A mintanagyságokat figyelembe véve 68%-os megbízhatósági szint mellett 1999-ben a 9. évfolyamon mért ESPAD érték 15-17,2, a 2002-ben mért HBSC érték pedig 14,8-16,2% között helyezkedik el a valóságban. 99%-os megbízhatósággal pedig a tényleges értékek 15-18,2 valamint 13,1-17,9 között mozognak.

¹⁰ Az 1999 előtti vizsgálatok a 10. évfolyamos diákokra vonatkoztak, így hosszabb időszakot felölelő változásokat erre a populációra vonatkozóan tudunk bemutatni.

dott, ugyanakkor jelentős csökkenés következett be az LSD használat elterjedtségében. A többi szer esetében nem történt hibahatáron túli változás az életprevalenciákban.

A szerenkénti életprevalencia-értékek tendenciái 1992-től napjainkig, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében

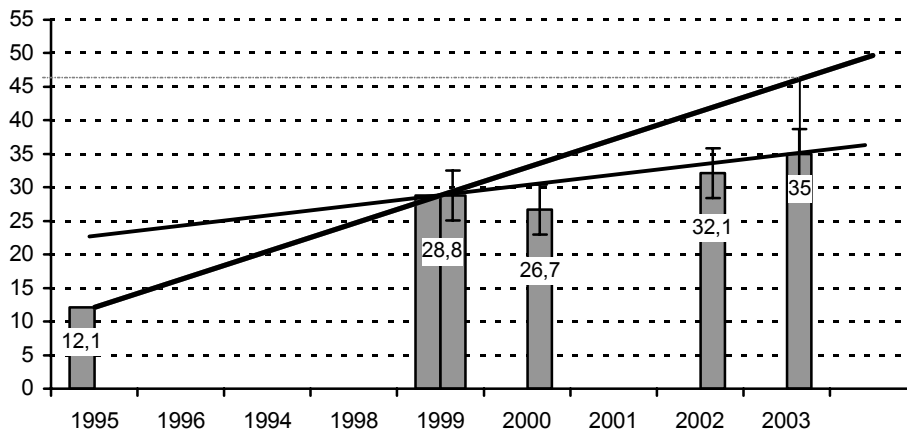


A korábbi adatok forrása: Elekes, Paksi, 2000b, Paksi 2002

A kilencvenes évek második felének fogyasztási volumen változásait a szerstruktúra változása is kísérte. A fogyasztási struktúrában – a korábbiakhoz képest - kiemelkedő szerepre tett szert a marihuána és a különféle szintetikus party drogok, továbbá – viszonylag stabil fogyasztási rátája mellett - csökkent az inhalánsok relatív súlya. (Elekes, Paksi, 2000b). Az utóbbi években e tekintetben markáns átalakulásokat nem tapasztaltunk (Paksi 2002, valamint Sebestyén, 2003). Továbbra is a marihuána után a különböző party szerek a leginkább elterjedtek, mindössze az LSD prevalenciaértéke csökkent, pozíciója azonban a szerek azonos körét tekintve lényegében nem változott, ma is a legelterjedtebb 4 tiltott drogok egyike.

A biztosan droghasználati célú fogyasztás összesített prevalencia értéke az ezredfordulón (1999-ben, illetve 2000-ben) mért értékekhez képest, - azt 100%-nak tekintve - négy év alatt mintegy 20 százalékkal növekedett a fővárosi 10. évfolyamos középiskolások körében. Az 1999-es és a 2003-as adatokra fektetett lineáris trendvonal az egyes években mért értékek hibahatárán belül húzódik, tehát a növekedés viszonylag egyenletesen ment végbe, évente átlagosan 1,575 százalékponttal emelkedett a fogyasztási ráta. A fővárosban 1999 után tapasztalt éves rátanövekedés kevesebb, mint kétötöde annak, amit azt megelőzően, a kilencvenes évek második felében detektáltunk ebben a populációban. (Ezt láthatjuk az alábbi ábrán szereplő, az 1999 előtti, és az azt követő időszakra vonatkozó adatokra illesztett két trendvonal meredekségének különbségéből.) Azonban, mint azt fent, és korábbi írásainkban is jeleztük, az 1995-ös és az 1999-es ESPAD vizsgálatok közben - részben Budapesten, részben az ország más régióiban - végzett kutatások alapján azt feltételezhetjük, hogy az évtized második felének trendnövekedése nem egyenletes volt, a változások inkább 2-3 éves periódusban zajlottak. Amennyiben a növekedés rövidebb idő alatt ment végbe, akkor a változás üteme természetesen nagyobb volt az ábrán jelzetté, feltételezhetően évente 5-6 százalékpontos, melyhez képest a mostani trendmódosulás még inkább markáns, hiszen ez esetben az utóbbi négy évben a - korábbi évekhez képest - közel egynegyedére csökkent a biztosan droghasználati célú szerhasználat fővárosi növekedési üteme.

A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás összesített prevalencia értékének alakulása Budapesten 1995-1999, valamint 1999-2003 között, a két időszak lineáris trendvonalainak feltüntetésével (10. évfolyamos középiskolások körében)

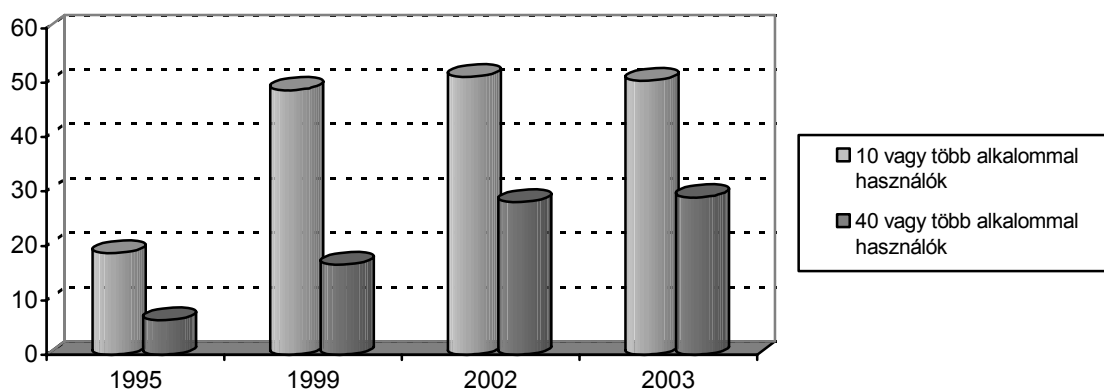


A korábbi adatok forrása: Elekes, Paksi, 2000b; Paksi 2002.

A probléma kiterjedésének növekedését a kilencvenes évek második felében a tiltottszerfogyasztás egyéb jellemzőinek változásai is kísérték. (Paksi 2002)

1995 és 1999 között egyrészt növekedett a fogyasztás intenzitása. Ebben az időszakban Budapesten a tiltott szer fogyasztó diákok között mintegy felére csökkent a csak 1-2 alkalommal használók aránya, s mind az alkalmi, mind a rendszeres használók aránya növekedett. 1999 és 2002 között a fogyasztókon belül a próbálkozás illetve alkalmi használat arányai már nem módosultak, ugyanakkor a leginkább intenzív – életük során már 40 vagy több alkalommal – használók aránya 2000-ról 2002-re egyharmadával növekedett. Az utóbbi egy évben már e tekintetben sem történtek drasztikus változások, 2002-höz hasonlóan 2003-ban is a 10. évfolyamos fogyasztók mintegy 30%-a használ rendszeresen tiltott drogot.

A rendszeres használatára utaló fogyasztási gyakoriságok előfordulása a budapesti 10. évfolyamos tiltott szerek fogyasztói körében

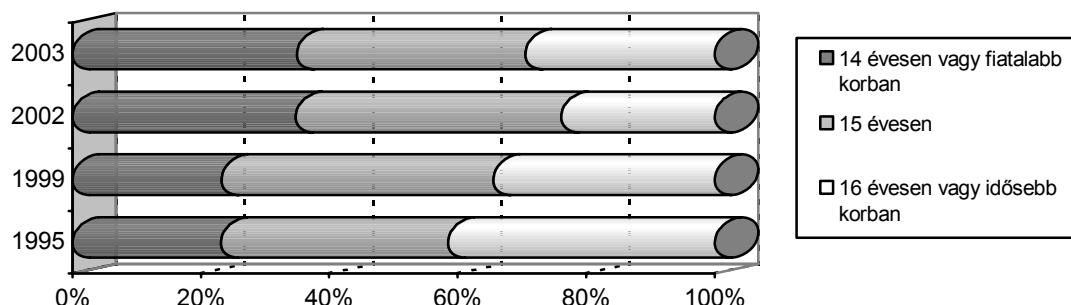


A korábbi adatok forrása: Elekes, Paksi, 2000b; Paksi 2002.

A másik jellemző változásként tapasztaltuk, az első tiltott drogfogyasztás életkorának csökkenését. Bár első próbálkozás továbbra is többnyire középiskolás korban – 15-16 évesen – történik, azonban kilencvenes évek második felében a 15 éves kor felé tapasztaltunk elmozdulást, 1999 és 2002 között pedig megnövekedett a 14 évesen, vagy annál fiatalabb korban próbálkozó aránya. Ez a ten-

dencia láthatóan szintén nem folytatódott az utóbbi évben a fővárosban, 2002-höz hasonlóan ma is a 10. évfolyamos tiltott drogot használó fiatalok valamivel több mint egyharmada kerül kapcsolatba általános iskolás korban valamilyen tiltott droggal.

**Az első tiltott droghasználat életkorának változása 1995 és 1999 között Budapesten
(a kérdésre válaszoló 10. évfolyamos drogfogyasztók %-ában)**



A korábbi adatok forrása: Elekes, Paksi, 2000b; Paksi, 2002

18 év feletti népesség körében jelentkező tendenciák

A 18 év feletti népesség körében tendenciák felvázolására csak korlátozottan nyílik lehetőségünk, egyrészt, mert célzott drogepidemiológiai vizsgálat csak 2001-ben és ezt követően 2003-ban készült Magyarországon. Másrészt, mert a 2003-as vizsgálat feldolgozása a kötet összeállításakor is folyamatban van, így egyelőre csak a – felnőtt népességen belül leginkább érintett - fővárosi fiatal felnőttek vonatkozásában tudunk tendenciákat jelezni.

2001-ben a budapesti 18-34 éves fiatal felnőttek egyharmada használt már életében valamilyen tiltott drogot. Ma ez az érték közel 40%. Figyelembe véve a két vizsgálatban mért értékek konfidencia intervallumának átfedését, azt mondhatjuk, hogy kétharmados valószínűséggel 2001 és 2003 között a fővárosi fiatal felnőttek drogérzékenységeiben hibahatáron túli elmozdulás történt.¹¹

**A mért, és a tényleges életprevalencia értékek 2001-ben és 2003-ban
a fővárosi 18-35 éves fiatal felnőttek körében**

VIZSGÁLATI ÉV	AZ EGYES MINTÁKBAN MÉRT ÉLETPREVALENCIA ÉRTÉK	68%-OS VALÓSZÍNŰSÉGGEL A VALÓDI ÉLETPREVALENCIA A NÉPESÉGBEN
2001	33,2	30,3 – 36,1
2003	39,4	36,9 – 41,9

A 2001-es adatok forrása: Paksi, 2003a, b

Az életprevalencia változása mellett a folyamatos fogyasztók arányában csak hibahatáron belüli lemozdulást tapasztaltunk. Mindez úgy történt, hogy a leállt fogyasztók aránya a válaszolók 15%-áról 20%-ra növekedett, (ami a fogyasztókon belül értelmezve, 46,5%-os, ill. 52%-os leállási arányt jelent).

¹¹ A 2001-es vizsgálatban a 18-35 éves budapesti minta elemszáma 262. Ekkora N mellett az életprevalencia-értékek 68%-os megbízhatósággal számolt konfidencia intervalluma $\pm 2,88\%$. A 2003-as vizsgálatban N=369, s a konfidencia intervallum $\pm 2,55$. A két vizsgálatban mért prevalenciaértékek különbsége meghaladja a vizsgálatok kétharmados standardhibájának az összegét, tehát a mért változások kétharmados biztonsággal tényleges változást jeleznek.

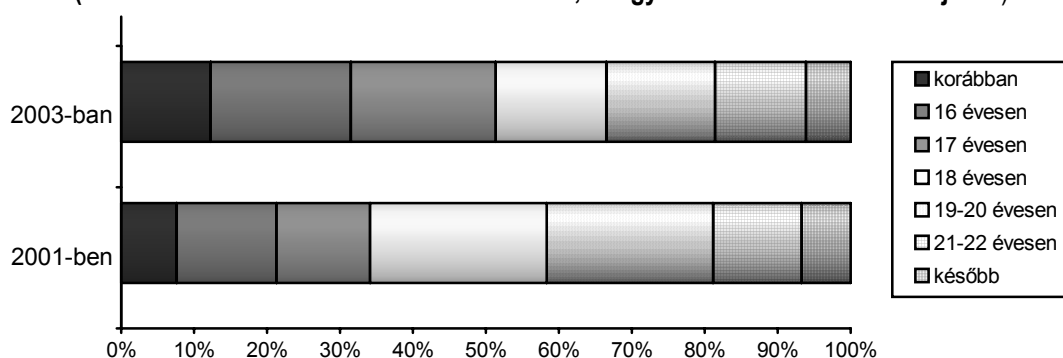
**A mért, és a tényleges életprevalencia értékek 2001-ben és 2003-ban
a fővárosi 18-35 éves fiatal felnőttek körében**

	2001-BEN		2003-BAN	
	VÁLASZOLÓK %- ÁBAN	FOGYASZTÓK %-ÁBAN	VÁLASZOLÓK %-ÁBAN	FOGYASZTÓK %-ÁBAN
LEÁLLT FOGYASZTÓK ARÁNYA	15	46,5	20	52,2
FOLYAMATOS FOGYASZTÁSI RÁTA (INCIDENCIA NÉLKÜL)	15,1	46,5	16,5	43,0
ÚJ BELÉPŐK ARÁNYA	1,8	6,0	1,8	4,8

A 2001-es adatok forrása: Paksi, 2003a, b

A fővárosi fiatal felnőttek droggal való első találkozásának életkora az elmúlt két évben csökkent, átlagosan egy korévet. Míg 2001-ben a valaha használók mintegy harmada használt 17 évesen, vagy annál fiatalabb korban először valamilyen drogot, addig a 2003-as adatok már azt jelzik, hogy 17 évesen már a használók fele túl van az első próbálkozáson. Ugyanakkor – éppen a korábbra tolódás miatt – csökkent a tiltott drogokkal 18-20 éves korban kapcsolatba kerülők aránya, s az e feletti életkorokban próbálkozók aránya pedig változatlan maradt.

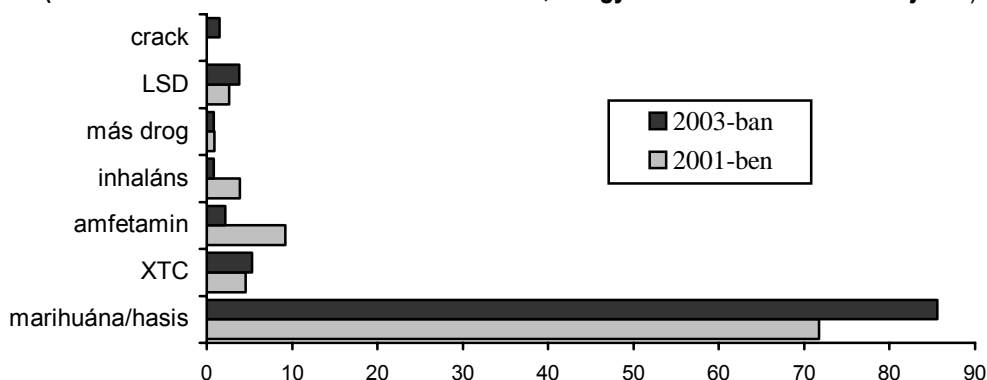
**Az első droghasználat életkora a droghasználók százalékában kifejezve
(18-34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében, a fogyasztók százalékában kifejezve)**



A 2001-es adatok forrása: Paksi, 2003a, b

Az elsőnek használt szer két évvel ezelőtt, s ma is a marihuána/hasis, azonban 2003-ra növekedett az arányuk. Míg 2001-ben csak a korosztályba tartozó használók valamivel több, mint kétharmadának volt az első szere THC, addig mára már 10 használó közül 8-9 először marihuánával vagy hasissal próbálkozik. Más szerek aránya az első fogyasztásban többnyire igen alacsony ahhoz, hogy a mért változásokat a populációban bekövetkező tényleges változásoknak tulajdoníthassuk, mindazonáltal az amfetaminok, és az inhalánsok mért szerepcsökkenése kétharmados valószínűséggel tényleges szerepcsökkenést jelez.

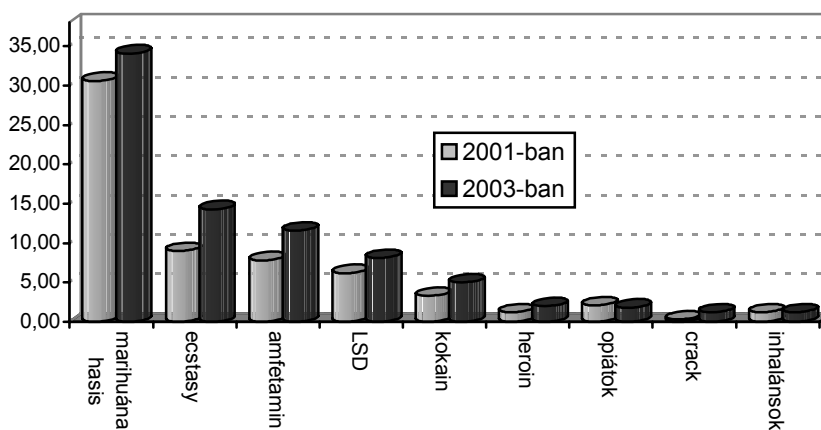
**Az elsőnek használt szerek eloszlása
(18-34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében, a fogyasztók százalékában kifejezve)**



A 2001-es adatok forrása: Paksi, 2003a, b

Szerenkénti életprevalenciák alapján kirajzolódó a szerhasználati sorrend nem változott az elmúlt két évben. A szerek többsége esetében az életprevalencia értékek változása hibahatáron belüli, kivételt képez ez alól az ecstasy és az amfetamin, melyek esetében a mért értékek növekedése kétharmados valószínűséggel valós prevalencia változást jelez.¹²

**A különböző drogok életprevalencia értékei
(18-34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében, a válaszolók százalékában kifejezve)**

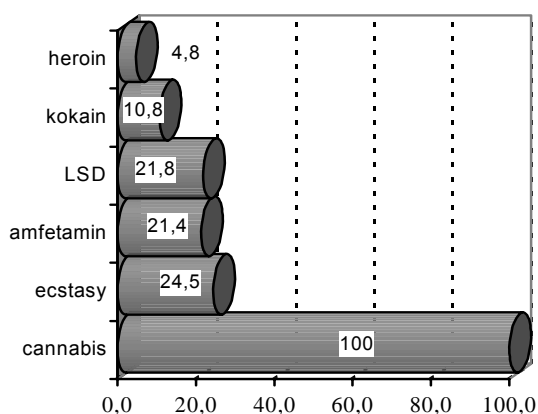


Amennyiben azt vizsgáljuk, hogy akik életük során valaha fogyasztottak marihuánát (hasist) milyen arányban fogyasztottak e mellett már más szereket is az életük során, azaz összehasonlítjuk a két vizsgálat évében felrajzolható szerhasználati piramist, tendenciájában a marihuána és más szerfogyasztó magatartások korábbinál is erősebb kapcsolódását figyelhetjük meg a mért adatokban. A szerstruktúrában is hibahatáron túli növekedést mutató két szer, az ecstasy és az amfetamin esetében pedig kétharmados biztonsággal a valóságban is ezt tételezhetjük.¹³

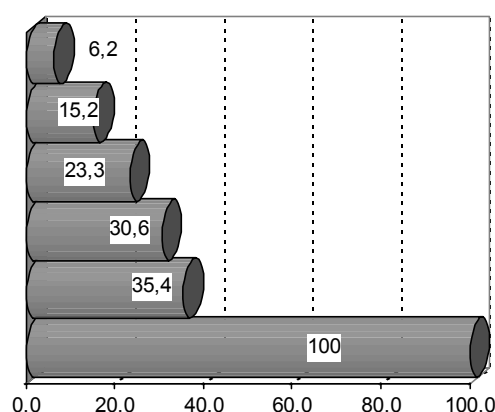
¹² A 2001-es amfetamin életprevalencia érték-becslésének standard hibája kétharmados megbízhatósággal $\pm 1,7\%$, az XTC-é pedig $\pm 1,8\%$, 2003-ban pedig maximum $\pm 1,6$, ill. $\pm 1,8\%$ -os hibát tartalmaznak a mért értékek (2001-ben N=262, 2003-ban pedig 369).

¹³ A 2001-es vizsgálatban a THC használókra vonatkozó amfetamin fogyasztási ráta becslésének standard hibája kétharmados megbízhatósággal $\pm 4,6\%$, az XTC-é pedig $\pm 5\%$, 2003-ban pedig maximum $\pm 4,1$, ill. $\pm 4,3\%$ -os hibát tartalmaznak a mért értékek. (A THC használók száma 2001-ben 77 fő, 2003-ban pedig 121 fő)

Tiltottdrog-fogyasztási piramis 2001-ben



Tiltottdrog-fogyasztási piramis 2003-ban



A 2001-es adatok forrása: Paksi, 2003a, b

2.2.c. Középiskolás populáció drogfogyasztása

A 2001/2002 évi HBSC vizsgálat adatai (Sebestyén, 2003)

A kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása

AZ ADATFELVÉTEL IDŐPONTJA	2002. március és április közepe
TERÜLETI LEFEDETTSÉG	országos
ISKOLATÍPUS	gimnázium (4, 6, 8 osztályos) + szakközépiskola + szakmunkásképző + szakiskola
ÉVFOLYAM	9. és 11. évfolyamos középiskolások
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	Osztályos megkérdezés, az iskolától független kérdezőbiztosokkal
ADATGYŰJTÉS ESZKÖZE	HBSC 2001/2003-es önkitöltős kérdőív
MINTANAGYSÁG	Nettó: 3034 fő
MINTAVÁLASZTÁS MÓDJA	Iskolafenntartók típusa, földrajzi elhelyezkedés típusa, településtípusok, iskolatípus és évfolyam szerint rétegzett véletlen mintavétel
MINTAVÉTELI EGYSÉG	A kiválasztott iskolán belül random módon kiválasztott iskolai osztály
SÚLYOZÁS	Súlyozásra nem volt szükség a mintában

Főbb eredmények

A HBSC vizsgálat adatai szerint országosan a 9. és a 11. évfolyamaiban tanuló diákok közel egynegyede, 24,3%-a fogyasztott már valamilyen legális vagy illegális szert az élete során. A fiatalok 9,3%-a fogyasztott életében legalább egyszer valamilyen gyógyszert visszaélészerűen, nem orvosi utasítás alapján vagy gyógyszert és alkoholt együttesen ugyanilyen célzattal.¹⁴ A visszaélészerű gyógyszerhasználók több mint kétharmada (69,6%) azonban emellett tiltott drogot és/vagy inhalánst is használt már az életében, így 2,8% azoknak az aránya, akik tiltott szert nem, csak gyógyszert vagy gyógyszert alkohollal kombinálva fogyasztottak. A teljes megkérdezettek több mint egyötöde, 21,5%-a fogyasztott már valamilyen tiltott szert¹⁵ és/vagy inhalánst életében.

¹⁴ Legális szerek közé a kimondottan drogfogyasztási célzattal használt gyógyszerek, valamint a gyógyszerrel együtt fogyasztott alkohol kerültek. (A feltett kérdések a kérdőívben: „Használtál-e gyógyszert, vagy alkoholt és gyógyszert együtt, hogy feldobjon?”) Tehát a HBSC vizsgálat során alkalmazott visszaélészerű gyógyszerfogyasztás kategória szűkebb az ESPAD vizsgálatokban alkalmazottnál.

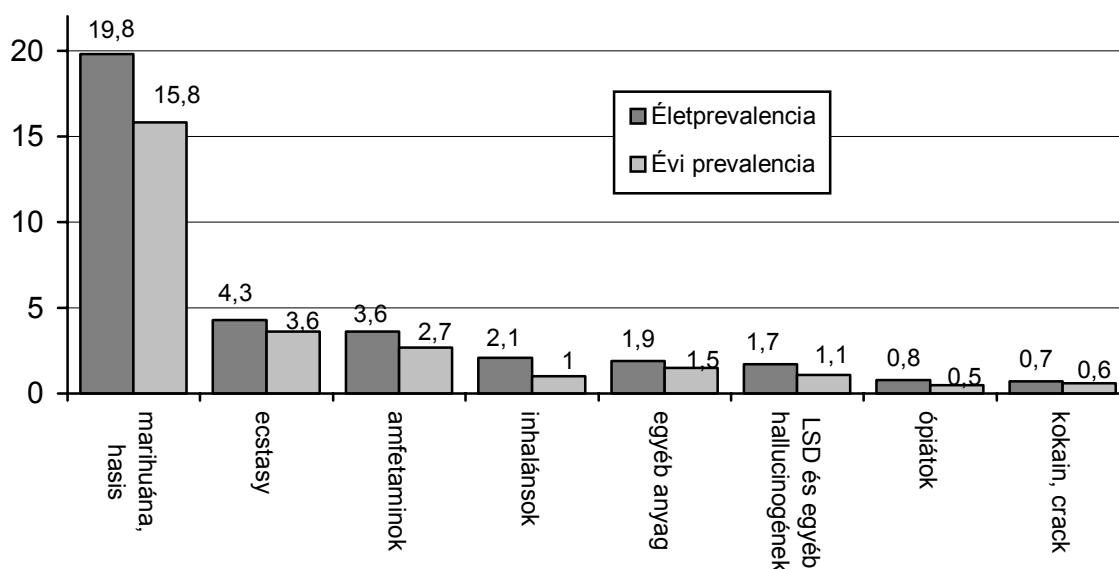
¹⁵ Tiltott szerek köre megegyezik az ESPAD standarddal.

A különböző szerfogyasztói magatartások életprevalencia értéke a magyarországi 9 és 11 évfolyamos középiskolások körében (%)

Fogyasztói magatartás	Életprevalencia
Tiltott és legális drogfogyasztás együttes prevalencia értéke	24,3
Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás teljes életprevalencia értéke	9,3
Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás halmozatlan életprevalencia értéke	2,8
Tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes életprevalencia értéke	21,5

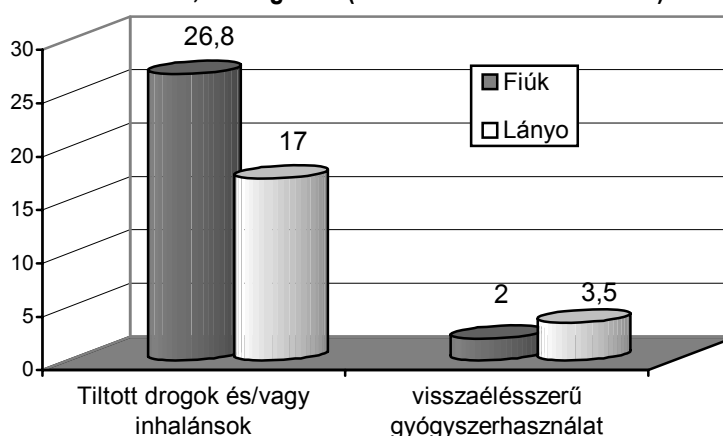
Szertípusonként vizsgálva a fiatalok drogfogyasztását, jól látható, hogy a marihuána és a hasis a leginkább elterjedt szer. A megkérdezettek közül közel minden ötödik tanuló kipróbálta már az életében. Az életprevalencia értékek mellett az évi prevalencia adatok is magasak a kannabisz származékok esetében, a tanulók 15,8%-a az adatfelvételt megelőző évben is fogyasztott marihuánát vagy hasist. Az illegális drogok közül a marihuána után az ecstasy valamint az amfetaminok következnek 4,3% és 3,6%-os fogyasztási aránnyal. Az oldószeres, ragasztók, az LSD és egyéb hallucinogének, az opiátok és a kokain valamint a crack viszonylag alacsony, 0,7% és 2,1% közötti fogyasztási aránnyal követik az előzőeket.

Az egyes szerek élet- és éves prevalencia értékei a 9. és a 11. évfolyamos középiskolások körében, országosan (a válaszolók százalékában) 2002-ben (%)



A különböző fogyasztói csoportokban a hagyományos nemi mintázat jelenik meg a HBSC vizsgálatban is. A lányok 17%-a, a fiúk 26,8%-a fogyasztott már valamilyen illegális drogot vagy inhalánst. Ugyanakkor a lányok körében azonban a visszaélésszerű gyógyszerhasználat mutatkozik gyakoribb-nak.

A különböző drogfogyasztói magatartások életprevalencia értékei nemenként, a 9. és a 11. évfolyamos középiskolások körében, országosan (a válaszolók százalékában) 2002-ben (%)



Szerenként vizsgálva az életprevalencia értékeket, négy szer esetében találunk a nemek között szignifikáns különbséget. Az összes közül legjelentősebb a marihuána és hasis fogyasztása közötti különbség, mely a fiúk esetében 24,5%, a lányok esetében pedig 15,9%.

Az egyes szerek, illetve szercsoportok életprevalencia értéke nemenként, a 9. és a 11. évfolyamos középiskolások körében, országosan (a válaszolók százalékában) 2002-ben

SZEREK	ÉLETPREVALENCIA (%)		SIGN. (<i>p</i>)
	FIÚ	LÁNY	
MARIHUANA, HASIS	24,5	15,9	0,001
AMFETAMINOK	4,8	2,7	0,01
INHALÁNSOK	2,8	1,6	0,05

Az ESPAD'03 budapesti kiegészítő mintájának adatai

Az ESPAD'03 projekt keretében középiskolások országos reprezentatív mintáján készült legutóbbi 2003-ban drogepidemiológiai adatfelvétel feldolgozása a kötet összeállításakor folyamatban van, egyelőre az annak kiegészítéseként készült önálló budapesti vizsgálat¹⁶ eredményeit tudjuk közreadni.

¹⁶ A Budapesti kiegészítő adatfelvételt a GYISM támogatta (Pályázati azonosító: KAB-KT-02-018)

AZ ADATFELVÉTEL IDŐPONTJA	2003 március 5-től március 31-ig
TERÜLETI LEFEDETTSÉG	Budapest
ISKOLATÍPUS	gimnázium + szakközépiskola (szakmunkásképzővel) + szakiskola (szakmunkásképzővel)
ÉVFOLYAM	Budapesti 9-10 évfolyamos középiskolások
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	Osztályos megkérdezés, az iskolától független kortárs kérdezőbiztosokkal
ADATGYŰJTÉS ESZKÖZE	ESPAD'03 önkitöltős kérdőív
MINTANAGYSÁG	Bruttó: 2590 fő, Nettó: 2074 fő
MINTAVÁLASZTÁS MÓDJA	Iskolatípus és évfolyam szerint rétegzett véletlen mintavétel
MINTAVÉTELI EGYSÉG	Iskolai osztály
SÚLYOZÁS	Az adatfelvétel során keletkező torzulások korrigálására, reprezentációs kritériumok szerint

Főbb eredmények

A 9-10 évfolyamos budapesti középiskolások kétötöde (40,4%-a) fogyasztott már életében valamilyen visszaélésre alkalmas szert. 22,2% használt orvosi rendelvény nélkül és/vagy alkohollal kombinálva valamilyen visszaélésre alkalmas gyógyszert. A visszaélésszerű gyógyszerhasználók¹⁸ közel kétharmada (61.1%-a) azonban emellett használt valamilyen szert biztosan droghasználati céllal is. Így azok aránya, akik csak visszaélésszerű gyógyszerhasználattal próbálkoztak, de emellett nem használtak olyan szert, ami csak biztosan droghasználati céllal fogyasztható, 8,5%. A válaszolók másik közel egyharmada, 31,9% fogyasztott már életében tiltott szert és/vagy legálisan hozzáférhető, de csak biztosan droghasználati céllal használható szert (inhalánst, patront, lufit), ezen belül többségük (a droghasználók 96%-a), a válaszolók 30,6%-a tiltott szert. A valamilyen visszaélésre alkalmas szerrel valaha próbálkozók háromnegyedét a tiltott szereket kipróbálók teszik ki.

A valaha valamilyen tiltott vagy legális visszaélésre alkalmas szert fogyasztók mintegy 70%- az előző évben, s kétötöde az előző hónapban is fogyasztott valamilyen visszaélésre alkalmas anyagot. A visszaélésszerű gyógyszerhasználat esetében a rövididejű prevalenciák felé haladva ennél jobban csökken a fogyasztók aránya, az elmúlt évben 12%, az elmúlt hónapban pedig mindössze a válaszolók 6%-a fogyasztott valamilyen visszaélésre alkalmas gyógyszert orvosi rendelvény nélkül vagy alkohollal kombinálva. A valaha valamilyen tiltott drogot kipróbálók több mint háromnegyede (76,9%-a) az előző évben is, s közel fele (45,1%) pedig az elmúlt évben is fogyasztott valamilyen tiltott szert. A tiltott drogok éves prevalenciaértéke 23,1%, havi prevalenciája pedig 13,3%.

A különböző fogyasztói magatartások különböző időszakokra vonatkozó összevont prevalencia-értékei (Budapest, 9-10. évfolyam, 2003-ban, a válaszolók %-ában)

	A VÁLASZOLÓK SZÁZALÉKÁBAN	A VALAHA PRÓBÁLÓK SZÁZALÉKÁBAN
TILTOTT ÉS/VAGY LEGÁLIS SZERHASZNÁLAT EGYÜTT ÉLETÉBEN HASZNÁLT	40,4	100,0
AZ ELŐZŐ 12 HÓNAPBA HASZNÁLT	28,5	70,6
AZ ELMÚLT 30 NAPBAN HASZNÁLT	16,5	41,6

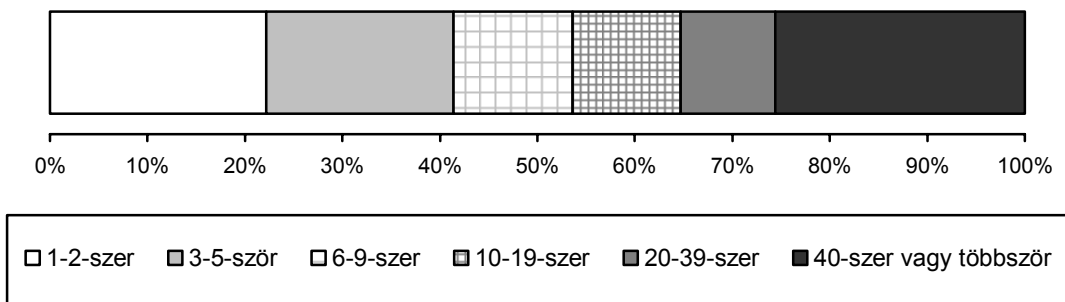
¹⁷ Részletesen lásd: Paksi-Elekes (2003)

¹⁸ Az ESPAD vizsgálatokban a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás nem feltétlenül jelent droghasználati célú használatot. A kérdés a rendelvény nélküli ill. gyógyszer-alkohol kombinációk fogyasztására vonatkozik, ami éppúgy történhet öngyógyítási céllal, véletlen, vagy droghasználati céllal.

BIZTOSAN DROGHASZNÁLATI CÉLÚ FOGYASZTÁS		
ÉLETÉBEN HASZNÁLT	31,9	100,0
AZ ELŐZŐ 12 HÓNAPBA HASZNÁLT	24,2	75,8
AZ ELMÚLT 30 NAPBAN HASZNÁLT	13,9	43,9
VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERHASZNÁLAT		
ÉLETÉBEN HASZNÁLT	22,2	100,0
AZ ELŐZŐ 12 HÓNAPBA HASZNÁLT	12,5	54,3
AZ ELMÚLT 30 NAPBAN HASZNÁLT	6,0	26,1

A különböző időszakra vonatkozó prevalenciák tehát egyaránt azt jelzik, hogy ma már a tiltott szerek használata a leginkább elterjedt visszaélés szerhasználat a fővárosi 9-10 osztályos diákok körében. A fogyasztási gyakoriságok alapján pedig a fenti állítást azzal egészíthetjük ki, hogy a tiltott szerek fogyasztása nemcsak a legtöbb diákot érintő, de a leggyakoribb használat jellemezhető visszaélés szerhasználó magatartás. A valaha valamilyen tiltott szert használók több mint egyötöde (a válaszolók 6,5%-a) ugyan életében mindössze 1-2 alkalommal használt bármilyen tiltott drogot, másik közel egyharmaduk pedig ennél többször, de kevesebb mint 10 alkalommal. Azonban a fogyasztók közel fele (46,4%-a) már életében több mint tíz alkalommal használta a tiltott szerek valamelyikét, s egynegyedük (a válaszolók 7,5%-a) pedig már több mint negyvenszer.

**A tiltott drogok fogyasztási gyakorisága
(a drogkipróbálók százalékában, 2003. Budapest, 9-10. évf.)**



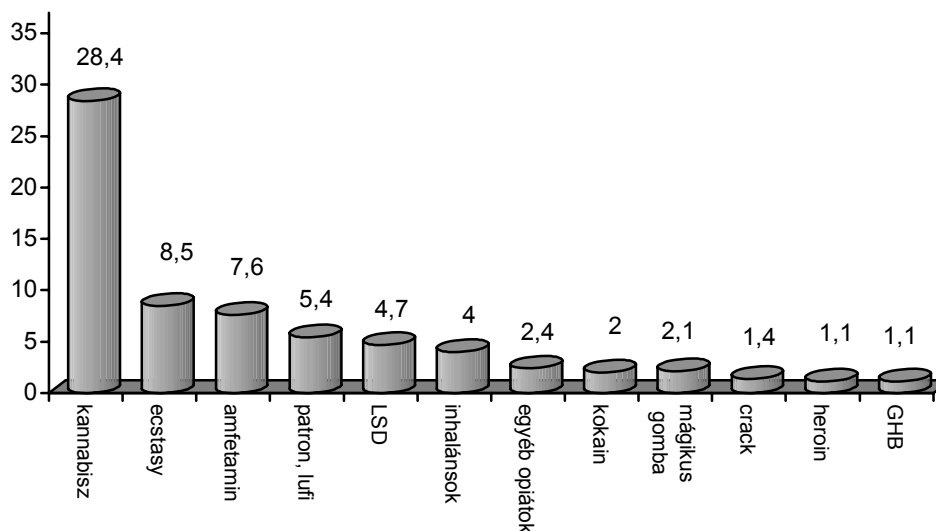
A legálisan hozzáférhető szerek esetében ennél sokkal kisebb arányban jellemző az ismételt használat. A visszaélés szer gyógyszerhasználatával valaha próbálkozók háromnegyede 10 alkalomnál kevesebbszer élt valamilyen visszaélésre alkalmas gyógyszerrel orvosi rendelvény nélkül, vagy alkohollal kombinálva, s közülük is minden második, azaz a valaha fogyasztók közel kétötöde (38,7%) mindössze 1-2 alkalommal próbálkozott. A tíznél többszöri használat a fogyasztók negyedére-ötödére (23,8%-ra) jellemző, s rendszeres fogyasztásra utaló, 40 vagy több alkalommal való használatot pedig csak minden tizennegyedik fogyasztó jelzet. Az inhalánsok esetében pedig méginkább a próbálkozás jellegű használat jellemző, a valaha használók 60,5%-a csak 1-2 alkalommal szippuzott, és csak minden ötödik használta e szert legalább tízszer.

Szerenként vizsgálva az életprevalencia értékeket, jelen kutatásban is – a más hazai és nemzetközi tapasztalatokhoz hasonlóan – a többi szerhez képest kimagasló fogyasztási rátákat kaptunk a kannabisz-származékok esetében (életprevalencia: 28,4%; éves prevalencia: 21,4, havi prevalencia: 12,2). A valaha használók 89%-a fogyasztott marihuánát vagy hasist eddigi élete során, s a THC használók rövidebb fogyasztási időszakokat vizsgálva is hasonló arányokat képviselnek a fogyasztók között. Az elmúlt évben használók 88,8%-a, az elmúlt hónapban fogyasztók 87,7%-a marihuánát/hasist (is) használt. A következő leggyakrabban használt szercsoportot az ún. disco drogok (amfetamin, ecstasy) képezik. E szerek életprevalencia értéke - a vizsgálat konfidencia intervallumát figyelembe véve - gyakorlatilag megegyező, egyenként 8% körüli értéket vesz fel. Jelentős továbbá – bár a korábbi évekhez

képest alacsonyabb – az LSD fogyasztás elterjedtsége, illetve a legálisan hozzáférhető, biztosan droghasználati céllal használatos szerek (inhalánsok, patron, lufi) használata, szerenként 4-5%-os életprevalencia értékekkel. Az összes többi tiltott szer életprevalencia értéke - 2% körüli gyakoriságokkal - messze elmarad ezektől, s a válaszolók 1,8%-a jelzett a felsoroltaktól eltérő elnevezésű droghasználatot. A marihuána alkohollal történő együttlétfogyasztását a válaszolók 15,1%-a, intravénás droghasználatot pedig 0,7%-uk jelzett.

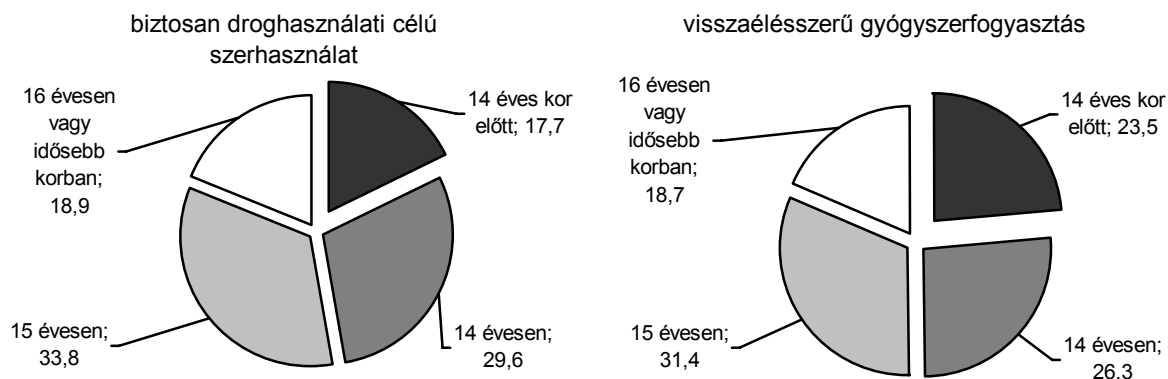
A visszaélés szerű gyógyszerhasználaton belül a leginkább elterjedt a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli használata, az életprevalencia értéke e magatartásnak 15,3%. Alkohol-gyógyszer kombinációk kipróbálását a diákok 11,4%-a jelezte, az altatók orvosi rendelvény nélküli kipróbálása pedig a válaszolók 9,3%-ánál fordult elő.

**A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás struktúrája 2003-ban
(A budapesti 9-10 évfolyamos középiskolások körében a kérdésre válaszolók százalékában)**



Mind a biztosan droghasználati célú, mind a visszaélés szerű gyógyszerfogyasztás esetében az első szerhasználat leggyakoribb életkora a 14-15 éves kor. Azonban az első a rendelvény nélküli altató/nyugtató vagy gyógyszer-alkohol kombináció fogyasztás az esetek közel egynegyedében, s az első biztosan droghasználati célú fogyasztás pedig mintegy minden hatodik droghasználó esetében 14 éves kor előtt történik (ezen belül az első tiltott szerhasználat a használók 15%-ánál fordul elő 14 éves kor előtt).

**Az első használat életkora a használók százalékában
(Budapest, 9-10. évfolyam, 2003)**



Az egyes tiltott szerek esetében többnyire nem mutatkozik szignifikáns különbség a fiúk és a lányok életprevalencia értékeiben, mindössze a kannabisz-származékok esetében jelenik meg szignifikánsan a szokásos nemi mintázat. Ugyanakkor a visszaélészerű gyógyszerhasználat - a rendelvény nélküli nyugtató/altató fogyasztás illetve az alkohol-gyógyszer kombinációk használata egyaránt – jelenleg is jellemzően a lányok körében fordul elő nagyobb arányban.

Az egyes szerek, illetve szercsoportok életprevalencia értéke nemenként, a 9-10 évfolyamos budapesti középiskolások körében (a válaszolók százalékában) 2003-ban

DROGOK	FIÚ	LÁNY	SZIGN. (p)
TILTOTT VAGY LEGÁLIS DROG ÖSSZESEN	39,8	41,1	nsz
BIZTOSAN DROGHASZNÁLATI CÉLÚ FOGYASZTÁS ÖSSZESEN ¹⁹	34,9	28,6	0,001
TILTOTT DROGOK ÖSSZESEN ²⁰	33,0	27,2	0,003
KANNABISZ	30,9	25,3	<0,0001
ALKOHOL ÉS MARIHUÁNA/HASIS EGYÜTT	17,4	12,3	0,007
OPIÁT			
HEROIN	1,1	0,9	nsz
EGYÉB OPIÁTOK	2,5	2,1	nsz
KOKAIN			
KOKAIN	2,3	1,4	nsz
CRACK	2	0,6	0,046
AMFETAMIN	7,9	7,2	nsz
ECSTASY	8,4	8,3	nsz
GHB	1,1	0,8	nsz
HALLUCINOGEN			
LSD	5,0	4,3	nsz
EGYÉB HALLUCINOGENÉK (MÁGIKUS GOMBA)	3,1	0,7	0,001
INHALÁNSOK	4,4	3,4	nsz
LUFÍ/PATRON	6,7	3,8	0,049

¹⁹ A „biztosan droghasználati célú szerfogyasztás” kategória a tiltott szereken túlmenően az inhaláns használatot, és a patronozást/lufizást is magában foglalja.

²⁰ A tiltott drog kategória az alábbi szereket tartalmazza: kannabisz, heroin, egyéb opiát, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD, mágikus gomba, GHB.

VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERFOGYASZTÁS ÖSSZESEN	16,0	29,0	<0,0001
ALTATÓK ORVOSI RENDELVÉNY NÉLKÜL	5,2	13,2	<0,0001
NYUGTATÓK ORVOSI RENDELVÉNY NÉLKÜL	0,9	21,1	<0,0001
ALKOHOL +GYÓGYSZER	8,2	14,5	<0,0001
ANABOLIKUS SZTEROIDOK	2,2	0,4	0,043
EGYÉB DROGOK	1,8	1,6	nsz

2.2.b. A felnőtt népesség drogfogyasztása

A 2003 tavaszán a 18–54 éves népesség reprezentatív mintáján készült alkohol és drogepidemiológiai vizsgálat feldolgozása a jelentés összeállításakor folyamatban van, így jelenleg csak a – felnőtt népességen belül leginkább érintett - fővárosi fiatal felnőttekre vonatkozó alprojekt²¹ eredményeit tudjuk bemutatni.

A teljes kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása

AZ ADATFELVÉTEL IDŐPONTJA	2003. február 28. és április 18. között
TERÜLETI LEFEDETTSÉG	Országos, Budapesti felülreprezentációval
MINTAKERET	18-54 év közötti magyar állampolgárok
KÉRDŐÍV	EMCDDA, WHO, IRGA, ADE 2001 vizsgálatokkal kompatibilis
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	A háttérváltozók felvétele „face to face” az alkohol- és drogfogyasztásra vonatkozó kérdésekre önkéntes módszerrel történt.
MINTANAGYSÁG	Országos minta: Bruttó: 4012 fő, Nettó: 3675 fő Fővárosi minta: Bruttó: 854 fő Nettó: 604 fő
MINTAVÁLASZTÁS MÓDJA	Területi elhelyezkedés és településméret valamint korcsoport szerint rétegzett véletlen mintavétel, vidéken kettő, Budapesten egy lépcsőben.
SÚLYOZÁS	A mintakiesések korrigálására főbb demográfiai jellemzők (korcsoport és nem) szerint, illetve a budapesti megkérdezettek felülreprezentáltsága miatt főváros–vidék dimenzió mentén.

Főbb eredmények

A 18-54 év közötti fővárosi népesség egynegyede (25,2%-a) használt már élete során valamilyen tiltott drogot. A budapesti teljes mintán belül a jelen feldolgozás célpopulációját képező 18-34 éves korcsoport érintettsége mintegy négyszerese az idősebb korcsoportokénak, kétötödük már használt életében valamilyen tiltott drogot.²²

A tiltott drogot életprevalencia-értéke a főbb korcsoportokban (p<0,000)

18-34	35-44	45-54	összesen
39,4	11,5	8,5	25,2

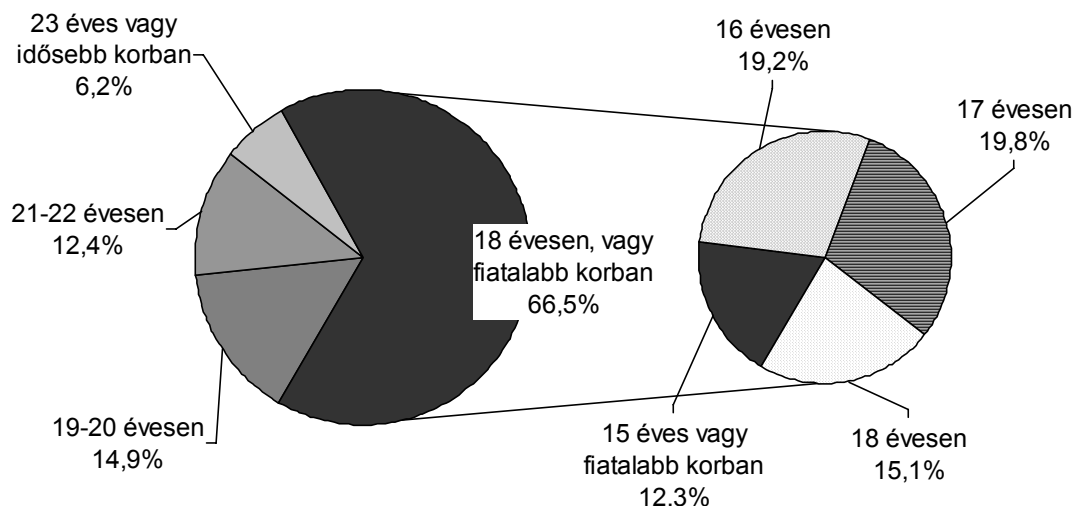
A továbbiak során a drogfogyasztási egyéb jellemzőit ezen kiemelkedő mértékben érintett, fiatal felnőtt almintára vonatkozóan mutatjuk be.

²¹ A kutatás több alprojektből tevődött össze. A fővárosi fiatal felnőttekre vonatkozó projektet a GYISM támogatta. (Pályázati azonosító: KAB-KT-02-14)

²² A 18-34 éves korcsoportban tényleges életprevalencia-értéke 95,5%-os megbízhatósággal a mért érték $\pm 5,1\%$ -os tartományában található.

A fővárosi fiatal felnőttek droggal való első találkozására döntő többségében középiskolás korban történt (lásd az ábrán kiemelt részt). A valaha használók kétharmada 18 éves vagy annál fiatalabb életkorban próbálkozott először valamilyen tiltott drog használatával, s 17 évesen a fele túl volt az első próbálkozáson. Ezen belül is a leggyakoribb a 16-17 éves korban történő próbálkozás, a fogyasztók közel kétötöde ekkor használt először valamilyen tiltott drogot.

Az első droghasználat életkora a droghasználók százalékában kifejezve (18-34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében, a fogyasztók százalékában kifejezve)

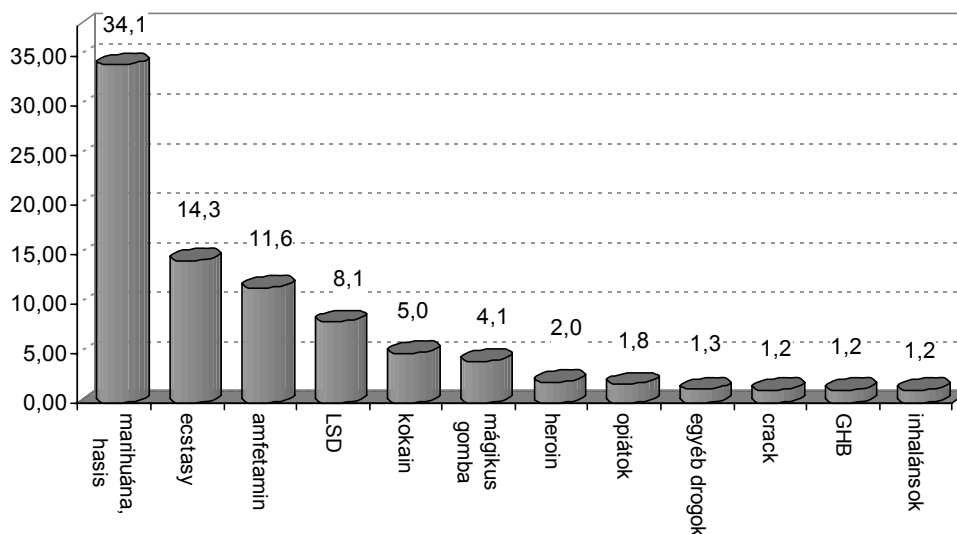


Az elsőnek használt szer a legtöbb esetben a marihuána/hasis. Azoknak, akik már használtak valamilyen drogot, 85,6%-a először kannabiszt próbált ki. Minden huszadik használó kezdett ecstasyval. Nem használt viszont elsőként egyetlen válaszoló sem kokaint, heroint vagy más opiátot.

A szerenkénti életprevalenciák alapján kirajzolódó szerhasználati struktúrában a különböző drogok, drogfajták szerepe igen eltérő, a különböző drogok elterjedtsége piramisszerűen rendeződik. Legelterjedtebb a kannabisz-származékok fogyasztása. A válaszolók több mint egyharmada, azaz valamilyen drogot valaha használók döntő többsége, 86,5%-a használt már életében marihuánát vagy hasist. Az összes többi szer előfordulási gyakorisága jóval kisebb a felnőtt lakosság körében. A második-harmadik helyen az ecstasy, illetve az amfetamin a található, melyek elterjedtsége között – figyelembe véve a becslés standard hibáját, ami ebben az esetben kb. 3% – gyakorlatilag nincs különbség, s nem sokkal marad el mögöttük a negyedik helyen lévő LSD, 8%-os életprevalencia-értékkel. A legkisebb fogyasztói tábor a heroin és egyéb opiátok, a kokain, a crack, a GHB, valamint az inhalánsok, egyéb – általunk fel nem sorolt - drogok mondhatják magukénak, e szerek a kipróbálóinak aránya 1-2%-os értéket vesz fel.²³

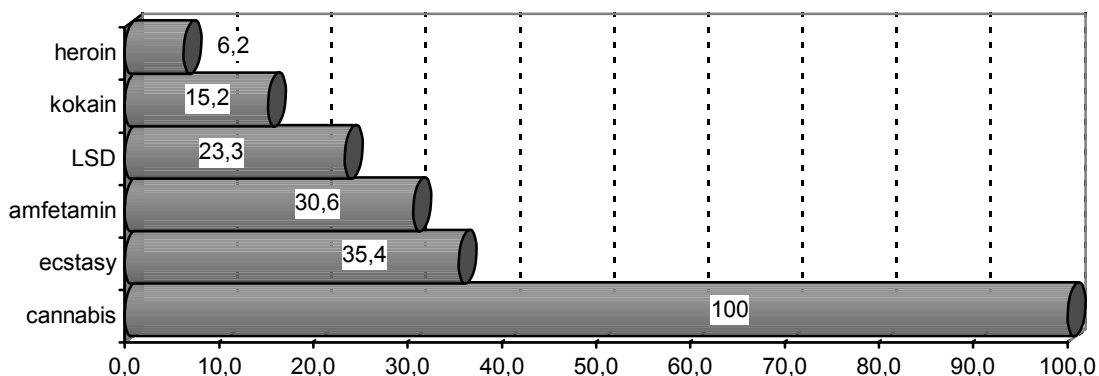
²³ A dummy-drokként használt „relewin” életprevalencia értéke 0,3% volt.

A különböző drogok életprevalencia értékei, az elterjedtség (fontosság) szerinti sorrendben (18-34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében, a válaszolók százalékában kifejezve)



A fogyasztás szerkezetének, valamint a különböző szerhasználatok kapcsolódásának kifejezésére a különböző tiltott drogok életprevalencia értékei alapján – a szakirodalomban ismert – ún. „tiltottdrog-fogyasztási piramist”²⁴ konstruáltunk. Az alábbi piramis azt mutatja, hogy a legerjedtebb tiltott drog, a marihuána (hasis) életprevalencia értéke mekkora átfedést mutat más szerek életprevalencia értékével, azaz azok, akik életük során valaha fogyasztottak marihuánát (hasist) milyen arányban fogyasztottak e mellett már más szereket is az életük során.

Tiltottdrog-fogyasztási piramisa: a különböző szerek életprevalencia értéke a kannabisz-kipróbálók százalékában kifejezve (18-34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében)



A piramis értékeit a normál fővárosi fiatal felnőtt népesség körében tapasztalható életprevalencia értékekhez hasonlítva megállapíthatjuk, hogy a különböző szerfogyasztó magatartások erősen kapcsolódnak egymáshoz. A kannabisz-használókra számított fogyasztási ráták általában a normál populációban kapott értékeknek mintegy háromszorosát teszik ki, azaz azoknak, akik valaha kipróbálták életük során a marihuánát vagy hasist, háromszor akkora kitétsége a különböző más tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülésre, mint az átlagos fővárosi fiatal felnőtteké.

²⁴ EMCDDA (1999) 77-79. oldal

A válaszolók 18,8%-a használt az előző évben, 8,8%-a pedig az elmúlt hónapban valamilyen tiltott drogot.²⁵ Azoknak, akik életük során használtak már valamilyen tiltott drogot, közel fele az előző évben is, és negyede-ötöde az elmúlt hónapban is használt valamilyen tiltott szert.

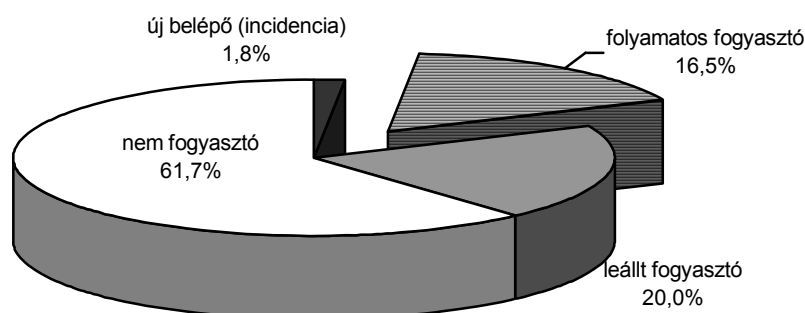
**Különböző idejű összesített prevalencia értékek
(18-34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében, a válaszolók százalékában kifejezve)**

	tiltott drogek
életprevalencia érték	39,4
éves prevalencia érték	18,8
havi prevalencia érték	8,8

A valaha használók egy része azonban aktuálisan (az utóbbi évben) nem fogyaszt semmilyen tiltott drogot, őket leállt fogyasztónak (quitters) tekintjük. Az jelenleg használó aktuális fogyasztók egy része pedig új ún. „új belépő”, azaz az elmúlt évben próbálták ki először valamelyik tiltott drogot. Őket aktuális fogyasztóktól különválasztva kapjuk meg a folyamatos fogyasztási ráta incidencia nélküli értékét, azaz a tényleges folyamatos fogyasztási rátát (continuation rate without incidence), amely azok arányát mutatja, akik több mint egy éve kezdték a használatot, és a vizsgálat évében is fogyasztottak.

A 18-34 éves fővárosi populációban a válaszolók egyötöde leállt fogyasztó, a válaszolók másik 1,8%-a pedig az utóbbi egy évben kezdte el a fogyasztást. Így a budapesti fiatal felnőttek körében, azok aránya, akik több mint egy éve fogyasztottak először drogot, és jelenleg is használnak, 16,5%.

A leállt és a folyamatos drogfogyasztók, valamint az új belépők aránya a válaszolók százalékában (18-34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében)



Mindez azt jelenti, hogy a fővárosban, a 18-65 év közötti korosztályba tartozó, valaha drogot fogyasztók mintegy fele (52,2%-a) az elmúlt évben nem fogyasztott semmilyen drogot. A használók 4,8%-a azonban az elmúlt egy évben használtak először, azaz új belépő. Mindent együttvéve ténylegesen folyamatos fogyasztónak a valaha fogyasztó budapesti fiatal felnőttek 43%-a tekinthető.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- BÁCSKAI E., GEREVICH J. (1997): *Ifjúság és drogfogyasztás*. Drogmegelőzési Módszertani Központ. Budapest.
- DEMETROVICS ZS. (1998): *Drog és Disco Budapesten. Táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok szocio-demográfiai jellemzői és drogfogyasztási szokásai*. Budapesti Szociális Forrásközpont. Budapest.
- DEMETROVICS Zs. (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. NDI Szakmai Forrás Sorozat. Kutatások I. L'Harmattan. Budapest.
- ELEKES ZS. (2002): *Ivási szokások és fogyasztói típusok Magyarországon az ADE'2001 alapján*. *Addiktológia* 1.
- ELEKES ZS., PAKSI B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.

²⁵ A biztosan droghasználati célú fogyasztás, és a tiltott drogfogyasztás esetében kapott éves és havi prevalencia értékek nem különböznek egymástól.

- ELEKES ZS., PAKSI B. (2000A): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon*. ISMertető 8. Budapest. Ifjúsági és Sportminisztérium
- ELEKES ZS., PAKSI B. (2000B): *Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években*. In.: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. (szerk: Ritter Ildikó) ISMertető 12. Budapest. Ifjúsági és Sportminisztérium
- ELEKES ZS., PAKSI B. (2003): *A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák*. *Addiktológia* 2003. 3-4.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), Lisbon, EMCDDA, September 1999.
- HIBELL, B. - ANDERSSON, B. - BJARNASSON, T. - KOKKEVI, A. - MORGAN, M. - NARUSK, A. (1997): *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- HIBELL, B. - ANDERSSON, B. - AHLSTRÖM, S. - BALAKIREVA, O. - BJARNASSON, T. - KOKKEVI, A. - MORGAN, M. (2001): *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- HIBELL, B.- ANDERSSON, B. (2002): *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Project Plan. Final version*. Stockholm, Sweden. 2002. September.
- MURÁNYI I (1996): *Drogfogyasztás a Hajdú-Bihar megyei fiatalok körében*. Hajdú-Bihar megyei ÁNTSZ. Debrecen.
- PAKSI B. (2002): *A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái*. In.: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. (szerk: Ritter Ildikó) ISMertető. Budapest. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium.
- PAKSI B. (2003A): *A felnőtt népesség droghasználata Magyarországon*. *Addiktológia*. 2
- PAKSI B. (2003B): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest. L'Harmattan.
- SEBESTYÉN E. (2003): *Illegális szerek használata. HBSC vizsgálat. Kézirat*.
- SIMPURA, J., KNIBBE, R., KRAUS, L., HELASTI K. (2000): *Behind the questions: intercultural differences in answering questions on drinking behaviour in health Interview Surveys*. Paper presented at the 26th Annual *Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol*, Oslo, Norway 2000 June.

Drogtúladagolások – fővárosi helyzet²⁶

Az előző évek tapasztalataihoz képest ez az év hozott némi változást. Egyértelműen megállapítható, hogy a drog túladagolt betegek száma kb. 25%-kal csökkent. A csökkenés elsősorban az ópiát használók között jelentkezett. Az egyéb kábítószeres túladagolása miatt bekerült fiatalok száma állandó. Hogy mi okozta ezt a csökkenést arról többféle magyarázat lehetséges.

- az intravénás droghasználók száma nem változott az előző évekhez képest, de a komoly média kampány következtében biztonságosabb belövések történnek, jobban hitítják az anyagok, ismeretlentől bizonytalan tisztaságú szert nem vásárolnak
- csökkent az intravénás droghasználók száma, melynek biztos, hogy nem oka a halálozás megemelkedése, talán a kezelésbe vettek száma emelkedett, de erről adatunk nincs
- az intravénás droghasználók száma megmaradt az előző évi szinthez, de kevesebben kerültek az egészségügyi ellátó rendszerbe

Ezek mind feltevések, nagyobb kampány vizsgálatok szükségesek az okok kiderítésére.

Az elmúlt év hozott néhány szenzációt is. Szomorú hír hogy megtörtént az első body-packer haláleset. A 25 éves fiatalember kb. 25 kapszulányi kokaint hozott be béltraktusában az országba, a pontos számot nem ismerte. A gyomor kimeneti részében egy kapszula megakadt, tartalma részben a gyomorba, részben a vékonybélbe került. Kb. 6 gr 90%-os tisztaságú kokain került be a beteg keringési rendszerébe, A kiszakadt kapszulát eltávolítottuk endoscoppal. Mialatt a beteget kialakult ritmuszavar és szívinfarktus miatt újra élesztettük. Az újraélesztés sikeres volt, de a beteg súlyos agykárosodást szenvedett el, 15 napi ápolást követően sokszerv elégtelenség, szeptikus állapot miatt meghalt. Toxikológiai vizsgálattal, melyet az Országos Igazságügyi Toxikológiai Intézet végzett megállapítható volt,

²⁶ Az összefoglalót Dr.Zacher Gábor a Péterfy Sándor utcai Kórház Sürgősségi Belgyógyászat és Klinikai Toxikológiai Osztály főorvosa készítette

hogy agyszövetében, májában még 15 nappal a fatális mérgezést követően is jelentős mennyiségű kokain metabolit volt jelen. Az eset tudományos feldolgozása folyamatban.

Másik kokainnal kapcsolatos szakmai érdekesség szintén az elmúlt évhez kötődik. Kokain adását követően kialakult malignus hypertermia (41°C -ig terjedő testhőmérséklet) miatt kezeltünk egy fiatal férfi beteget. 2 napos gépi lélegeztetést követően 15 nappal a kokain intravénás beadását követően gyógyultan távozott.

Amfetamin használathoz is járult szakmai érdekesség, spontán alsóvégtagi rhabdomyolysis (izomszétesés) és ennek következtében kialakult veseelégtelenség. Többszöri vesepótló kezelést követően a fiatalos beteg gyógyult.

Megnőtt a kokain szippantás következtében kialakult szövődmények miatt bekerült betegek száma. Szinte kizárólag jó módú, rendezett egzisztenciájú betegeket láttunk el, koruk 25 és 38 év közé esett. Ezen esetek is rávilágítanak arra, hogy a sejtések igazolódtak, kokain jelentős mennyiségben jelen van az országban. Elsősorban a jó egzisztenciájú, és vezető bűnöző réteg engedheti meg magának a szer élvezetét.

Az intravénás droghasználók közül kiszűrt 2 HIV pozitív eset felhívja a figyelmet arra, hogy a szűrővizsgálatokat tovább kell folytatni, hiszen ez mind a beteg, mind az ellátó szempontjából igen fontos. A beteg tudja, hogy milyen kórt, kórokat hordoz, ezt mindennapi élete során figyelembe veheti, megpróbál rendszeresen steril tűt, fecskendőt használni, saját eszközei másnak nem engedi át, szexuális élete során gumi óvszert kötelezően használ. Az ellátók szempontjából igaz az a mondás, hogy egy betegséget attól a legnehezebb elkapni, akiről tudjuk, hogy beteg. Ilyen esetekben még véletlenül sem történhet meg, hogy bármilyen invazív beavatkozás megfelelő védőfelszerelés nélkül történjen

Vizsgálataink alapján ismételten kijelenthetjük, hogy a hepatitis C vírus hordozóinak száma változatlanul 30 % mely egyelőre még szerencsésnek mindható a fejlett EU tagállamok átlagához képest.

Sajnálatos tényként meg kell említeni, hogy a szűrővizsgálattal kapcsolatos pályázatunkat a GYISM nem támogatta. Ez azonban nem jelentheti azt, hogy a vizsgálatokat tovább nem folytatjuk.

A nem invazív úton kábítószer használók körében a szipuzás egyik fajtája a fiatal 12-15 éves korosztály között egyre inkább terjed. Ez a sniffing, mely az öngyújtóban lévő butángáz szippantását jelenti. Ez technikailag végezhető úgy is, hogy az öngyújtó fejrészét fogóval letörve a kifolyó és gyorsan párologó gázt inhalálják, de magából a palackból is direkt felszívható az anyag. Jellegzetessége a gyors euforizáló hatás, ugyanakkor a szívritmuszavarok előfordulása igen nagy. Ez utóbbinak köszönhetően két gyermekkorúnál is észleltek kamraremegést és a klinikai halál beálltát. Sajnálatos módon, habár az újraélesztés sikeres volt, az agyi oxigén hiányos idő súlyos károsodást okozott, mindkét gyermek meghalt.

A sniffingelés jellegzetessége, hogy a betegeknél nem érezni a szipuzó jellegzetes oldószer szagát, ezért toxikológiai kimutatásuk is igen nehéz. Az egyedüli útmutató a nyelven és a száj nyálkahártyáján megjelenő fagyási sérülések lehetnek, melyek abból erednek, hogy a bután folyékony formában gyorsan párolog, és így környezetéből hőt von el.

Szerencsésnek tudtató, hogy osztályunknak egyre több lehetősége van a drogtúladagolások orvosi ellátását oktatni elsősorban az alapellátásban. Osztályunk gondozásában megjelenik egy szakmai útmutató a drogtúladagolások diagnosztikája és terápiájának témaköréből még ez évben.

Sajnálatos tapasztalatunk, hogy az akut megvonási tünetben szenvedő betegek ellátása, habár az ANTSZ ezt a fővárosban szabályozta, nem működik jól. Rendszeresen érkeznek hozzánk fiatalok, akik elmondják, hogy az erre hivatott osztályok őket nem vették föl, elküldték, hogy jelentkezzenek drogambulancián.

A marihuána fogyasztással kapcsolatos betegek ellátása nem változott, változatlanul akut pánikreakció, szapora szív működés, megemelkedett vérnyomás miatt kerülnek be azok a fiatalok, akiknek az „anyag nem jött be”. Néhány órák megfigyelést követően, gyógyszeres ellátás után tünet és panaszmentesen távoznak.

A Noxyron tableta gyártásának megszűnését követően egyre több polidrog használó szokik át a nagy adag Rivotrilra, Tegretolra, Leponexre, Barbamidra. Ezek elsősorban az elszegényedett, fizikailag is leromlott betegek.

A szipusok közül egyre több a nevelőintézetben, államai gondozásban nevelkedő fiatal, akik sajnálatos módon bármilyen állapotukon javító szándékkal közeledőt elutasítanak, velük a kapcsolat felvétel igen nehéz.

Hiányoljuk osztályunkon a karitatív szervezetek jelenlétét, mind a kábítószerügy mind a hajléktalanügy szempontjából. Sajnálatos módon osztályunk jó vadászterület a magas betegszám miatt. Szívesen látunk ilyen témában bárkit, akit napi ill. heti rendszerességgel látogatnának minket, felkarolva a nálunk kezelt betegeket.

KEZELÉSI IGÉNYEK ALAKULÁSA

Egészségügyi statisztikai adatok a kábítószer fogyasztásról a 2002. évben²⁷

Az egészségügyi kábítószer-statisztika jellemzői

Az adatgyűjtés változása a bevezetésétől napjainkig

A Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság és az akkori Népjóléti Minisztérium előterjesztésére a kormány 1994-ben elrendelt egy új, kötelező adatgyűjtést a kábítószer fogyasztókról és kezelésükről. Az adatszolgáltatást évenként kiadott kormányrendeletben az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) vonatkozó fejezete rendeli el, 1627-es nyilvántartási szám alatt. Az 1994. évről szóló adatszolgáltatás még nem volt teljes körű, inkább az új adatgyűjtés kísérleti szakaszának tekinthető – az erről az évről rendelkezésre álló adatokat emiatt nem is használjuk az összehasonlító elemzésekhez.

1. sz. táblázat: Változások az adatgyűjtésben 1994-től 2002-ig

A változás életbe lépésének éve	1996	2000
A változás utáni első éves adatok az új módszer szerint	1997	2000
A változás által érintett területek		
Definíciók		A nyilvántartott beteg fogalma helyett kezelt beteg Az új beteg életében először kezelt beteget jelent önbevallás alapján
Adatközlők	Civil és egyházi fenntartású ellátó intézmények is jelentenek adatokat	
Adatgyűjtés címzettje		Az OPNI csak az Egészségügyi Minisztérium III. főosztályának továbbítja az összesített adatokat
Életkori bontás	Új korcsoport: 13 éven aluliak	Új korcsoportok: a 35 éven felüliek további bontása
		Új kategória: Ismeretlen korú
		Teljes életkori bontás az új betegekről is
Kábítószer osztyályozása		A részletesen be nem sorolt szereket a szertípus alatti egyéb rovatban kell feltüntetni (pl. egyéb opiát)
		A kizárólag csak tűcserében részesülőket nem lehet feltüntetni
		Orvosi rendelvény nélkül használt methadon
Kábítószer használat gyakorisága		Új kategória: hetente fogyasztók
Halálozási adatok	A továbbiakban nem a kezelést nyújtó intézmények jelentik, hanem a boncolást végző intézmények és a rendőrség	

Az adatgyűjtés folyamata

Az adatokat kb. 470 adatközlő szolgáltatja évente egyszer, de mivel ezek egy része átfedésben van egymással, valójában mintegy 400 adatszolgáltatóról van szó. Ezeknek az adatszolgáltatóknak a

²⁷ Az összefoglalót készítette: Grézló Orsolya — Porkoláb Lajos

típusait jogszabály írja elő, de a pontos listát nem tartalmazza, azt az adatgyűjtő központ felelőssége nyilvántartani, frissíteni, és szükség esetén továbbítani más szervek felé, amelyeknek erre munkájukhoz szükségük van. Az adatgyűjtő és feldolgozó központ az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben (továbbiakban OPNI) van, jelenleg Controlling és Informatikai Osztály elnevezéssel, ami a korábbi Informatikai és Szervezési Osztályból alakult. Az OPNI saját nyomdájában készíti el évente a szükséges űrlapokat, amelyeket megküld az adatközlő intézményeknek egy rövid módszertani útmutató kíséretében, amelyben felhívja a figyelmet az aktuális problémákra. A jelentés űrlapjának tartalmát és formáját azonban nem az OPNI határozza meg, - ebben csak javaslattevő szerepe van – hanem az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (ESZCSM) dönt az esetleg szükségessé váló módosításokról, és jeleníti meg azokat az évente pontosított OSAP kormányrendeletben.

Az adatszolgáltatók saját nyilvántartási rendszerükből átvezetik az éves adatokat a jelentés űrlapjára, és megküldik a feldolgozó központnak. Regionális feldolgozó központok nincsenek, de a jelentés egy példányát az adatszolgáltatók megküldik az ÁNTSZ megyei szakfelügyelő főorvosainak is. A szakfelügyelő főorvosok nem készítik meg a megyei összesítést, hanem visszacsatolás formájában megkapják az OPNI-től a feldolgozott megyei és országos adatokat. Az adatszolgáltatók számára az adatok beküldési határideje a tárgyévet követő január 31.

Az OPNI az országos összesítést, és a megyei bontásokat tartalmazó összefoglaló táblázatokat megküldi az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztériumnak. Minden további kormányzati szerv felé a Minisztérium továbbítja az adatokat, a jogszabálynak megfelelően. Az OPNI az adatszolgáltatók felé visszacsatolás formájában közöl megyei, regionális és országos adatokat, ill. eseti megkeresésre gyakran készít speciális kimutatásokat a rendelkezésre álló adatokból más kormányzati és civil szervezetek részére.

Az adatszolgáltatók típusai és 2002. évi forgalma

Az adatszolgáltatók körébe tartoznak a jogszabály szerint az alábbi intézmény típusok – az első csoportban szereplők a kezelésről, a második csoportban szereplők pedig a halálózásról szolgáltatnak adatokat.

A kábítószer fogyasztók kezeléséről adatokat közlő intézménytípusok:

- drogambulanciák és drogközpontok,
- pszichiátriai gondozók (felnőtt és gyermek),
- pszichiátriai osztályok és szakambulanciák,
- krízis intervenciók osztályok,
- alkoholológiai és addiktológiai gondozók és osztályok, illetve szakambulanciák,
- drogterápiás intézetek;

A kábítószer fogyasztással összefüggő halálózásról adatokat közlő intézménytípusok:

- igazságügyi orvostani intézetek,
- orvosszakértői intézetek,
- rendőrség egészségügyi szolgálata

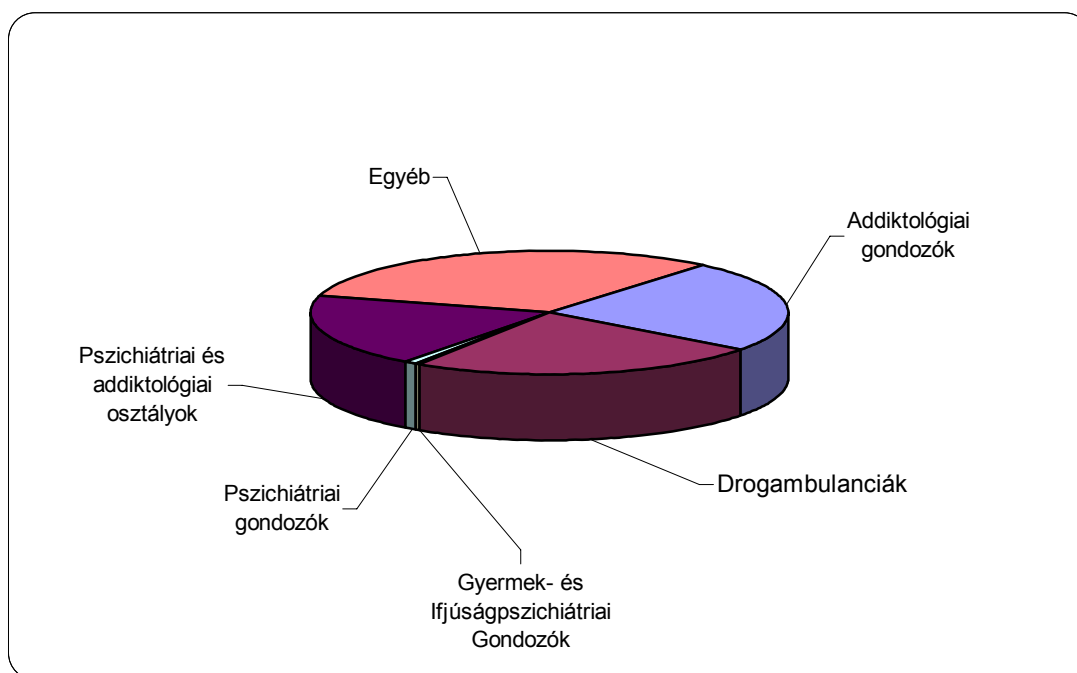
A 2. sz. táblázat a 2002. évi adatok alapján mutatja be, hogy az egyes intézmény típusok a kezelt betegek mekkora hányadát látták el. Az addiktológiai gondozók hagyományos szerepe mellett egyre nagyobb részt képviselnek a drogambulanciák. A fekvőbeteg ellátás szintén nagy részt tesz ki, mivel ez egyben kezelési fázist is jelent – míg a járóbeteg ellátás megoszlik a különböző gondozók és drogambulanciák között, addig a fekvőbeteg ellátásnak az alábbi csoportosításban nincs alternatívája a pszichiátriai és addiktológiai osztályokon kívül.

2. sz. táblázat: A kábítószer fogyasztók megoszlása a kezelőintézmény típusa szerint

INTÉZMÉNY TÍPUS		Kezelt betegek		Előzőből új betegek	
		száma	%	száma	%
AG	Addiktológiai gondozók	3 088	24,2	835	17,7
DA	Drogambulanciák	3 060	23,9	1 345	28,5
GG	Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozók	16	0,1	8	0,2
PG	Pszichiátriai gondozók	117	0,9	34	0,7
PO	Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	2 451	19,2	839	17,8
EG	Egyéb	4 045	31,7	1 656	35,1
ÖSSZESEN		12 777	100,0	4 717	100,0

Meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy a járó- és fekvőbeteg szám megadását az adatgyűjtés módszertana nem teszi lehetővé, mert a pszichiátriai és addiktológiai osztályok a hozzájuk kapcsolódó szakambulancia adataival együtt jelentik a betegszámot.

1. sz. ábra: A kábítószer fogyasztók megoszlása a kezelőintézmény típusa szerint



Az adatok értékelése

A statisztika a kezelt drog használók által fogyasztott szerek típusára vonatkozóan igen részletes információkat tartalmaz, megkülönbözteti a főbb kábítószer csoportokon belüli alcsoportokat is, (pl. az amfetamin származékok fajtáit). Egyaránt tartalmazza az illegális és legális (pl. altatók, nyugtatók) drogokat fogyasztók számát. A beteg az általa fogyasztott drogok közül a domináns szer alapján kerül besorolásra, de egy külön táblázat feltünteti az együttlétfogyasztási szokásokra utaló adatokat is. A fogyasztás módjának feltüntetése főként az injekciós drog használat esetében jelent fontos információt, mivel ennek a társuló fertőző betegségek miatt (hepatitisz, AIDS) közegészségügyi, járványügyi vonat-

kozása is van. A fogyasztás gyakoriságát illetően a statisztika a korábbi kettő helyett jelenleg három kategóriát különböztet meg.

A drogbetegek adatait a kezelő intézmények aggregáltan közlik, így nem lehet kiszűrni a statisztikai rendszerből a több intézményben megjelent és nyilvántartott betegeket (**double-counting**). A szakorvosok tapasztalata azt mutatja, hogy a drogot használók köre olyan betegpopuláció, amely gyakran vándorol egyik kezelőhelyről a másikig. Tehát egy év alatt is megfordulhat, pl. egy budapesti, egy pest megyei gondozóban, és bekerülhet egy fekvőbeteg osztályra, így ugyanaz a személy háromszor fog szerepelni az adott év statisztikai adataiban, ezzel a kezelt betegek száma torzul. Az első kezelési igényt illetően az adatgyűjtés 2000. évi módosítása óta a betegek önbevallása az irányadó, az életében első alkalommal kezelt betegekről a statisztika részletes korcsoportos és kábítószer fajtákra bontott adatokat tartalmaz.

Az adatszolgáltatási fegyelem az adatgyűjtés bevezetése óta fokozatosan javult, a határidő után érkező jelentések száma jelenleg 10% körüli. Továbbra is problémát jelent azonban, hogy igen gyakoriak a félreértelmezésből adódó hibás jelentések és a számszaki hibák. A hibák jellege és az ebből származó torzítás mértéke eltérő ugyan, de a jelentések túlnyomó többsége utólagos javítást, adategyeztetést igényel. Az űrlap táblázatai az adott intézményben kezelt összes betegről közölnek információt különböző bontásokban, így nem tartalmazhatnak egymásnak ellentmondó számadatokat.

A számszaki hibákon túlmenően az adatok validitását a finanszírozási érdekek érvényesülése is ronthatja a fekvőbeteg ellátásban. Az addikciók a jelenleg érvényben lévő HBCs rendszerben viszonylag alacsonyan térített diagnózisok, ezért a fekvőbeteg intézménynek érdekében állhat, – és a gyakori komorbiditás erre lehetőséget is nyújt –, hogy a betegeket jobban fizetett, de orvosilag még indokolható fődiagnózissal (pl. depresszió) jelentse az egészségbiztosító felé.

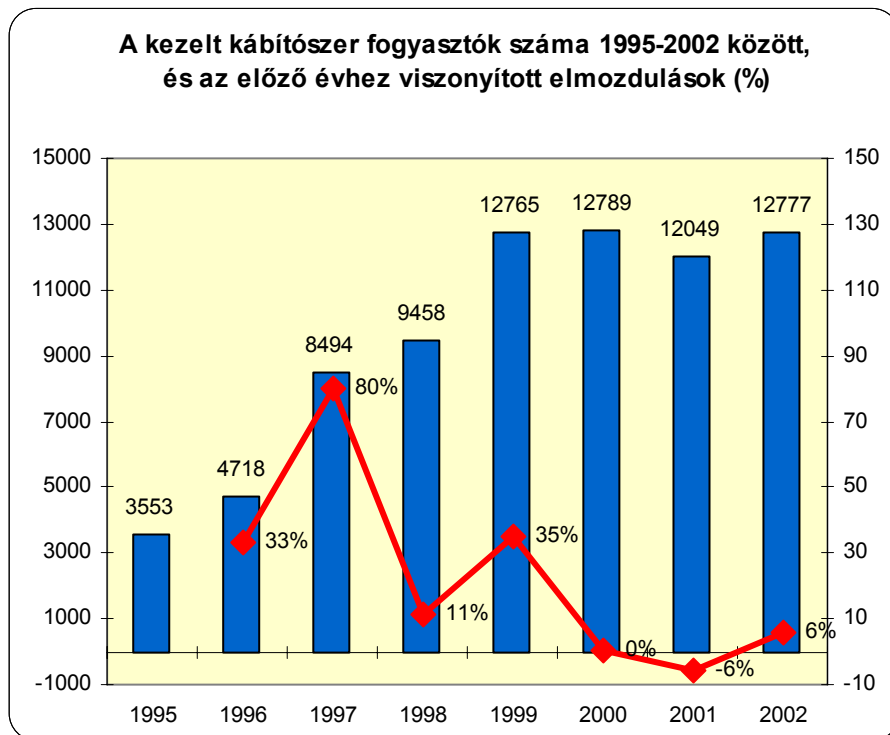
Az adatközlés minőségét javíthatná, és a feldolgozási folyamatot gyorsítaná az elektronikus adatszolgáltatás bevezetése.

A kábítószer fogyasztók számának alakulása

Kezelt betegek és új betegek száma

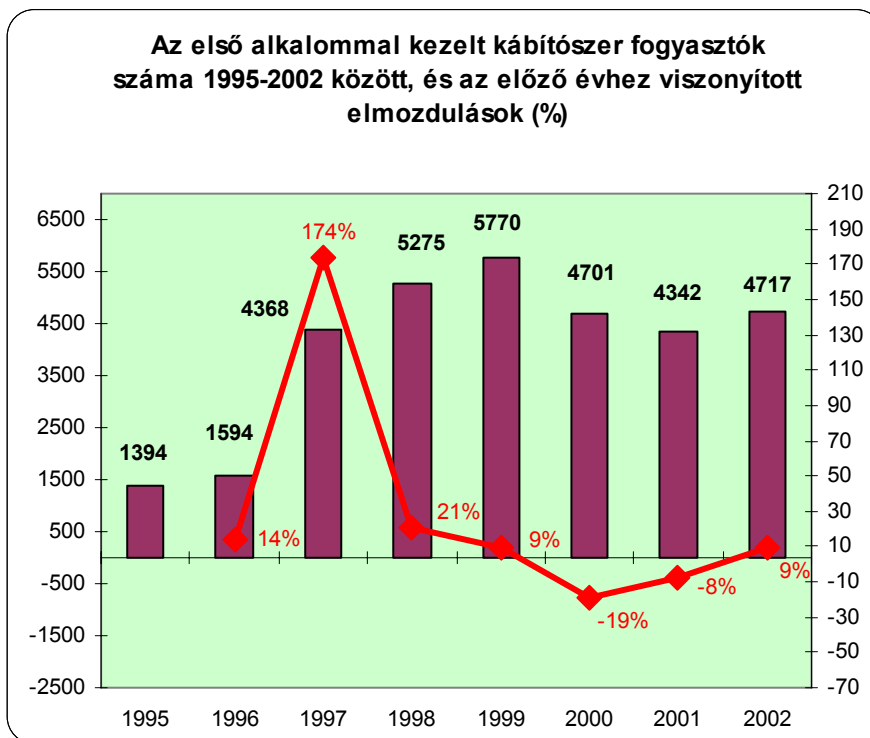
Az egészségügyi intézményekben kezelt kábítószer fogyasztók száma 2001-ben, az adatgyűjtés bevezetése óta példátlan módon, csökkent az előző évhez képest. A csökkenés 2002-ben nem folytatódott, sőt kismértékű emelkedés jelentkezett. Az elmúlt négy év adatai alapján az a megállapítás tehető, hogy a kezelték számának meredek növekedése megállt, évi 12 – 13 ezer fő között stabilizálódni látszik.

2. sz. ábra: A kezelt kábítószer-fogyasztók száma 1995-2002



Az új betegek száma az előző évhez képest szintén emelkedik. Az első alkalommal kezelttek száma 1999-ig lassúbb növekedést mutatott, mint a kezelt betegek száma, de minden évben nőtt a megelőző évhez képest. 2000-ben viszont 19%-kal csökkent 1999-hez viszonyítva. Ez a hirtelen, nagy mértékű csökkenés annak tudható be, hogy az első alkalommal kezelésben részesült beteg fogalma megváltozott, a kezelő intézmények a 2000. tárgyévtől kezdve az „életében (saját bevallása szerint) először kezelt” betegek számát jelentik ebben a rovatban. Az elmúlt három évet tekintve az új betegek számában szintén stabilizálódás valószínűsíthető.

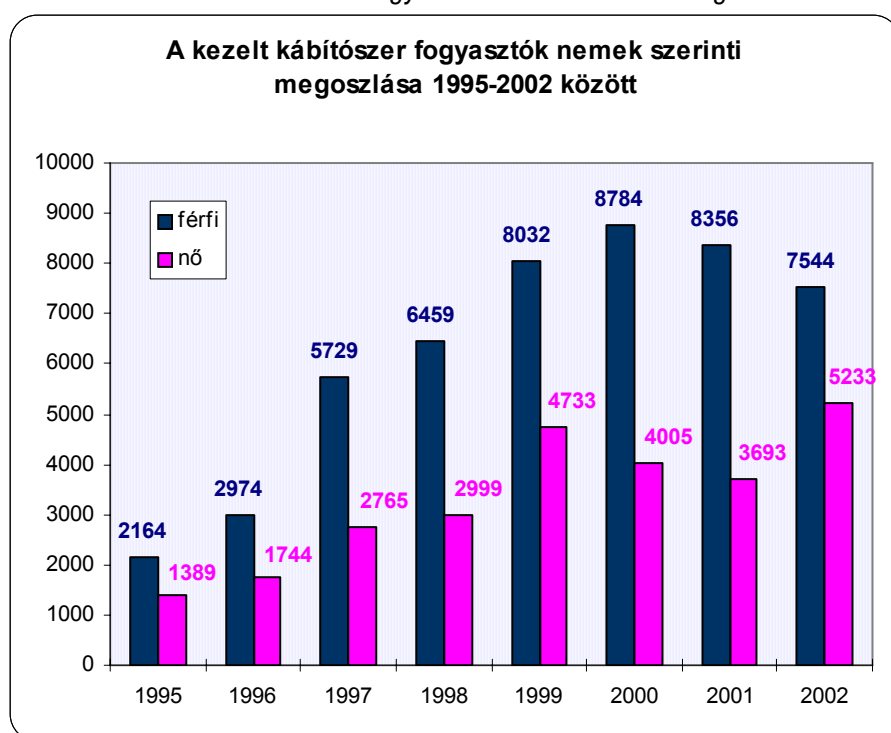
3. sz. ábra: Az első alkalommal kezelt kábítószer-fogyasztók száma 1995–2002



Nemek szerinti megoszlás

Az egészségügyi intézményekben kezelt kábítószer fogyasztó férfiak száma 1995 óta minden évben magasabb volt, mint a nőké. A férfiak és nők aránya a 61 – 39%-os aránytól a 69 – 31%-os arányig változott, ez a tendencia a 2002 évben módosult, a nők részesedése lényegesen növekedett, így a nemek aránya már csak 59 – 41% a férfiak „javára” (a férfiak száma 10%-kal csökkent, a nőké 42%-kal nőtt)! A nyugtató típusú szerek kivételével 1995–2002 között az egyes kábítószer kategóriákban külön-külön is magasabb volt a kezelésben részesült férfiak száma. A nyugtatókat, altatókat kábítószerként fogyasztók között minden évben a nők aránya lényegesen nagyobb. Miközben valamennyi szertípusnál az előző évhez képest csökkent mind a nők, mind a kezelésben részesült férfiak száma, addig a nyugtató típusú szereknél férfiaknál 124, nőknél 197%-os a növekedés! A statisztika nem képes választ adni arra, hogy ez a változás miért következett be, ez már az addiktológus szakemberek kompetenciája, mindenesetre ekkora változás további vizsgálandó igénnyel.

4. sz. ábra: A kezelt kábítószer-fogyasztók nemek szerinti megoszlása 1995-2002

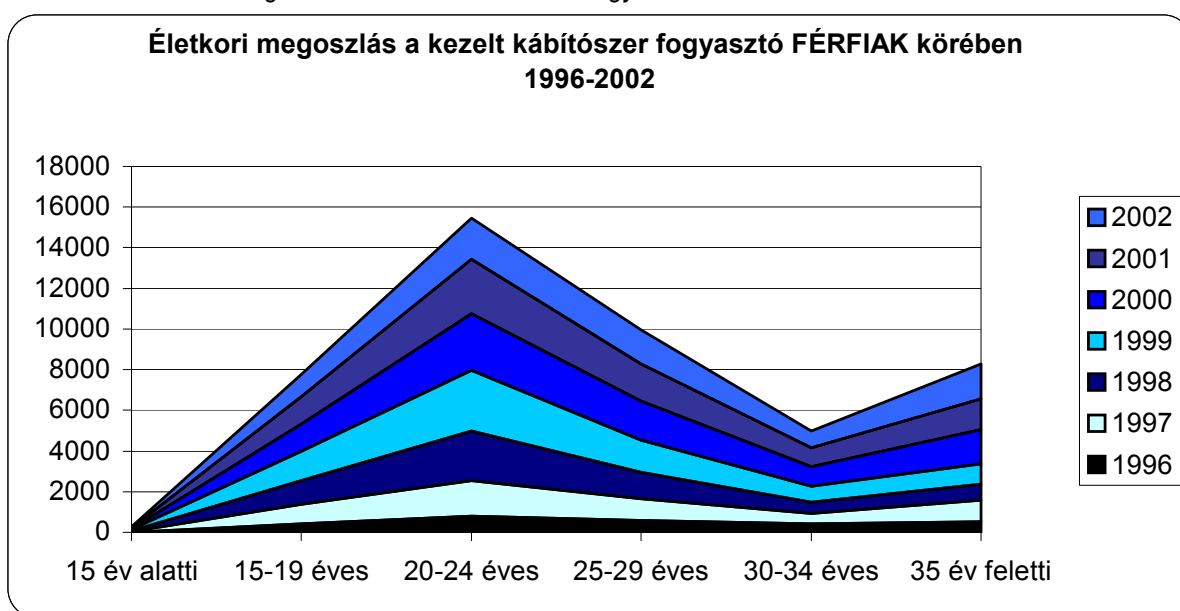


Életkori megoszlás

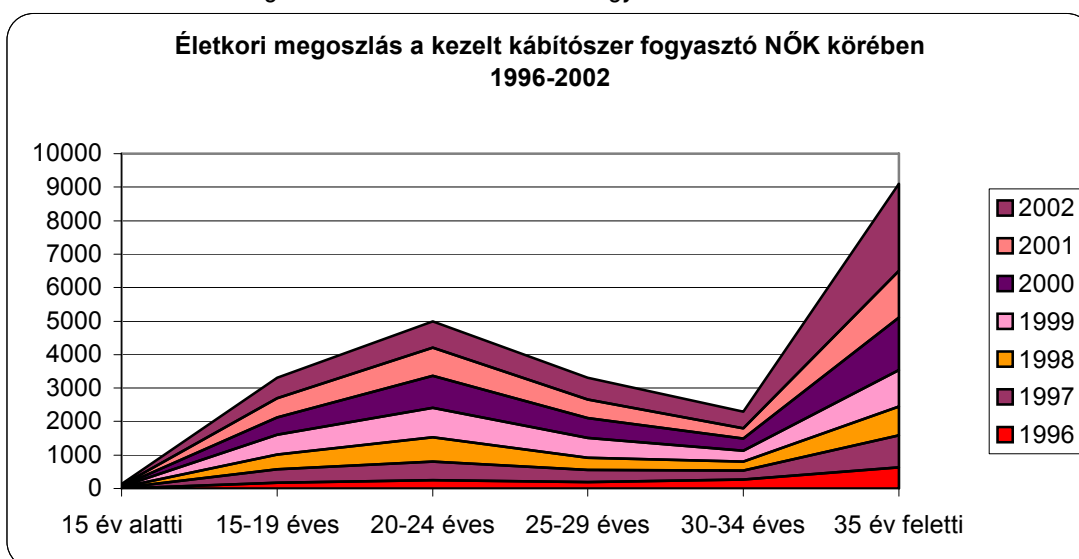
Az életkori megoszlás változásainak értékelésekor számolni kell azzal a módszertani változással, hogy az életkori bontásban szereplő adatok 1999-ig csak a nyilvántartott betegekről álltak rendelkezésünkre, 2000-tól viszont a kezelt betegek számáról. A nyilvántartott betegek száma 1995-1999 között általában kevesebb volt, mint a kezelt betegek száma, ami azt jelenti, hogy ha adott életkori kategóriában 2000 és 2002 között egyaránt növekedés tapasztalható, akkor annak legalábbis egy része erre a módszertani változásra vezethető vissza, és nem tekinthető valódi növekedésnek.

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

5. sz. ábra: Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó férfiak körében



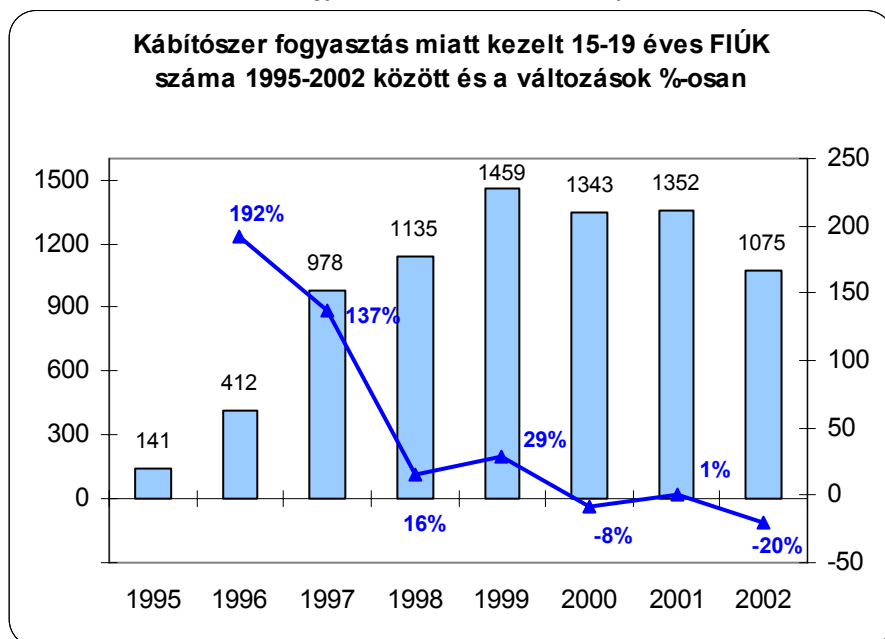
6. sz. ábra: Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó nők körében



A kezelésben részesült férfiaknál a 15 év alatti és a 35 év feletti életkori kategóriákban jelentősen (26, illetve 14%-kal) nőtt, a többi kategóriában csökkent a kábítószer fogyasztók száma. Míg korábban a férfiak és nők hasonló tendenciát követtek, addig 2002-ben az előző évhez képest – a 20-24 éves kategóriát kivéve – valamennyi életkori kategóriában nőtt a kezelésben részesült kábítószer fogyasztó nők száma!

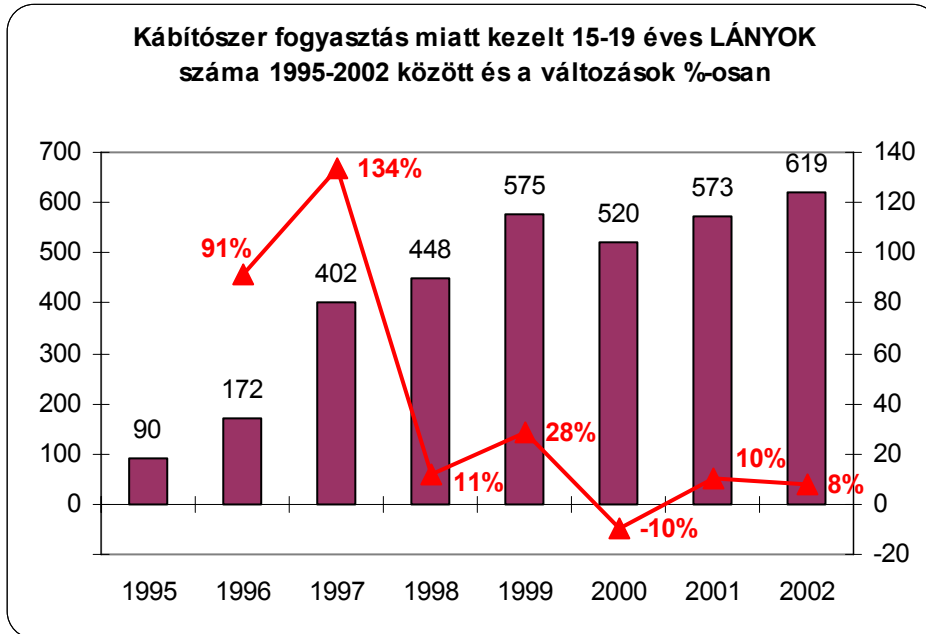
A 15-19 éves, középiskolás korosztálynál a nyilvántartott betegek száma a fiúknál 10,3-szorosára, a lányoknál 6,4-szeresére nőtt 1995-1999 között. 2000-ben 8-10%-os csökkenés mutatkozott mind a fiúknál, mind a lányoknál. 2001-ben, ha nem is csökkent tovább, de legalább nem kezdett újra növekedni a kezelésben részesült középiskolás fiúk száma. 2002-ben viszont jelentős, 20%-os csökkenés következett be.

7. sz. ábra: A kábítószer fogyasztás miatt kezelt középiskolás korú fiúk száma



A kezelésben részesült középiskolás korú lányok száma azonban újra emelkedni kezdett: 2001-ben 10%-os, majd 2002-ben további 8%-os a növekedés. A 15 év alatti lányok száma is jelentős mértékben (159%!) növekedett, és a kezelésben részesült felnőtt nők száma is (a 20-24 éveseket kivéve) minden életkori kategóriában nőtt.

8. sz. ábra: A kábítószer fogyasztás miatt kezelt középiskolás korú lányok száma

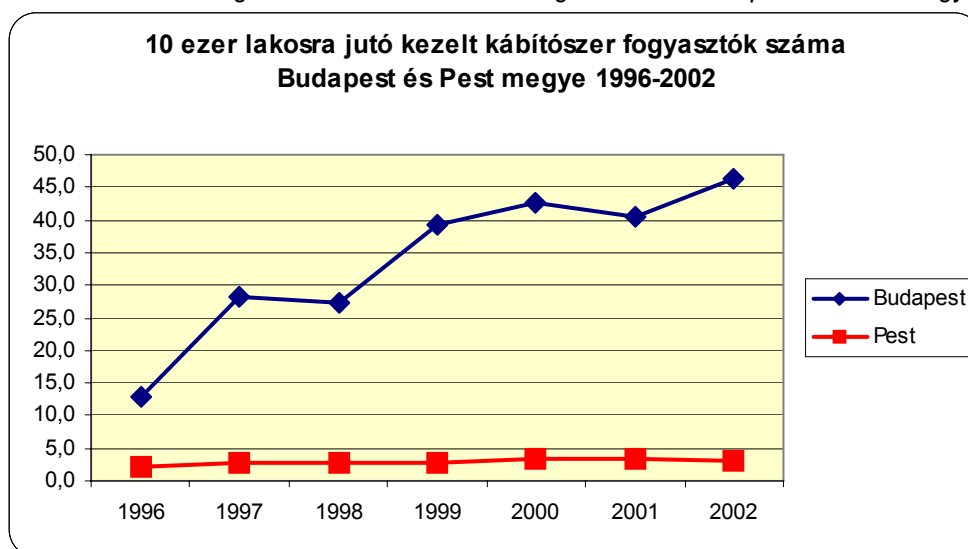


A nemek közötti arány 5 év átlagában a középiskolások körében is szinte teljesen megegyezik a felnőtt férfiak és nők között tapasztalt aránnyal: a kábítószer fogyasztás miatt kezelt középiskolás korúak mintegy 2/3-a fiú, de a lányok aránya folyamatosan emelkedik! 2002-ben 1075 középiskolás korú fiút, és 619 lányt kezelték kábítószer probléma miatt.

Területi megoszlás

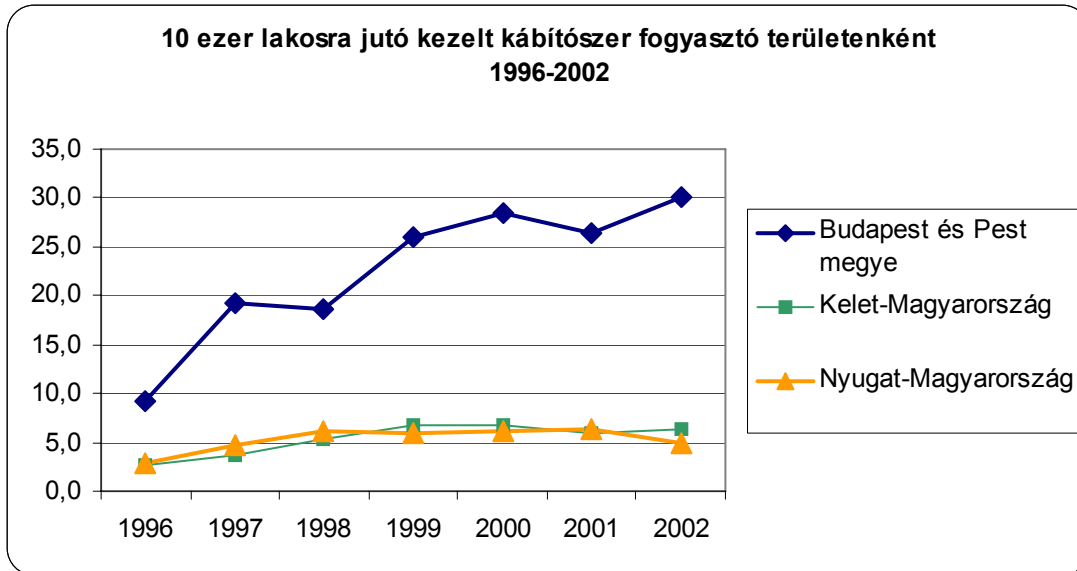
A területi megoszlásra vonatkozó adatok a jelenlegi egészségügyi drog statisztikában minden esetben a kezelő intézmények helyét jelölik. A betegek lakóhelyét a központi feldolgozásra továbbított adatok nem tartalmazzák. A különböző típusú kezelő intézmények eltérnek egymástól abban, hogy átlagosan mekkora területről vesznek fel betegeket. Az addiktológiai gondozók és pszichiátriai osztályok viszonylag sűrűn lefedik az ország és a megyék területét, így vonzáskörzetük valóban a közeli települések lakosságára terjed ki. Eltérő a drogambulanciák helyzete, amelyekből még ma is kevés van, és speciális ellátást nyújtanak. A drogambulanciák a pszichiátrián belül szubspeciális, progresszív ellátást végeznek, ami azt jelenti, hogy az általános pszichiátriai, addiktológiai profillal működő intézmények is ide utalják át a betegeket, ha elérhető közelségben működnek. Így a drogambulanciák vonzáskörzete átnyúlhat a megyehatárokon. A legjobb példa erre Budapest és Pest megye helyzete, az 1996-2002 közötti időszakban Budapesten a 10 lakosra jutó kezelt betegek száma évről évre nagy változásokat mutat, míg Pest megyében szinte változatlan.

9. sz. ábra: Lakosságszámra vetített kezelt betegek száma Budapest és Pest megye



A Kelet- és Nyugat-Magyarországot, valamint Budapestet és Pest megyét ábrázoló diagramról leolvasható, hogy a lakosságszámra vetített kezelt kábítószer fogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati része között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete és az ország többi része között mutatkozik. Ez a különbség 1996 óta többszörösére nőtt.

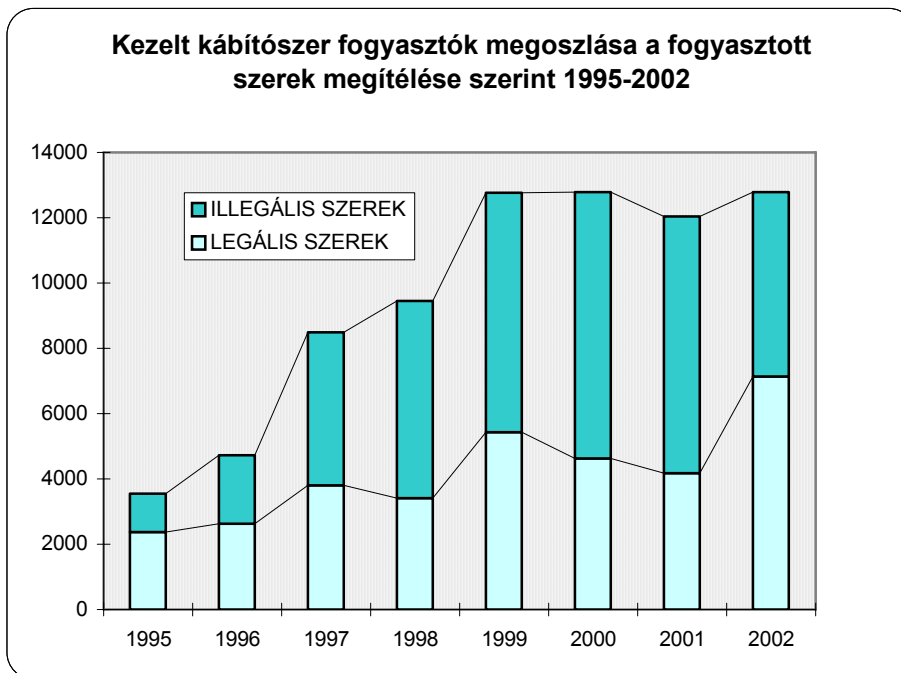
10. sz. ábra: Lakosságszámra vetített kezelt betegek száma Kelet- és Nyugat-Magyarországon, a fővárosban és vonzáskörzetében



Kábítószer típusok arányának változásai a kezelt betegek körében

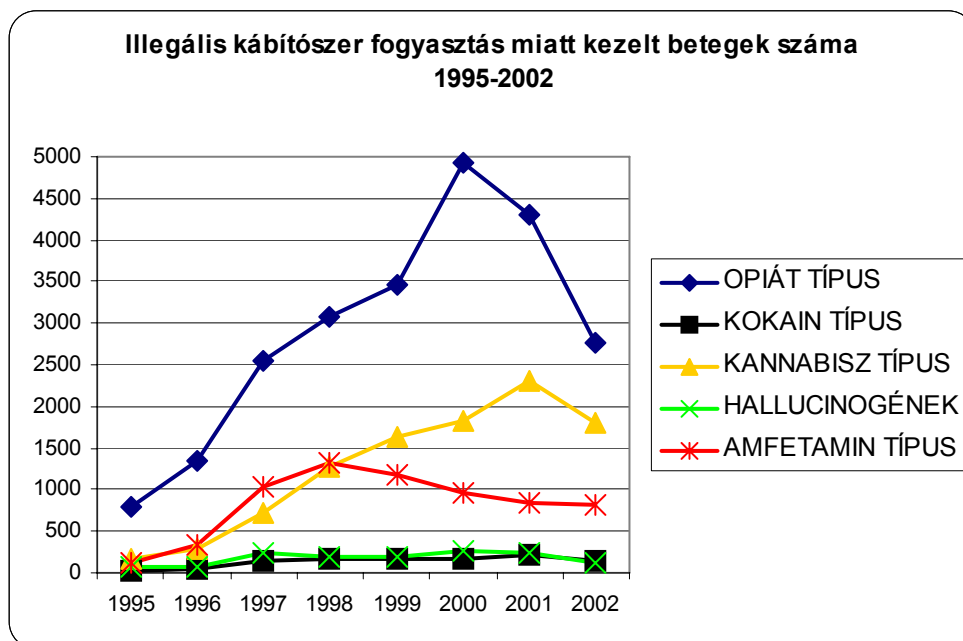
1995-1998 folyamán a kezelésben részesült kábítószer fogyasztók között egyre nagyobb volt az illegális szereket fogyasztók aránya, míg a legális szereket fogyasztóké lényegében stagnált. 1998-hoz viszonyítva 1999-ben 59%-kal nőtt a legális szereket fogyasztók száma is, de 2000-ben csökkent 15%-kal. 1999-ig ez az összes kezelt beteg számának folyamatos növekedése mellett, 2000-ben pedig változatlan összes betegszám mellett értendő.

11. sz. ábra: Legális és illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek aránya



Összességében elmondható, hogy 1995-től 2001-ig az illegális és legális szerek fogyasztása miatt kezelt aránya megfordult: a legális szereket fogyasztók aránya 67%-ról 35%-ra csökkent, míg ezzel párhuzamosan az illegális szerek aránya 33%-ról 65%-ra nőtt. A 2002. évben viszont jelentősen csökkent az illegális szerek aránya, és nőtt a legális szereké, a kezelt betegek számának kismértékű emelkedése mellett. Ez a jelenség is szakmai magyarázatot igényel.

12. sz. ábra: Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 1995-2002 között kábítószer típusonként



2000-ig az opiátok (ópium, heroin, máktea, stb.) fogyasztása miatt kezelt betegek száma és aránya folyamatosan nőtt, 1995-ben a kezelt betegek 22%-a volt opiát fogyasztó, 1999-ben már 30%, 2000-ben pedig 39%. 2001-ben a kezelt opiát fogyasztók száma 13%-kal, 2002-ben további 36%-kal csökkent az előző évhez képest, így most az összes kezelt betegnek 22%-a volt opiát fogyasztó -, ez már alacsonyabb érték, mint a nyugtatókat fogyasztó kezelt betegeké!

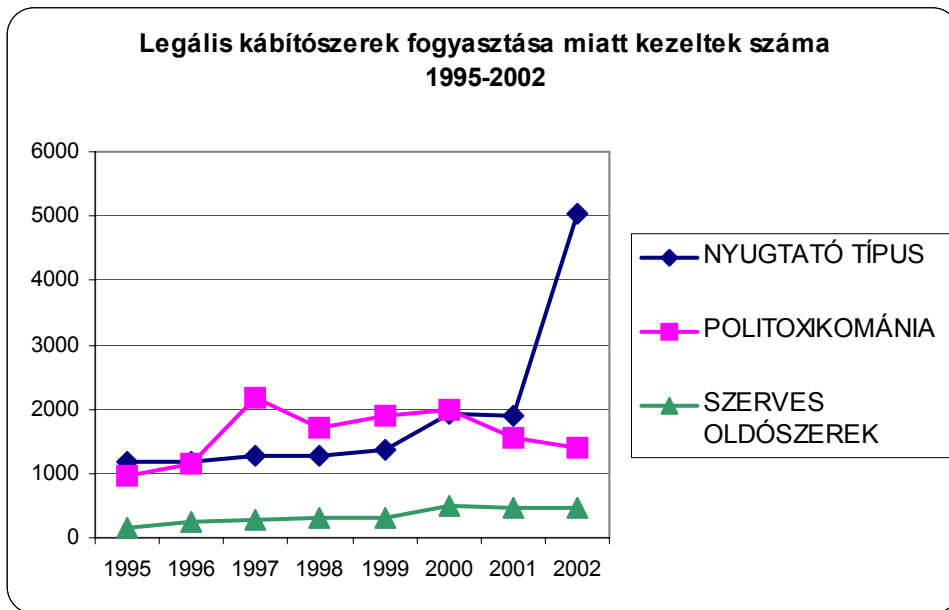
A kannabisz (marihuána, hasis) fogyasztók száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2000-ben csak kis mértékben nőtt, korábban 1995 és 1999 között 5%-ról 13 %-ra változott. Viszont amíg 2001-ben számuk 25%-kal nőtt az előző évihez képest, és az összes kezelt beteg 19%-át adták, 2002-ben 22%-os csökkenés következett be, és az összes kezelt betegek közötti arányuk 14%-ra csökkent. Ezzel a nyugtató és az opiát fogyasztók után a harmadik legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között.

Az amfetamin fogyasztás miatt kezelt betegek számának korábban tapasztalt növekedése 1999-ben megállt, és azóta folyamatosan csökken. 1995 és 1999 között az összes kezelt beteghez viszonyítva az amfetamin fogyasztók aránya 3%-ról 11%-ra nőtt, 2000-ben azonban 7,5%-ra, 2001-ben 6,9%-ra esett vissza, 2002-ben pedig tovább csökkent, így most az összes beteg 6,3%-át képezik.

A kezelt kokain fogyasztók száma 2001-ben az előző évhez képest 20%-kal nőtt, viszont 2002-ben 34%-kal csökkent, arányuk így az összes kezelt beteghez viszonyítva 1,1%. Az elmúlt évek során ennek a szűk rétegnek az összes kezelt beteghez viszonyított aránya alig változott.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt betegek aránya az összes beteghez képest szintén mindig csekély volt, számuk 2001-ben 13%-kal, 2002-ben további 48%-kal csökkent az előző évhez képest.

13. sz. ábra: Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma kábítószer típusonként



A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma nőtt az elmúlt évek alatt, de a más kábítószer fogyasztókhöz képest relatíve alacsony. Az összes kezelt beteghez viszonyított arányuk lényegében nem változott, 2002-ben 3,6% volt.

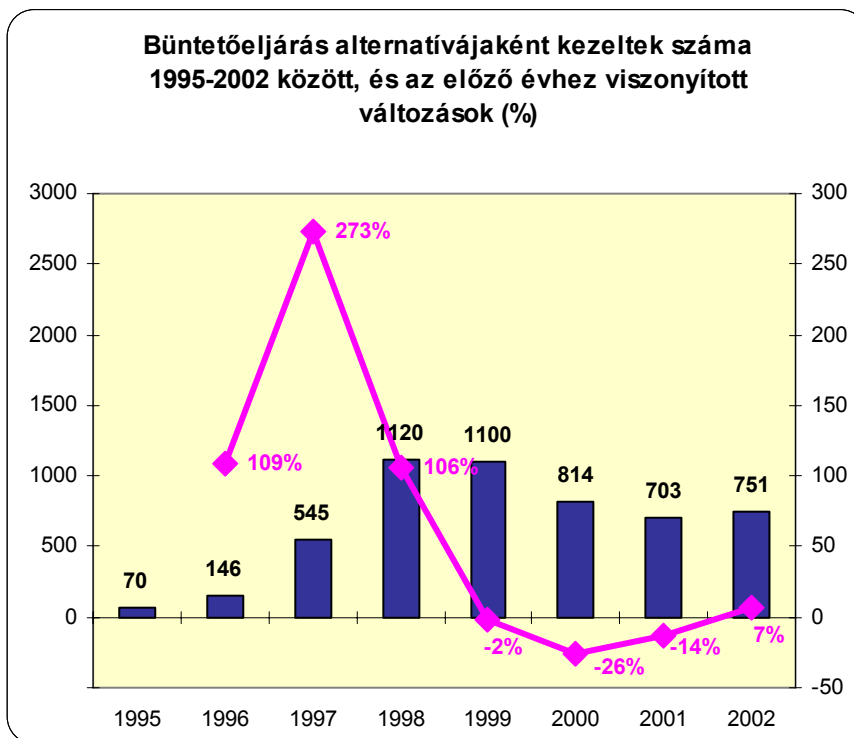
A nyugtatókat, altatókat kábítószerként fogyasztók aránya 2002-ben az összes kezelt beteghez viszonyítva 39,5%, ami azt jelenti, hogy nemcsak a legális szerek között ez a legmagasabb arányú, de ebben az évben megelőzte az opiátokat is. 2002-ben a fogyasztók száma és aránya is olyan jelentősen nőtt a kezelt körében, hogy ez további vizsgáldást és magyarázatot igényel az addiktológiai szakma körében!

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelt betegek száma 1995-1997 között több mint kétszeresére nőtt, 1998 óta azonban évről évre jelentős ingadozást mutat. 1998-ban az előző évhez képest 20%-os csökkenés, a következő évben, 1999-ben 10%-os növekedés, 2000-ben 6%-os növekedés volt tapasztalható, 2001-ben pedig számuk újra csökkent 22%-kal, és 2002-ben is közel 10%-os csökkenés volt kimutatható. Ennek oka nem ismert, ugyanúgy szakmai magyarázatra szorul, mint a nyugtatók esetében felmerült jelenség.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelttek számának alakulása

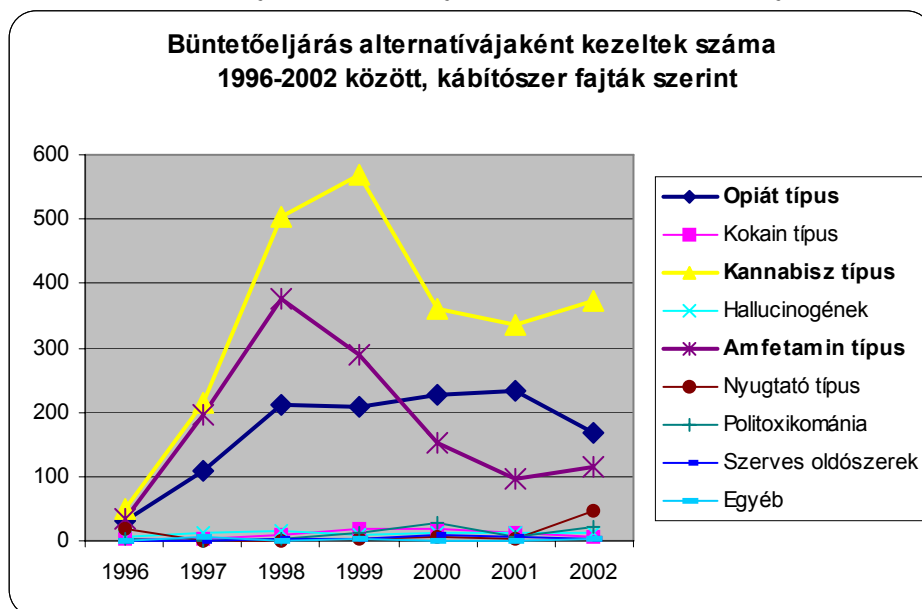
Az elterelő kezelésben részesülő kábítószer fogyasztók száma 1998-ig az összes kezelt beteg számának növekedéséhez hasonlóan szintén nőtt. 1999-ben kis mértékben, 2000-ben azonban jelentős mértékben, 25%-kal visszaesett – az összes betegszám növekedése ill. stagnálása mellett. 2001-ben számuk tovább csökkent, az előző évhez viszonyítva 14%-kal, 2002-ben viszont 7%-os növekedés jelentkezett!

14. sz. ábra: Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek számának változása



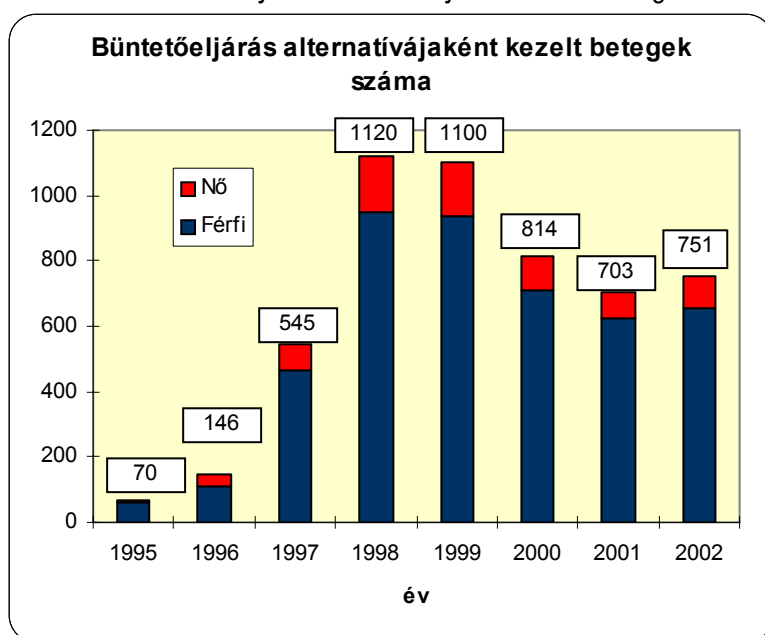
A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának csökkenését 2000-ben a kannabisz és amfetamin fogyasztók körében tapasztalt 36%-os, illetve 45%-os csökkenés okozta, a többi kábítószer tekintetében a kezelték száma az elterelő kezelésben kis mértékben nőtt vagy nem változott. 2001-ben a kannabisz és amfetamin fogyasztása miatt büntetőeljárás helyett kezelték számának csökkenése mellett csökkent a kokain és politoxikománia miatt kezelték száma is. 2002-ben viszont a kannabisz és amfetamin arányának növekedése mellett a nyugtatók miatt kezelték száma is jelentősen nőtt!

15. sz. ábra: Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték kábítószer fajták szerint



A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték körében a nemek aránya még markánsabb különbséget mutat, mint az összes kezelt beteg körében. A nők aránya 1996-2002 között csak 10-15% volt az elterelő kezelésben részesültek között, míg az összes kezelt betegnek körülbelül 1/3-a, sőt 2002-ben 41%-a nő!

16. sz. ábra: Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma nemenként



KOCKÁZATI MAGATARTÁSOK

Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon^{28,29}

Az 1990-es évek közepétől megfigyelhető a gyors helyzetfelmérésen alapuló módszerek epidémiaszerű terjedése (Rhodes és mtsai, 1999). A nagy nemzetközi szervezetek mint költségghatékony és pragmatikus módszereket ajánlják olyan különböző közegészségügyi problémák feltérképezésére, mint a malária, hasmenéses betegségek, víztisztítás, valamint a HIV terjedés, az illegitim droghasználat és az injekciós droghasználat (Rhodes és mtsai, 1999). Rhodes és munkatársai (1999) Lancet-beli összefoglalójukban a gyors – közegészségügyi – helyzetfelmérő és válaszkidolgozó módszerben (rapid assessment and response: RAR) elsősorban a gyorsaságot (néhány hét, hónap alatt eredményt lehet elérni), a módszertani pluralizmust (kvantitatív és kvalitatív módszerek alkalmazása), a hatékony, multiszektoriális közegészségügyi intervenció tervezését hangsúlyozzák. Rhodes és munkatársai (1999) kiemelik még a módszer kutató, feltáró, induktív jellegét. Ez a megközelítés azért is fontos a droghasználat vagy a HIV jelenség kapcsán, mert mindegyiket erőteljesen befolyásolhatja az „erkölcsi felháborodás” vagy a populista retorika (amelyek a jelenség elkendőzése és „félreinterpretálása” irányában működne), az adatbázisokban (ha vannak egyáltalán) csak az intézményekhez kötődő érintettek jelennek meg (nagy a látencia, a rejtett csoportok előfordulása), valamint a válasz kialakításában elsősorban a szabályozás, a kontroll, a status quo preferálása jelenik meg az innovatív közösségi válasszal szemben. Mindezzel szemben a RAR a többféle módszer elegyítésével, a többféle szakértői és társadalmi csoport vizsgálatba történő bevonásával reméli elkerülni az előbbi buktatókat. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az ENSZ AIDS-ügyekkel foglalkozó szervezete (UNAIDS) 1998-ban dolgozott ki az illegális droghasználatról, illetve az injekciós droghasználatról és kockázatos szexuális magatartással kapcsolatban módszertani útmutatókat (UNODCCP, 1999; WHO, 1998). Stimson és mtsai, 1999, már több mint 20 országban szerzett kedvező tapasztalatokról számolt, és megjegyzi, hogy Kelet-Európában a RAR bázisán szerveződnek a HIV fertőzéssel, az injekciós és a szexuális kockázatokkal kapcsolatos intervenciók. Sok esetben maga a RAR kutatás volt az, ami a különböző szervezetek, intézmények, kulcsszemélyek közötti párbeszédet egyáltalán elindította (pl. Oroszországban a civil szervezetek és a droghasználók bevonása számított rendkívüli, nem kis ellenállást kiváltó újdonságnak). Különösen ilyen volt a helyzet azokban az országokban, ahol a droghasználat kizárólag büntetőjogi kérdésként jelenik meg (pl. Brazília, Argentína), és a közegészségügy reprezentációja a probléma kezelésében minimális (az adatgyűjtéstől kezdve a „válasz” kidolgozásáig; pl. Indiában).

A szomszédos Ukrajnában, illetve a kelet-európai országokban kialakult HIV robbanás, mely elsősorban az injekciós használókhoz köthető, valamint az injekciós droghasználattal kapcsolatos hazai információk szűkössége, nemegyszer ellentmondásossága indított minket arra, hogy a módszerrel feltérképezzük a magyarországi injekciós droghasználatot és a hozzá kapcsolódó intervenciókat. Céljaink között szerepelt, hogy a kutatás során olyan szakembereket képezzünk ki, akik a jövőben alkalmassak helyi, hasonló metodikájú vizsgálatok elvégzésére.

Módszer

A WHO (1998) által kidolgozott, az injekciós használókat vizsgáló RAR Kézikönyv alapján építettük fel a kutatás menetét, alakítottuk ki a kutatás fókuszát, és részben ennek alapján mutatjuk be a fontosabb eredményeinket. A RAR Kézikönyv (WHO, 1998) 255 oldalas, igen részletes útmutató. A gyors helyzetfelmérés és módszer (rapid assessment and response, RAR) a következő sémát követi: 1. ország- és város-profil; 2. kontextuális (makroszociális) értékelés; 3. a droghasználat értékelése; 4. a droghasználatot társuló egészségügyi következmények értékelése; 5. a kockázati magatartások érté-

²⁸ A kutatásra a NKFP 5/118/2001. keretében került sor.

²⁹ Az összefoglalást Rácz József és Ritter Ildikó készítette

kelése; 6. a meglevő stratégiák (policy) és intervenciók értékelése. Végül, a Kézikönyv utolsó része tartalmazza a „válasz” kialakítását (akcióterv).

A RAR lefolytatása

A RAR kutatás során Magyarország öt régiójának vizsgálatára vállalkoztunk. Úgy gondoljuk, hogy az öt város és környéke reprezentálja Magyarországot. A régiót a „vonzáskörzet” értelemben használjuk. A város és vonzáskörzete meghatározásnál nem tudunk pontosabb megfogalmazást adni; a tervek szerint megyeszékhelyekkel és az adott megyével, illetve a szomszédos megyékkel foglalkoztunk volna, azonban kiderült, hogy az ötből legalább három helyen nemhogy a környező megyékre, de még arra a megyére sem volt a résztvevőknek rálátásuk, amely megye székhelyén folyt a kutatás. A kiválasztott városok: Budapest (mint az ország fővárosa, ahol a drogz problémák is összpontosulnak), Miskolc (mint a második legnagyobb város, volt szocialista nagyváros, az ipari fejlődés megakadását követő minden társadalmi-gazdasági problémával), Szeged (jellegzetes alföldi város, határváros, korábban részben iparvárosi funkciókkal), Pécs (jellegzetes dél-dunántúli város, az országhatárokon is átívelő regionális funkciókkal, a megyében korábban jelentős ipari kapacitás működött), Veszprém (jellegzetes közép-dunántúli város, a környezetében korábban prosperáló ipari beruházások, a kiválasztást a Balaton-közelsége is indokolta; mivel a Balaton partján nincs drogambulancia, a balatoni droghasználat is itt csapódik le). Mindegyik város esetében komoly súllyal esett latba, hogy a drogz problémák kezelése területén jelentős hagyományokkal és jól fejlett infrastruktúrával rendelkező településekről van szó, ami a vizsgálat kivitelezhetőségét nagyban megkönnyítette.

1. RAR team kialakítása: összesen 11 fő vett részt a vizsgálat lefolytatásában³⁰.
2. A meglevő információk felhasználása: ez elsősorban a „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről” című Ifjúsági és Sportminisztériumi (ISM) kiadványok, illetve az ennek alapját képező – a kiadványba esetleg csak rövidítve bekerülő – tanulmányok összesítését jelentette.
3. Az öt városban a helyi kulcsszemélyek és droghasználók (injekciós és nem-injekciós) közül történő mintavétel, valamint a mintához való hozzáférés kialakítása. A RAR Kézikönyv fogalmi szerinti „célzott mintavétel” valósítottunk meg; az így kialakított minta ugyan nem reprezentatív, azonban minden olyan személy képviselteti magát, aki az adott városban a jelenséggel kapcsolatba kerül – vagy foglalkozásából, munkahelye alapján kapcsolatba kerülhet.
4. Interjúkészítés: a RAR Kézikönyv szempontjai alapján a legtöbb esetben magnós interjúk (félig-strukturált interjúk) készültek (az interjúvázat 40 oldal volt). Egy-egy városban 15-20 interjú készült (szakemberekkel, kulcsszemélyekkel és droghasználókkal). Az interjúkészítők tapasztalataikat városonként összegezték.
5. Fókusz csoportos vizsgálat: minden városban sor került egy 3-6 órás fókusz csoportra, 8-20 fővel. Ide egyrészt azokat a szakembereket hívtuk meg, akik injekciós droghasználókkal napi kapcsolatban állnak, illetve olyan szakértőket, akiknek a helyi drogpolitikai döntéshozók készítésében meghatározó szerepük van, vagy kellene, hogy legyen. A fókusz csoportok verbálisának másik útja a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokon (KEF) keresztül történő hozzáférés és megkeresés volt (ebben a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet volt segítségünkre).
6. Az öt város – azaz az ország – tapasztalataiból született eredményeinket a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság Epidemiológiai Szakbizottsága előtt ismertettük.

Tapasztalatok

A vizsgálat tapasztalataiból most csak néhányat emelünk ki.

Az intravénás kábítószer-használat jelenségével és elterjedtségével összefüggő makroszociális hatások

³⁰ A RAR munkacsoport résztvevői: Balogh Emese, Belány Viktória, Juhászné Ceglédi Tünde, Jurinkovics Livia, Kovács Ignác, Mike Tamás, Nemes Péter, Som Kinga és Wölcz Judit és a szerzők.

A szakemberek véleménye alapján az ország egészére vonatkoztatva legelterjedtebb a kannabisz-típusú szerek fogyasztása, ezt követi a különböző amfetamin-típusú szerek használata, majd pedig az ópiátoké. A receptre kapható gyógyszerek injektálása is növekvő tendenciát mutat. Az injekciós használatnál elősegítő tényezőként lehet jelen a szerhasználónak az átlagos eltérő (jellemzően rossz) szociális helyzete és szocio-kulturális környezete. A fiatalok kilátástalannak tűnő helyzete, a lakáshoz jutás nehézségei szintén befolyással bírnak az intravénás droghasználat terjedésére.

A megkérdezettek visszatartó erőként említik az intravénás droghasználattal összefüggő rizikófaktoroknak (pl. fertőző betegségek) az ismeretét, amelyek a racionális döntés, választás kapcsán nagymértékben pozitív befolyással bírnak a viselkedésre olyan fiataloknál, akik még nem használtak ilyen módon kábítószer és/vagy nem kábítószerfüggők. Az intravénás droghasználat kialakulását gátló tényező lehet a fiatalok pozitív jövőképe, önismerete, valamint a kiegyensúlyozott családi környezet.

Az intravénás droghasználattal összefüggő kedvezőtlen egészségügyi következmények javításában jelentős szerepet tulajdonítottak a megkérdezettek a működő drogambulanciáknak, ártalomcsökkentő programoknak, bár ezek mennyiségét és az e területen dolgozó szakemberek számát a probléma mértékéhez viszonyítva alacsonynak tartják. A helyi média is figyelmet fordít ennek a problémának. A helyi egyházakban jellemzően jelen van a segítségnyújtás lehetősége, azonban eléggé elszigetelten működnek, így ezeket nehéz igazán kihasználni. Az intravénás droghasználókkal szemben érvényesülő negatív társadalmi attitűd azonban súlyosbító tényezőként jelentkezik, miként az a jelenség is, hogy a TAJ kártyával nem rendelkező droghasználókat egyes egészségügyi intézmények elutasítják. A szociális ellátó rendszer nincs felkészülve a kábítószer-fogyasztók segítésére.

Az intravénás droghasználattal összefüggő kedvezőtlen egészségügyi következmények javításában jelentős szerepet tulajdonítottak a megkérdezettek a drogambulanciáknak és a megelőzési programoknak. Pozitívként említhető, hogy még nem találtak a szakemberek HIV pozitív klienssel. Az egészségügyi következmények súlyosabbá válását eredményezheti az osztott túhasználat, az, hogy egyes gyógyszerészek nem adnak ki tűt, ha egy szerfogyasztó a patikában fecskendő és/vagy tűt akar vásárolni.

Az injekciós droghasználat szinte mindenütt lokális jellegű; nemhogy az országra kiterjedő „szubkultúra”, de még egy városon belül sincs ilyen társas mező (ha esetleg ilyen volt is a 90-es évek elején, többnyire a máktea-iváshoz kapcsolódóan, mára eltűnt). A jelenségnek előnyei és hátrányai is vannak: a diverzifikált jelenlét valamelyest akadályozza az injekciós használóvá válást, ugyanakkor minden csoportosulás, minden lokális hálózat különböző intervenciós megközelítést követel meg. Nehezebben működnek az uniformizált szolgáltatások.

A helyi különbségekre utal, hogy egyes területeken a munkanélküliség emelkedése, a gyárbezárások az injekciós használat növekedését eredményezte, másutt pedig az elszegényedés éppen a csökkenését (nincs pénzük heroinra vagy amfetaminra). Ugyanitt azonban terjed a gyógyszerek injekciós használata. A jugoszláviai háborúk erőteljesebb hatást gyakoroltak a határmenti területekre (Szeged és Pécs környéke). A hatásokban olyan tényezők is fontos szerepet kaptak, melyek első pillantásra távol esnek a jelenségtől. Ilyen az úthálózat szerepe. Pécs és Baranyában a szakemberek szerint azért is kevesebb az intravénás használó, mert a város és a megye a kis települések zezugos összekötő útjain nehezen megközelíthető; ugyanakkor Szegeden éppen az úthálózat fejletlenségét (az M5-ös autópálya csak Kecskeméig ér) hozták fel okként arra, hogy miért kellett gyárakat bezárni, miért nőtt a munkanélküliség, a reménytelenség, jövővesztés és vele az injekciós használat. Budapest az (egyik) „balkáni heroin-útvonal” tranzit- és célállomása, az M1-es út és környéke „kiválóan” teríthető heroinnal. Nyilvánvaló, hogy pl. a balatoni túrizmus a veszprémi régióban éreztette hatását, a határmenti legális és illegális forgalom pedig a határközeli településeken. Érdekes volt az „alvilág” hatása is. Budapesten néhány csoport kezében van a nagybani illegális heroin-forgalom, míg az egyik városban – a megkérdezettek szerint – olyan „klán” van hatalmon, amelyik tiltja a heroin terjesztését a városban (de a szintetikus szerekét nem)!

Az injekciózás jelenségében a szakemberek szerint olyan tényezők is szerepet játszanak, mint az, hogy pl. az egyik város mindig „ellenzéki”, tehát a kormány összetételétől mindig különbözik a helyi

önkormányzat politikai összetétele – ezért kevesebb országos forrással rendelkeznek (ami a szolgáltatások színvonalában mutatkozik meg).

Szeged környékén a nagy mákföldek okoznak egy minden évben nyáron-kora ősszel kiugró injekciós „járványt”. Ilyenkor azok is injektálnak, akik évközben más módon használnak kábítószer.

Sokan beszámoltak arról a tapasztalatokról, hogy az intravénás droghasználók csoportjában egy dologgal lehet kitűnni: ha valaki megosztja az adagját vagy a pénzét a többiekkel. A megkérdezettek szerint sokszor a droghasználó társaság egyetlen célja a szer megszerzése és elfogyasztása. Az egyetlen elfogadott szerhasználati mód az intravénás használat. Az ezzel járó betegségek közül körükben az AIDS és a Hepatitisz C a legismertebbek. Az intravénás szerhasználat kezdete egyre fiatalabb életkorra tolódik (13-16 éves korra). Egyre többször fordul elő, hogy a fiatalok már az első szerhasználat alkalmával injektálnak. Azonban a jelenség főként a fiatal felnőttek körében a legjellemzőbb. Főleg férfiak érintettek, bár az utóbbi években a nők körében is terjed az intravénás droghasználat.

Az intravénás drogfogyasztók az esetek többségében már hosszabb drogkarriert követően (2-5 év) kerülnek kapcsolatba először valamilyen segítő szervezettel.

A RAR kutatás speciális tapasztalatai

A következőkben néhány speciális területtel kapcsolatos tapasztalatainkat foglaljuk össze. Hangsúlyozzuk, hogy a RAR vizsgálatban megkérdezettek az injekciós droghasználat „észlelt” képéről számolnak be; az „objektív” kép csak hipotetikusán feltételezhető. A problémaegyüttes észlelt képe azért is fontos, mert a jelenséggel kapcsolatba kerülők viselkedését ez befolyásolja. Mivel a következőkben meglehetősen kritikus vagy vitára is okot adó tapasztalatokat fogunk össze, ezért a tanulmány e részében az egyes városokat és a megkérdezetteket anonimizáljuk.

A probléma észlelt nagysága

A megkérdezett szakemberek és a droghasználók, illetve a fókusz csoportok tagjai abszolút számok megadására nem vállalkoztak az injekciós használatban érintettek számának meghatározásakor. A legtöbb esetben ezt különböző módszertani problémák miatt elvileg sem tartották kivitelezhetőnek. Az a vélemény, hogy „mindenki érdekelt az állammal szemben” (rendőr) jól jelzi azokat a problémákat, ami egy ilyen becslésnél felmerülhet: sem a használók, sem a segítők nem érdekeltek abban, hogy a probléma láthatóvá váljon. A használók azért, mert így elkerülhetik a szankciókat, a segítők egy része azért, mert így nem kerül munkájuk negatív megítélés alá, más részük meg ezzel ellentétes módon, éppen a jelenség felnagyításában érdekelt a nagyobb finanszírozás céljából.

Az ártalomcsökkentő és az alacsony-küszöbű programokról

A „Nemzeti stratégia a kábítószerprobléma visszaszorítására” Országgyűlési határozat megfogalmaz célokat az ártalomcsökkentéssel kapcsolatban, és az Ifjúsági és Sportminisztériumnak alacsony-küszöbű programokat támogató pályázatai vannak, és több helyen évek óta működnek ilyen programok, mégis bizonytalanság övezi ezeket. A metadon-programmal kapcsolatban például a kutatásban résztvevők emlékeztettek e program nehéz szakmai-állami elfogadására, arra, hogy az országos tisztiorvos 2001-ben megtiltotta e szer adását, majd feljelentette a gyógyszer felíró orvosokat (aminek azonban rendőrségi következménye nem lett). Másutt előfordult, hogy a pszichiáter szabadsága idején kollégái nem adtak metadont betegeinek – súlyos elvonásra kényszerítve őket. Mindezek mellett a bizonytalanságok mellett a fókusz csoportokon egyértelmű volt az ártalomcsökkentés gyakorlatának, és a részben ezzel átfedést mutató alacsony-küszöbű szolgáltatások és intézmények bővítése iránti igény. A szakmai, közvélekedésbeli idegenkedés mellett egy sor forráshiánnyal kell megküzdeni a szakembereknek: e szolgáltatásoknak nincs megfelelő finanszírozása, sokszor megfelelően képzett szakemberek sincsenek, és a továbbképző programok is hiányoznak. Egyes módszerek – pl. a megkereső vagy az utcai szociális munka – a gyakorlatban ismeretlenek Magyarországon. Máskor a helyi önkormányzat olyan módon kívánja kontrollálni ezeket a programokat, mint ahogy az az egészségügy vagy a szociális ellátás területén megszokott, de itt ez akadályozónak tűnik (egyik drogambulancia vezetője). Ebben a munkában jelentősebb szerepet tulajdonítanak a kliens – munkatárs közötti bizalomnak. Azt is tapasztaljuk,

taltuk, hogy – főleg az injekciós droghasználókkal kapcsolatban nem állók körében – az ártalomcsökkentés egyes módszerei, a helyi – injekciós használókat is megcélzó – drogpolitika csak egyes „jelszavakban” mutatkoznak meg. Nem derül ki, hogy a megkérdezettek mit értenek utcai munkán, vagy hogy képzelik el a metadon-fenntartó kezelést. Ez részben módszertani probléma is, hiszen a RAR-interjú szinte felkínálja az egyes válaszlehetőségeket. Tehát, aki csak hallomásból ismeri ezeket, az interjú e pontján megjegyyezheti, hogy „az jó lenne”, minden tartalom nélkül. A fókusz csoportokban pedig a hozzáértő, a témával foglalkozó szakemberek mellett a módszerek ismertségének hiánya kevésbé tud megjelenni. Érdekes módon, az ártalomcsökkentő szemlélettel kapcsolatos ellenvélemények csak szórványosan jelentek meg, akkor is egy-egy konkrét programmal kapcsolatban (pl. az egyik rendőr véleménye a tūcsere-programok munkatársairól, akik „dílerkednek” vagy a metadon-fenntartó kezelést folytató intézményekről mint „drogos gyülekezőhelyekről”. Ezek is azonban inkább konkrét, megoldandó problémákra világítottak rá, nem a szemlélet alapvető kritikáját jelentették).

A tūcsere-programok a legismertebbek, mind a megkérdezett szakemberek, mind pedig a droghasználók között (ennek oka lehet, hogy a megkérdezett injekciós használók javarésze ilyen programok kliensei közül került ki). Ezeket a programokat – egy-két kivételtől eltekintve – hasznosnak és eredményesnek tartották a megkérdezettek. Ez még akkor is így volt, ha egyébként a megkérdezett (vagy ritkábban a fókusz csoport tagja) egyébként az ártalomcsökkentő megközelítéssel szemben kétségeinek adott hangot. Az is kiderült, hogy a tūcsere-programok elfogadtatása a helyi politikai és szakmai élet képviselőivel nem ment könnyen, évekbe telt; többen említették ebben a média megfelelő „alkalmazását”. Volt olyan vélemény, hogy a kezelőrendszerben dolgozók „paranoiája” (irreális félelme a betegek feletti kontroll elvesztésétől) akadályozza a programok elterjedését (egyik drogambulancia vezetője). Az injekciós használók a tūcsere-programokkal kapcsolatos félelmeiket is megfogalmazták: tartanak attól, hogy a rendőrség figyeli a programok környékét. A rendőri ellenőrzések miatt azt is kockázatosnak tartják, hogy használt tűvel közlekedjenek (a tūcsere-programok egyik célja a használt tű begyűjtése).

A szakemberek egy része – elsősorban Budapesten – még belövő-szobákat is szükségesnek tart.

A legtöbb helyen kiemelték a nemi úton, de injekciózással is terjedő fertőző betegségek (STD/STI) szűréssel kapcsolatos anomáliákat: sok helyen a HIV szűrés ingyenes és anonim, a hepatitisz szűrés viszont pénzbe kerül, vagy kórházi (nem ambuláns) beutalóhoz kötött. A szűrést végző intézmények nehezen elérhetők a droghasználók számára; a droghasználók anonimitásuk feladását féltik a szűréstől. A legtöbb szakember ezzel magyarázta, hogy nincsenek hiteles információk a hepatitisz fertőzöttségéről, még ha feltehetjük is, hogy a HIV fertőzött injekciós szerhasználók száma alacsony. Ugyanígy nincs pontos képünk az egyéb fertőzésekről sem.

Egészségügyi intézmények

A droghasználó és a segítő intézmények kapcsolatára sokszor bizonyos kudarc-tulajdonítás jellemző: vagy a droghasználó „motiválatlan”, „csak gyógyszert akar”, és ezért nem jut be a kezelőhelyre – vagy a segítőintézmény olyan normákkal (pl. házirend) működik, amelyek megakadályozzák a droghasználók bejutását és bennmaradását. Jellemzően utóbbi tételre olyan szakemberek fogalmazták meg, akik napi kapcsolatban állnak kezelőintézményekkel, vagy maguk is ilyenben dolgoznak. Véleményeinkben a hazai egészségügy szinte összes problémája megjelenik: az intézmények nem elérhetőek, nem veszik figyelembe a droghasználók sajátos állapotát; nem ismerik fel a droghasználat tüneteit (esetenként még a túlادagolást sem) és nem ismerik a kezelési módokat – az orvosokat nem erre képezik ki, nincs elég orvos, illetve nincsenek a droghasználók kezelésére alkalmas speciális osztályok. A meglevő osztályok (pszichiátriai osztályok) esetében nem egy helyen fizetni kell a kezelésbe vételért, TAJ-kártya hiányában megtagadják az ellátást. Egyszerre maximum két droghasználót kezelnek, ezért hosszú a várakozási idő. Ha egy-egy, a droghasználók kezelése iránt elkötelezett orvos szabadságra megy, elbocsátják a betegeit, és az alatt az idő alatt nem vesznek fel droghasználót. Személyes kapcsolatokon múlik a kórházi osztályra való bejutás és a további ellátás: „mélyen be kell nyalnom, hogy ahhoz, hogy valaki bekerüljön egy kórházba” (városi utcai munkás). Nincs kommunikáció az egyes intézmények között, nem tudnak az „elejétől a végéig” végigvinni egy terápiás folyamatot. A „kertek

alatt” jutnak be az intézményekbe a droghasználók, mert az osztályokon félnek a „csatolt” fertőző betegségektől (kórházi orvos). Nincsenek elérési programok, amelyek megkönnyítenék a bejutást. A kórházba „behordják az anyagot”, eredménytelen a kezelés (rendőr). Van, aki a kórházban kezdett el intravénásan használni heroint, és olyan interjúalanyunk is akadt a kórházi osztályon, aki az interjút megszakítva a mellékhelyiségbe ment belőni magát. A dílerek megjelenése az osztályon nyilvánvaló volt, egy esetben a közeli másik osztályról pedig drogot lehetett rendelni, amit a díler házhoz (ágyhoz) vitt. Nem véletlenül alakult ki az a kép sem, hogy a drogambulanciák a „fogyasztók csoportképző helyei” (rendőr). Az intézmények a legjobb esetben is specifikusan egy-egy problémával foglalkoznak, ez pedig a probléma kezeléshez nem elég: az egyik interjúkészítőnk a nemibetegségek előfordulását firtató kérdésre a következő választ kapta az egyik kórházi pszichiátertől: „ez nem nőgyógyászat, és nem kérdezzük”. Nem csodálkozhatunk a sommás összegzéseken: az „állami intézményekben nincs elhivatott, eredményes szakember” (rendőr).

Úgy kezelik a drogosokat, mintha leprások lennének...Aki elmegy fogorvoshoz, és mondjuk C-s (hepatitisz C-s)...vagy aki egyszer elmegy nőgyógyászhoz az egészségét védendő szűrésre, és C-s, az a legközelebb nem fog elmenni, mert olyan a hozzáállás (drogambulancia, segítő).

Mindenki a saját peccsenyét sűti, mindenki a saját pályázatáért küzd, nincs együttműködés, és nélkül írják fel a gyógyszereket, a drogosok egymás után keresik fel a drogambulanciákat a gyógyszerért, amit eladnak (igazságügyi orvosszakértő).

Általánosnak mondható a droghasználókkal segítő kapcsolatban állók körében, de a rendőröknél is, hogy az egészségügyi ellátás mellett hiányolják az alacsonyküszöbű formákat (tűcsere, metadon-fenntartó-kezelés, belövő-szoba), a szociális ellátást (pl. hajléktalanellátás, átmeneti szállások), a szűrővizsgálatok elvégzésének lehetőségét. Problémaként jelent meg a droghasználókkal segítő kapcsolatban állók mentálhigiéniája, gyors kiégése.

Hiedelmek és mítoszok

A RAR vizsgálat (interjúk és fókuszcsoportok) megállapítása szerint jelentős különbség van a szakemberek és a droghasználók véleménye között. Közelebről megvizsgálva azonban a szakemberek is két csoportot alkotnak: azok, akik napi kapcsolatban állnak intravénás droghasználókkal (segítő szakemberek, nyomozók) és azok, akiknek nincs ilyen kapcsolatuk. A leegyszerűsítő szemlélet egyes kérdések körül sajátosan kristályosodik ki.

Lineáris betegség-modell és a kezelési lánc

A RAR vizsgálatban résztvevők jelentős része az általunk „lineáris betegség-modellnek” nevezett folyamatban gondolkodik. Ez azt jelenti, hogy a kábítószer-használatot úgy képzeli el, hogy az „enyhébb”, „lágyabb” szerek (mint pl. a kannabisz-származékok) kipróbálását követi a „keményebb” szerek használata (pl. szintetikus szerek), majd az injekciós használat, jellemzően a heroin-használat. A heroin-használat gyorsan rendszeres, napi használathoz és súlyos függőséghez vezet. Az ilyen drogos vagy abbahagyja valamilyen „heroikus” módon a drogozást, vagy belehal.

Kb. 15 évesen fűvel kezd, majd attól függően, hogy mikor kezd diszkóba járni, vagy mikor kerül be egy társaságba, kipróbálja az Ecstasy-t, szpídet. Pörgető szereket kezd el használni.

Megszokja, jól érzi magát. Egy idő után már nem ad újat, csak azért csinálja, hogy szúrja magát. Kb. 1 év után egyre letargiásabb, ha megy ki belőle a szer. Ekkor vagy megpróbál leállni, vagy kipróbálja a heroint. Ez általában nagyon bejön. Ezután 2-3 naponta, vagy naponta használja, attól függően, hogy jut pénzhez. Kb. 1,5 év után újra megpróbálja abbahagyni, ha nem sikerül esetleg más társasággal újra kezdi és teljesen rákattan.

Majd újabb kb. 1 év, amikor segítséget kér. Csak akkor sikerülhet leállni, ha tényleg akar. Ha nem, előbb – utóbb aranylövés a vége (Miskolc, intravénás drogos).

A „lineáris” a folyamatos, az idővel gyorsuló rosszabbodást jelent; továbbá azt, hogy egy-egy stádiumban (pl. az alkalmi használat különböző mintázatai) nem lehet megállni, törvényszerű a következő stádiumba történő progresszió. A „végeredmény” vagy a halál, vagy pedig a kezelés következtében előálló drogmentesség, az absztinencia. Utóbbinak kis esélyt adnak; a modell „jellemző” kimenete a

halál, az „aranylövés”. Néhány szakember szerint a drogkarrier egyből heroinnal kezdődik – de hozzáteszik, hogy ez nem a „klasszikus” vagy „tipikus” drogkarrier, tehát kivételesnek tartják, noha ezzel többször találkoznak.

Tapasztalataink alapján az egyszerű használóból idővel – az idő és a szer növekedésével – intravénás droghasználó lesz, ha van megfelelő kapcsolata, kapcsolatrendszere a más csoportokba való átkerülésre. Vagy csoportoknak a más csoportokba való átkerülésével egyidőben indul be az intravénás droghasználás (egészségügyi dolgozó).

Jellemző, hogy a droghasználókkal legközelebb kapcsolatban álló orvosok, szociális munkások és rendőrök tagadják, hogy lenne „tipikus” drogos karrier, és ők számolnak be a legtöbbször arról is, hogy a karrier heroin injektálásával kezdődik.

A modell a leszokásra képtelen, döntéseket hozni és viselkedésváltozást végrehajtani droghasználó képét feltételezi, aki saját elhatározásból, de alapvetően külső segítséggel sem tud meggyógyulni, leszokni. A modell belső koherenciáját „rontja”, hogy a droghasználón legfeljebb akkor lehet segíteni, ha ő is akarja – ez azonban, éppen a modell determinisztikus jellege miatt, nem valószínű. A modell egyik alváltozata szerint a kevés számú kivétel (1-10%) esetén „tisztán lehet élni, de gyógyultan nem” (rendőr), azaz a függőség az élet végéig megmarad, „legfeljebb” drogmentességet lehet elérni.

Én azt hiszem, hogy nagyon sokszor tragikus. Olyan értelemben, hogy vagy túladagolás következtében akár halál, vagy pedig gyakorlatilag folyamatos droghasználóvá válik, addig, amíg a szervezete bírja, és föl nem mondja a szolgálatot. Vagy ritkán - úgy gondolom -, és jobb esetben segítséghez folyamodik, és talán megpróbál segítséggel kilábalni ebből a helyzetből (Miskolc, tanár).

Intravénás használók: külön kell őket választani, nekik már mindegy, úgymint meg fognak halni, nem lehet viselkedésváltozásra bírni őket. 1% hagyja abba magától, segíteni pedig nem lehet kívülről. Akikre figyelni kell, azok a 20 éves szpídhhasználók, a heroin előtt kell beavatkozni. Heroin: vagy meghal, vagy leszokik (Budapest, droghasználó).

Sajátos aszimmetria figyelhető meg a droghasználathoz, illetve a drogmentességhez, a gyógyuláshoz vezető okok tekintetében. A droghasználat és a függőség kialakulásában sokan fogalmazznak meg társadalmi-gazdasági-kulturális tényezőket (akár az elszegényedést, a kilátástalanságot, akár a gyors meggazdagodást, mint talajvesztettséget okozó jelenséget). Ugyanakkor a leszokás/gyógyulás folyamatában előtérbe kerülnek a droghasználó egyéni, személyes tulajdonságai: döntése, „akaratereje”, felelősségvállalása. Ezek kívülről sokszor nem is befolyásolhatók. Ugyanez az ártalomcsökkentő módszerek igénybevételénél is megjelenik: a droghasználó személyes motívumai határozzák meg, hogy él-e ezekkel a lehetőségekkel, nem pedig a kipróbálás-rászokás folyamatában olyan részletesen bemutatott szociokulturális közeg.

Ehhez a lineáris betegség-modellhez illeszkedik a droghasználókat ellátó kezelési lánc koncepciója. Bár abban minden megkérdéztet egyetért, hogy ez a lánc hiányos, létrejöttét mindenki kívánatosnak tartja. A kezelési lánc esetében a súlyos állapotú, függő injekciós használó (jellemzően heroinhasználó) belép a lánc elején a kezelésbe: a droghasználó célja – miként a kezelőrendszeré is – az absztinencia. A lánc egyes elemei különbözőképpen igyekeznek elérni ezt az állapotot: kórházi méregtelenítéssel, több hónapos – éves rehabilitációs otthoni kezeléssel, szintén hosszú idejű ambuláns kezeléssel, esetleg lakóotthoni felügyelettel. A kezelés akkor eredményes, ha a vége az absztinencia. Az absztinencia úgy érhető el, ha a lánc nem szakad meg: a droghasználó nem „hullik ki” a láncból; a lánc egyes tagjai között áthidaló mechanizmusok biztosítják az egyik kezelőintézményből a másikba történő haladást, a droghasználó átadását.

Ez a feltételezés permeábilis, könnyen hozzáférhető kezelőintézményekkel számol: a lánc elején a bejutás könnyű, ha a drogos motivált és vállalja a kezelést. A kezelési lánc e sémája alapvetően a tehetetlen, változásra képtelen, az intézmények „megmentő kapacitásától” függő droghasználóval számol. Vagy végigmegy a lánc elemein, és akkor meggyógyul, vagy „kiesik”, és akkor visszaesik vagy meghal. A tehetetlen droghasználó képpel sajátosan párosul a droghasználó „akaratereje”: ha ez nincs, hiába is a segítség. A modell azon a ponton (is) inkoherens, hogy ha megvan az „akaratereje”, minek is a külső segítség?

Összegzés

A RAR vizsgálat eredményeinek bemutatásánál néhány tapasztalatunkat emeltük ki. Fontosnak tartjuk azt a tapasztalatunkat, hogy az injekciós droghasználat jelensége (és a hozzá kapcsolódó egészségügyi és szociális ártalmak, a jelenséget megcélzó intervenciók) az injekciós használókkal munkakapcsolatban állók körén kívül alig ismert. A vizsgálatban olyan szakembereket kérdeztünk meg, akiknél „munkaköri kötelességként” feltételeztük a jelenség egy-egy aspektusának ismeretét – azonban az esetleges elméleti ismeretek mellett a konkrét, helyi közösségre vonatkozó tapasztalatok, adatok hiányoztak. A helyi közösségeknek nincs olyan jelzőrendszere, amely a jelenséget, annak változását érzékelné, monitorozná, veszély esetén jelezne. Ez nem csak az injekciós droghasználatra, hanem a drogszcéna más összetevőire is igaz. Hiányoznak a droghasználók elérését szolgáló, alacsony küszöbű ellátási formák; ugyanígy, nem biztosított az sem, hogy a droghasználók könnyen bejussanak a segítő intézményekbe. A RAR vizsgálat egyes helyszínein sokszor tapasztaltuk, hogy a meglévő – és esetleg jól működő – szolgáltatások között nincs kommunikáció, és a szolgáltatások (vagy vezetőik) nem gyakorolnak érdemleges hatást a helyi drogpolitika kialakítására. Az alacsony küszöbű szolgáltatásokkal kapcsolatban, de más, magasabb küszöbű ellátásokkal összefüggésben is (drogambulancia, kórházi kezelés, rehabilitáció) megfogalmazódott, hogy alacsony kapacitással működnek, felépítésük miatt nem alkalmasak a drogszcéna gyors változásaihoz alkalmazkodni. Az alacsony küszöbű szolgáltatásoknál alapvető finanszírozási problémák is vannak, illetve művelőik még mindig sok előítéllettel találkoznak.

AZ ILLEGÁLIS DROGPIAC – KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

A Rendőrség kínálatcsökkentési feladatainak végrehatása során szerzett tapasztalatok – az illegális drogpiac helyzete

(A BM és az ORFK beszámolója)

1. Általános helyzetelemzés

Az emberi elmét befolyásoló szerek kultikus, gyógyászati illetve élvezeti szerként történő fogyasztása több évezredes múltra tekint vissza. A visszatekintés alapján nyomon követhető, hogy a különböző korok társadalmainak egyike sem volt mentes a pszichoaktív szerektől. Felhasználásukat mind a múltban, mind napjainkban több körülmény jelentősen befolyásolta. Így az adott kor, földrajzi elhelyezkedés, a társadalmi berendezkedési forma, az adott népcsoport szokásai, hiedelemvilága, és végül de nem utolsónak sorolva, a vallás etikai normarendszere és liturgiája.

A XX. század második felében a kábítószer fogyasztása, terjesztése, mint társadalmi probléma a nyugat-európai és a tengeren túli államokban már évtizedekkel korábban jelentkezett, mint hazánkban. Magyarországon az elmúlt tizenöt évben vált kiemelkedően érzékeny kérdéssé, társadalmi problémává, évről évre növelve azt a tábort, amely valamilyen formában kapcsolatot talált e veszélyes anyagokkal.

A kábítószer elterjedése mára társadalmunkat és az egyéneket egyaránt veszélyeztető jelenséggé vált. Hatása megmutatkozik a jövő nemzedékének egyénre gyakorolt káros hatásában, a családok, a közösségek egészséges működésének veszélyeztetésében, valamint a drogokkal kapcsolatos kriminalitás elburjánzásában.

A magyarországi összefüggéseket elemezve megállapítható, hogy már a kereskedelmi tevékenységet folytatók között is nagyszámban találhatók fiatalok. Könnyű és gyors meggazdagodást, anyagi biztonságot remélnek és ezért vállalják a terjesztés kockázatát. Másrésztük fogyasztóként vállalkozik terjesztői feladatokra, hogy kívánt adagját ez úton biztosítani tudja.

A kereskedelem irányítói és mozgatói természetesen nem ebből a körből valók. Zömében kriminális előzményekkel rendelkező, a szervezett bűnözésben már tapasztalatot szerző személyekről van szó, akik nem ritkán nemzetközi bűnözői kapcsolatokkal rendelkeznek, és a többlépcsős elosztó hálózat révén nagyfokú védelmi biztonságot építenek ki. Az elmúlt néhány év tapasztalatai azt mutatják, hogy a nagy haszon reménye miatt adott esetben nem riadnak vissza a legdrasztikusabb megoldásoktól sem. A kábítószer bűnözés nagyobb részt a szervezett bűnözés része, magán viseli annak valamennyi ismertetőjét (hierarchikus viszonyok, feladatmegosztás, magas fokú konspiráció stb.)

Az említett megállapításokat alátámasztja az a körülmény, hogy növekedett a fegyveres elkövetések száma, rendszeresen kiszámíthatatlan tisztaságú kábítószer jelenik meg a piacon. A terjesztésbe gyakran vonnak be szerencsétlen sorsú, kiszolgáltatott vagy zsarolható személyeket. Egyre gyakoribbak azok az esetek, amikor valamely hatóság tagját nyerik meg a terjesztésre, vagy tevékenységük bűnös leplezésére. Ma már köztudott, hogy hazánk földrajzi elhelyezkedése miatt fokozottan érintett a drogkereskedelemben, mivel két irányban is tranzit útvonalat képez Ázsia és Európa között.

A kábítószerhez kapcsolódó bűncselekmények elemzése során szembevetendő, hogy a drog megszerzése érdekében egyre több esetben ún. „eszközselekmény” is megvalósul.

Egyrészt a szer megvásárlásához szükséges anyagi fedezet előteremtése érdekében követ el a fogyasztó valamilyen vagyon elleni bűncselekményt (pl. lopást, rablást), vagy bizonyos bűncselekmények útján közvetlenül jut a droghoz (receptet hamisít, gyógyszertárba betör stb.).

Mindezekre tekintettel orgazdák „szakosodtak”, a vagyon elleni bűncselekmények elkövetése útján eltulajdonított vagyontárgyak „gyors” felvásárlására.

Figyelembe véve a külföldi, valamint az elmúlt évek hazai tapasztalatait, a jövőre vonatkozóan az alábbiak prognosztizálhatók

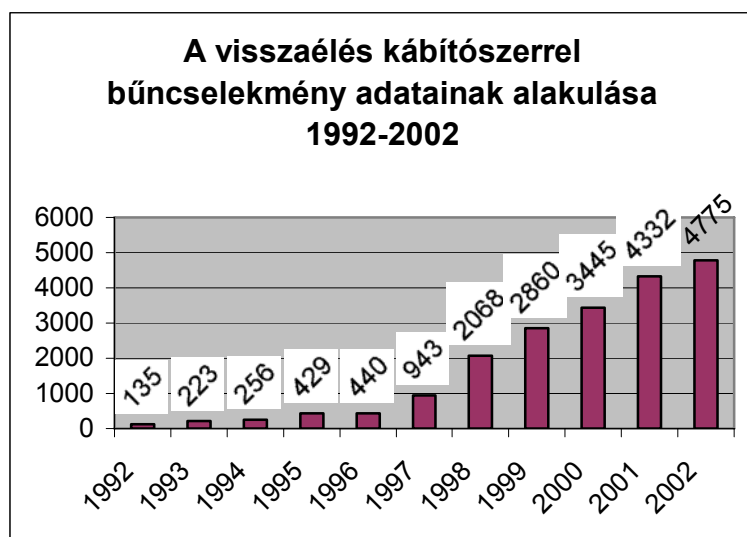
A jelenlegi kereslet fogyasztói-képessége, azaz a felvevő piac a telítettség felé közelíthet. Ez a következtetés elsősorban arra a tényre alapul, hogy a drogokkal ismerkedők köre, a kipróbálás gyakorisága, egyre kevésbé mutat oly mértékű emelkedő tendenciát, mint mutatott a 90-es évek közepén, végén.

A jövőben nagy valószínűséggel számolni kell a fogyasztással összefüggésben a kipróbálói életkor csökkenésével, a tiltott szereknek a hétköznapi életbe való fokozottabb beépülésével, a fogyasztási gyakoriság további emelkedésével, valamint a kapcsolódó, elsősorban súlyos, erőszakos bűncselekmények számának növekedésével.

2. A rendőrség által regisztrált bűncselekményi adatok

A Rendőrség által jelenleg alkalmazott ERÜBS (Egységes Rendőrségi Ügyészeti Bűnügyi Statisztika) rendszere a kábítószer-problémával összefüggésben arra alkalmas, hogy elsősorban a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény (Btk. 282, 282/A, 282/B, 282/C, valamint 283/A, és a 283/B§-ok) számaira vonatkozóan szolgáltasson adatokat.

2002-ben a drogos deliktumok jelentős részét (majdnem 100%-át) a Btk. 282 §-ba illetve a Btk.



282/A. §-ba ütköző visszaélés kábítószerrel bűncselekmények teszik ki. A bűncselekményi adatok tendenciáját az 1992-2002 között regisztrált statisztikai adatokat mutató táblázat tartalmazza.

(1992-ben 135, 1993-ban 223, 1994-ben 256, 1995-ben 429, 1996-ban 440, 1997-ben 943, 1998-ban 2068, 1999-ben 2860, 2000-ben 3445, 2001-ben 4332, 2002-ben 4775 esetet regisztrált a statisztika.)

1998-hoz képest a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 38,3%-kal növekedett,

míg egy évvel később 2000-ben, ez további 20,5%, 2001-ben ez a szám 25,7%-os emelkedést mutat.

A rendelkezésre álló adatok szerint a bűncselekmények száma **2002-ben** tovább növekedett, az emelkedés volumene azonban elmarad a korábbiakétól. Az utolsó évben 4775 deliktumot regisztráltunk a tárgykorban, **9%-kal többet, mint 2001-ben.**

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény-kategória összбүнözésen belüli aránya folyamatos emelkedést mutat, 1998-ban 0,3%, 1999-ben 0,56%, míg 2000-ben 0,97%-ot tett ki. Ez a szám 2001-ben 0,93 % volt, a múlt évben (2002) meghaladta az 1%-ot (1,134%).

A tavaly ismertté vált drogos bűncselekmények miatt folytatott eljárásokban 821 esetben fiatalok volt az elkövető. A korábbi években a fiatalok által elkövetett visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma adatai a következők: 1998-ban 277, 1999-ben 375, 2000-ben 492 db, 2001-ben 705db, 2002-ben 821 db.

Említésre méltó, hogy míg 2000-ben összesen 9 esetben, egy évvel később már 82 ügyben indítottak a bűnügyi szervek eljárást a Btk. 283 §-ba ütköző kóros szenvedélykeltés vétség alapos gyanúja miatt. A tavalyi évben visszaesést tapasztaltunk, de ezzel együtt is 22 ilyen deliktum vált ismertté. Ez a bűncselekmény-kategória tartalmazza azokat az eseteket, amikor nem kábítószer, hanem kábító hatású anyag -szipu, vagy egyéb mámort keltő illékony folyadék, gáz- használatára, illetőleg ilyen jellegű tevékenység végzésére bír rá felnőtt korú 18. életévét be nem töltött személyt, vagy segít elő ilyen jellegű tevékenységet.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt elrendelt nyomozások tekintetében továbbra is kiemelkedő a fővárosi ügyek aránya, amely 1995. óta évente mintegy 25-30% között mozog.

A regisztrált bűncselekményeket a törvényi tényállások tekintetében vizsgálva megállapítható, hogy 2001-ben a Btk. 282. § miatt nem függő, fogyasztói magatartással elkövetett bűncselekmény miatt 3124 (72,11%), míg a kábítószer-függő személy által elkövetett ugyanilyen bűncselekmény miatt 301 (6,95%) esetben indítottak büntetőeljárást. A két számadat együttesen 3425, amely az összes kábítószerrel visszaélés **79,06%-a**.

2002-ben fogyasztói magatartás miatt 3439 esetben rendeltek el a Btk. 282. §-a alapján nyomozást, míg a 282/A. §-ába 517 deliktum ütközött.

Tehát a regisztrált esetek 82,84%-ban nem terjesztői magatartás miatt folyt nyomozás a múlt évben.

A drogbűnözés jellemzően nagyvárosi jelenség. Ezek egyes részei, kerületei és szűkebb szegmensei válnak az utcai kábítószer -jellemzően heroin- terjesztés és fogyasztás színhelyeivé. A szintetikus kábítószerek terjesztésének és fogyasztásának színhelyei elsősorban a fiatal felnőttek által látogatott zenés szórakozó helyek, partik.

A közterületi drogbűnözés – mivel a lakosság számára érzékelhetővé válhat – rontja az adott terület közbiztonságát, bűnözési mutatóit. Közvetett hatása azonban a bűncselekmények helyszínein kívül is érzékelhető. Az úgynevezett beszerzési bűnözés (amikor a kábítószer fogyasztó adagjának megszerzése érdekében követ el kisebb súlyú, jellemzően vagyon elleni bűncselekményt) az adott régió egészére kihat. A kábítószer terjesztés és fogyasztás színhelyein, ill. azok körzeteiben a gépjármű feltörések és a gépkocsiban található mozdítható értékek eltulajdonítása, áruházi lopások, zseblopások, trükkös lopások elszaporodása tapasztalható. Nem hanyagolható el a társadalom közbiztonsági érzetét sértő azon erőszakos cselekmények sem, melyeket a kábítószer fogyasztók kábítószer befolyása alatt követnek el.

A kriminalitás fentebb írt formájára jellemző a gátlástalanság, a motiválatlan erőszak, valamint az ésszerűtlen kockázat vállalása.

Az ERÜBS a kábítószer befolyása alatt elkövetett bűncselekmények adatai az alábbiak szerint alakultak:

Bűncselekmény-kategória	2001 évben	2002 évben	Tendencia
Személy elleni	15	18	120%
Közlekedési	12	12	100%
Házasság, család, ifjúság elleni	6	4	66,70%
Állig. és ig.szolg. elleni	8	10	125%
Közrend elleni	219	270	123,30%
Gazdasági	3	2	66,70%
Vagyon elleni	153	147	96,10%

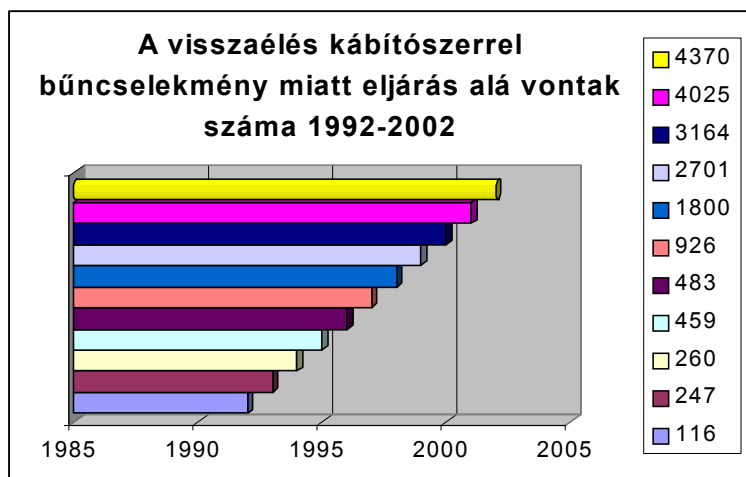
A 2001. évhez képest 2002-ben növekedés tapasztalható a kábítószer fogyasztáshoz kapcsolódó bűncselekmények területén is. Különösen figyelmet érdemel a közrend,- és a személy elleni bűncselekmények magas száma és növekedésének üteme.

A gazdasági, a házasság-, család-, ifjúsági és a vagyon elleni bűncselekmények csökkenő tendenciája csak látszólagos és két okkal magyarázható.

Egyrészt befolyásolhatta a kialakult adatokat az év végén még folyamatban lévő büntetőeljárások viszonylagosan magas száma, másrészt a kábítószer-problémával szembeni széleskörű kormányzati és társadalmi fellépés is. Talán nem túlzás az az állítás, hogy az utóbbi években kifejtett folyamatos, egyre erőteljesebb és koncentráltabb, az állami és civil szervezetek irányából egyaránt megvalósuló primer prevenciók tevékenység, az elérhető szolgáltatások száma, minőségük emelkedése eredményezte az említett bűncselekmény kategóriákban regisztrált esetek számának csökkenését.

Meg kell azonban jegyezni, hogy e szám adatok alakulásának pontos okainak magyarázatára, csak néhány egymást követő év összevetését követő elemzés eredményeként juthatunk majd.

3. Az elkövetőkre vonatkozó statisztikai adatok



Az ERÜBS adatai alapján 1992-ben 116, 1993-ban 247, 1994-ben 260, 1995-ben 459, 1996-ban 483, 1997-ben 926, 1998-ban 1800, 1999-ben 2701, 2000-ben 3164, 2001-ben 4025, 2002-ben 4370 fővel szemben indult büntető-eljárás visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt.

A tendencia folyamatosan emelkedő és ez aggasztónak mondható, csakúgy, mint a fiatalok elkövetők számának és az összes fiatalok elkövetőhöz vi-

szonyított arányának töretlen emelkedése, mely csak a tavalyi évben és csak az arány tekintetében mutatott némi csökkenést.

1996-ban 51 fő (0,38%), 1997-ben 92 fő (0,66%), 1998-ban 223 fő (1,73%), 1999-ben 354 fő (3,07%), 2000-ben 456 fő (4,12%), 2001-ben 680 fő (5,9%), 2002-ben 771 fő (5,66%) fiatalok követtek el drogos bűncselekményt.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő rendkívüli halálesetek

A Rendőrség 2001-ben 36 alkalommal regisztrált olyan halálesetet, ahol a halál bekövetkezésének oka kábítószer túladagolás volt.

Örvendetes, hogy ez a szám 2002-ben több mint a felével csökkent, összesen 19 ilyen esettel találkoztunk. 2003. június 30-ig mindössze 6 olyan eset történt, ahol az előzetes vélemény szerint túladagolás volt a halál oka

Hisszük, hogy a droghalál drasztikus csökkenéséhez a prevenció valamennyi szereplőjének kitartó munkája is hozzájárult.

4. Az illegális drogpiacon helyzete

Az utóbbi években az extasy tabletták jellemző hatóanyaga az MDMA volt, 2001-ben az összes tabletták 97 %-a tartalmazott ilyen vegyületet. Magyarországon 2000-ben új hatóanyagként jelent meg extasy tablettákban a 4-MTA és az 1-PEA, 2001-ben pedig a PMA is.

A diszkrét adagokban piacra kerülő szereknek, mint például az extasy tablettáknak (5-15%-os, esetleg 20 %-os) vagy az LSD-bélyegeknél a hatóanyagtartalma hosszabb ideje állandó és viszonylag szűk határok között mozog.

Csökkenő tendenciát mutat az amfetamin tartalmú "speed" porok hatóanyagtartalma az utóbbi években, a 45%-os felső határ 25%-ra csökkent. (A lefoglalt amfetamin porok 50%-ánál a hatóanyagmennyiség 5 % körül mozog)

Folyamatosan emelkedik azonban a marihuána THC tartalma. A felső határértékként közölt 1996-os 2 % 2001-re már háromszorosára, 6 %-ra növekedett.

Jellegzetesen változik a kokain és a heroin koncentrációja is. Míg korábban mindkét anyagfajta esetén határozott különbség mutatkozott a csempészett, nagy mennyiségben lefoglalt anyagok és a

piacon árusításra kiadagolt, pakettekben forgalmazott porok koncentrációja között, addig 1998-tól ez a különbség gyakorlatilag elmosódott.

A kokainnál ez a különbség kicsi volt, jelentősen nem hígították az anyagot, de a heroin esetében élesen elvált a tranzitált anyag 50-80%-os tisztasága és a hígított, "felütött" piaci adagok hatóanyag-tartalma. 2000-től azonban ez a különbség megszűnt, de oly módon, amely drámai hatással volt a piacra és a fogyasztókra is.

A fogyasztási adagokban, pakettekben megjelent a "felütés" nélküli, nagy tisztaságú, akár 60-70%-os heroin! Ez a folyamat 2001-ben folytatódott, méghozzá úgy, hogy méréseink szerint a fogyasztási adagok hatvan százalékában a heroin-bázis hatóanyag-tartalom meghaladta a 40 %-ot.

A fenti jelenség szolgál magyarázatként a 2000-2001-ben regisztrált heroin-túladagolásos esetek növekvő számára. A pakettekbe kiadagolt heroin tisztaságának növekedése mögött vélelmezhetően a fogyasztási szokások megváltozása húzódik.

Az injektlás közismert veszélyessége miatt növekedett a heroin inhalációs, szippantós és cigarettába kevert fogyasztása, ami tisztább anyagot igényel.

A 2003. első negyedében tapasztaltak szerint a hatóanyag tartalom differenciálódott, az utcai kereskedelemben kapható heroin hatóanyag-tartalma jellemzően 5-15 %-ra állt vissza.

A 2000-2001-es év sok szempontból jelentős változásokat hozott a magyar drogpiacon. A "party drogok" -főleg az extasy tablettá- terjedése növekvő tendenciát sejtetett. Szintén aggasztó az amfetamin beáramlása főként Nyugat-Európából (Hollandiából) és a nem ellenőrzött balkáni területekről.

A rendelkezésre álló adatok szerint a **belső kábítószerpiac 2002-ben még mindig tovább fejlődött, bővült, de ennek üteme lényegesen lassúbb, mint a korábbi időszakban.**

Magyarországon legelterjedtebb kábítószer a marihuána, amely továbbra is elsősorban a hazai ültetvényekről kerül az eladókhoz. A külföldről - Hollandiából, illetve a volt Jugoszlávia területéről - importált marihuána aránya (kb. 20%), nem mutat változást a korábbi évekhez képest.

Tapasztalható, hogy hazánkban egyre nagyobb területeken termesztik a marihuánát. A módszerek egyre kifinomultabbak s a magyarországi földekről származó olcsó "fű" iránt egyre nagyobb fizetőképes kereslet jelentkezik elsősorban a fiatalabb korosztályok körében. A magyarországi termesztés mellett adatok vannak arra vonatkozóan is, hogy Albániában jelentős mennyiségű kender termesztése folyik, kábítószer-értékesítési céllal. Az innen származó „anyag” az olaszországi piacra közvetlenül jut el, Nyugat-Európa más országaiba Magyarországon át kerül csempészésre.

Az amfetamin-származékok országos elterjedtsége kedvező befektetési lehetőséget nyújt egyes magyar bűnszervezeteknek. E területen tapasztalhatók a leghatározottabban a szervezett elkövetés jegyei. A befektetők pénzéből a szervezők jól bejáratos hollandiai kapcsolatokon keresztül igen olcsón szereznek be nagy tételekben amfetamin port és extasy tablettákat, e szerek az elosztók és dealerhálózatok közreműködésével jutnak el a fogyasztókhoz. A fogyasztás jellemző helyszíne valamely hétvégi zenés rendezvény, ugyanakkor - egészségügyi jelzések szerint - már kialakult a rendszeres fogyasztó réteg is.

A heroinnal kapcsolatos bűnügyi, közbiztonsági problémák továbbra is Budapestre és Miskolcra koncentrálódnak.

Az albán etnikumú beszerző csoportok török nagykereskedőktől vásárolják a belső piacra szánt mennyiségeket, az elosztásban részt vesznek egyes arab csoportosulások, a közvetlen eladásokat többségében magyarok végzik.

Alapvető változás a magyarországi heroin piacon, hogy területi szempontból már nem csak a két korábban említett nagyváros és vonzáskörzete, hanem más vidéki területek is fertőzötté váltak, annak ellenére, hogy a rendőrségi felderítésben nem jelennek meg.

Az ORFK BSZKI által 1999. és 2002. között vizsgált kábítószer készítmények mennyiségi megoszlása a következő volt (a 2002. évi adatsor a folyamatban lévő büntetőeljárásokra tekintettel még nem teljes).

Kábítószerfajta	1999	2000	2001	2002 (nem teljes)
Heroin (kg.)	166,5	670	154,41	13,8
Kokain (kg)	115	10,9	6,02	54,88
Marihuána (kg)	99,9	112	131,03	71,6
Extasy tabletta (db)	11143	15154	18663,5	23606
Amfetamin por (kg)	4,6	10,5	1,48	2,96

A fenti adatok jól mutatják az ecstasy tablettáknál mutatkozó, jelentősnek mondható (26%-os) növekedést.

Drogpiac A 2002–2003-as lefoglalási adatok tükrében

Az elmúlt évek során sok új jelenség tette változatossá a magyar drogpiacon, kezdve az afganisztáni válság hatásával a heroin piacra, a Balkáni-útvonalak körüli konszolidáció és annak „kereskedelmet” segítő hatása, valamint az egyre inkább jelentkező szervezettség a csempészetet végzők körében. Egy dolog biztos ma is nehéz pontot adni a hazai drogpiacon mennyiségi kérdéseiről. A statisztikák szerint – részint felmérések, részint bűnügyi számadatok alapján ma is a cannabis származékokat fogyasztók aránya a legnagyobb Magyarországon. Az a kb 4-5 évvel ezelőtti jelenség miszerint lefelé toldott a –főleg- „füvet” élvezők aránya, mára állandosult és kialakult az a markáns 14 éves kor feletti szélesnek nevezhető réteg amely a marihuána fogyasztás nem tekinti veszélyesnek, sőt a szórakozás elengedhetetlen kellékének tekinti. Nem mernék bármilyen számadatot sem mondani arra vonatkozóan, hogy hányan tartoznak ebbe a körbe, de meglehetősen jelentősnek nevezném az említett un. Lágy-drogot használók arányát. Szándékosan használom ezt a kifejezést - még ha nem is értek vele egyet- mivel a legalizáció mellett érvelők szótárából kikerült az utcára, a lágy kifejezés a „lágyabb” veszélyt vagy veszélyeztetettséget hivatott kifejezni. A vitában nem tisztelnék állást foglalni, de jelezni kívánom, hogy az ilyen jellegű – nem szakmai, hanem populista vitatkozás hatására igenis nőtt hazánkban a marihuána fogyasztók száma. Ezzel arányosan nőtt azoknak a száma is akik a csempészetet, a terjesztést és a termesztést választották. A elmúlt egy-másfél évben egyre több jelentős mennyiség került lefoglalásra egy-egy felderített ügyben, ahol jó minőségű a Holland piacról származó marihuána csempészetére szakosodott szervezet elfogására került sor. Ezek főleg magyar állampolgárok voltak, akik rendszeresen szervezték holland kapcsolataikon keresztül a kereskedelmet, nem kis tételekben gondolkodva /egy- egy szállítmány minimum 25-30kg volt. A csoport már csak a marihuána kereskedelmére szakosodott nem is próbált más anyagokat vásárolni, meg volt a saját terítési rendszere. A sikeres kereskedelemről származó összeget már nem felélte, hanem átgondoltan befektetni kívánták, régi üzemcsarnokokat bérelve az olcsó hazai termesztést célozva. Hasonló elven jött létre Budapesthez közel egy igen komolyan felszerelt és családi házakban kialakított ültetvény rendszer is amelyet egy hasonlóan felépülő hierarchikus szervezet kezel és irányított.

Természetesen megmaradtak azok az önálló és kicsiben dolgozó csoportok és egyéni kereskedők is, akik többféle igényt elégítenek ki és nem csupán a füvel kereskednek, hanem amfetamin, extasy és kokain is szerepel a kínálatukban. Ezek a három - négy főből álló csoportok alkotják még mindig a hazai piac fő ellátórendszerét. Ezek egyébként egy nagy laza pókhálószerű hálózatot alkotó csoportok laza rendszerébe szerveződött csoportok, amelyek alkalmanként kisegítik egymást a piaci kereskedelemben, ha átmeneti hiány lép fel a másik készletéből vásárolnak, nagykereskedelmi áron. Mellettük viszont megjelentek a piacon az igazi óriások a nemzetközi piacon is működő szervezett bűnözői csoportok, amelyek már igen nagy tételekkel kereskednek, és nem csak egy-egy kábítószerfajta szakosodnak, hanem a piac teljes egészét igyekeznek lefedni. Ezek a főleg török, albán, szerb, ukrán és arab szervezetek amelyek már nem csak Magyarországot kívánják ellátni, hanem kifejezetten európai, sőt azon is túlmutató szinten szervezik a kereskedelmet és csempészetet. Elsősorban nem is a magyar piac az, ami érdekeltségi körüket érinti, hanem Nyugat-Európa országait látják el, főleg heroinnal és kokainnal. Felismerték, hogy a csempész szállítmányok Magyarországra juttatása ma még

kiseb kockázattal jár, és az adminisztratív eszközökkel átcímkezett árú már szinte ellenőrzés nélkül jut el egy – egy európai országba. Ennek példája volt egy olasz bűnszervezet hazánkban felderített 50 kg tiszta kokaint tartalmazó szállítmánya. Az ilyen szinten tevékenykedő szervezetek ellen már csak nemzetközi együttműködés keretén belül lehet eredményes a felderítő munka, mivel tagjai és szállítmányai egyszerre több országot érintenek. Sok esetben Magyarországon csak a végrehajtók tevékenykednek, akik egyébként nem kevés esetben már magyar állampolgárok, vagy asszimilálódott külföldiek, akik nem is ismerik a szervezetek felső vezetését. Részfeladatokat hajtanak végre, csupán illetve a hazai ellátás megszervezése a feladatuk. A heroin kereskedelem területén például igen érdekes változás zajlott, illetve zajlik le napjainkban. Miközben a hazai heroin kereslet egyértelműen stagnál, az látszik körvonalazódni, hogy ennek ellenére egyre nagyobb mennyiségben érkezik magyar területre heroin. Megváltozott a csempészet módszere is. Nem jellemző a több száz kilós mennyiség, sokkal inkább kevesebb de több elve érvényesül. Sok 5, 10 és 20 kg körüli szállítmány érkezik, természetesen nem kamionokban, mivel ez jelenti a legnagyobb kockázatot, hanem vonaton, személygépkocsikban, turista buszokban, így csökkentve az ellenőrzés kockázatát, lebukás esetén pedig a veszteséget. A sok kisebb mennyiség felderítésére pedig a jelenlegi viszonyok között kisebb az esély. Az így átcsempészett heroin pedig alkalmasabb a hazai piacon történő terítésre, összegyűjtve pedig, magyar szállítmányként kevésbé szigorú ellenőrzésnek van kitéve további útja során.

Jelentős változások tapasztalhatók a szintetikus kábítószer piacán is. Ezek a változások még annyira frissek, hogy igazából még nem is ismerjük a pontos okokat. A probléma azonban elég komoly. Magyar piacon nagyon olcsón lehet extasy tablettához jutni. Az ár alig 300 –400 forint ami a beszerzési árhoz képest – 0.9€ - igen alacsony árrést mutat. Ez két okot jelenthet – sok az erre szakosodott csempész csoport, vagy nagyon nagy mennyiség került egy szállítmánnyal Magyarországra. A lefoglalási adatok mindenesetre jelentősen túlnőnek a korábbi évek adatain . az első negyedévben két egymással összefüggő ügyben több mint 100.000 db. Tabletta lett lefoglalva. Egyre markánsabban jelenik meg a hazai piacon a kokain is. Az évek során folyamatosan növekedett a fizetőképes kereslet, és ennek árnyában nőtt a csempészetével foglalkozó magyar és külföldi szervezetek száma is. A legjellemzőbb és legkisebb kockázattal járó módszer a csomagban, postai küldeményben való elrejtés. Ennek a legkisebb a személyes kockázata, ennek ellenére évente egyre több magyar vállalkozó van a „benyelős módszerrel” történő csempészet vonatkozásában is .Figyelmet érdemel az tény is , hogy egyre nő azon magyarok száma akik külföldi börtönökben töltik büntetésüket kábítószer csempészet miatt.

Magyarország egyre markánsabban követel magának helyet a nemzetközi kábítószer kereskedelem területén. Ennek mindem jele megmutatkozik a belföldi adatokban és információkban. Úgy tűnik, hogy a bűnszervezetek felmérték a korábbi jelentősnek nevezhető heroin piac tovább nem bővíthető, ezért a jobb lehetőséget kínáló szerek főleg a kokain és az amfetamin származékok kereskedelme felé orientálódtak. Lassan annak is tapasztalhatók jelei, hogy többen próbálkoznak a hazai előállítással, bár ennek még mindig nincs gazdasági értelme, mivel a magyar piacon így is árutöbblet van ezekből a szerekből. Vannak ugyan olyan lefoglalások, amelyek a házi körülmények közötti „gyártásra” utalnak, de ezek még mindig egyedi, kisipari és elszigetelt módszerek.

A drogpiacon igazából változatlan keretek között működik napjainkban is, bár egyértelműen megfigyelhető egy nagyon komoly racionalizálódás mind a terjesztői mind pedig a fogyasztói oldalon. Napjainkban szabadulnak azok a „korai” terjesztői csoportok amelyek legelőször kerültek eljárás alá. Tapasztalataink szerint okulva korábbi „hibáikból” sokkal konspiráltabban illeszkednek vissza a korábbi tevékenységi körükbe. Ezeknek az ügyeknek ugyanis közös jellemzője, hogy kiselosztók megtartották a hallgatás törvényét, így szervezet változatlanul számít rájuk. Hozzájuk csatlakoznak azok akik már óvadék ellenében kerülnek szabadlábra és így még frissebb élményeik vannak a jelenleg alkalmazott rendőri módszerekről. Mindezek tovább nehezítik az eredményes felderítést. Jellemzően a terjesztői szokások változtak meg leginkább. Az adás – vételek helyszíne korábban az utcákra összpontosult, míg napjainkban elsősorban azokra a helyekre, ahol a vásárlók feltűnés nélkül meg tudják keresni kapcsolataikat pl. a „plaza” típusú bevásárló központok fontos szerepet és helyet töltenek be. Szórakozni már nem úgy indulnak el a fiatalok, hogy majd vesznek valamit, valakitől. Saját forrásuk van, akitől már

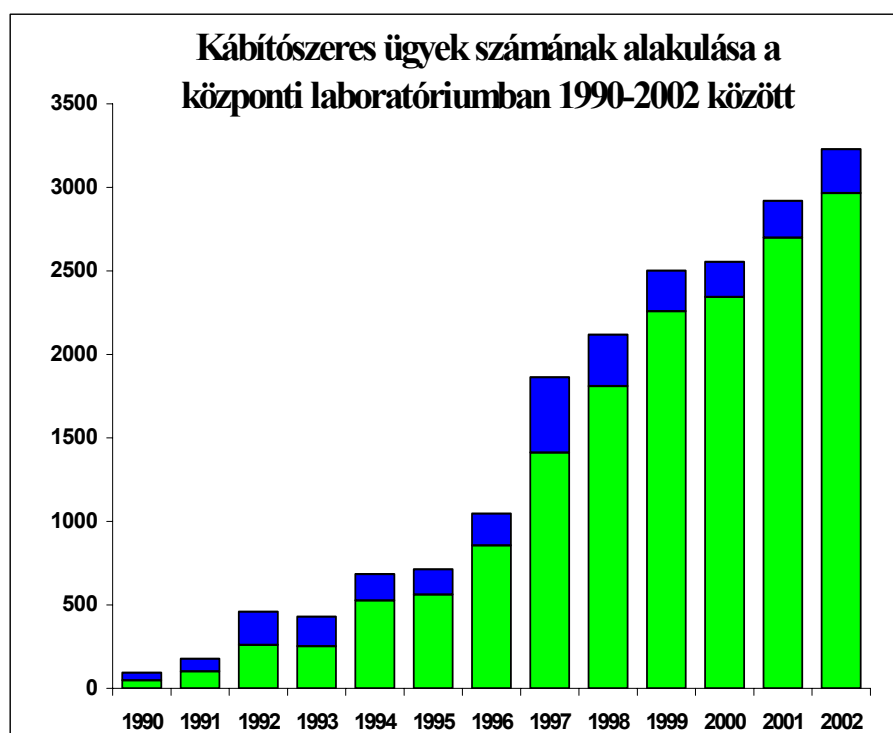
előre beszerzik a szükséges mennyiséget. Talán csak a heroin terjesztők módszerei nem változtak, bár azok is kifinomultabbak lettek.

Külön problémát jelent, hogy az alsóbb szintű terjesztői szinteken is megjelentek a külföldi szereplők, akiket még nehezebb felderíteni, főleg ha ázsiaiak és így minden tekintetben különböznek a magyar dealarektól.

A folyamatosan változó drogpiacon folyamatos megújulást kíván a felderítői tevékenységben is, ami azonban nem mindig követi azonnal a változásokat.

Illegális kábítószeres hatóanyag-tartalmának változása, trendek a feketepiacon 2002 – az amfetaminszármazékok térhódításának éve³¹

A kábítószeres ügyek száma évről évre emelkedik. Az alábbi ábrán a növekedés különböző mértékű, de a folyamatos emelkedése látható. A diagramból jól kivehető, hogy tíz év alatt több mint harmincszorosára növekedett a kábítószeres ügyek száma, ezen belül is megnövekedett a pozitív, valóban kábítószeres tartalmú ügyek aránya (ld. alsó oszlop).



Az alábbi táblázat a lefoglalt és a laboratóriumba vizsgálatra érkezett kábítószeres mennyiségek eloszlását mutatja be az elmúlt nyolc évben. A marihuana esetében a beküldött mennyiség sok esetben csak a reprezentatív minta tömegét jelenti, a rendőrség által lefoglalásra és megsemmisítésre került tömeg a közölt adatot lényegesen meghaladja. A többi anyagfajta mennyisége a lefoglalásra került nettó tömeg mérésén alapul, ezért eltér a más szervek által közölt és összegzett értékektől. Az eltérés oka, hogy a lefoglalás során a csomagolóanyaggal együtt mért bruttó tömegek állnak a hatóság rendelkezésére, így csak ezt tudják közölni.

³¹ Az összefoglalót dr. Nagy Gábor készítette, ORFK Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Bűnügyi Szakértői- és Kutatóintézetben 1996-2002 között vizsgált feketepiaci kábítószer-készítmények mennyiség szerinti megoszlása

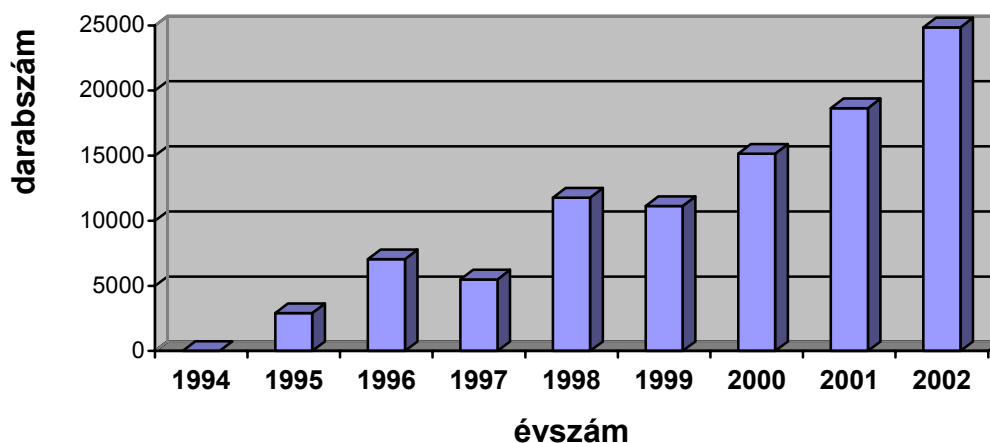
a *-al jelzett mennyiség részben csak reprezentatív mintát tartalmaz

Kábítószerfajta	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Heroin (kg)	230	190	937	166,5	670	154,41	159,65
Kokain (kg)	8	7,6	20	115	10,9	6,02	54,90
Hasis (kg)	782	4	2,8	3,6	19	0,88	3,35
Marihuana (kg)	45	2338	146*	99,9*	112*	131,03*	103,44*
Morfin, ópium (kg)	0,9	1	0	0,9	16,6	0,01	1,73**
Amfetamin por (kg)	0,5	12,7	10,3	4,6	10,5	1,48	3,51
LSD bélyeg és korong (db)	1023	1607	4416	3115	1519	972,5	623
Ecstasy tableta (db)	7052	5505	11785	11143	15154	18663,5	24854

a **-al jelzett morfin-mennyiség egy olyan ügyben került lefoglalásra, ahol mákszalmából oldószeres extrakcióval nyerték ki a hatóanyagot. A lefoglalt mákszalma és extraktum mért morfin-tartalmát közöltük a táblázatban

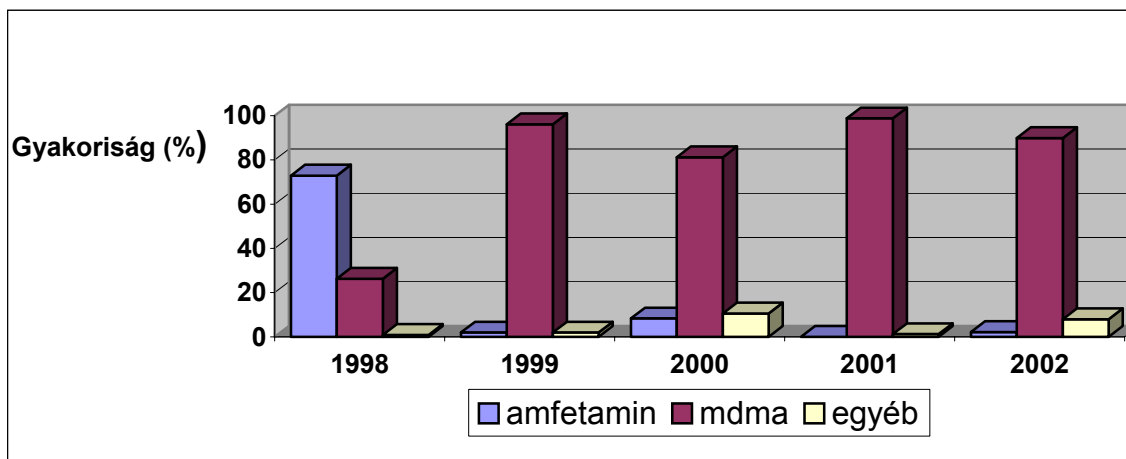
Az évek során folyamatosan növekedett a lefoglalt szintetikus kábítószeresek közül az ecstasy tabletták mennyisége, ellentétben az olyan „klasszikus” szerekkel, mint a hasis vagy az ópium. A 2002. év az ecstasy éve volt, a lefoglalt tabletták száma és a szer gyakorisága is emelkedő tendenciát jelez.

Ecstasy tableta lefoglalások 1994-2002 között



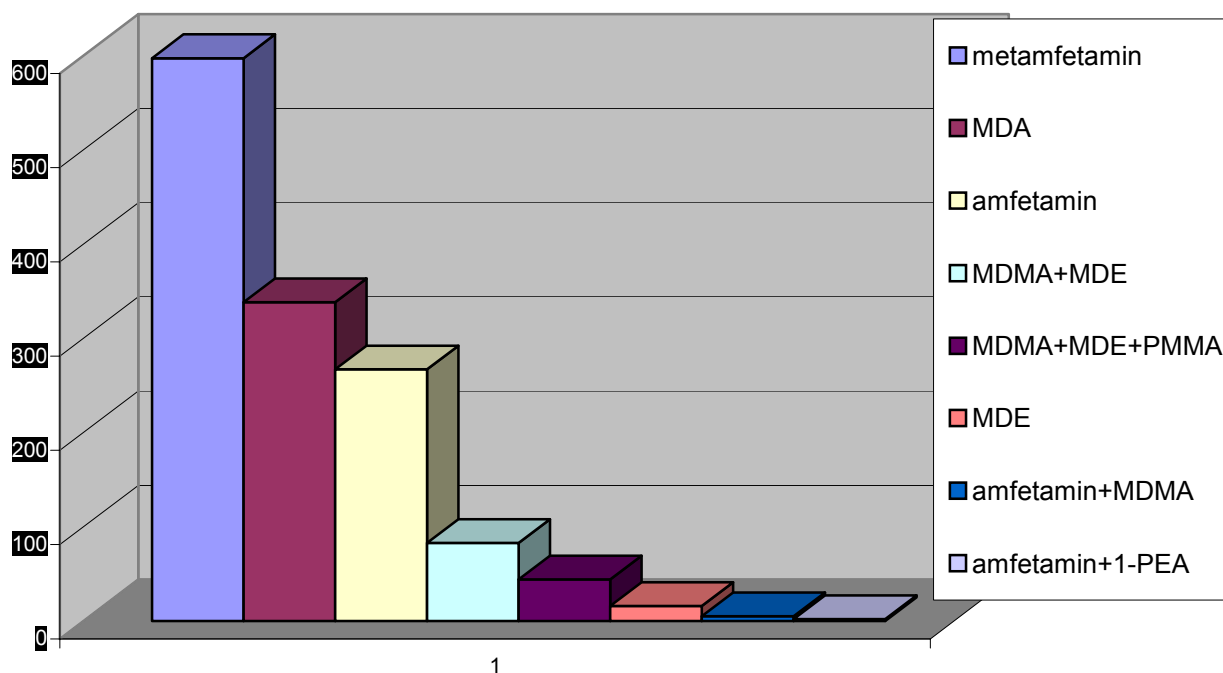
Az utóbbi években az ecstasy tabletták jellemző hatóanyaga az MDMA volt, mellette 2002-ben azonban növekvő számban szerepeltek „egyéb” amfetaminszármazékok, az amfetamin típusú stimulánsok (ATS) csoportjába tartozó vegyületek is.

Ecstasy tabletták hatóanyagainak változása



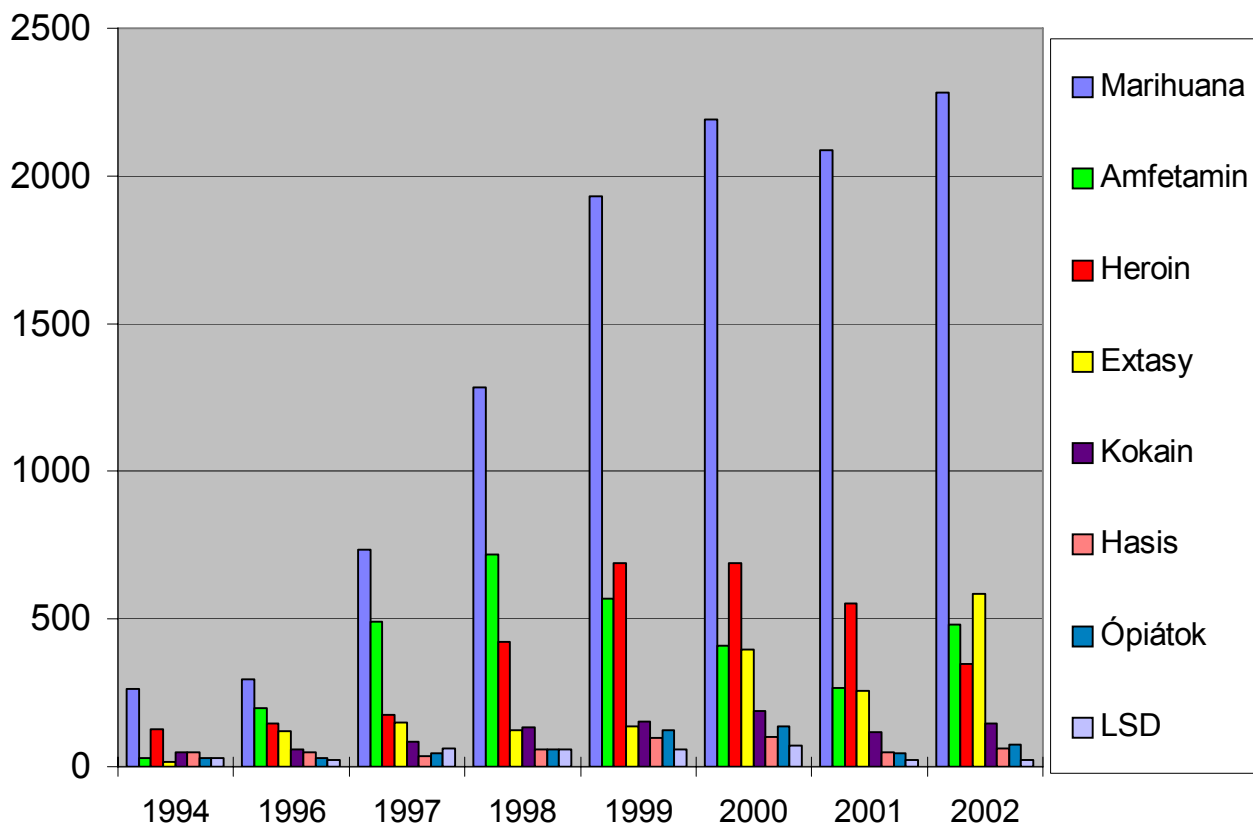
Az egyéb hatóanyagok fajtái nagy változatosságot mutatnak. A következő ábrán az ecstasy tabletták hatóanyagainak fajtáit és a lefoglalt tabletták számát tüntettük fel. Az MDMA után a leggyakoribb hatóanyagként a metamfetamin, az MDA és az amfetamin fordult elő tablettákban.

„egyéb”, nem MDMA hatóanyagtartalmú ecstasy tabletták



A fentiekkel megegyező tendenciákat mutat az alábbi grafikon is, amelyen az ügyekben előforduló anyagfajták előfordulásának gyakoriságát ábrázoltuk. Az ábrán egy átrendeződés tapasztalható az elmúlt évekhez képest. Bár továbbra is a legtöbb ügyben a kannabisz alapú szerek, elsősorban a marihuana fordul elő, mint a leggyakoribb, legnépszerűbb kábítószer, de a második és harmadik helyre a heroint megelőzve az ecstasy és az amfetamint tartalmazó speed került.

Kábítószerfajták előfordulási gyakorisága



Amíg 2001-ben az ecstasy tablettákat és speedet tartalmazó ügyek száma együttesen sem érte el a heroinos ügyek számát, addig 2002-ben a két szintetikus szer együttesen háromszor annyi esetben volt fellelhető, mint a heroin.

Több szempontból is fontos jellemző a feketepiaci szerek tisztasága, hatóanyag-tartalma, például a tanúvallomások alapján történő számítások során az az átlagos hatóanyag-koncentráció is, amely az adott időszakban a magyar piacot jellemezte.

A fentiek miatt az Intézetben mért koncentrációkat nyilvántartjuk, évenként összesítjük és értékeljük. Ezeket az adatokat az alábbi táblázat tartalmazza.

**Az ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézetben vizsgált feketepiaci kábítószer-készítmények
átlagos hatóanyag-tartalmának alakulása
1996 és 2002 között**

Hatóanyag	1996	1998	1999	2000	2001	2002
MDMA (ecstasy tablettá)	72-102 mg/tabletta	50-100 mg/tabletta	50-100 mg/tabletta*	50-100 mg/tabletta*	50-100 mg/tabletta*	20-100 mg/tabletta
MDA (ecstasy tablettá)	46-48 mg/tabletta	46-48 mg/tabletta	50-80 mg/tabletta*	50-80 mg/tabletta*	50-80 mg/tabletta*	na.
MDE (ecstasy tablettá)	85-113 mg/tabletta	85-113 mg/tabletta	85-113 mg/tabletta	85-113 mg/tabletta	85-113 mg/tabletta	40-100 mg/tabletta
Amfetamin (tablettá)	5,5-30 mg/tabletta	5-40 mg/tabletta	5-25 mg/tabletta*	5-25 mg/tabletta*	5-25 mg/tabletta*	vátozatlan
Amfetamin (speed por)	5-45 %	5-45 %	2-35 %*	1-20 %*	1-25 %*	4-50 %*
Kokain (fogyasztási adag)	Nincs adat	25-60 %	10-65 %*			
Kokain (nagy tételek)	52-91 %	60-80 %	50-80 %*	20-80 %*	20-80 %*	20-80 %*
Heroin (fogyasztási adag)	10-50 %	10-50 %				
Heroin (nagy tételek)	50-75 %	40-80 %	5-65 %*	10-65 %*	10-65 %*	10-55 %*
Marihuana (THC)	0,01-2 %	0,01-2,5 %	0,01-4 %	0,01-6 %	0,01-6 %	0,01-6 %
Hasis (THC)	2-20 %	1-15 %	1-20 %	1-20 %	1-20 %	0,5-10 %
LSD	50-100 µg/bélyeg	60-170 µg/bélyeg	60-170 µg/bélyeg*	60-170 µg/bélyeg*	60-170 µg/bélyeg*	20-70 µg/bélyeg

* a hatóanyag-tartalom az ügyek legalább 90 %-ban a fenti határokon belül található

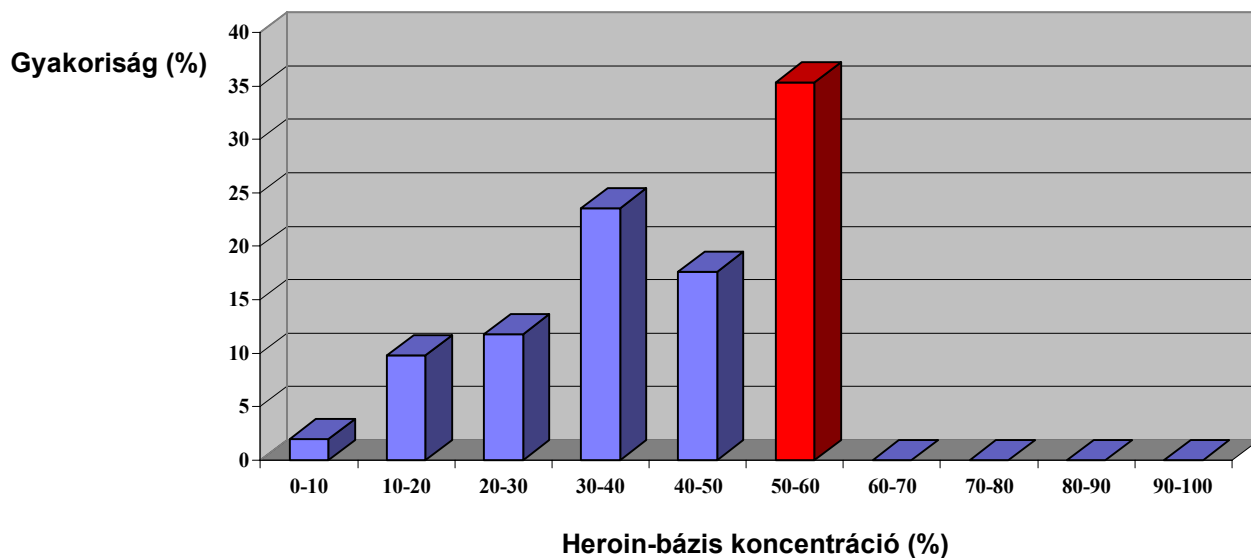
A táblázat alapján sok információ és következtetés vonható le az illegális kábítószer-piacon bekövetkező változásokról.

Az ecstasy tabletták hatóanyag-tartalma lényegesen nem változott az előző évekhez képest, az LSD-bélyegeknél viszont nem csak a gyakorisága, hanem a hatóanyag-tartalma is csökkent.

2002-ben az előző évekhez képest markánsan növekedett az amfetamin tartalmú „speed” porok hatóanyag-tartalma, állandósult a marihuana THC-tartalmának határa. A felső határértékként közölt 1996-os 2 % 2001-re és 2002-re háromszorosára, 6 %-ra növekedett. Megjegyzendő, hogy néhány esetben már mértünk 7-8, sőt 11 %-os THC tartalmat is, ami vélelmezhetően a speciálisan hatékony, mesterséges körülmények közötti növénytermesztésnek tulajdonítható. (Ezeket a kiugró értékeket a fenti táblázatunkban nem tüntettük fel, mert az esetek kevesebb, mint 1 százalékát adják.)

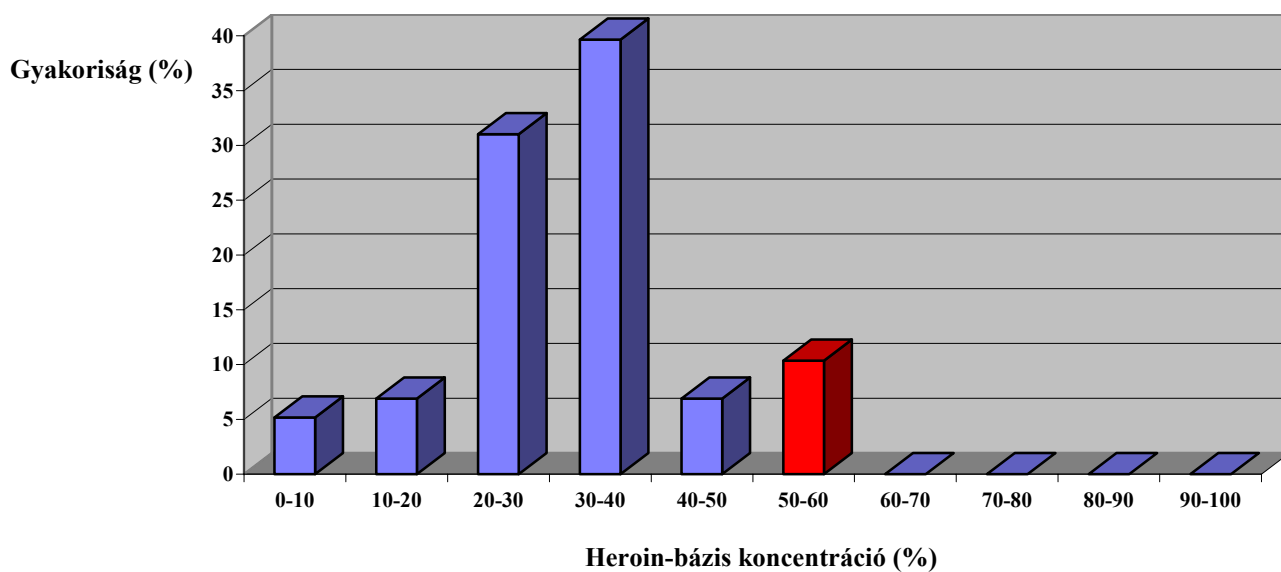
Az utóbbi években tapasztaltakkal ellentétben csökkenni látszik a herointartalmú porok maximális hatóanyag-tartalma. 2000-2001 között a fogyasztási adagokban, pakettekben megjelent a „felütés” nélküli, nagytisztaságú, akár 60-70 %-os heroin, méréseink szerint a fogyasztási adagok hatvan százalékában a heroin-bázis hatóanyag-tartalom meghaladta a 40 %-ot!

Az „utcai” heroin koncentráció-eloszlása (2001)



2002-ben az átlagos heroin-koncentráció 30-40% között mozgott, a maximális 50-60%-os koncentrációjú anyagok gyakorisága erősen csökkent. Az eloszlás mintha kezdene visszaállni a „normális”-ra:

Az „utcai” heroin koncentráció-eloszlása (2001)



Kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek³².

A kábítószer-fogyasztás társadalmi és jogi (büntetőjogi) megítélése az elmúlt, közel két évtizedben élénk szakmai és politikai viták tárgya volt. A viták szakmai tartalmának egyébként aligha vált javára az ezzel kapcsolatos eszmecserek mind erősebb átpolitizálódása.

A jelenség iránti – változó intenzitású – érdeklődés is indokolta, hogy rendszeresen készítettünk a kábítószer-fogyasztás megítélésével foglalkozó olyan statisztikai elemzéseket, amelyek az elkövetők demográfiai – társadalmi jellemzői mellett a jelenség büntetőjogi megítélését is tükrözték. Ezeket a jelentéseket ismertnek feltételezzük, ezért ebben a tanulmányban kizárólag a 2002-ben jogerősen elítéltek adatait elemezzük.

Fiatalkorúak

A 2002-ben jogerősen elítélt fiatalkorúak (7.321 fő) közül 181-et (2,47 %) ítéltek el kábítószerrel visszaélés miatt. Az emelkedés kétségtelen, bár nem túl jelentős (mint ismeretes, 2001-ben ilyen bűncselekmény elkövetése miatt 177 fiatalkorút ítéltek el).

A leányok aránya 9,94 % (18 fő) valamivel magasabb, mint a fiatalkorú elítéltek között általában (8,95 %). Ez az eltérés nem minősíthető jelentősnek. Az adatok elemzésével kapcsolatban megjegyezzük, hogy a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek alacsony aránya következtében az összehasonlítást minden esetben az elítéltek összességéhez viszonyítva végezzük el és abból nem vonjuk le a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek számát. Ezek levonása ugyanis említésre méltó eltérést nem eredményezne.

A kábítószerrel visszaélés miatt elítélt fiatalkorúak életkor szerinti megoszlása jelentősen eltér mind a hasonló korú népesség, mind a fiatalkorú elítéltek kor megoszlásától. Százalékban kifejezve a következőképpen alakult:

Életkor	Fő	Százalék
14	8	4,42
15	27	14,92
16	48	26,52
17	98	54,14
Összesen	181	100,00

Összehasonlításként jegyezzük meg, hogy a hasonló korú népességben belül (2002. január 1. szerinti állapot) a 14 évesek aránya 24,08 %, a fiatalkorú elítéltek között 13,71%, míg a 17 évesek aránya a népességben belül 24,86 %, a fiatalkorú elítéltek között pedig 36,19% volt.

A 10.000 azonos korú lakosra számított gyakorisági mutató emelkedése hasonló változást bizonyít, meg kell azonban jegyezni: e számításokkal kapcsolatban bizonyos fenntartásokra adhat okot, hogy az elítélés évének és az elkövetés évének fiatalkorú népessége nem azonos megoszlású.

A családi környezet szerinti megoszlást vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy az bizonyos mértékig kedvezőbb a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek, mint a fiatalkorú elítéltek teljes köre tekintetében. A különbség elsősorban a szülői háztartáson kívül élők arányát tekintve érzékelhető egyértelműen.

Családi környezet	K	E
Mindkét szülő közös háztartása	62,43	60,14
Egyik szülő háztartása	29,28	25,00
Szülői háztartáson kívül	8,29	14,86
Összesen	100,00	100,00

N =

181

7.321

³² Az összefoglalót készítette: **VAVRÓ**

A „K” oszlop a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek, míg az „E” oszlop az összes fiatalok elítélt családi környezet szerinti megoszlásának arányait mutatja, százalékban.

Az iskolai végzettséget tekintve ugyancsak jelentős különbség mutatható ki a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek és az elítéltek összessége között. A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek között ugyanis mindössze egy írástudatlan volt, iskolai végzettség szerinti megoszlásuk kedvezőbb az elítéltek átlagánál. Így a csupán az általános iskola 1. – 7. osztályát végzettek aránya az elítéltek között 36,32 %, a kábítószerrel visszaélés miatt elítélteknél 11,05 %. Az általános iskola 8. osztályát elvégzettek aránya (ide értve a továbbtanulókat is) az elítéltek között általában csupán 63,16 %, a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek között azonban 88,40 %. Külön is érdemes megemlíteni, hogy az általános iskola 1–4. osztályát végzettek aránya a fiatalok elítéltek teljes körét tekintve 5,14 %, a továbbtanulóké pedig 16,53 % volt, ugyanezek az arányok a kábítószerrel visszaélés miatt elítélteknél 1,66 %, illetőleg 33,15 %, vagyis közülük a továbbtanulók aránya mintegy kétszerese az elítéltek között egyébként tapasztalható arálynak. Az adatokból természetesen nem vonható le egyértelmű következtetés a kábítószer-fogyasztás gyakoriságának társadalmi rétegek szerinti különbözőségére, mert lehet, hogy az eltérés oka nem a fogyasztási szokásokban, hanem az észlelési valószínűség különbözőségében keresendő.

Jelentős különbség figyelhető meg a büntetett előéletűek arányában is. Míg ugyanis átlagosan minden negyedik fiatalok elítélt (25,73 %) büntetett előéletű volt, addig ez az arány a kábítószerrel visszaélés miatt elítélteknél csak 17,13 %.

Nagyon jelentős különbség mutatható ki a halmazati bűnelkövetés miatt elítéltek arányában is. A halmazati elítélés relatív gyakorisága a fiatalok elítéltek körében átlagosan 49,24 %, a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek között azonban csak 14,92 % volt.

Az elítéltek családi állapot, iskolai végzettség, előélet és halmazati bűnelkövetés szerinti megoszlását vizsgálva megállapítható, hogy jellemzőiket tekintve eltérnek a más bűncselekmények elkövetése miatt elítéltektől. A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek még 2002-ben sem tekinthetők a hagyományos fiatalok bűnelkövetők körébe tartozónak.

Az egyéb adatokat tekintve megjegyezzük, hogy az elítéltek közül 9 külföldi volt, ez magasabb arány (4,97 %), mint a fiatalok elkövetők között általában (0,75 %). Előzetes letartóztatásban ugyancsak 9 fő volt, ami viszont lényegesen alacsonyabb arány (4,97 %), mint a fiatalok elítéltek között általában (8,41 %), alkoholfogyasztással összefüggött a cselekménye 3 főnek (1,66 %). A fiatalok elítéltek között ennek átlagos aránya 5,64 % volt.

Érdekességként jegyezzük meg, hogy (minden valószínűség szerint véletlen egybeesés folytán) az enyhítő szakasz alkalmazási aránya (2,21 %) pontosan megegyezett az átlaggal.

A jogkövetkezményeket tekintve megállapítható, hogy tipikus jogkövetkezmények a - gyakorlatilag próbárabocsátást jelentő - önállóan alkalmazott mellékbüntetés, intézkedés tekinthető: 75,14 %. (Ennek a jogkövetkezmények aránya a fiatalok ügyeiben átlagosan 64,25 % volt.) Végrehajtandó szabadságvesztésre mindössze 4 főt ítélték (2,21 %), ami alacsonyabb arány, mint az ilyen jogkövetkezmények fiatalok elítéltek között megfigyelhető átlagos aránya (6,86 %). Felfüggesztett szabadságvesztésre ítélték 31 főt, pénzfőbüntetésre 9 főt, míg 1 esetben közérdekű munka volt a jogkövetkezmény. Az arányok alakulásánál - más évekkal és más bűncselekményekkel összehasonlítva - természetesen nem hagyható figyelmen kívül, hogy viszonylag kis esetszámú sokaságról van szó.

Felnőttek

A 2002-ben közbírási eljárásban jogerősen elítélt 91.573 felnőttből 2.098 főt (2,29 %) ítélték el kábítószerrel visszaélés miatt. Az arány tehát csaknem megegyezik a fiataloknál megfigyelt relatív gyakorisággal. Az emelkedés azonban jelentősebb, mert míg a fiataloknál 2,26 %-kal, addig a felnőtteknél 31,21 %-kal nőtt az elítéltek száma. (2001-ben ugyanis 1.599 felnőttet ítélték el ilyen bűncselekmény elkövetése miatt.)

Az összehasonlítást a megoszlások tekintetében itt is az elítéltek teljes körére vonatkozóan végeztük el, a fiataloknál már említett okból.

A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek közül 143 fő volt nő (6,82 %), ami mintegy fele a nők közvételes eljárásban elítélt felnőttek közötti arányának (12,57 %). A kormegoszlást vizsgálva itt is feltűnik a fiatalabb évszázadba tartozók rendkívül magas aránya.

Életkor	K	E
18 – 29	89,47	48,06
30 – 39	8,34	25,91
40 – 49	1,67	17,41
50 és idősebb	0,52	8,62
Összesen	100,00	100,00

N

2.098

91.573

A „K” oszlop a kábítószerrel visszaélés miatt elítélt felnőttek, míg az „E” oszlop a közvételes eljárásban elítélt felnőttek számának megoszlását mutatja, százalékban.

A korösszetétel következménye az elítéltek családi állapot szerinti megoszlása is. Itt különösen a nőtlenek, hajadonok rendkívül magas aránya érdemel figyelmet.

Családi állapot	K	E
Nőtlen, hajadon	89,90	49,82
Házass	6,34	33,58
Özvegy	0,09	1,56
Elvált	3,29	14,17
Különváltan él	0,38	0,87
Összesen	100,00	100,00

N

2.098

91.573

Az iskolai végzettség tekintetében – más elítéltek kategóriákhoz viszonyítva - ugyancsak kimutathatók bizonyos eltérések. Az írástudatlanok száma ugyanis mindössze 4 fő volt (0,19 %), míg a felnőtt elítéltek között összesen további 912 (összesen tehát 916) írástudatlant találtunk. Az általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya alacsonyabb (52,86 %) az átlagosnál (61,79 %), míg a középiskolai végzettséggel rendelkezőké magasabb (44,71 %), mint a közvételes eljárásban elítélt felnőtteknél általában (32,58 %). Külön is érdemes megemlíteni, hogy a felsőfokú végzettségűek aránya 2,24 % (47 fő), míg ugyanez az arány 4,62 % volt a közvételes eljárásban elítélt felnőtteknél (4.234 fő). Ezzel kapcsolatban azonban feltétlenül meg kell említeni, hogy ez utóbbiak közül 1.603 főt (37,86 %) közlekedési bűncselekmény elkövetése miatt ítélték el.

Jelentős különbség figyelhető meg az elítéltek előélet szerinti megoszlásában is. A büntetett előéletűek aránya ugyanis a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek között 31,12 %, míg a közvételes eljárásban elítélt felnőttek között átlagosan 40,71 % volt.

A halmazati bűnelkövetés arányát vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek között 11,01 %, míg a felnőtt elítéltek között általában 27,94 % volt azoknak az aránya, akiket a bíróság halmazati bűnelkövetésben talált bűnösnek.

Az egyéb adatokat tekintve a külföldiek aránya 4,53 % (95 fő) volt, ami valamivel magasabb, mint a felnőtt elítéltek között általában (3,50 %).

Enyhítő szakasz alkalmazására 228 elítélt esetében került sor (10,87 %), míg ugyanez az arány az elítéltek összességére számítva 11,67 % volt, vagyis a bíróságok a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek esetében ennek a jogszabályi lehetőségnek az alkalmazására valamivel ritkábban láttak lehetőséget, bár a különbség nem számottevő. Alkoholfogyasztással összefüggő bűncselekmény miatt 38 főt ítélték el, ez 1,81 %-os arány, lényegesen alacsonyabb az átlagosnál (20,94 %). Ez utóbbival kap-

csolatban azonban nem maradhat említés nélkül, hogy az átlagos arány az elítéltek teljes körét tekintve magában foglalja a közlekedési bűncselekmények elkövetése miatt elítéltek adatait is. Itt pedig közismerten magas az alkoholfogyasztás relatív gyakorisága.

Az előzetes letartóztatás aránya 14,35 % (301 fő) magasabb, mint a közvadas eljárásban általában (8,31 %).

A jogkövetkezményeket vizsgálva azt állapíthatjuk meg, hogy végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték 266 főt (12,68 %), ami csaknem megegyezik a közvadas eljárásban elítélt felnőtteknél átlagosan megfigyelhető aránnyal (12,84 %). A felfüggesztett szabadságvesztés aránya 11,53 % (a közvadas eljárásban általában 20,48 %), közérdekű munkát 67 elítélt esetében alkalmaztak, a pénzfőbüntetésre ítélt 725 fő 34,56 %-os arányt jelent, szemben a közvadas eljárásban általában megfigyelhető 46,36 %-os aránnyal. (Ezzel kapcsolatban azonban meg kell jegyezni, hogy a pénzfőbüntetésre ítélt összesen 42.450 elítéltekből 13.750 főt közlekedési bűncselekmény elkövetésében mondtak ki bűnösnek a bíróságok.) Az önállóan alkalmazott mellékbüntetés, intézkedés aránya a kábítószerrel visszaélés miatt elítélteknél 38,04 % volt (798 fő), míg a felnőtt elítélteknél általában 15,89 %.

Összefoglalva

A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek száma 2002-ben - a korábbi évekhez viszonyítva - tovább emelkedett. Az emelkedés a felnőtteknél lényegesen jelentősebb volt, mint a fiatalkorúaknál. Az elítéltek számának változásával kapcsolatban azonban (az elítéltek teljes körére vonatkozóan is) meg kell jegyezni, hogy lényegesen módosult a népesség száma és korösszetétele. Egy évtized alatt ugyanis a fiatalkorú népesség száma mintegy 200.000 fővel csökkent és ezek az évszázadok fokozatosan átkerültek az ún. fiatal felnőtt népesség korcsoportjaiba.

A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek kormegoszlását a fiatal évszázadba tartozók rendkívül magas aránya jellemzi. A fiatalkorú és a közvadas eljárásban elítélt felnőttek közül a kábítószerrel visszaélés miatt összesen elítélt 2.279 főből 2.058 volt 30 évesnél fiatalabb, ami példátlanul magas, 90,30 %-os aránynak felel meg. A közvadas eljárásban elítéltek közül összességében csupán minden második (51,90 %) tartozott ebbe a korcsoportba. A fiatalkorúak esetében figyelmet érdemel a kábítószerrel visszaélés és az egyéb bűncselekmények elkövetése miatt elítéltek családi környezet szerinti megoszlásának különbsége. Felnőttek esetében a családi állapot szerinti megoszlás elsősorban a korstruktúra következménye. Az elítéltek iskolai végzettség szerinti megoszlása kedvezőbb a közvadas eljárásban elítéltek átlagánál. Alacsonyabb a büntetett előéletűek és a halmazati bűnelkövetés miatt elítéltek aránya is.

Az elítéltek társadalmi jellemzőiből (előélet, iskolai végzettség) levonható az a következtetés, hogy a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek döntő többsége, elsősorban a fiatalkorúaknál – ma még – nem a hagyományos bűnelkövetői körből kerül ki.

Az igazságügyi orvosszakértői tevékenység helyzete

(Az Országos Igazságügyi Toxikológiai Intézet beszámolója)

A kábítószer-fogyasztással összefüggő esetek száma exponenciális emelkedés mellett elérte a maximális értékét. Ezzel együtt az intézet túl is lépte az egészséges kapacitása határát, ami azt jelenti, hogy ez az ügymennyiség esetenként jelentős határidőcsúszást okozott, és nem járult hozzá vizsgálatok minőségének szinten tartásához sem. A leterheltség (anyagi és intellektuális) forrásokat vont el az intézet tervezett akkreditációjától, a laborinfrastruktúra intenzívebb fejlesztésétől, az intézet műszaki és munkabiztonsági állapotának jogszabályoknak való megfeleltetésétől, a szakértői állomány bővítésétől, a szakértők képzésétől és a szükséges kutatás-fejlesztéstől. (Ez utóbbi például olyan műszerpályázat esetében is jelentkezett, ahol az OM által odaítélt nyolc millió Ft pályázati támogatást nem tudták

igénybe venni, mert az Igazságügyi Szakértői Intézetek Hivatala (ISZIH) 2002-ben a pályázathoz tartozó önrészt – 2, 2 millió Ft-ot – nem tudta biztosítani.)

Ez a leterheltség egyébként a 2003-as jogszabályi változások ellenére sem csökkent lényegesen: a rendőrség továbbra is a Btk. 282. §-ára utalva rendeli ki az intézetet vizsgálatra, legtöbbször a kábítószer-fogyasztás bizonyítása végett. Ezzel együtt nőtt azoknak az ügyeknek a száma, ahol a kábítószeres befolyásoltág megállapítása a feladat, orvos szakértővel együttműködve.

Egyre több gyanú van újabb kábítószeres (GHB, ketamin, fenciklidin, stb.) fogyasztására, de ezeket az intézet a biológiai mintákból még nem tudta megerősíteni. A gyanú elsősorban az esetleges előzményi adatokon alapul, hiszen a ritkábban előforduló szerek tekintetében irányított szűrővizsgálattal az intézet jelenleg még nem rendelkezik.

A körülbelül egy évtizede elindult lassú, de folyamatos infrastrukturális fejlődés a lehetőségeknek megfelelően 2002-ben is folytatódott. Ez jórészt az ISZIH-nek, kisebb részben pályázati forrásoknak köszönhető. A fejlesztések során kisebb-nagyobb laboreszközök beszerzése, nagyobb értékű műszer vásárlása (folyadékkromatográf-tömegspektrométer [201/2002]) és felújítása (gázkromatográf-tömegspektrométer [200]) történt. Az intézet két munkatársa rövid idejű külföldi ösztöndíjat is elnyert ebben az évben.

Az intézet továbbra is részt vesz az UNDCP által koordinált körminta-analízisben, sőt 2001 végétől élvezzi az iroda szakirodalmi szolgáltatását is. A körminta-vizsgálatokat rendszeresen 100 %-os eredménnyel végzi el. Ez a körminta-program azonban nem fedi le az intézet összes vizsgálati típusát. Folynak az előkészületei egy, a Német Igazságügyi és Toxikológiai Vegyészeti Társaság (Gesellschaft für Forensische und Toxikologische Chemie) szérum-körmintarendszeréhez való csatlakozásnak, bár e téren vannak még megoldásra váró anyagi és technikai feladatok.

Az intézet képviselője jelen volt néhány, az Európai Unió EMCDDA Nemzeti Fókuszpontjával kapcsolatos tárgyaláson, amelyet az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Forráskezelési Főosztálya szervezett. Ezek során a „kábitószeres halálózással kapcsolatos kulcsindikátorokhoz” kapcsolódó munkacsoportban vett részt az intézet. A későbbiekben azonban nem tartottak igényt az intézet közvetlen együttműködésére, ami részben érthető is, hiszen a kábítószeres halálesetekkel kapcsolatos adatok az igazságügyi orvos szakértőknél és rendőrorvosoknál futnak össze. Az intézet szerint azonban, az ún. „prevalencia-indikátor” (egy-egy kábítószer típusok előfordulásával kapcsolatos statisztikai adatok) vizsgálatok esetében az intézet konzultációs adatszolgáltatása mindenképpen hasznos volna, ugyanis ennek a munkacsoportnak munkájában nem vettek részt. Ezért javasolták, hogy a jövőben az intézetet is vonják be a fenti munkacsoport munkájába.

Fontos továbbá az intézet tevékenységéhez hasonló, tág értelemben vett szakértői munka „monitorozása” (statisztikai drog-figyelése), akár külön kulcsindikátort alapítva erre a célra. Ennek első lépése lehetne az igazságügyi toxikológia helyzetének nemzetközi, elsősorban Európai Unió összefüggésben történő elemzése. Ilyen átfogó, az intézményi hálózattól kezdve a szakértői ügymeneten át a szakképzést is érintő elemzés, az intézet tudomása szerint még nem született, holott a szakértői munkára legalább két kulcsindikátor épít.

A KERESLET CSÖKKENTÉSÉNEK STRATÉGIÁJA

A prevenció intézményei

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet létrejöttének okai, eddigi eredményei, a jövőbeni kihívások

Az Intézet 2001 februárjában alakult meg azzal a határozott célkitűzéssel, hogy

- (i) szakmailag támogassa és segítse elő a Nemzeti Stratégia megvalósulását, különös tekintettel a közösségi kapcsolatok, a társadalmi érzékenység fokozására;
- (ii) alakuljon ki egy olyan módszertani hangsúlyú prevenció intézmény, amely koordinálja és elősegíti a prevenció tevékenység szakmai megalapozottságát;
- (iii) együttműködésen alapuló kapcsolatokat építsen ki a prevenció hazai intézményrendszerével;
- (iv) olyan nemzetközi együttműködésekben vegyen részt, amelyek elősegítik a hazai drogprevenció tevékenység illeszkedését a nemzetközi sztenderdekhez, elfogadott, hatékonyan tekinthető gyakorlatokhoz,
- (v) kezdeményezzen társadalomtudományi hangsúlyú kutatásokat, amelyek közelebb visznek a drogfogyasztás természetrajzának valódi megértéséhez, és következményesen hozzájárulnak a megfelelő, szükségleteken alapuló prevenció programok, szolgáltatások kimunkálásához;
- (vi) folytasson publikációs tevékenységet, amely egyrészt lehetővé teszi a külföldi tapasztalatok minél szélesebb körű hozzáférését, másrészt a célközönség igényeinek ismeretében újfajta válogatásban tegye hozzáférhetővé a már korábban megjelent szakmai közleményeket.

1. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok megalakulásával és működtetésével kapcsolatos tevékenységek

A KEF egy helyi szintű tanácsadó és egyeztető fórum, szakmai munkacsoport, melyeket a helyi önkormányzati elkötelezettség és kormányzati szakmai, valamint pénzügyi támogatás hívott életre. Tevékenységével igyekszik összehangot teremteni a drogprobléma visszaszorításában alapvető fontosságú négy terület, a közösség és együttműködés, a megelőzés; a gyógyítás, rehabilitáció valamint a kínálatcsökkentés szervezeteinek és intézményeinek a munkájában. Egységes szakmai és módszertani szemléletmód megvalósítására törekszik, továbbá arra, hogy ésszerűsítse és koordinálja a helyi szinten zajló kábítószer fogyasztást megelőző tevékenységet. A KEF tagjai a drogprobléma kezelésében fontos szerepet játszó különböző állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői.

A cél tehát párbeszéd kezdeményezése, illetve annak erősítése a kábítószerügyben érdekelt és felelősséget viselő felek között. A legfontosabb feladat a kommunikáció megteremtése az alkalmasint ellenérdekeltnak tűnő szereplők között. Fontos a kommunikáció jelentőségét aláhúzni átvitt és konkrét értelemben egyaránt. Jól látható ugyanis, hogy az érdekegyeztetés, a hatékony, egy irányba mutató beavatkozások mindig feltételezik az üzenetek egyértelmű megfogalmazását, sikeres célba jutását. A KEF-ek ennek megfelelően olyan szakmai műhelyek, amelyekre katalizátor funkció hárul: a helyi sajátosságok és szükségletek feltárása, megfelelő értelmezése, a helyi stratégiák, megvalósítási formák kimunkálása során. Ennek megfelelően nem program-megvalósító „szervezetek”, hanem a hatékony kommunikáció fórumai.

A korábbi Ifjúsági és Sportminisztérium, jelenleg Gyermekek- Ifjúsági és Sport Minisztérium támogatási programot dolgozott ki a KEF-ek létrehozására és működtetésére. A program eredményeként a 2002. évre a hét magyarországi régióban valamint Budapesten összesen 66 Kábítószerügyi Egyeztető Fórum alakult. Az 58 városi KEF mellett 2 megyei, 3 kistérségi, 1 regionális valamint 2 budapesti kerüle-

ti KEF is létre jött. A támogatás összértéke 2002. évben 68.000.000 Ft volt. A KEF-ek szakmai munkáját a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet segíti és koordinálja országos szinten. Ennek érdekében

- módszertani leveleket ad ki
- könyvkiadási programot indított (szakmai forrás sorozat – KEF módszertani anyagok)
- folyamatos konzultációt biztosít
- továbbképzéseket szervez, és ingyenesen biztosít
- kutatásokat kezdeményez

2. Nemzetközi kapcsolatok és együttműködések

Az Intézet megalakulása óta folyamatosan törekszik arra, hogy érdemben tudjon bekapcsolódni a hazai mellett a nemzetközi szakmai és kiváltképpen a tudományos vérkeringésbe. Ennek 3 különböző formája bontakozott ki az eddigiek során:

- (i) konferencia-részvétel
- (ii) bekapcsolódás nemzetközi projektekbe: HBSC (Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása – nemzetközi kutatás), ENHPS (Egészségesebb Iskolák Európai Hálózata)
- (iii) két és háromoldalú együttműködésben megvalósuló fejlesztési projektek (PHARE Twinning Assistance, MATRA előcsatlakozási projekt)

Az Intézet további sorsát, a tevékenység tartalmát minden eddiginél meghatározóbb módon befolyásolja a jelenleg megvalósítás alatt álló Phare projekt, mely egyidejűleg több célkitűzés megvalósulását szolgálja:

- (i) A Drogmegelőzési Intézet intézményi fejlesztését
- (ii) A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működésének és működtetésének hatékonyabbá tételét
- (iii) Az országban folyó (drog)-prevenációs tevékenység szakmaiságának erősödését, a prevenációs kínálat bővülését

A PHARE projekt a holland Trimbos Intézettel és az Egyesült Királyság-beli DrugScope-pal való együttműködésben valósul meg. A két elemet (Twinning Assistance, Grant Scheme) tartalmazó projekt összköltségvetése 1,9 mEURO, amelyből 400eEURO a hazai társfinanszírozás. A különböző komponensek egymással összehangoltan az alábbi célkitűzések megvalósulását szolgálják:

- az Intézet és a KEF-ek menedzsment kapacitásának bővülését három területen: (a) technikai menedzsment és (b) humán erőforrás menedzsment, valamint (c) a minőségügyi gondolkodás – teljesítmény menedzsment területén
- adatgyűjtési technikák kimunkálása, mely technikák hozzásegítenek a hatékonyabb intervenciós megoldások kimunkálásához és megvalósításához
- a vertikális és horizontális kommunikáció eszközrendszerének fejlesztése – hálózatépítési eszközök (információs adatbázis építés és működtetés, újszerű egyeztetési formák kialakítása)
- a pályázati alap révén hiánypótló szolgáltatások kiépítése, a pályázati folyamat, különösképpen a monitorozás előmozdítása, szakmai támogatása

A PHARE projekt megvalósítása, eddigi története rendkívül sikeresnek tekinthető. Azon kevés projektek közé tartozik, amely az előre eltervezett menetrendnek megfelelően alakult mind kezdési időpontját, mind pedig a megvalósulás későbbi lépéseit illetően. Noha a projekt átfogó szakmai értéklésére eddig még nem kerülhetett sor a képzéseken, pilóta projektekben résztvevőktől származó visszajelzések arra engednek következtetni, hogy tényleges és érdeminek tekinthető információk átadására került sor, a megszerzett ismeretek tapasztalatok hozzájárultak a helyi folyamatok felgyorsításához, vagy beindításához, a szervezeti önismeret fokozódásához, ami minden további fejlődés érdemi és semmivel sem pótolható előfeltétele.

3. Kutatások

Nemzeti Kutatás Fejlesztési Projekt – „Fények és árnyak” – Rizikótényezők, prevenciók szükségletek és lehetőségek

Intézetünk 2001 októberében elindult egy mindeddig egyedinek tekinthető komplex kutatás-fejlesztési projekttel a Széchenyi Terv keretében meghirdetett nemzeti kutatás-fejlesztési pályázaton. A pályázat keretében 100 mFt-os támogatásra sikerült szert tennünk, a projekt teljes költségvetése 156 mFt. Ennek a projektnek a keretében alapkutatások, alkalmazott kutatások végzését, a kutatásokra támaszkodó szolgáltatás fejlesztés megvalósítását, valamint a prevenciók programok nyilvántartásba vételét és átfogó eredményértékelését tűztük ki célul. A vállalkozás egyedisége egyfelől a komplex közelítésben, másfelől pedig a megvalósulás zálogát jelentő intézményközi együttműködésben rejlik. Együttműködést sikerült kialakítani az MTA Pszichológiai Intézetével, a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központjával, valamint a Budapesti Szociális Forrásközponttal. A projekt megvalósítás első 6 hónapján vagyunk túl, a befejezés 2005 júliusában várható.

Pláza elővizsgálat

Az előbbieken részletezett NKFP projekthez kapcsolódóan tájékozódó elővizsgálatot végeztünk 5 bevásárlóközpontban elsősorban annak érdekében, hogy a „nagy” vizsgálat kérdésfeltevését, mintaválasztási szempontjait pontosabban legyünk képesek definiálni

Állami gondoskodásban élők szerhasználati szokásai, egészségmagatartása

A normál populációs vizsgálatok és a szakképző intézetek diákjai körében végzett vizsgálatok mind abba az irányba mutattak, hogy állami gondoskodásban élők egészségmagatartásának, szerhasználati szokásainak és prevenciók szükségleteinek vizsgálata fontos feladat. Jól tudjuk ugyanis, hogy a valóban hatékony prevenciónak mindenképpen tekintetbe kell venni a célpopuláció életvezetési, előtörténeti sajátosságait, egyén- és társaslélektani meghatározóit. Ebből a felismerésből kiindulva került sor egy olyan kutatásra, amely nem mintavételi technikákat alkalmazva, hanem bizonyos területeken teljes körűen vizsgálta az állami gondoskodás különböző formáiban elhelyezésre került 14-21 éves korú fiatalok egészségmagatartását, szerhasználati szokásait és életútját. A kutatás tapasztalatait a melléklet tartalmazza

HBSC vizsgálat

Magyarország 1985 óta vesz részt az 1980-as évek elején skandináv kutatók által kezdeményezett „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) című kutatásban. A kutatás célja az iskoláskorú gyermekek egészséget befolyásoló szokásainak monitorozása mellett a tanulók egészségi állapotának és közérzetének megismerése, valamint adott magatartással összefüggést mutató tényezők azonosítása, és ezek ismeretében a magatartás kedvező irányú befolyásolása.

A kutatás kezdetei óta intézményi együttműködés keretében valósul meg a magyar részvétel. Intézetünk megalakulása óta részt vesz magyar közreműködőként ennek a nagy jelentőségű tevékenységnek a vitelében. A 2002-es adatfelvétel alkalmával egy más kutatásokkal (ESPAD) összehasonlítható adatokat eredményező kérdésblokk foglalkozott az illegális szerhasználat sajátosságaival. Intézetünk felelőssége ennek a blokknak a kimunkálása illetőleg a nyert adatok elemzése volt. A tapasztalatokat a melléklet tartalmazza

4. Publikációs tevékenység

Az Intézet publikációs tevékenysége két szinten jelentkezik:

(i) saját könyvkiadási program, melynek célja, egyfelől, hogy a KEF-ek szakmai fejlődését elősegítsük, másfelől, hogy a tágabb szakmai közönség, illetve a laikus olvasó számára olyan támpontokat nyújtsunk, amelyek a drogprobléma társadalmi megítélését a jelenség kezelése szempontjából kedvező irányban befolyásolják. E tekintetben elsősorban a reális kép kialakulását, a jelenséget övező olykor misztikus, máskor túlpolitizált látásmód „lebontását” célozzuk.

(ii) Munkatársaink különböző szakmai rendezvényeken jelennek meg, illetőleg szakfolyóiratokban publikálják kutatási tapasztalataikat, ilyen formán személyükben is hozzájárulnak a terület szakmaiságának fokozásához.

5. Rendezvények szervezése

Mint a Gyermek-, Ifjúsági, Sportminisztérium háttérintézménye számos, a kábítószerügyi koordináció szempontjából kulcsfontosságú rendezvény megszervezésében, azok szakmai programjának kialakításában vettünk részt az elmúlt évek során. Az alábbi felsorolás ízelítőt ad ezekből:

- 2002 február: „Válaszd az életet” egyházi konferencia valamennyi történelmi egyház prominens képviselőinek és a drogprobléma kezelésében részt vállaló egyházi fenntartású szervezetek képviselőinek a részvételével;

- 2002 március, 2003 április: „Vészcsengő” konferencia a Pedagógus Módszertani és Információs Központ Kht.-val együttműködésben;

- 2002 december: „Veszély vagy esély?” címmel szakértői tanácskozás a Btk. Módosítás szakmai következményeivel és követelményeivel kapcsolatban

- 2003 május: Biztonságos szórakozóhelyek országos konferenciája, Siófok

A Minisztérium által kezdeményezett rendezvényeken kívül számos olyan szakmai tanácskozást szerveztünk és bonyolítottunk le, amelyek tételezett szakmai célkitűzéseink megvalósulását szolgálják.

- Évi két alkalommal szakmai tanácskozás a KEF-ek részvételével. Ezek az alkalmak egyrészt lehetőséget biztosítanak a „horizontális” kommunikáció számára, másrészt aktuális szakma politikai problémák megvitatására biztosítanak alkalmat.

- Prevenációs szervezetek országos tanácskozása – ez a rendezvény a már korábbiakban említett NKFP projekt keretében folyó kataszter-építési, értékelési tevékenységet volt hivatott előkészíteni.

6. Egyéb projektek

Az Intézet szakmai felügyeletében és szervezésében további projektek megvalósulása is folyik, ezek az alábbiak:

- Nemzeti Kábítószer-ellenes Filmarchívum kialakítása és működtetése
- A Budapesten felállításra kerülő tücsere-automaták beszerzése és üzembeállítása
- Az elterelés keretében nyújtható megelőző-felvilágosító szolgáltatást biztosító intézmények pályáztatása, a szolgáltatás nyújtásának szakmai támogatása és pénzügyi ellenőrzése
- A GylSM KHÁT által felállítandó szakértői csoportok pályáztatása

7. Az Intézet jövőbeni perspektívái, lehetséges fejlesztési irányok

Az elmúlt két és fél év tapasztalatai egyre inkább nyilvánvalóvá tették, hogy a drogprobléma hatékony kezelése érdekében az egyik legfontosabb feladat a párbeszéd lehetőségeit és eszközrendszerét fejleszteni. E párbeszéd előmozdítása szempontjából elengedhetetlenül fontos a drogproblémával foglalkozó különböző szervezetek és az általuk nyújtott szolgáltatások összehasonlítható szempontok mentén történő jellemzése, nyilvántartása és ennek az információnak a hozzáférhetővé tétele a szakemberek és a szolgáltatásokat igénybevevők számára. Ebből a felismerésből kiindulva a következő periódus leglényegesebb fejlesztési elképzelése egy olyan komplex adatbázis létrehozása lenne, amelynek segítségével a prevenációs programokról, a kezelést, rehabilitációt nyújtó szervezetekről és a kábítószer-problémát érintő, elsősorban társadalomtudományi hangsúlyú kutatásokról tudnánk Internet alapú és személyes tanácsadást is biztosító megbízható információt közzé tenni. A személyes konzultációt is magában foglaló help desk működtetése ugyanakkor kitapinthatóvá fogja tenni a további fejlesztéseket igénylő fehér foltokat, így módon az információ szolgáltatás „melléktermékeként” a drogpolitika is megbízható eligazodási pontok birtokába kerülhet. E fejlesztések eredményeképpen nemzetközi adatbázisokhoz is képesek leszünk kapcsolódni (EDDRA), valamint kimunkálódhatnak a prevenációs programok akkreditációs kritériumai is. Nem utolsó sorban ez a fejlesztés összerendezettebbé teheti a pályázati prioritások megfogalmazását is.

Elsősorban a PHARE projekt hozadékának tekinthető, hogy kimunkálódott egy többlépcsős képzési program, amelyet a városi KEF-ek munkatársai számára kívánunk biztosítani. Ez a képzési program egyfelől a napi működés eredményesebbé tételét szolgálja (menedzsment kérdések, hálózat építés, stratégiai tervezés, minőségügyi gondolkodás), másfelől egy olyan kutatási technikának a módszer-tanát teszi a KEF-ek számára hozzáférhetővé, ami az intervenciókat helyezi az érdeklődés homlokterébe.

A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkársága prevenció programjai

A Nemzeti Stratégiával összhangban 2002-ben már harmadik éve jelentette meg prevenció témájú pályázatait a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium. **2002-ben 12 kategóriában, csaknem 350 millió Ft értékben 572 db projekt nyert támogatást.** A pályázatok célja: a drogfogyasztás és a bűnözés visszaszorítása, ártalomcsökkentés, megelőzés, felvilágosítás, hogy a társadalom váljon érzékenyebbé a drogdöntések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószerprobléma visszaszorításában.

Összhangban az Ottawai Chartá-val, a prevenció előfeltétele az egészségfejlesztés. A droghasználattal kapcsolatban először a kockázati tényezőket kell csökkenteni, érzékennyé tenni a társadalmat a drogdöntés iránt. A felvilágosítást már a kisiskolások körében kell kezdeni információ-áramoltatással, érzelmi neveléssel. *Megelőzés* révén az első használat időpontját kívánjuk késleltetni, valamint a droghasználat gyakoriságát csökkenteni. A gyerekeket és a fiatalokat arra kell felkészíteni, hozzásegíteni, hogy felelős döntéseket tudjanak hozni életük során. A káros szenvedélyekre – mint a dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás – vonatkozóan megfelelő információkat kell biztosítani a számukra, hogy mindenki tisztában legyen a következményekkel. A döntést a fiatal hozza meg, annak tudatában, hogy mit nyer és veszít egészségét, emberi kapcsolatait, értékrendjét illetően. Ezért is fontos, hogy már nagyon fiatal korban hozzásegítsük a gyerekeket és a fiatalokat – s nem utolsósorban szüleiket – a felelősségteljes magatartás és gondolkodásmód kialakításához, egészségük megőrzéséhez, fejlesztéséhez.

GYISM–OM közös iskolai drogmegelőzési pályázatok

A gyermek-, ifjúsági és sportminiszter és az oktatási miniszter a közép-fokú oktatási intézmények után 2002-ben az általános iskolák 6–8. évfolyamai számára az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására írt ki pályázatot. Célja: az iskolai egészségfejlesztési, hangsúlyozottan a drogmegelőzési tevékenység előmozdítása és támogatása.

A kiírás keretében támogatandó programok az iskola pedagógiai programjára, illetve az annak szerves részét képező iskolai drogstratégiára épülnek. Ennek keretében a pályázati úton nyerhető ösztendők iskolai tananyagba, osztályfőnöki órák anyagába illeszkedő egészségfejlesztő programok támogatására fordíthatók. Ezek a kurrikulumszerű programok szervesen kapcsolódnak a Nemzeti Stratégia és a Nemzeti Alaptanterv előírásaihoz.

2002-ben a GYISM–OM közös szervezésű pályázaton 110 millió Ft került tényleges felhasználásra. A támogatandó programok az iskola pedagógiai programjára, illetve az annak szerves részét képező iskolai drogstratégiára épülnek, meghatározott szakmai szervezetek bevonásával. Ezeknek a szakembereknek megfelelő végzettséggel, és gyakorlattal kell rendelkezniük; a program lebonyolításához az iskolai droggügyi koordinátort bevonva, a tanév során minimum 5 alkalommal kell megtartaniuk egészségfejlesztő előadásait, tréningjeiket.

A KKHÁT pályázataiban 2002-ben 12 kategória biztosította a prevenció és ártalomcsökkentő programok támogatását, melyekbe iskolai egészségfejlesztésként a nem kurrikulumszerű programok kapcsolódnak (egészségnap, sportnap stb. melyek a drogokról folyó kommunikációt segítik elő). A pályázati rendszeren kívül támogatottak azok a nagyszabású programok, amelyek nem csak a helyi közösségekben valósulnak meg, hanem széles körű látogatottságot, eredményességet biztosít.

Köztes Átmenetek – a Drog. Interaktív vándorkiállítás:

A kiállítás elsősorban a felnőtteknek és a 14 évesnél idősebb fiataloknak szól.

A szervezők egyik fontos célként az elsődleges megelőzés legfontosabb színterének, a család szerepének hangsúlyozását tűzte ki. Az első kiállítás 2001. június 17-ig volt látható a Magyar Természettudományi Múzeumban. Naponta kb. százan keresték fel, melyre a gyerek csoportok előre jelezték részvételi szándékukat. A kiállítás sikerét jelezte, hogy márciustól már nem tudtak új bejelentkező csoportokat fogadni. A nagy érdeklődésre való tekintettel, valamint a kiállítás szélesebb körű megtekinthetősége érdekében az ország különböző városaiba utaztatták az interaktív anyagot. 2001 szeptembere óta Gyulán, Győrben és Bonyhádán, Székesfehérváron, Szabadkán, Szegeden, Sopronban, Hódmezővásárhelyen, Békéscsabán, Csíkszeredán, Marosvásárhelyen, Kecskeméten, Pécsen és Budapesten a Lurdy Házban került bemutatásra. Tapasztalatok azt mutatják, hogy a látottak mélyen megérintették a gyerekeket és a felnőtteket. Fontos, hogy érezzék, van kiút, a szenvedélybetegségből meg lehet gyógyulni. A nem hagyományos eszközökkel - filmek, hanganyagok, számítógépes animációk - dolgozó rendező kiállítás a drogfogyasztás okait és hatásait, a szenvedélybetegség kialakulását és okát, valamint a magyarországi fogyasztás jellemzőit mutatja be hiteles módon úgy, hogy a látogató érzelmeire és érzelmeire egyaránt hat. A kiállítás vezetői olyan szakemberek, akik évek óta dolgoznak drogbetegekkel és a drog-prevenció területén is jártasak. A vezetők vagy segítők folyamatos párbeszédet folytatnak az érdeklődőkkel. A projekt lehetőséget kínál még a szakemberképzésre, a lakosság szenvedélybetegségről és betegekről alkotott véleményének formálására, és teret biztosít az ellátó helyeknek, civil szervezeteknek arra, hogy kiadványaik, szóróanyagaik és posztereik segítségével a rászorulókat megismerjék tevékenységüket.

HÁLÓ-MOZI program:

Az új drogprevenációs szolgáltatást 2002 januárja óta biztosítja a Minisztérium a budapesti középiskolák részére. A program nemzetközi, pozitív tapasztalatokat alapul véve nyújt kábítószer-fogyasztást megelőző ismereteket egyedi, újszerű, fiatalokhoz közel álló, interaktív stílusban. A „Háló-mozi” gyakorlatilag egy szakemberek által vezetett drogprevenációs osztályfőnöki óra, melynek helyszíne a mozi. A diákok dokumentum- és felvilágosító filmekből nézhetnek meg filmösszeállítást, majd a film kapcsán együttgondolkodva beszélgethetnek a drog-témában jártas kortárs-segítőkkel, talpra állt drogossal, orvossal, narkológiában jártas szakemberrel. A szakemberek segítségével a filmben látottak alapján dolgozzák fel a diákok gondolataikat, érzéseiket, problémáikat, kételyeiket.

A vetítendő témák filmjei a meglévő anyagokból (minisztériumi pályázatokra készült munkák, dokumentumfilmek, internetről letölthető anyagokból stb.) állnak össze. Egy-egy iskolából egy alkalommal egy évfolyamot, körülbelül 100-120 tanulót tud fogadni a program, így fél év alatt mintegy 10 000 diákot és tanáraikat ér el a program.

DrogPortál:

A DrogPortál a magyar kábítószer-koordinációval, prevencióval kapcsolatos honlapok, információforrások internetes központja. Jelenleg öt célcsoport számára szolgál célzott tartalommal: Tizenévesek, Huszonévesek, Szülők, Pedagógusok, Szakma. Minden célcsoport számára más-más nyelvezetű és tartalmú cikkek kerülnek fel. Vannak olyan szolgáltatások is, amelyek célcsoportfüggetlenek: S.O.S. *realtime chat*, amelyen keresztül a felhasználó azonnali választ, segítséget kap a témával kapcsolatos kérdéseire. *DrogPortál fórum*, mely minden, a Portálon megjelenő cikkhez indítható, és a cikkektől függetlenül kapcsolódó fórum. *DrogRing*, amely azok számára érdekes, akik a központi portáloldal meglátogatása nélkül kívánják meglátogatni a témával kapcsolatos oldalakat.

A Portál, az internetes jelenlét kiváló prevencióeszköz. Elsősorban az ismeretterjesztés, a döntés tudatosítása a fő feladata. Az információs skála az egyszerű esetleírásoktól a szakdolgozatokig, a programajánlóktól a letölthető, pdf-formátumú teljes könyvekig terjed.

A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium 2002-ben kiírt pályázata:

A Kormány négy fejezeti kezelésű előirányzatról támogatta a prevencióeszközöket, az alábbiak szerint:

- 5/3/1 Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés támogatása (SZ, KS, SV)

- 5/3/3 Drogmegelőzési program (MA, ÖN, PP, KA, ES)
- 5/3/5 Drogkutatók, vizsgálatok támogatása (KT)
- 5/3/6 Alacsonyküszöbű és drogkezelő intézmények szolgáltatásainak fejlesztési támogatása (AL, TÚ-A, B).

Az egyes előirányzatokhoz tartozó pályázati kategóriák összefoglalják a Nemzeti Stratégiában előírt rövid, közép- és hosszú távú célokat, melyek megvalósítása az egyén és a közösség feladata állami segítséggel és kontrollal.

A tárca pályázatai elsősorban a diákságra, a fiatal felnőttekre koncentrálnak, hiszen veszélyeztettségüket tekintve ők állnak az első helyen.

A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos események támogatására 2002-ben 229 pályázat érkezett, melyből 241 db-ot nyilvánított érvényesnek a pályázatkezelő. Az érvénytelenség, és ezáltal az elutasítás oka formai hibákra vezethető vissza. Az értékelhető pályázatok közül 130 db összesen 41 millió Ft-ot nyert. A programok zöme iskolai keretekben zajlott, de emellett számos civil szervezet is értékes, hasznos programot bonyolított. Kiemelkedők ezek közül a kábítószer-ellenes világnaphoz kapcsolódó rendezvények, valamint szakmai konferenciák:

1. *Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Megelőzési Alapítvány III. Drogprevenciós Szakmai Konferencia:*

A konferencia célja a megyében a drogproblémák iránt érzékenyen működő közösségek kialakítása, melyek az információáramlás biztosításával a helyi erőforrások mozgósításán keresztül együttműködve a helyi sajátosságok, lehetőségek figyelembe vételével végzik prevenciós feladataikat:

- információnyújtás
- helyzetértékelés
- információs börze
- szakirodalom, illetve segédanyagok bemutatása
- szakmai ismeretek átadása (szakemberek közreműködésével a gyakorlatban alkalmazható korszerű ismeretek, megoldási modellek, innovációs technikák bemutatása)
- szakmai konzultációs lehetőség (különböző szervezetek bemutatkoznak, lehetőséget nyújtva ezáltal az összehangoltabb, egymás erejére támaszkodó, hatékonyabb megelőzési tevékenység biztosítására)

2. *Hallgatói Önkormányzatok Országos Konferenciája „Drogprevenciós Napok” – rendezvényso-rozat:*

A rendezvény prevenciós programja közös alapra épült: a civilszervezetek aktív közreműködése, az előadások szervezése és a kiscsoportos foglalkozások, sajátélmény-műhelyek létrehozása. Több szekció-ülés zajlott egyidőben, melyek közül az egyik legnagyobb hangsúlyt a Drog-szekció kapta. A résztvevők kerekasztal-beszélgetésen vehettek részt, melynek fő témája az európai droghelyzet, drog-kultúra; szakemberek bevonásával, szervezetek részvételével.

3. *Stadium Színház Alkotóközössége – Egészségnevelő színházi foglalkozások:*

Zalaegerszegen és Zala megye területén tart egészségnevelő foglalkozásokat az Alkotóközös-ség, az angolszász TIE (Theatre in Education), a THE (Theatre in Health in Education), valamint a DIE (Drama in Education) módszerek alapján, amatőr színházi csoportként működik. Évente átlag 35 foglal-kozáson mintegy 1000 általános és középiskolás vesz részt.

4. *Tenu Mahanaim Gyülekezet – PALÁNTA Evangéliumi Gyermek-, és Ifjúsági Misszó:*

Programjaik része, hogy gyakorlati segítséget nyújtson az egészséges énkép kialakításában, kommunikációs képességek fejlesztésében és barátságok megalapozásában.

5. *Katolikus Karitás – Caritas Hungarica:*

A RÉV Szolgálat immár harmadik alkalommal rendezte meg Budapest XI. kerületében a „Drogprevenciós Konferenciát”, amely színteret ad arra, hogy a fiatalokkal foglalkozó szakemberek tapasztalataikat, problémáikat megfogalmazzák, és közösen, egymást segítve javaslatokat dolgozzanak ki. Évről-évre egyre több szakembert vonnak be a munkába.

A serdülőkortól kezdődően az elsődleges referencia-környezet szerepét a kortárs csoportok veszik át, így a prevenció szempontjából is különösen fontosak a többiekkel együtt végzett rendszeres aktivitások. A kortárs közös élmény növeli a közösség megtartó erejét, mely hatékony védekezési mechanizmust hoz létre a negatív hatású csoportok befolyásával szemben. E kockázati faktorok enyhítésére tesz kísérletet a Minisztérium támogatás biztosításával, melyet **A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos kortárs-segítő képzés támogatása** elnevezésű felhívásban tett közzé. A képzési program általános célja, hogy a kortárs befolyásoláson alapuló drogprevenció módszertanát minél szélesebb körben ismertté tegye az ország különböző területeiről származó kortárs-segítők körében, valamint az önkéntes fiatalokat felkészítse a veszélyeztetett fiatalokkal kapcsolatos prevenciók tevékenységeire; biztosítsa a képzésen keresztül a kortárs-segítői tevékenység utánpótlását, fejlessze a kortárs-segítői, csoportvezetői készségeket, korszerű szemléletet és ismereteket adjon át. 113 db beérkezett pályázatból a támogató 73 db-ot talált támogathatónak, mintegy 35 millió Ft összegben.

1. Kortárs Segítő Műhely Alapítvány „Fiatalok a Fiatalokért – kortárs-segítő – egészségfejlesztő – megkereső program”:

Olyan fiatalokat kutatnak fel, akiknek támogatásra, segítségre van szükségük, de a hagyományos szociálpolitikai, egészségügyi, családsegítő-, gyermekjóléti rendszer nem éri el, vagy különböző okok miatt elveszíti.

2. Forrás Lelki Segítők Egyesülete „Kortárs-segítő képzés középiskolai tanulók számára”:

A képzés specifikus céljai a drogmenetes pozitív életstílus kialakítása, az élet irányításához szükséges magabiztosság és kompetencia fejlesztése, pontos ismeretek szerzése a drogokról és az azzal összefüggő ártalmakról. A célok elérése érdekében kis csoportokban tartották a képzést, hogy minél több figyelmet kaphasson az egyén fejlődése, illetve lehetőségük legyen a fiataloknak kifejezni, kialakítani saját véleményüket a témával kapcsolatban.

3. Kapocs Ifjúsági Önszolgálat Alapítvány:

Kockázati színtereken, fokozott veszélyek között élő társaik körében segítő szerepre vállalkozó önkéntes fiatalok fejlesztése felkészítő csoportfoglalkozás, tréningek keretében. Feldolgozásra kerültek a konkrét környezetet, a társakat fenyegető veszélyforrások, illetve azok tágabb összefüggései, következményei.

A Nemzeti Stratégia a kábítószer-fogyasztás visszaszorítására című dokumentumban megfogalmazott célok keretében a fiatalok részére olyan, a tanítási időn túli szabadidős programokat kell biztosítani, amelyek kapcsolódnak a kábítószer-fogyasztás megelőzéséhez, és a kábítószer-használattal szemben pozitív mintát mutatnak. Rekreációs, szabadidős programok megvalósításához nyújt segítséget a **Kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos szabadidős prevenciók programok támogatására** kiírt felhívás. 362 beérkezett kérelemből a támogató 135 pályázat esetén 36 505 000 Ft keretösszeget használt fel a feladatok megvalósításához. Kizárólag olyan programok támogatása valósult meg, melyek a kábítószer-fogyasztás elutasítása jegyében szerveződtek, tartalmaztak konkrét, kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos elemet, és a drog-fogyasztás helyett pozitív, követendő példát mutattak:

1. Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány:

Közel 1000 diák közvetlen elérésével olyan szabadidős programot szerveztek, amelyek alternatívákat kínáltak a drog-fogyasztással szemben. A foglalkozások során a diákok betekintést nyertek az életörömök felkeltését, az egészséges életvitel örömeinek felismerését, pozitív énkép és sikerélmény kialakítását célzó tevékenységekbe.

2. Solymári Református Egyházközösség Meglepetés Színház, Önismereti Tréning:

Szocio- és bibliadrámai önismereti csoportmódszer. A társadalmi problémák köréből, illetve a Bibliából eljátszott történetek segítségével a csoporttagok élményszerűen megtapasztalják a saját szerepüket a történetekben és a közös megbeszélések lehetőséget adnak ezek feldolgozására, továbbgondolására. A rögtönzések színházban a csoport tagjai kinyitják a kapukat és ezeket az élményeket megmutatják a közösségnek.

A helyi drogrevenziós szolgáltatások körének kiszélesítéséhez a drogszakemberek képzéséhez, valamint a vizsgálatok, adatok, tények feldolgozásához a minisztérium öt pályázati kategóriában segíti a szervezeteket, szakembereket anyagi forrásokkal.

A Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására című dokumentum a rövid távú célok között jelöli meg a prevenciós programok hatékonyságának vizsgálatát, illetve a vizsgálati módszerek kidolgozását. Egyelőre az evaluálás protokollja kidolgozás alatt áll. 2002-ben a Minisztérium a **Kábítószer-problémával kapcsolatos társadalomtudományi vizsgálatok, kutatások támogatására** közel 26 millió Ft-ot használt fel. A beérkezett 43 pályázatból 22-t támogattunk; olyan megalapozott vizsgálatokat, amelyek a kábítószer-fogyasztás magyarországi mértékét, módozatait, hatását, annak eddig nem, vagy kevésbé ismert területeit elemzik.

1. *Jelky András Szakképző Iskola, Kollégium és Nevelési Tanácsadó „Depresszió és drogfogyasztás összefüggéseinek kutatása”:*

A vizsgálat szükségességét az utóbbi időben megszorodó drogfogyasztó diákok tették indokoltá. Olyan probléma feltárására került sor, amelyre egyre nagyobb a társadalmi igény. A depressziós tüneteket mutató serdülőkkel és családtagjaival felvett interjú segítségével feltárhatók azok az életeseemények, melyek szerepet játszhattak a panaszok kialakulásában. A felmérést a Beck és Kovács által 1977-ben kidolgozott önértékelő iskolai kérdőívvel készítették. A tanulóknál elvégzett nagyszámú depresszió szűrés, valamint ezek nyilvántartása segítség a későbbi pszichiátriai ellátásban. A hangulatzavarok feltárására kifejlesztett mérőeszköz a Beck Depresszió Kérdőív.

2. *Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület „Az egyetemi hallgatók életvezetési és tanulmányi problémáinak vizsgálata – a negatív megküzdési módos alternatívájának kidolgozása”:*

Anonim kérdőívfelvétel; pszichodiagnosztikus és a droghasználat mintázataira vonatkozó kérdőíves eljárások kombinálása. A droghasználat, az életstílus- és a mentálhigiénés jellemzők komplex vizsgálata az egyetemista/főiskolás populációnál. Korábbi kutatások eredményeit használták fel kiindulópontként: az érintett populáció körében az otthon, mint változócsoporthoz jelentősen kisebb meghatározó erővel bír, mint azt korábban feltételezték. Ebből az alapfeltevésekből kiindulva az adatvezérlésre alapozott kutatómunka számos olyan tényezőt emelt ki, amelyeknek meghatározó szerepe lehet a szerhasználatban. Az adatvezérelt prevenció támaszkodik az elméleti megközelítésből nyerhető információkra és elméleti modellekre, de csak olyan mértékben, amennyire a témában hozzáférhető adatok az elméleteket megerősíthetik. Az eredmények között vannak direkt, a prevencióra releváns elemek: a pszichés rizikótényezők és a droghasználat összefüggéseire, az életvezetési készségek jelentőségére a drog-megelőzésben.

3. *Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Szociológia és Szociálpolitika Tanszék „A vallásosság hatása a serdülők kábítószer-fogyasztására”:*

A kutatás célja a középiskolások kábítószer- és alkohol-fogyasztásának epidemiológiai felmérése volt. Közvetlen megkérdezéssel alapuló kérdőíves módszerrel, önkitöltős anonim teszt alapján. A mérések két helyszínen, Budapesten és Kolozsváron zajlottak, összesen 1047, 10. osztályos diákkal. A megkérdezettek körében átfogó, reprezentatív minta készült a kábítószer-fogyasztást illetően.

4. *Ro-Net Bt. „Drog és droghasználat a világhálón”:*

A kutatás keretében internetes honlapokat vizsgáltak: a drogokhoz kapcsolódó tartalmak terjedelmét, a megközelítés módját. Az Internet szerepe a fiatalok életében egyre jelentősebb és a véleményalkotásukban, értékrendszerük kialakulásában egyre nagyobb szerepet játszik. Az interneten elérhető média tartalmakat szándékolt és nem szándékolt közléseket, vélemény és attitűdformáló tartalmakat semmi sem szabályozza. 1400 honlapról készült a vizsgálat; az adatgyűjtéshez valamennyi oldalt felkeresték, adatlapot töltöttek ki róla, és a kapott információt tartalmi szempontból feldolgozták.

2002-ben **A kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó alacsonyküszöbű intézmények, programok szolgáltatásainak támogatására** a GYISM 40 db pályázat keretében 81 millió Ft-ot fordított. Ennek során új intézmények és programok jöttek létre. Az alacsonyküszöbű szolgáltatás kifejezés azt jelenti, hogy a droghasználókkal szemben nem várják el, hogy azonnal abbahagyja a drog használatát,

és a drogmentességet megkövetelő kezelőhelyek szigorú terápiás szerződéseikhez és házirendjéhez alkalmazkodják. Alacsonyküszöbű szolgáltatásnak minősül:

- szociális ellátás
- klubok
- védett éjszakai szállás
- lakóotthonos elhelyezés fekvőbetegek számára
- egészségügyi alapellátás nyújtása
- szűrővizsgálatok
- állapotfelmérés
- beutalás kezelőintézménybe
- szociális szolgáltatások
- jogsegélyszolgálat
- önszervező csoportok támogatása
- megkereső munka
- konzultációs központ
- telefonos segélyszolgálat
- tűcsere
- metadon fenntartó kezelés

Az ambulánsan vagy kórházi osztályon, illetve rehabilitációs otthonban leállt szenvedélybetegek visszakerülve lakóhelyükre a nagyvárosba, sokszor kerülnek kapcsolatba az elmagányosodás, illetve a fokozott kábítószer-használat jelenségeivel. Mindkettő visszaeséshez vezethet. Az alacsonyküszöbű szolgáltatást végző intézmények, valamint ezek programjai ennek kiküszöbölésére, a társadalomba való reintegrációt elősegíteni hivatottak.

1. *Debreceni Egyetem „Ariadné fonala – alacsonyküszöbű mentálhigiénés és drogzonzultációs szolgálat beindítása a Debreceni Egyetemen tanuló hallgatók számára”:*

A program szükségességét az indikálta, hogy az egyetemisták/főiskolások körében nagy igény van a mentálhigiénés pszichoszociális ellátásra. Az *Ariadné fonala* a hallgatók számára könnyen elérhető, alacsonyküszöbű szolgáltatást biztosít: konfliktussal, életvezetési, tanulási problémákkal küszködők, valamint szenvedélybetegséggel kapcsolatos kérdésekkel rendelkezők kereshetik fel, egész évben.

2. *Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnázium „Szenvedélybetegek személyközpontú oktatása, gondozása a Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnáziumban”:*

A Tanodába járó diákok 70%-a használ különféle drogokat, néhányan kábítószerfüggők. Az esetkezelő munka fő iránya a számukra elfogadható és befogadó közösség megtartó és motiváló ereje a leszokás felé. A segítő személy intenzív támogatásával bevonták a Tanodába jelentkezőt egy segítő kapcsolatba, amely során megszűnt a merev elutasítás, sikerült a szerfogyasztást mérsékelni, vagy abbahagyni. A Tanodába kerülő deviáns magatartású, beilleszkedési problémákkal küszködő, hányatott életsorsú drogfogyasztó, illetve azzal próbálkozó fiatalok zöme ezen életvezetésből adódóan nagyon komoly tanulási problémákkal is küszködik. Jellemzőek a tanulásmódszertani hiányosságok. Működésük alapját az önismeretet mélyítő személyiségfejlesztő csoportfoglalkozások adják.

3. *Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza „Drogambulancia metadon kezelésének fejlesztése”:*

A gyulai drogambulancia klienseinek körülbelül egyharmada ópiát függő. A régióban korábban hagyományos gyógyszeres kezelés működött, ám nem eléggé hatékonyan. A metadon kezelés által csökkent az illegális ópiát-fogyasztók száma. A detoxikálásban, illetve a fenntartó kezelésben részesülők közül többen a végleges leállást próbálták meg, vagy kezelésre jelentkeztek. A programnak köszönhetően a toxikus esetek száma csökkent. A rendszeres orvosi kontrollnak köszönhetően javult a kliensek egészségi állapota, a korai észlelés és hatékony beavatkozások révén.

A kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó alacsonyküszöbű programok, valamint kábítószer-fogyasztókat kezelő intézmények részére **szupervízió biztosításának támogatására**, a munkájuk során felmerülő szakmai kérdések tisztázására, havonta legalább egy alkalommal, rendszeres képzés biztosítására 28 db pályázat érkezett. Az elnyert összeg 9 380 000 Ft. A pályázat célcsoportja az alacsonyküszöbű programokban, kábítószer-fogyasztókat kezelő intézményekben dolgozó segítő szakemberek. A segítőnek nem csak a kábítószeres fajtáival, használatával, hatásaival és tüneteivel kell tisztában lennie, hanem a megfelelő ellátási formákról is átfogó információkkal kell rendelkeznie a hatékonyabb munka érdekében. E szakemberek képzéséhez, a **Kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó segítő, szakemberek képzésének támogatása** címmel nyújtott 14 millió Ft támogatást a GYISM 2002-ben. A pályázaton 32 db program került támogatásra.

1. Drog Stop Budapest Egyesület „A Drog Stop Egyesület munkatársainak komplex képzési programja”:

Az Egyesület alaptevékenysége a non stop, anonim és ingyenes telefonszolgálat üzemeltetése. Az ügyelők felkészítése, szupervíziója mellett a munkatársak szubolási feladatokat is kaptak, valamint igyekeztek ellátni a prevenció munkának azt a részét, amely a különböző eseményeken való jelenlétet, a telefonszolgálat ismertségét terjeszti. A szupervíziós csoportok tartalmaztak pszichodráma elemeket, kognitív terápiás elemeket is. A képzés az ügyelők fluktuációja miatt folyamatos.

2. Válaszút Alapítvány „Válaszút Alapítvány munkatársi továbbképzés – Eszközeim, lehetőségeim és határait a szenvedélybeteg emberek segítésében”:

A képzés teljes tematikája, ütemezése oly módon épült fel, hogy az egyes szakmai szintek közti lépcsőket csoportmunkával, a résztvevők közös erőfeszítéssel, a saját szemléletükbe mélyen beépülve érhetik el. Olyan szituációs feladatokat oldottak meg, melyekkel a mindennapi életben gyakran találkozhatnak. A gyakorlatban szerzett tapasztalatokat rendszerezve térhetek vissza munkájukhoz a szakemberek, tisztább kompetenciahatárokkal, hatékonyabb segítői beavatkozással.

A kábítószer-probléma miatt az életvezetés során felmerülő gondok feloldására, a társadalomba való visszailleszkedés elősegítésére a GYISM 16 370 000 Ft értékben 27 db programot támogatott **A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos önszegítő csoportok létrehozásának, létező csoportok működésének támogatása** címmel kiírt pályázati kategóriában.

1. Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenció Központ „Metadon Csoport”:

A Drogambulancián a methadon-programban résztvevő kliensek számára indítottak önszegítő csoportot, melynek célja, hogy a methadon-kezelés mellett az illegális ópiátfogyasztást teljes mértékűen kiküszöböljék, megerősítsék a pszicho-szociális hátteret, illetve a teljes absztinenciára törekedjenek. A csoport szabad interakciós, nyíltvégű csoport formájában működött/működik. Előre tervezett tematika alapján, a methadon-kezelésben lévő betegek társadalmi megítélése, a methadon biokémiai hatása, a drog mellékhasználat, a család, társadalmi kapcsolatok, illetve a methadon-kezelés esetleges abbahagyása témák felvetésével zajlottak a foglalkozások.

2. Egészségügyi és Szociális Ellátó Szervezet, Családsegítő Központ „Drog ellen küzdő szülők klubja”:

A csoport célja, hogy a helyi közösségek növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneken és családokon, alkalmassá kell tenni a szülőket arra, hogy drogmentes életre készítsék fel a fiatalokat. Beszélgetésekkel, szituációs játékokkal, szerepjátékokkal próbálták feldolgozni és választ keresni a kábítószer-fogyasztás okaira, a kábítószerrel összefüggő életvezetésre. Emberi értékeket és gyengeségeket beszéltek meg, ezekhez való viszonyukat, és e tulajdonságokkal rendelkező személyekkel való kapcsolatukat. A beszélgetések során felszínre kerültek a segítésben a nemek közti különbségek. Az interaktív módon zajló összejövetelek analízissel zárultak.

A kommunikáció elősegítéséhez sugárzott és elektronikus médiaprogramok, valamint a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos kiadványok megjelentetésének, eszközök létrehozásának támogatásához a MA és KA témájú pályázatok szolgáltattak anyagi forrásokat. A médiaprogramok

elsősorban a probléma iránti fogékonyságot növelik, a téma társadalmi kommunikációjában játszhatnak szerepet. Egyes speciális témákban, jól körülhatárolt célcsoportok esetében, megfelelő médiaeszköz felhasználásával preventív hatásuk is lehet. A média olyan üzeneteket is közvetíthet, amelyek közvetve vagy közvetlenül felhívhatják a fiatalokat a droghasználatra. Szükséges ezeknek a hatásoknak a kivédése, az ilyen média-üzenetek korlátozása, a drogmentes értékeket közvetítő média-hatások erkölcsi, közösségi támogatása. „**A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos sugárzott és elektronikus médiaprogramok támogatása**” címmel a Minisztérium 2002-ben 33 815 000 Ft-ot használt fel 29 db program támogatására. A pályázat kész, vagy készülében lévő, megjelenés alatt álló művekhez nyújt résztámogatást, melyek elősegítik az egészségfejlesztéssel és drogmegelőzéssel kapcsolatos sorozatműsorok, drogmegelőzéssel kapcsolatos műsorok, valamint üzenetek megvalósulását. A kábítószer-használat szempontjából veszélyeztetett fiatalok, illetve a segítő foglalkozású szakemberek számára készült, egészségfejlesztési szemléletű, korszerű és hatékony megelőzési kiadványok megjelentetésének, valamint eszközök létrehozásának támogatáshoz „**A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos kiadványok megjelentetésének, valamint eszközök létrehozásának támogatása**” címmel 26 millió Ft-ot nyert összesen 41 program. A kiadványok tartalma nem alapulhatott elrettentésen, hanem a drogokkal és a kábítószer-fogyasztás jelenségével kapcsolatos ismeretek objektív közzétételét szolgálja. Valamennyi kiadvány, eszköz hiánypótló jellegű, mert olyan témákban kínálnak hasznos ismereteket, amelyekkel a mindennapokban nem, vagy csak kis valószínűséggel van alkalmunk találkozni.

1. *DUE Produceri Iroda Kft. „Fűben járó bűn”:*

Olyan példákat, elcsábult fiatalokat mutatnak be, akiknek története hitelessé tette a műsor mondanivalóját. Az adások összeállításába a diákrádiósok is bekapcsolódtak, akik társaik számára saját szemszögükből készítették a műsorokat és közelítették meg a súlyos kérdéseket. A műsor elsősorban azoknak szólt, akik még nem kerültek a drogoktól krízishelyzetbe, de az iskolákban, a szórakozóhelyeken terjedő csábítás hatására akár potenciális fogyasztókká válhatnak. Minden adásban jelentkezett a Droglexikon rovat, melyben ismeretterjesztő montázsban mutatták be a drogokat és azok hatásait.

2. *Baranya Megyei Önkormányzat Közegészségügyi, Narkomán Fiatalokat Gyógyító-Foglalkoztató Közalapítvány „Drogvesélyben”:*

A kiadvány célja, hogy bemutassa az INDIT Közalapítvány intézményeinek, szolgáltatásainak elérhetőségét, valamint a kémiai szer és használója közötti kapcsolatot demonstrálja a kezdeti kipróbálástól a lehetséges függőség kialakulásáig. A kiadványban megtalálható három, felépülőben lévő szenvedélybeteg cenzúrázatlan és korrektúra nélküli drogkarrier leírása is.

3. *Eötvös Lóránd Tudományegyetem Eötvös Kiadó: „Egészségpszichológia tankönyv”:*

A kiadvány az egészségpszichológus, a klinikai szakpszichológus szakirányú képzés, és az egészségügyi szakközépiskolai képzés alaptankönyve. Az egészségmagatartás, egészségmegőrző magatartás, a segítői hivatások pszichológiája, az empátia azemélyiséglélektani, személyiségfejlődési vonatkozásait dolgozza fel. Hasznosulása a képzés színvonalának biztosítása, és a végzett szakemberek gyakorlati tevékenységének eredményességében mutatkozik.

Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében 6. 2. 2. 12. pontja a **romákkal kapcsolatos megelőző programok** nevet viseli. Azt mondja ki, hogy „A roma lakosság egyes csoportjainak halmozottan hátrányos életkörülményei, valamint kulturális jellemzői speciális programok elindítását teszik szükségessé. E programokat hatékonyan csak a roma közösségek által elfogadott hiteles romákat is összefogó civil szervezetek és szociális munkások képesek közvetíteni.

2002-ben e szempontok figyelembevételével alakítottuk ki támogatási rendszerünket, és használtunk fel 43 millió Ft-ot. A pályázatok elbírálása szakértő bevonásával történt.

A tárca folytatta a 2001-ben megkezdett **kisebbségekkel kapcsolatos szakmai feladatok** megvalósításait.

2002-ben első kiemelt programunk – amely februárban indult el – egy több éves képzési program első lépcsőjének tekinthető. A program drogügyi koordinátorok képzése cigány fiatalok tanárai, nevelői részére, illetve roma fiatalok kortárssegítő-képzése. Az ún. „train the trainers” módszerrel működő kép-

zés a pilisborosjenői Pedagógus-továbbképzési Módszertani és Információs Központ által alapított „Iskolai drogkoordinátorok képzése” c.akkreditált, 30 órás, ingyenes pedagógus-továbbképzési program adaptációja.

Ennek keretében 2002-ben több mint 100 roma származású, a kábítószer-problémának valamely területén érintett szakember és kortárssegítő képzésére került sor.

Másodsorban a kortárssegítő-képzések pályázati és egyedi formában történő támogatására került sor, melynek köszönhetően az ország több pontján, számos civil szervezet szervezésében zajlottak. Támogattunk továbbá életmódtábort, konferenciát, önszorgító csoportot és hozzájárultunk civil szervezetek működéséhez.

Diótörés Alapítvány

A Diótörés Alapítványt a probléma kezelésére 1997-ben hozták létre. Fő célja a volt állami gondozott, hajléktalan egyedülálló fiatalok komplex reszocializációja. A fiatal hajléktalanok (18-30) között a volt állami gondozottak aránya mintegy 40%. A szervezet célcsoportja 100%-ban roma származású, roma identitású fiatalok, akik jelentősen érintettek a drogproblémával. Betegek, képzetlenek, bűnelkövetők és potenciális áldozatok is egyben.

Az alapítvány egyik fő tevékenysége cigány kortárs segítő képzés. 1999 óta fővárosi szinten évente mintegy 75–100 új segítő képzése zajlott. Az Alapítvány szorosan együttműködik a Cigány Kisebbségi Önkormányzatokkal. A kortársképzés eltér a többi kortársképzéstől, mégpedig abban, hogy figyelembe veszi a cigány családok nevelési szokásait, a hagyományokból fakadó jelleget és ennek megfelelően nem csak drog-prevencióval, hanem a cigány fiatalok társadalmi integrációját is foglalkozik. Mindkét program monitorozott, és az Oktatási Minisztérium által akkreditált. 2002-ben az Alapítvány működési költségeit támogattuk.

Megismerve Elfogadni Alapítvány

A GYISM évek óta alapvetően két az (Alapítvány által működtetett) kábítószer-megelőző programot támogat. Mindkettő célja a cigány gyermekek integrációjának elősegítése. Az oktatáson kívüli személyiség fejlesztés és tehetséggondozás, szaktantárgyi felzárkóztatás, melyet 1999-ben indított el az alapítvány 160 gyermek számára Budapesten, az általános iskola ötödik osztályos tanulói számára. Ez egy előre kidolgozott 4 éves program, heti 2 óra kis csoportos foglalkozások keretében. Fontos, hogy a program folyamatosan aktualizált.

A kortársképzés annyiban speciális, hogy figyelembe veszi a cigány családok nevelési szokásait, a hagyományokból fakadó jellegzetességeket és ennek megfelelően nemcsak drogprevencióval, hanem a cigány fiatalok társadalmi integrációjának kérdéseivel is foglalkozik.

Mindkét program monitorozott, és az Oktatási Minisztérium által akkreditált.

Collegium Martineum

A Collegium Martineum Alapítványt 1996 nyarán alapították, hazai és külföldi egyházi segítség-szervezetek, valamint magánszemélyek, annak érdekében, hogy programot és intézményi háttérrel biztosítson a szociálisan hátrányos helyzetű, a társadalom jövedelem és presztízshierarchiájának alsó tíz százalékából induló – főként cigány származású – fiatalok továbbtanulásának segítésére. Kollégiumának a gyermekszeretet, a tanulói személyiség tiszteletben tartása jegyében humanista és demokratikus elvek alapján, a közösen kialakított értékrendszer közvetítésével neveli, oktatja a diákokat.

A koncepciójukkal egy falusi háztartás modelljét kívánják megvalósítani. Az intézmény családi jellege, a polgári életmód elemek mindennapi közelségbe hozása lehetővé teszi, hogy a tanulók megismerjék és begyakorolják egy többgenerációs háztartás tervszerű működésének szereposztását, eszközeit, buktatóit, és örömeit. 2002-ben a kollégium működési költségeit támogattuk.

Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány

Drogügyi koordinátor képzési program a cigány fiatalok tanárai, nevelői részére, illetve a roma fiatalok kortárs segítő képzése. A képzések célja:

Hozzájárulás az oktatási rendszer egészségfejlesztési erőforrásainak bővüléséhez, különös tekintettel a drogprevencióra.

A pedagógusok egészségfejlesztési és drogpreevenció ismereteinek és készségeinek bővítése. A három napos képzéssel a cigány fiatalok körében végzett, hosszú távú drogpreevenció program központi magvát jelentő „drogügyi koordinátorok” körének kialakítása annak érdekében, hogy eredményesen tudjanak személyes segítséget nyújtani a cigány fiataloknak a drogpreevenciók, a kiutat és megelőzést segítő alternatívák, a társadalmi beilleszkedést segítő speciális ismeretek, készségek területén.

Romano Glaszo Cigány Egyesület

Az Egyesület 1993 óta képez és foglalkoztat cigány utcai szociális munkásokat drog/AIDS- és hajléktalan prevencióban. Szakmai programjait a Nemzeti Egészségvédelmi intézet Hátrányos Helyzetűekkel Foglalkozó Osztályának munkatársai dolgozták ki és gyakorolnak felette szakmai felügyeletet. Az Egyesület számos területen kiemelkedő eredményt mutathat fel. Működtet folklór együttest, rádiót, tábort szervez, aktívan részt vesz az ELTE Kulturális Antropológia tanszékének terepmunkájában, és több gyermekklubot működtet.

2002-ben „Drogfoci” nevű drogpreevenció program hátrányos helyzetű gyermekek részére nevű program működtetett támogatásunkból.

Pásztó Város Önkormányzata

A szervezet évek óta szervez életmódtáborokat. Minden évben igen nagy hangsúlyt kap a cigány kultúráról tanultak elmélyítése, meghívott szakemberek előadásai, új alkotások megismerése, feldolgozása révén. A táborokban helyet kap a „Gyermek száj” közéleti fórum, a cigány népismeret, az egészségvédelem, drogpreevenció, kézműves foglalkozások. A programok szakmai színvonalát emelik a meghívott vendégek is. Pl.: Telek Ervin, Berki Judit, Reviczki László.

Fővárosi Önkormányzat Béke Gyermekotthona

Az Otthonban 80 halmozottan hátrányos, súlyos magatartászavarokkal, drogpreevencióval, iskolai ártalmakkal érintett 12-24 éves fiatal él. A preventív szakmai munkában, - amelynek végcélja társadalmi integráció és reszocializáció - kulcsfontosságúnak tartják, hogy fiataljaik szabadidejét minél változatosabbá, színesebbé tegyék, mely programok elősegítik fizikai, lelki és erkölcsi fejlődésüket. Ilyen program, pl.: az állami gondozott fiatalok drogpreevenció kreatív művészeti zenei műhelye. A Minisztérium 2002-ben nyújtott támogatásának köszönhetően tudott megvalósulni több drogpreevenció program a gyermekotthonban, és az V. Egészségfejlesztési és drogpreevenció továbbképző konferencia, tréning.

Dzsumbuj

1937-óta Budapest kilencedik kerületében működő Dzsumbuj lakói sajátos életformát alakítottak ki, magába foglalva a deviancia igen sok változatát. Lakói jelenleg döntő többségében ma roma családok.

1998-óta a Dzsumbuj Help Közösségfejlesztő Központ helyet ad a Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontaktprogram (CAT) majd 2002-közepétől csatlakozó Kék Pont Drogpreevenció Központ Kétőspont által működtetett, ártalomcsökkentő tanácsadással kiegészített megkereső stratégián alapuló tűcsere programnak.

2002-ben működési támogatást nyújtottunk a programot végrehajtó szervezeteknek.

A Rendőrség Bűnmegelőzési Szolgálatának tevékenysége

A Rendőrségnek a kínálatcsökkentés mellett meghatározó szerepe van a drogok iránti kereslet csökkentésében is. A Rendőrség Bűnmegelőzési Szolgálatának feladatrendszerében hosszú évek óta prioritás a drogfogyasztás és kábítószer-bűnözés megelőzése. Munkatársaink számos programot indítottak, rendezvényt szerveztek, előadást tartottak annak érdekében, hogy a fiatalok megismerjék az egészséges, drogmentes, bűnmentes életszemlélet kialakításához nélkülözhetetlen információkat.

A Bűnmegelőzési Szolgálat minden lehetőséget igyekszik megragadni annak érdekében, hogy a társadalom egyes célcsoportjai hiteles, pontos, a rendőri munkán alapuló tájékoztatást kapjanak a drogjelenségről, annak veszélyeiről, jogi és társadalmi háttéréről.

A drogpreevencióval összefüggésben a megyei bűnmegelőzési osztályok munkáját jellemzi, hogy a fiatalok széles rétegeit megszólítva közvetíti a követendő magatartásformákat.

Fő célcsoportjai a 7-20 éves korosztály, a pedagógusok, szülők, segítők. Ezzel összefüggésben a Rendőrség az elmúlt évben is tovább folytatta a Nemzeti Drogpreevencióban is nevesített, 2001-ben

megújult D.A.D.A Programot, a Rendőrség Biztonságra Nevelő Iskolai Programját. A kialakult gyakorlat és a vonatkozó belső normák alapján biztosítottuk a Program működésének folyamatosságát, megszerveztük az új belépő oktató rendőrök felkészítő tanfolyamait. A lehetőségek függvényében a programba bevont iskolák, osztályok és a végrehajtó rendőrök számát a 2003/2004-es tanévben is növelni kívánjuk. Megkezdjük a D.A.D.A. Program középiskolás változatának kidolgozását is.

A 2002-es évben a korábbi években kifejlesztett módszereinket alkalmaztuk, mennyiségében-minőségében továbbfejlesztettük. A Bűnmegelőzési Szolgálat a tárgyévben is kiadványokkal, tájékoztatókkal, szakkönyvekkel, plakátokkal, video anyagokkal állt az érdeklődők rendelkezésére. Kihasználtuk a média lehetőségeit is a közvélemény tájékoztatására, informálására. Részt vettünk konferenciákon, szakmai fórumokon, vitákon. Hangsúlyt fektettünk a rendőri állomány továbbképzésére, a tárgyévben is megszerveztük az ifjúságvédelmi és drogmegelőzési vonalvezetők országos tanfolyamát. Önálló programokat bonyolítottunk le az ENSZ Kábítószer-ellenes Világnapjához (június 26.) kapcsolódóan, melynek keretében az aszói Fiúnevelő Intézetben egész napos zenés szakmai programot hajtottunk végre. Képviseletünk magunkat a Sziget Fesztiválon is, ahol a László Kórház AIDS laboratóriumának munkatársaival közös standon találkoztunk a fiatalokkal. Kiemelt figyelmet fordítottunk a roma fiatalok körében végzett drogrevenüciós munkára is. Kidolgoztuk a "Jogodban áll ismerni" című országos drogjogi audiovizuális programunkat. "Ne legyen több áldozat" címmel szakkönyv elkészítésében működünk közre. A BM drogprogramja keretében pedagógusok felkészítésében vettünk részt. Együttműködünk mindazon állami-, önkormányzati- és civil szervezetekkel, amelyek céljaival, módszereivel azonosulni tudunk.

Előterjesztést készítettünk a KKB számára a rendőrségi drogmegelőzési programok tapasztalatairól. A szakbizottságok munkájában folyamatosan részt vettünk, utasítás alapján képviseltük a Rendőrséget. Részt vettünk az iskolai drogügyi koordinátorok felkészítésében is.

A telefonos segélyszolgálatok tapasztalatai 2002-ben³³

A droghasználat az elmúlt években jelentős teret nyert a fiatalok életében. A probléma megközelítése, a jelenség kezelése többretegű, összekapcsolódó rendszeren keresztül valósul meg. A preventív rendszernek egyik összetevője a nemzeti „help line” telefonszolgálat amely a maga sajátosságaival segít és ezen a szűrőn keresztül látja a problémakört.

A telefonszolgálatok célja:

A telefonszolgálat, és a telefonos hívásokat fogadó civil szervezetek, egészségügyi intézmények mottója lehet: „Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémával küzdő egyéneket és családokat” - A telefonszolgálat az anonimitást biztosító jellegével, hívhatóságával valóban megfelel a nemzeti drog stratégiai célnak, hiszen nem csak az illegális anyagot fogyasztó (szenvédélybeteg), hanem a mikrokörnyezetének tagjai is - szülők, testvérek, rokonok, barátok, pedagógusok, munkatársak vagy egyszerű járókelők is hívhatják a telefonszolgálatot.

A telefonon keresztül nyújtott segítség az egyszerű információközvetítéstől - a tünetek felismerése, az anyaghasználat következményei, a kezelőhelyek (drogambulanciák, kórházi osztályok) címei, a civil társadalom által működtetett alacsonyküszöbű programok lehetőségei, elérhetőségei - a szenvédélybeteggel való beszélgetés, foglalkozás felvetéséig terjed. A telefonos segítségnyújtás kiterjed a krízis teljes idejére és nagyon sok esetben nem csak egyszeri beszélgetést jelent. Szeretnénk hangsúlyozni a „beszélgetés” fontosságát amelynek szociálpszichológiai vonatkozásait kezdjük egyre pontosabban látni. A városi, vagy vidéki fiatalok nagy számban hívják a telefonszolgálatokat, „Beszélgetsz velem egy kicsit” mondattal nyitva. Igényük és szükségük van arra, hogy egy általuk kompetensnek ítélt személlyel is beszéljenek dolgaikról, az értékrendekről, az őket foglalkoztató problémákról.

A telefonszolgálatok másodlagos célja, hogy a szenvédélybeteg eljuttassa, beléptesse a kezelési lánc legoptimálisabb pontjába, ahol a kliensre szabott szaksegítséget megkaphatja.

³³ Az összefoglalót Somogyi Dániel készítette

Szakmai háttér: A telefonszolgálatokat kiképzett önkéntes operátorok, addiktológiai asszisztensek, szociális munkások, pszichológusok, pedagógusok, egyetemi és főiskolai hallgatók látják el. A kialakított képzési ciklusok abszolválása után kerül az önkéntes segítő a telefon operátori szerepbe. Képzésük folyamatos: meghívott gyakorló szakemberek előadásai, szakirányú rendezvények, tanulmányok, szakirodalom.

Az operátorok telefonos segítő munkáját a szupervíziós csoportok segítik. A szupervíziós csoportokon kerülnek megbeszélésre azok az esetek, hívások, amelyek tanulságosak, vagy érzelmileg túl intenzívek az operátor számára. A közös gondolkodás révén alakul ki az az attitűd amely egy telefonszolgálat arculatát, sajátosságát körvonalazza.

Az országban működő telefonszolgálatok és sajátosságaik: Jelenleg működő telefonszolgálatok között, a szenvedélybetegeket – illegális anyaghasználókat megcélzó telefonszolgálat a Drog Stop Budapest Egyesület által működtetett „help line”, amely non stop módon üzemel és az egész ország területéről érkező hívásokat, fogadja. Minden körzetről és minden hálózatról érkező hívásokat fogad. A telefonszolgálat ingyenes hívhatóságával valóban az egyik legelső láncszemét képezi a drogprevenációs hálózatnak.

Szintén országos lefedettséggel működik a pécsi Gyöngyház Egyesület által működtetett ingyenes telefonszolgálat. Ez azonban időszakos megszorításokkal és hívó körzetek, mobil hálózatok kizárásával működik, a fenntarthatóság érdekében.

E két szolgálat esetében a klasszikus „segély hívás” szakmai protokolljai szerint történik a hívás fogadása, kezelése.

Számos Drogambulancia fogad drog-segélyvonal jellegű hívásokat. Ezek a telefonvonalak azonban a rendelési idők alatt működnek, és sok esetben csak a saját körzetükből kezdeményezett hívásokat fogadják. Hívásaik nagy részét az ellátási területen kezelt szenvedélybetegek bejelentkezései, visszajelzései teszik ki. A rendelkezésre álló adatok a pécsi, debreceni és a miskolci Drogambulancia telefonadatait tartalmazza. Ezen ambulanciák úgy fogadják a hívásokat, hogy a telefonhívást fogadó személy - általában az asszisztens - bemutatkozik és a hívó tudja, hogy kivel beszél. Számos esetben a hívó is bemutatkozik, hiszen valamilyen személyes kapcsolatban áll az ambulanciával.

Az említett drogambulanciák telefonhívásokra vonatkozó adatait kiterjesztjük a működő drogambulanciákra és így mutatjuk be őket.

Számos rehabilitációt végző civil szervezethez is futnak be telefonos hívások de hívhatóságuk nem ingyenes és nem érhető el non stop módon. Ezek közül a Drogfree Egyesület adatait mutatjuk be.

A civil ifjúsági szervezetek is rendelkeznek telefonos tapasztalatokkal Talán a legismertebb a Kapocs Önszolgálat amely szintén fogad telefonhívásokat. Itt is az időkorlátozás és a nem ingyenes vonal a jellemző. Fontos még kiemelnünk, azt a tényt, hogy nincsen közvetlen vonal, így a Petőfi csarnok központi számáról kapcsolják a hívónak a telefonügyelőt – a hívó motivációja nagyon erős, ha képes ezeket az átmeneteket abszolválni, azért, hogy valakivel megbeszélhesse problémáit.

Több segélytelefon, mint például a lelkisegély telefonszolgálatok, az ifjúságot megcélzó Kék Vonat is fogadnak drog témájú hívásokat de ezen jellegű hívások adataival nem rendelkezünk.

A telefonos segítséget nyújtók sokszínűségét és sajátosságát az határozza meg milyen szervezeti keretek között működik. Ez a szervezeti keret felhívó jelleggel bír és a hívók ennek megfelelően szelektálódhatnak. A civil szervezetek alaptevékenysége is felhívó jelleggel bír, a fogadott hívások zöme a programjukba való kerülés lehetőségeit kérdezi.

A telefonszolgálatok adatai: A szervezeti felépítés függvényében – egészségügyi (drogambulancia), civil szervezetek és a „help line” telefonszolgálat – tekintjük át a rendelkezésre álló adatainkat.

A drogambulanciák

Miskolci Drogambulancia	2 960 hívás
Pécs Drogambulancia - Drogrehabilitációs otthon	4 000 hívás
Drogambulancia Debrecen	3 848 hívás
Drogambulanciák 10 db. átlagosan	39 000 hívás
Összesen:	49 808 hívás/év

A hívások tartalmi megoszlása (a Baranya Megyei Önk.Narkomán Fialokat Gyógyító-Foglalkoztató Közalapítvány adatai alapján – dr. Szemelyác J. - valószínűsítve, hogy minden drogambulancia hasonló mennyiségű hívást fogad):

új kliens	átlag értékek	10-15 fő/hét x10 drogambulancia
terápiában lévők időpont kérése		20-25 fő/hét x10 drogambulancia
terápiában lévők segélykérése		15-20 fő/hét x10 drogambulancia
hozzátartozó (családtag, barát)		
kérdése, érdeklődése	10 fő/hét	x10 drogambulancia
névtelenek kérdései		
anyagokról hatásokról	5-10 fő/hét	x10 drogambulancia
szakmai konzultációk	10 fő/hét	x10 drogambulancia

A használt kábítószer szerinti megoszlás – (a Miskolci Drogambulancia adatai alapján – Dula Ferencné részlegvezető asszisztens - szintén feltételezve az azonos arányú megoszlást a többi drogambulancián is):

diszkódrogok	25%	
heroin		20%
marihuana		15%
szerves oldószer		10%
politoxikománia	10%	
alkoholbetegség		10%
játékszenvedély	10%	

A nemek és életkori eloszlás tekintetében nem áll rendelkezésre információ.

Az országos „help line” Drog Stop telefonszolgálat és a pécsi Gyöngyház telefonszolgálat adatai. Ezen adatok a MATÁV által rögzített hívásokat mutatja híváskörzetek szerint:

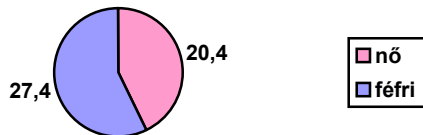
	Drog Stop Budapest Egyesület	Pécs Gyöngyház Egyesület	összesen
Pannon GSM (20)	549021	3606	552627
Westel900 GSM (30)	535865	5481	541346
Vodafone (70)	145453	1229	146682
Baja LTO (79)	2472	8	2480
Balassagyarmat (35)	534	3	537
Békéscsaba LTO (66)	2217	75	2292
Berettyóújfalu (54)	406	21	427
Biatorbágy (23)	1816	5	1821
Budapest (1)	31363	278	31641
Cegléd (53)	1054	0	1054
Debrecen (52)	3550	2	3552
Dunaújváros LTO (25)	412	4	416
Eger (36)	1134	4	1138
Egyéb	44	1	45
Esztergom LTO (33)	689	1	690
Gödöllő LTO (28)	1605	18	1623
Gyöngyös (37)	1319	22	1341

Győr (96)	1552	82	1634
Jászberény LTO (57)	854	2	856
Kaposvár (82)	1356	334	1690
Karcag (59)	154	5	159
Kazincbarcika(Ózd) (48)	2774	0	2774
Kecskemét (76)	2032	7	2039
Keszthely (83)	431	2	433
Kiskőrös LTO (78)	735	2	737
Kiskunhalas LTO (77)	995	1	996
Kisvárdá (45)	12311	408	12719
Marcali (85)	452	35	487
Mátészalka (44)	644	1	645
Mezőkövesd (49)	425	6	431
Miskolc (46)	2424	15	2439
Mohács (69)	413	73	486
Monor LTO (29)	2419	6	2425
Nagykanizsa (93)	556	15	571
Nyíregyháza (42)	7290	29	7319
Orosháza LTO (68)	1996	318	2314
Paks (75)	236	2	238
Pápa LTO (89)	566	1	567
Pécs (72)	1395	1816	3211
Salgótarján LTO (32)	489	4	493
Sárvár LTO (95)	455	0	455
Siófok (84)	368	427	795
Sopron (99)	401	2	403
Szeged LTO (62)	20024	457	20481
Székesfehérvár (22)	1295	8	1303
Szekszárd (74)	1832	205	2037
Szentendre (26)	809	4	913
Szentes LTO (63)	54	30	84
Szerencs (47)	1844	2	1846
Szigetszentmiklós LTO (24)	1107	0	1107
Szigetvár (73)	468	134	602
Szolnok (56)	2759	16	2775
Szombathely (94)	1985	7	1992
Tapolca (87)	579	1	580
Tatabánya (34)	1446	25	1471
Vác LTO (27)	4920	8	4928
Veszprém LTO (88)	1203	84	1287
Westel450 (60)	761	7	768
Zalaegerszeg (92)	566	8	574
Mindösszesen			1.379.776

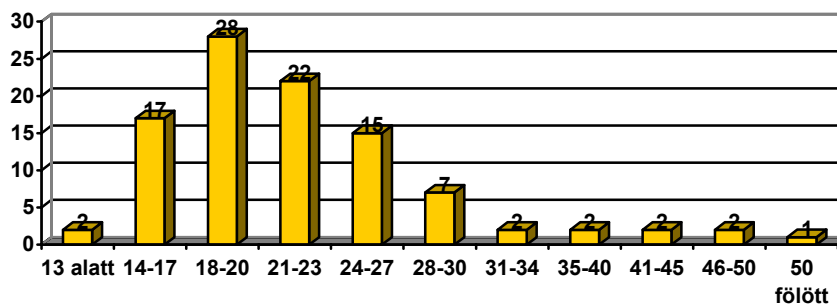
Fontos kiemelnünk a mobil hálózatról érkezett hívások számát amely évről évre lineárisan emelkedik, és amely a megváltozott kommunikációra is utal. A legtöbb hívást kezdeményezett telefonkörzete-
ket tekintjük a legfertőzöttebbnek

A továbbiakban a Drog Stop telefonszolgálatban regisztrált hívásokat elemezzük. (A Gyöngyház Egyesület adatai nem állnak rendelkezésünkre). Az adatok százalékos megoszlást jeleznek minden esetben.

Hívók nemek szerinti eloszlása



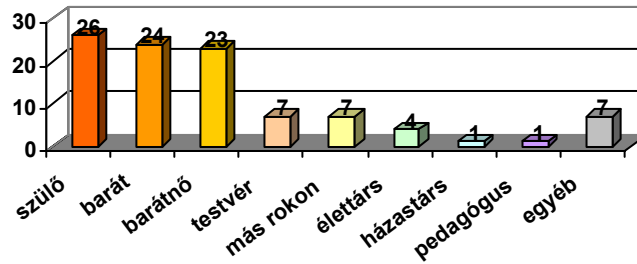
A hívók életkor szerinti eloszlása. Bár a hívók nem minden esetben jelentenek használót azért lát-szik, hogy a leggyakrabban a 18-20, 21-23 éves korosztály hív. Kisebb mértékben, de szignifikánsan magas a 1-17 és 24-27 évesek jelenléte.



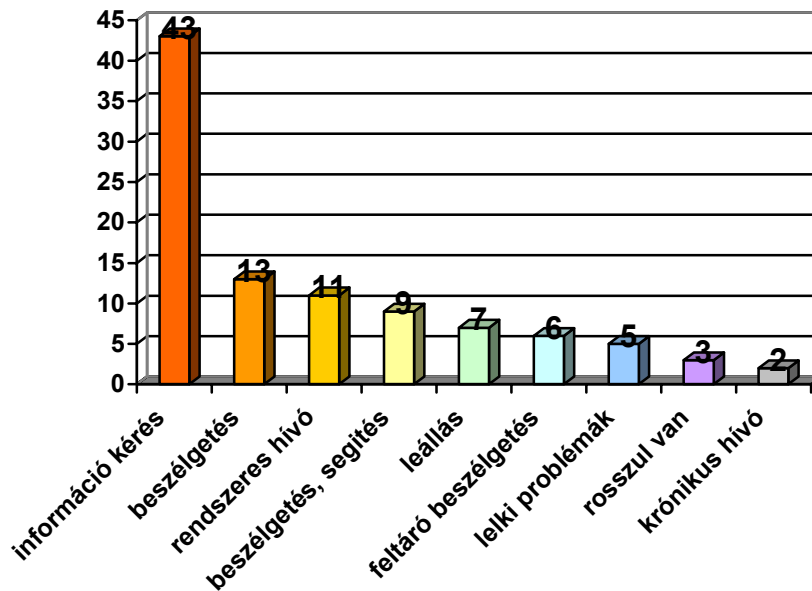
Ki a hívó? 71%-ban maga az érintett hív saját problémájára keres megoldást, segítséget.



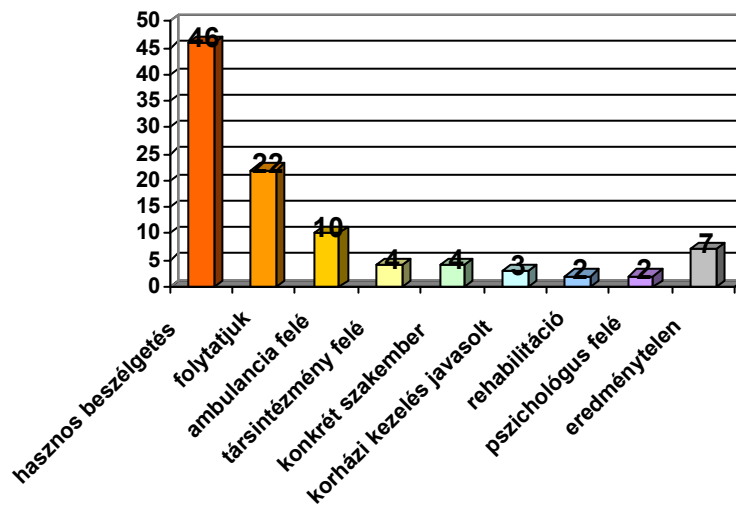
Ki a hívó? II.: A „Más személy”-t felbontva láthatjuk, hogy szinte azonos mennyiségben hívnak a szülők, illetve a barátok, barátnők. – a kortárs csoport tagjai. Tanulságos lehet az, hogy a hívások 1%-ban jelentkeznek a pedagógus. Lehet hogy a pedagógusok számára is felhívóbbá kellene tenni a telefon-szolgálatot?



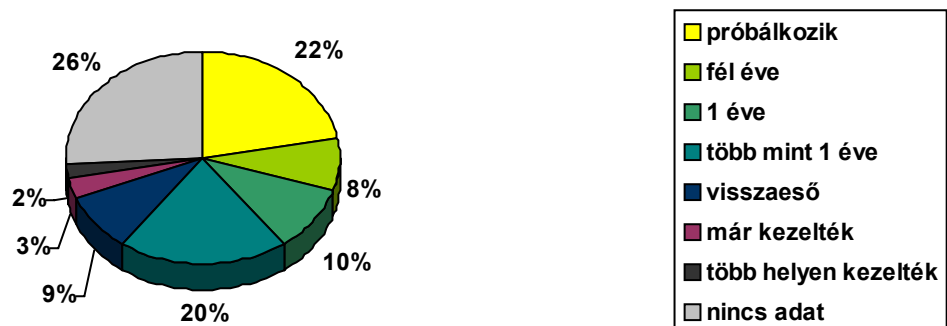
A beszélgetés jellege



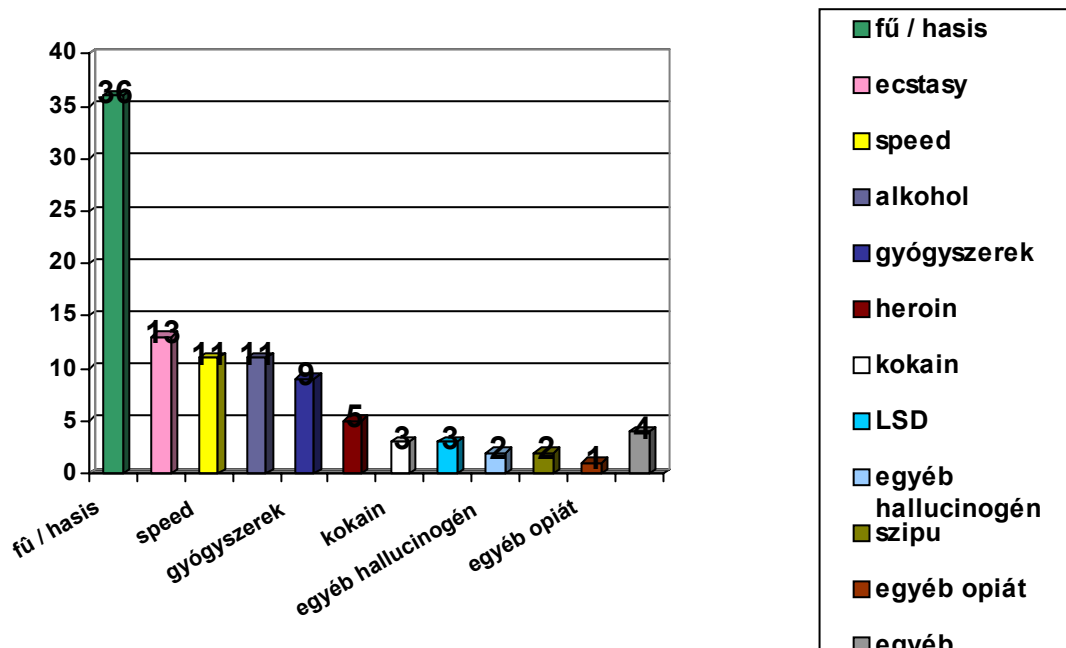
A lefolytatott beszélgetés kimenetele, a konszenzus megteremtése alapján.



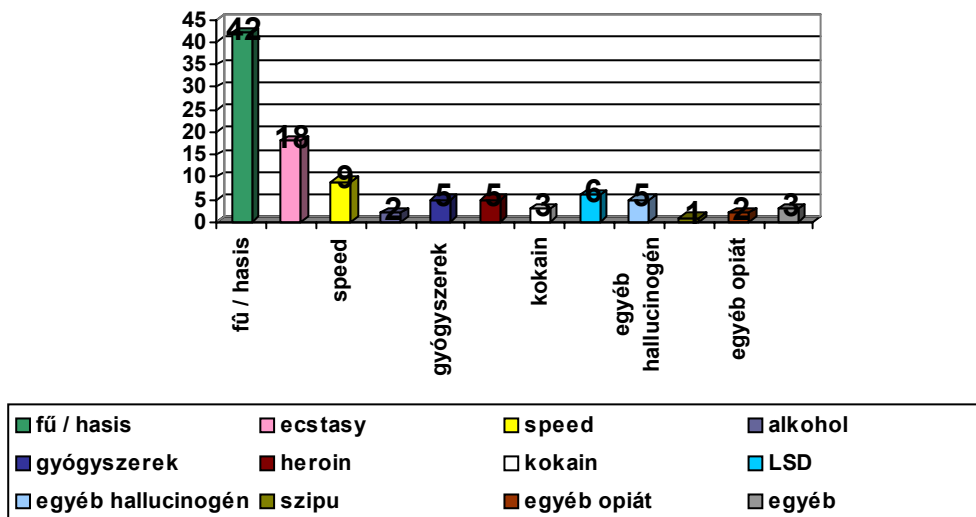
Mióta anyagozik? Az általunk látott kép ijesztő is lehet, hiszen csak 26% akiről nincsen adatunk (nem tárt fel a hívó adatokat) gondolhatjuk, hogy anyag mentes. Ez egybeesik azokkal az adatokkal amelyek a középiskolások körében végzett vizsgálatok jeleznek.



Drogok szerinti megoszlás I. : Használók. A telefonszolgálaton keresztül azt látjuk, hogy a fű, hasis használat a legelterjedtebb. Az ecstasy és speed összesen 24% áll a második helyen. Az alkohol és gyógyszerek – nyugtatók és hangulatjavítók száma is meglepően magas.

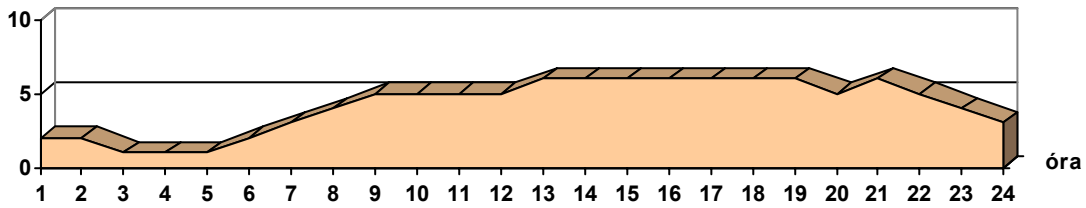


Drogok szerinti megoszlás II. : információkérés



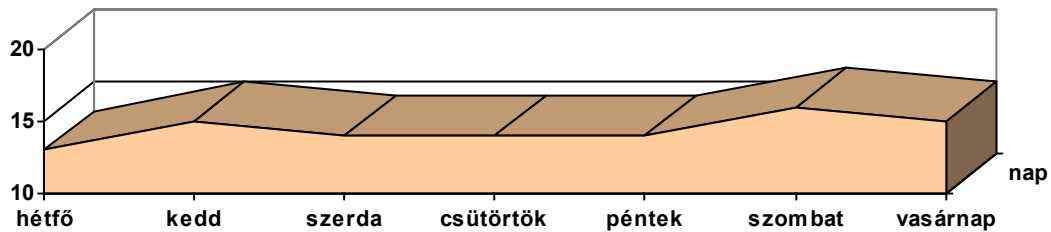
A hívások eloszlása I: órák.

Bár a délután folyamán szinte hívásáradat van kiemelkedik a 21 óra körüli hívásözön.



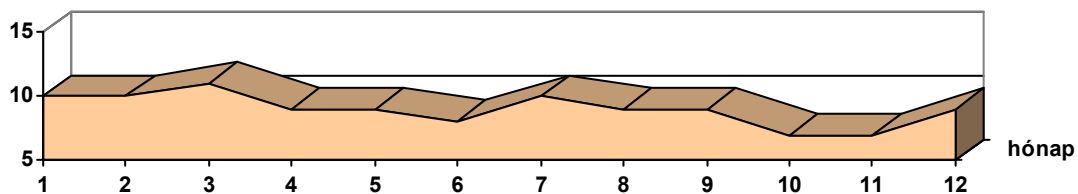
A hívások eloszlása II: napok.

A hívások számának emelkedése jelzi a kikapcsolódási napokat, kedd és szombat amikor a többi naphoz viszonyítva többen hívnak.



A hívások eloszlása III: hónapok szerint.

A tavaszi idő a szabadban és a barátokkal eltöltött idő egybeesik a hívások számának emelkedésével. Ezt követi az iskolai év vége, ahol más feladatok kerülhetnek előtérbe. A nyári, barátokkal töltött nyaralás, majd az őszi-iskolakezdési levertség. Ebből moccannak ki az év utolsó hónapjában.



Kábítószer-fogyasztók kezelése

Absztinenciát célzó, illetve józanságra irányuló kezelések³⁴

Ma már nincs olyan progresszívnek tekinthető addikciókat kezelő gyakorlat, amely az absztinencia elérését önmagában – utókezelés nélkül – kielégítő terápiás célnak tekintené. Ugyanakkor több számottevő terápiás szemlélet és program létezik, melyben az absztinencia nem szükséges feltétele a terápiás változásnak. Ám ezeket a programokat nem nevezik józanságra irányulónak. Az addiktológiai szakirodalomban – ellentétben a köznapi szóhasználattal – nem pusztán a kábítószerektől, illetve szesz italoktól tartózkodó állapotot, hanem a produktív életstílussal, a folyamatos fejlődéssel összekötött szermentességet hívják józanságnak. Az absztinencia elérése, a szer megvonása a legjobb esetben is csak a kezelés korai lépése, s önmagában mit sem változtat a szerhasználati szokásokon. A jó terápiás programok rendszeresek, sokrétűek, multidimenzionálisak, inkluzívek s a támogatások sokszínű palettáját kínálják. A Nemzeti Stratégia a Kábítószer-Probléma Visszaszorítása érdekében a kapcsolatfelvételtől a rehabilitációig terjedő kezelési lánc folyamatába helyezi az elvonási tünetek kezelésének és az absztinencia elérésének feladatát. Az absztinenciát, a megvonási tünetek intenzitásától függően, speciális detoxikálás révén és a nélkül egyaránt ki lehet alakítani. A speciális detoxikálás történhet gyógyszerekkel, s ismert az otthoni, gyógyszermentes detoxikálás gyakorlata is. Az absztinencia kialakítását követően a produktív életstílus kialakításhoz vezető változások elősegítésében, megfogalmazásában a szenvedélybetegségek kezelésének pszichoszociális és közösségi ellátási irányzata nyújt vezérfonalat.

A **felépülés dinamikus modellje** detoxikációs, korai felépülési és folyamatos felépülési fázisokat különböztet meg. (Brown, 1985) A talpraállás fontosabb vetületeit a testi, a pszichológiai, a szociális és a szűkebb értelemben vett addiktológiai dimenzió jelenti. Fázikusan zajló talpraállással számol az 1990-es évek nagyhatású elmélete a Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell is. (Rácz, 1999)

A **detoxikáló, absztinenciát „beigazító”** időszak az utolsó szerhasználatot követő heteket foglalja magában. A szer megvonása kellemetlen, időnként potenciálisan életveszélyes **testi** elvonási tüneteket produkálhat. Nem minden hangulatot, közérzetet, illetve érzékelést módosító szer szedésének abbahagyása jár elvonási tünetekkel. A hallucinogéneket, kannabisz-származékokat, inhaláló-szereket használók körében ritkák, alkohol-, opiát-, szedatívum- és stimuláns-használóknál aránylag gyakoriak az elvonási tünetek. Az elvonási tünetek gyógyszeres terápiája – mely a szövődmények gyakoriságának és nagyságának csökkentését is szolgálja – soha nem alkalmazható egyedüli kezelésként, az mindig támogató, empátiás gondoskodással egészül ki. A fizikai kezeléshez tartozik a megfelelő táplálás, az alvás és nyugalom biztosítása is. A hazai drogbetegellátás keretében mind a járóbeteg rendeléseken, mind a kórházi fekvőbeteg-ellátásban folytatnak detoxikáló és absztinenciát stabilizáló kezelést. Az elvonási tünetek gyógyszeres kezelésében széles körben használtak a benzodiazepinek, továbbá az adrenerg szerek, opiátok esetében a metadon, dohányzók esetében a nikotin-helyettesítő terápia terjedt el. Az absztinencia stabilizálására alkoholizmus esetében elfogadott a diszulfiram, a naltrexon és az antidepresszáns farmakoterápia. Többféle farmakoterápiás próbálkozás létezik és alkalmazott a szerek iránti igény, a sóvárgás csökkentésére. (Ellenben sehol nem folytatnak már reflexkondicionáló, hánytató averziós kezelést.) Az opiátfogyasztók egy szűkebb körénél metadon-szubsztitúciós kezelés folyik. Szórványosan alkalmaznak - alternatív medicinális koncepcionális alapokon nyugvó – fülakupunktúrát drogfüggők és alkoholisták esetében egyaránt.

A szerhasználatról absztinenciára váltás igen jelentős **pszichológiai** (érzelmi, kognitív és magatartásbeli) változásokkal jár. Jóllehet az absztinencia kezdetén, ahogy azelőtt is, a szer körül alakul a páciens élete, ám most már egészen más céllal, a szerhasználat abbahagyásának céljával. Amíg korábban maga a szer jelentette az élet és az idő szervező elvét, addig az absztinencia kezdetekor az élet szinte teljesen a szertől való tartózkodás feladatai köré szerveződik. Az absztinens életmódra váltó

³⁴ Az összefoglalót dr. Kelemen Gábor, a Leo Amici Alapítvány Drogrehabilitációs Intézetének vezetője készítette

személy fejlődés-lélektanilag sok szempontból az extrém mértékben függő, erőteljes külső támogatásra szoruló újszülöttre hasonlít. Ebben az időszakban nagy jelentősége van a modellkövető, imitáción alapuló szociális tanulásnak. Függők esetében a szer életük nélkülözhetetlennek hitt tartozékává vált. A kezelésben közreműködő, felépült szerhasználó személyiségének hitelessége ilyenkor mással nem pótolható reményt nyújt a számukra. Ezért különösen fontos az, hogy a multiprofessionális kezelő személyzetnek józan szenvedélybeteg tagja is legyen. A kezelésnek ebben a fázisában a páciens még egyszerűen nem érti meg a józan gondolkodás- és beszédmódot, még nem kész a józan diskurzus internalizálására. Az e fázisra jellemző regresszió, egy korai, primitívebb állapothoz történő ideiglenes visszatérés felszabadíthatja a fejlődés egyébként gátolt, lappangó erőit, a személyiség kreatív potenciálját, ami alapvető a gondolkodásbeli torzulások, a hibás integrációk és kapcsolódások helyrehozatalában. Biztonságos, támogató környezetben a páciens lehetőséget és bátorítást kap új magatartás- és viszonyulásmódok „mintha” formában történő, tehát visszavonható kipróbálására, ami az „újrადöntés” és az „újrafelnövés” kezdetét jelentheti. A szerhasználat gyakorta jár együtt externalizáló (pl. hiperaktivitás) és internalizáló (pl. szorongás, depresszió) zavarként megjelenő komorbid állapotokkal, melyek – mediátorként – szerepet játszhatnak a szerhasználat etiológiájában. (Tarter, Vanyukov, 2001) A komorbid állapot diagnózisának megbízható megerősítése sokszor csak később, a korai felépülés fázisában lehetséges.

Ami a szerhasználat ideje alatt kárba veszett (pl. tönkrement párkapcsolat, elvesztett munkahely), nem fog automatikusan helyreállni az absztinencia által. Az absztinenciát stabilizáló fázis első **szociális** feladata új, egészséges, józan kapcsolatok alakítása iránti kíváncsiság és igény felkeltése. A kórházi, rehabilitációs intézeti kezelés alatt állók esetében a csoport-, munka- és foglalkoztató-terápiák egyik alapvető célja a páciens korábbi izolációjának oldása a társas viszonyok dinamizálása révén. A járóbetegként absztinenciát kezdők számára intenzív, mindennapos inspiráló csoportterápia ajánlott. A csoportmunka mellett fontos a pszichológiai sajátosságaiban más jellegű józanságot támogató páros kapcsolat (pl. terapeutával vagy önszorgató szponzorral) kialakítása. A szenvedélybeteg családi kapcsolatai rendszerint diszfunkcionálisak. A hozzátartozók hozzászoktak ahhoz, hogy a páciens helyett cselekedjenek, s ők viselik a szerhasználó magatartás következményeit. Ez a viszonyulásmód nem segíti a talpraállást. Az „elégge jó” elvét követő szakemberek és sorstárs-segítők ügyelnek arra, hogy a szociális támogatásnak csak azt a minimumát nyújtsák, ami még nem gátolja a páciens önaktivizálását, önszervező erőinek mozgósítását. A figyelmes törődés „művészete”, a konfrontatívan együttműködő gondoskodás (carefronting) legalább annyira jelenti annak felismerését, hogy szakemberként mit ne tegyünk, mint annak tudását, hogy mit tegyünk. A rendszerszemléletű családterápia feladata az egészségesebb pszichológiai határok kialakítása és a család gyógyító erőforrásainak mozgósítása. A felépülésben nagyobb és biztonságosabb tartalékot jelentenek a sorstárs-kapcsolatok, mint az ellenséges-függő kapcsolati mintákkal küszködő családtagok.

A szűkebb értelemben vett **addiktológiai** dimenzióban a felépülési folyamat kezdetének fő teendője a tagadás mérséklése. A tagadás primitív elhárító mechanizmus, mely révén a páciens módszeresen kizárja és torzíja a szerhasználat következményeivel kapcsolatos információkat. A tagadás segítette fenntartani a szerhasználónak azt az alapvető tévhitét, hogy ő nem függő és szabadon képes kontrollálni a szer fogyasztását. A páciensek elsősorban a fájdalom és szenvedés miatt kérnek kezelést. Inkább védik az életfontosnak tekintett szerhasználat lehetőségét, mintsem fel akarnának hagyni azzal. Fontos megtudni, hogy a „menekülésen” kívül van-e egyáltalán más motivációjuk a kezelésre. A tagadás megtörése új, józan logikai struktúrák, attitűd- és életmód kibontakozását követeli. A már kevésbé tagadó páciens kezdi megváltozott módon szemlélni önnön történetét, ami lassan az elbeszélte identitás megváltozását eredményezi. Az eseményeket, élményeket átértelmező, azoknak koherenciát kölcsönző újféle élettörténet a jövőbeli kedvező változás reményét vetíti előre.

Az utóbbi évek kutatásai azt mutatják, hogy gyakori a kettős addikció (pl. a páciens egyszerre alkohol- és illegális szerfüggő) jelensége. (Volkow, 2003) Ezek az adatok a drogfüggőséget és alkoholizmus kezelése integrálásának, a kettős addikció együttes kezelésére történő felkészülés feladatát húzzák alá.

A felépülés személyiséget érintő (belső) és életmóddal kapcsolatos (külső) változásokat követel. A folyamat fennmaradásához nélkülözhetetlen a megküzdő készségek fejlesztése és új megküzdő módok kialakítása. A **korai felépülés** időszakát gyakorta jellemzi az erővel és szabadsággal telítődés érzése. Ez rendszerint védekezés a háttérben lévő önbizalomhiány és önértékelési zavar tudatosulása ellen. A korlátozásoktól mentesség, a gyötrő nehézségektől való megszabadulás, a negatív szabadság érzése kedvez a fizikai állapotot és szociális helyzetet javító törekvéseknek. A józanság fenntartásának stratégiai feladata azonban felülírhatja és átmenetileg háttérbe szoríthatja e törekvéseket.

A korai felépülés „mézeshetei”-nek elmúlása után gyakran jelentkezik unalom, szorongás, ingerlékenység, enerváltság és koncentrációs nehézség, melyhez erős sóvárgási érzések társulnak. Ebben az időszakban gyakran gyötri szégyen és bűntudat a pácienseket. Mindez az életstílus és a személyiség változásával szembeni ellenállás, illetve kételkedés, ambivalencia jele. Az új, kölcsönösen segítő kapcsolatok, a rendszeres munka, a feszültséggel és fájdalommal történő megbirkózás újféle eszközei idővel átbillentik az ambivalencián s elköteleződik a drogmentes, új örömforrásokat kereső életmód mellett.

Martha Morrison (1990) formulája szerint:

Józanság = absztinencia + a rehabilitáció eszközeinek elsajátítása

A rehabilitáció eszközei közé tartozik többek közt a visszaesés szempontjából veszélyes tényezők, a figyelmeztető jelzések tudatosítása, a kockázatos helyzetek elkerülésének készsége, önsegítő csoport rendszeres, folyamatos látogatása, szponzor igénybevétele, s rehabilitációs program követése. Az absztinencia a józanság szükséges, de nem elégséges feltétele. A józanság fenntartásához inspiráló tagságot, szerepeket és feladatokat kínáló kapcsolatokra, az önmeghatározás alkalmazkodást, érzelmi kiegyensúlyozottságot segítő módosulására, a jelenségek, problémák megváltozott, rendszerelvű szemléletére, magyarázatára és az öntranszformáló fejlődésért való felelősségvállalásra van szükség.

Az absztinencia megtartásának az önsegítő csoportok látogatása, programjukban való aktív részvétel az egyik legbiztosabb záloga. Az önsegítő csoportok száma Magyarországon az utóbbi évtizedben egyenletesen növekszik. Az AA (Alcoholics Anonymous) és NA (Narcotics Anonymous) csoportok mellett megjelentek az ACA (Adult Children of Addicts) csoportok. E 12 lépéses programot követő önsegítő csoportokon kívül léteznek alternatív önsegítő csoportok is. A **folyamatos felépülés** időszakában is prioritás marad a szermentes élet. A függő identitás nem a szerhasználat, hanem ellenkezőleg, a szerhasználat elkerülésének megtanulása, s múltjának újraértelmezése révén szilárdul meg. A páciens értékvilágában mind nagyobb jelentőséget kapnak az altruisztikus értékek (pl. önzetlen adás, szolgálatvállalás). Központi jelentőségűvé válik az önmagával, önnön jóllétével (egészségével, fejlődésével) való törődés feladata. A önmagával törődés érett elhárító mechanizmusokat (pl. szublimálás, humor, kompromisszumkészség, a kielégülés késleltetése stb.), kiegyensúlyozott életvezetést (anyagiakkal, idővel való gazdálkodás, rekreáció), bensőséges társas viszonyokat és inspiráló kapcsolatokat nyújtó – optimálisan gondoskodó és frusztráló - józan kisközösséghez tartozást feltételez. A sorstársak továbbra is meghatározó szerepet játszanak individuációjában és identifikációjában. A józan kisközösségekbe integrálódó, a józan program követésében elkötelezett, produktív állampolgárrá váló személy számára az absztinencia szinte rutinná, a személyiséggel összhangban lévő, egoszinton viszonyulásmóddá válik. Elegendő énerővel és önbizalommal rendelkezik ahhoz, hogy kész legyen segítséget kérni, ha nehézségei vannak. A folyamatos felépülés a pozitív szabadság jegyében zajlik. A pozitív szabadság a rész az egésztől (a fölöttes központoktól) való függésének elismerése, a megvalósíthatatlan vágyaknak való ellenállás és engedelmisség olyan törvénynek, amelyet mi magunk írtunk elő önmagunknak. A józanul élő tisztában van azzal, hogy egészségtelen szokások és a szerhasználat a pozitív szabadság meghiúsítói.

Ahogy világszerte, úgy Magyarországon is, a szakemberek az addikciókat értelmező modellek multidiszciplináris jellegét, s a kezelés multiprofesszionalitását fogadják el. A szerhasználatot **értelmező modellek** közül az etikai, a betegségkoncepción alapuló, a szociális tanuláselméleti, a közegészségügyi és az egzisztenciális megközelítés mondható általánosnak. (Pols, Henry-Edwards, 1991) Az etikai megközelítés - a régi moralizáló viszonyulásmóddal szemben – az újradöntés és az újragezdés

számára koherens történeti keret nyújtásával ad mintát, s kölcsönöz jelentést a felépülés narratívájához. A tapasztalatok szerint a „tékozló fiú visszatérése”, a „gubóból kiszabaduló pillangónak”, az öntudatra ébredésnek, a több generáción áthúzódó negatív séma megtörésének és a józan ész diadalának metaforikus történetei egyaránt az erővel történő felruházás, az empowerment érzését biztosíthatják. (Hyanninen, Koski-Jyannes, 2002)

A absztinenciát célzó magyarországi kezelőintézmények működéséről jó áttekintést nyújt Ritter Ildikó tanulmánya. (Ritter, 2002) A főbb **terápiás irányvonalak** közül az absztinencia a legmarkánsabban az un. 12 lépésű programokban szerepel a kezelés sine qua non-jaként. A kontrollvesztés koncepcióját osztó 12 lépésű programok az önsegítő csoportokban történő integrációt, a függő identitás elfogadását, a negatív, tagadó gondolkodásmód megváltoztatását, s a józan program követését jelölik meg feladatként. A kognitív-viselkedésterápiás programok az önkontrollra és az önhatékonyagra helyezik a hangsúlyt. E programok a készségfejlesztés, a szerhasználat alternatíváinak elkerülése és a hibás gondolkodás sémák korrigálása révén – anélkül, hogy függő identitást forszíroznának - igyekeznek a páciens absztinenciáját erősíteni. A kezelés folyamatát megvilágító, annak alapelveit és főbb munkamódszereit világosan indokoló s a kliensek szükségleteihez alkalmazkodó koncepcióval rendelkezik a motivációs terápia. Az empátiát kifejező, diszkrpanciát kialakító motivációs interjúkon alapuló motivációs terápia célja az, hogy kedvező változás következzen be a szerhasználat terén. A változás lehet absztinencia, s lehet a szerhasználat mérséklése, jellegének megváltozása is. Az absztinencia melletti elköteleződés – amennyiben nem illegális szerről van szó - csak a függők esetében tekinthető feltétlen célnak. Minthogy a problémás mértékben szerhasználó populáció aránya messze meghaladja a függő-két, így az esetek többségében nem az absztinencia, csupán a változás támogatása a célkitűzés. (Carroll, 1997)

Az absztinenciára irányuló kezelések színterei - az önsegítő csoportok mellett - mindeddig szinte csak egészségügyi intézmények voltak. Szociális intézmények, illetve a szociális ellátás keretében, a jórészt terápiás közösségként működő drogrehabilitációs intézményeket kivéve, gyakorlatilag nem folyt absztinenciára irányuló kezelés. Mindamellet a szociális munka, szemben az iparilag fejlett országok gyakorlatával, elhanyagolt szerepet játszik a magyarországi drogkezelő intézetek zömének tevékenységében.

2003-tól az **addiktológiai közösségi gondozás** elindulásával szembeűnő változás kezdődött a szociális és egészségügyi ellátás közötti együttműködés egyik fontos területén. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 2002 évi módosításával – 2003. január 1-től – a települési önkormányzatok feladatköre, többek közt, a közösségi addiktológiai ellátással bővült. A közösségi addiktológiai ellátás a szociális alapellátási feladatok mellett, azokkal összekapcsoltan (pl. családsegítés) vagy önállóan, úgynevezett speciális alapellátási feladat. A speciális alapellátási feladatokról a gondozási központ, vagy a családsegítő szolgálat keretében lehet gondoskodni. Előfordul, hogy a településen nem működik sem gondozási központ, sem családsegítő szolgálat. Ebben az esetben a települési önkormányzat önállóan gondoskodik a speciális alapellátási feladatokról, illetve a feladat ellátására szerződést köthet más szervezetekkel, segítséget nyújtva ezzel az ellátást igénylőnek a speciális szolgáltatásokhoz való hozzájutáshoz. A speciális alapellátás feladataihoz felkészült szakember alkalmazása szükséges. A speciális alapellátás során megszervezendő szolgáltatásoknak komplexnek, integrálnak kell lennie, együtt kell működnie a kliens ellátásában közreműködő más csoportokkal, kezelőhelyekkel. A közösségi alapú gondozást - egyéni gondozási terv alapján - több szakember és segítő együttesen végzi, az ellátott egyéni szükségleteihez és állapotához igazodva, az ellátott (és szociális környezete) aktivitására, felelősségére építve. Közös céljuk az, hogy készségfejlesztéssel, pszichoedukációval, a stresszkezelés javításával segítsék az ellátottat céljai elérésében. A cél irányulhat absztinencián alapuló józanságra és a szerhasználat mérséklésére egyaránt. Az addiktológiai közösségi ellátást **közösségi gondozó** és **közösségi koordinátor** végzi. Noha a közösségi gondozó és közösségi koordinátor képzés még csak most szerveződik, az addiktológiai közösségi gondozástól a szociális, az egészségügyi, az önkormányzati és a civil szolgáltatások összehangolása, a forrásokat

hatékonyabban és emberközpontúbb működtetése, ezáltal a közösségi erőforrások hatékony, integrált, rugalmas és szubszidiáris mozgósítása várható.

Az addiktológiai közösségi gondozás elve szervesen kapcsolódik az **egészségfejlesztés** új, hazánkban főként a mentálhigiéniében képviselt mozgalmához. A közegészségügyben, a 80-as évek közepétől fogva, a korábbi biomedikális orientációt fokozatosan az egészség szociális és környezeti tényezőire összpontosító ökológiai nézőpont váltja fel. A szemléleti változás igényét frappánsan fejezte ki a WHO 1986-ban kiadott Ottawai Kartájának jelmondata, mely szerint: „az egészség nem célja, hanem erőforrása a mindennapi életnek”. Ekkor fogalmazták meg az egészségfejlesztés új programjának alapelveit, melyek a következők: a személyes és közösségi készségek s cselekvések erősítése, fokozása; az egészségügyi szolgálatok újraorientálása az elérhetőségre, hozzáférhetőségre és használatra koncentrálva; a helyi társadalom részvétele kollektív akciókban; egészséges egyéni és közösségi élethez vezető helyi környezet kialakítása; s végül egészséget támogató közösségi politika kialakítása. A közösséggel dolgozni annyit jelent, hogy az áldozatok vádlása helyett egyrészt közösségi szinten csökkenteni a drogkereskedelemmel, a prostitúcióval, az intravénás szerhasználattal, a rossz lakásviszonyokkal és közlekedéssel, a munkalehetőségek hiányával, az oktatás elégtelenségével stb. kapcsolatos kockázatokat, másrészt vonzóvá tenni a józan, szermentes életet. A társadalmi igazságosság és az esélyegyenlőség növelése nemcsak az egészségfejlesztés, de az ártalomcsökkentés terén is alapvető. A korszerű egészségfejlesztő programokban egyaránt helye van az absztinenciára, illetve józanságra irányuló törekvéseknek és az ártalomcsökkentésnek.

Az utóbbi években a józanság Európai Unión belüli felértékelődésének lehetünk tanúi. 1997 óta mind többet olvashatunk a társadalmi minőség javításának kérdéséről, annak elősegítéséről, hogy az állampolgárok aktívabban és felkészültebben vegyenek részt közösségeik társadalmi és gazdasági életében, jólétük és lehetőségeik javítása érdekében. Az egyén regenerációs, reintegrációs potenciálját és lehetőségeit növelő józanság szorosan összefügg a társadalmi minőség témakörével.

A helyi közösségek alkotó tagjainak együttműködésére építő Nemzeti Stratégia felismerte, hogy az összehangolt és együttes cselekvések megsokszorozzák hatásukat és eredményüket. Ennek egyik példáját a Nemzeti Stratégia alapján létrejött Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) jelentik. A szenedést átélő, azt tanulási tapasztalattá transzformáló önszorgító - és többnyire önkéntes tevékenységre is motivált - **józan kisközösségek** tagjai mind a KEF-ek, mind pedig az addiktológiai közösségi gondozás egyik nagy tartalékát képezhetik. A szenedés tapasztalatát megőrző, azt életükben sajátos védőszűrővé alakító, a másság, a fogyatékoság iránti érzékeny, toleráns józan személyek az addiktológiai haladás, a rehabilitáció motorjai lehetnek.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy az absztinenciát célzó kezelések szorosan összekapcsolódnak a produktív életvitel kialakítására irányuló, józan törekvésekkel. Mind elméletileg, mind a gyakorlatban az integratív tendenciák számára teret adó, azokat kifejező irányzatok állnak előtérben. Elméleti téren a felépülés dinamikus modelljét magában foglaló - fázisokkal és dimenziókkal számoló - pszichoszociális, rendszerelvű és közösségi ellátási irányzat rendelkezik fontos integráló erővel. A kezelési gyakorlatot meghatározó megközelítések közt található teljes absztinenciára törekvő, s olyanok is, melyek esetében az absztinencia csak lehetséges, de nem feltétlen terápiás cél. A szociális és az egészségügyi ellátás együttműködésének, kölcsönhatásának új fejleménye az addiktológiai közösségi gondozás. Az addiktológiai közösségi gondozás szemlélete összhangban áll az egészségfejlesztés és a mentálhigiénié élet- és társadalmi minőség javítását célzó szándékával. E szándék megvalósításában jelentős szerephez juthatnak a józan kisközösségek.

Források:

- Brown, S. (1985): *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*. John Wiley & Sons, New York.
- Carroll, K. M. (1997): *Improving Compliance With Alcoholism Treatment*. NIH Publication, Bethesda.
- Hyanninen, V, Koski-Jyannes, A. (2002): A függő viselkedésmódokból való felépülés narratívái. In: *Drog és társadalom* (szerk.: Rác József) Új Mandátum, Budapest, 268-286.
- Morrison, M. A. (1990): Addiction in Adolescents. *The Western Journal of Medicine*. 152, 543-546.

- Pols, R., Henry-Edwards, S. (1991): Responses to drug problems in Australia. Australian Government Printing Service, Canberra.
- Rácz J. (1999): *Addiktológia: Tünettan és Intervenció*. HIETE, Budapest.
- Tarter, R. E., Vanyukov, M. M. (2001): Introduction: Theoretical and Operational Framework for Research into the Etiology of Substance Use Disorder. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 10, 1-12.
- Ritter, I. (2002): Az absztinenciát célzó kezelések. In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Gyermek, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest. 171-185.
- Volkow, N. D. (2003): A Double Dose of Research for Patients Addicted to Both Drugs and Alcohol. *NIDA Notes* 18, N.1. 3-4.
-

Utcai szociális munka a drogfogyasztók körében

Országos helyzetkép

Magyarországon a drogfogyasztókkal foglalkozó utcai szociális munkának továbbra sincs szakmai protokollja. A szociális munkás képző intézmények azonban az utcai szociális munka tantárgyat képzésükbe önálló tananyagként beillesztették.

Magyarországon jelenleg, több mint 20 különböző szervezet végez utcai szociális munkát, döntően a hajléktalan-ellátásban. Ezen belül a drogfogyasztók célcsoportjával 2002-ben 2 fővárosi és 3 vidéki szervezet foglalkozott. A szervezetek között megtalálhatóak a csak erre a feladatra összpontosító civil, illetve a különböző drogambulanciák által működtetett utcai munkás részlegek. A tavalyi évhez képest egy vidéki szervezet indított el utcai megkereső tevékenységet. A terepen történő munkavégzés gyakran önkéntesekkel és leszokott szenvedélybetegek bevonásával történik. A drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munka néhány esetben összekapcsolódik az anoním és ingyenes tűcserével.

Finanszírozás:

A drogfogyasztókkal foglalkozó utcai szociális munkának továbbra sincs állami normatív finanszírozása. 2002-ben normatív támogatásban csak azok az utcai munkás szervezetek részesülhetnek, melyek a hajléktalanok nappali melegedőjének keretein belül végzik megkereső tevékenységüket. Ezzel a prostituáltak, a csellengő, kallódó fiatalok és a drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munka, illetve a tűcsere szolgálatok működése normatív úton nem finanszírozott. A drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munkás szervezeteket és ezen belül a tűcsere programokat évről évre a Gyermek, Ifjúsági és Sportminisztérium, illetve az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium pályázati úton támogatja. A pályázati támogatások, különösen a vidéki szervezetek esetében gyakran az egyetlen lehetőség a működési kiadások finanszírozására. A fővárosban dolgozó szervezetek előtt szélesebb pályázati lehetőségek állnak rendelkezésre. A Fővárosi Önkormányzat a drogfogyasztás visszaszorítására irányuló cselekvési tervében kiemelten fontos kérdésként kezeli a drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munkát és tűcserét, így a fővárosban működő szervezetek működési támogatásához a főváros is pályázatot ír ki. Ezen felül, a Fővárosi Önkormányzat 2003-tól a két budapesti utcai munkás szervezetnek közszolgálati szerződés keretén belül egy új, normatív jellegű támogatási lehetőséget biztosít.

Együttműködés, érdekképviselet:

Néhány éve Tatabányán alakult meg az Utcai Szociális Segítők Országos Egyesülete, mely módszertani segítségnyújtásként kidolgozta az utcai szociális munka egységes szakmai irányvonalait. A módszertani leírás csak részben érinti a drogfogyasztók körében végzett utcai munkát. Az ország területén tehát továbbra sincs olyan szakmai műhely, mely kifejezetten a drogfogyasztók körében tevékenykedő szociális munkásoknak a szakmai, érdekképviseleti fóruma lehetne.

A fővárosban működő utcai szociális munkát és tűcserét végző szervezetek együttműködési megállapodást kötöttek annak érdekében, hogy munkájukat hatékonyan és összehangoltan tudják végezni. Az együttműködés rendszeres információ-cserére és a város munkaterületeinek felosztására vonatkozott.

2002-es Budapesti helyzetkép a Baptista Szeretetszolgálat tevékenysége alapján

Budapest területén a Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány 2001 októberétől utcai szociális munkát végez a hajléktalan drogfogyasztók körében. 2003-tól bevezettük az utcai tűcserét is.

A szolgáltatást igénybe vevők jellemzése:

Klienseink körében általános a reményvesztett, jövőkép nélküli és kiúttalannak érzett élethelyzet. Munkahelyük általában nincs, így kéregetésből, kukázásból, recepthamisításból, prostitúcióból, a kábítószeres terjesztéséből és kisebb lopások elkövetéséből tartják fenn magukat legtöbbször napról napra. Többségükre jellemző, hogy kisebb 2-5 fős és nagyobb 10-15 fős csapatokba verődnek és napjaikat, éjszakáikat együtt töltik. Szintén nagyon jellemző és fontos tény, hogy a meglévő csoportokhoz látszólag rendezett háttérrel rendelkező fiatalok csapódnak.

Vannak azonban olyan elsősorban szerves oldószereket használó klienseink is, akik magányosan, pl. barlangban, elhagyott romos házban vagy lépcsőházban élnek. Rájuk sok esetben igaz, hogy a szerfüggőség mellett egyéb pszichiátriai betegségekkel is küszködnek. Klienseik többsége volt állami gondozott, akiknek családi háttere részben vagy teljes egészében hiányzik. A hajléktalanság oka lehet még az elviselhetetlen családi légkör, vagy a drogfogyasztás miatt megromlott családi kapcsolat.

A közös sors és a közös élethelyzet miatt nagyon erős a drogfüggő hajléktalan emberek csoportjainak belső kohéziója. Ebben a viszonylatban nem a leállás és a drogmentes élet az elérendő, vágyott cél, hanem a drog közös beszerzése, fogyasztása és az egyéni léthelyzet/szenvedélybetegség társakkal történő megosztása. Klienseink többségének többször volt már öngyilkossági kísérlete.

A csoportok belső kohéziója és a kulcsfigurák erőteljes hatása tehát nagyon megnehezítik a csoportból történő kiválás és a leállás lehetőségét, annál is inkább, mert a hivatalos kezelő helyek (kórház, rehabilitációs otthon, reintegrációs intézmények) elérhetetlennek tűnnek számukra. Elérhetetlennek tartják, mert nincs TB kártya, nincs megfelelő ruha, tisztasági eszköz, mert nincs pénz, nincs cigaretta, mert fizetni kell érte, mert várakozási lista van, és mert „mit csináljak utána, jöjnek vissza az utcára”?

Klienseink 99 %-ra jellemző, hogy a különböző segítő intézményekkel nincs semmiféle kapcsolatuk. A maradék 1 % tűcserébe jár.

A kliensek panaszkodnak, hogy rendszeresen bántalmazzák Őket a rendőrök, illetve hajléktalan-ként a kórházakban, rehabilitációs otthonokban is másképp bánnak Velük.

Drogfogyasztási szokások, egészségi állapot:

A hajléktalan drogfüggő emberek körében nagyon jellemző a többféle kábítószer együttes használata. Egyedül a szerves oldószereket fogyasztók körében találoztunk kifejezetten csak ezt az egyféle szert fogyasztó hajléktalan emberekkel. Politoxikomán klienseink körében a leggyakoribb szerkombinációk a szerves oldószerek és alkohol, az alkohol és gyógyszerek, az opiátok és gyógyszerek, mindez marihuánával, heroinnal és amfetaminokkal kiegészítve. Kokainfogyasztásról nem hallottunk. Nagyon jellemző továbbá, hogy célcsoportunk tagjai viszonylag könnyen váltanak szert annak megfelelően, hogy mihez tudnak hozzájutni.

Elmondásuk alapján sokszor közösen használnak fecskendőt és tűt! A Hepatitisz fertőzöttség az intravénás drogfogyasztó klienseink körében 90 %-ban van jelen és mindössze egy olyan kliensünk van, aki H.I.V. pozitívnak mondja magát, bár ezt még nem tudtuk igazolni. A TBC-s betegségek is jelen vannak, hasonlóan az intravénás droghasználatból adódó mély tályogokhoz. Egészségügyi állapotukra jellemző továbbá az alultápláltság, a megfelelő tisztálkodás hiánya és a különböző bőrbetegségek, adott esetben élőködők jelenléte.

Együttműködés:

Az együttműködési készség tekintetében nagyon változó tapasztalataink vannak. A motiváción túl az együttműködést sajnos nagyban befolyásolja a célcsoport tagjainak aktuális állapota. Nem lehet ugyanis egy segítő beszélgetést tartani, vagy egy szociális ügyet intézni, ha a kliens elvonási tünetekkel

küszködik, ha nagyon be van állva, ha éppen a napi anyagszükségletének beszerzését intézi, vagy ha éhes.

Van olyan politoxikomán kliensünk, aki élelmiszer és ruha adományon kívül csak az elveszett iratainak pótlásában kért segítséget, de az iratai beszerzésének ügyintézését közel fél éve nem tudjuk elkezdeni, mert vagy nem jön el a megadott időpontban a találkozási helyre, vagy olyan állapotban találunk rá, mely lehetetlenné teszi a közös munkát.

Ugyanakkor volt arra is példa, hogy egy hajléktalan heroínfüggő fiúval már az első beszélgetés után a klasszikus segítő folyamat lépéseit tudtuk kialakítani és alkalmazni.

Kapcsolat kialakítása, fenntartása, munkamódszer:

Nagy általánosságban elmondható, hogy célcsoportunk tagjai szívesen veszik megkeresésünket és ma már ott tartunk, hogy sokan számítanak ránk. Új kliensek esetén azonban gyakran találkozunk bizalmatlansággal és elutasítással.

Munkamódszerünk:

kutatás, adatgyűjtés, elemzés

a hajléktalan diszpécser hívásainak fogadása

a meglévő, régi kapcsolataink felhasználása

a helyi kontaktemberekkel történő kapcsolatfelvétel

a fellelt helyszíneken/gócpontokon rendszeres jelenlét biztosítása, adományok osztása, egyéni esetkezelések, szociális ügyintézés

A budapesti drogszcéna feltérképezésén jelenleg is dolgozunk. Ezzel párhuzamosan a már megismert helyszíneken a megfelelő kapcsolatok kialakítása és az igények feltérképezése után elkezdjük a segítő kapcsolatok építését, meleg ruha, cipő, élelmiszer, üdítő ital, vitamin adományok osztásával. Az adományaink osztásával még a legkevésbé együttműködő klienseinkkel is kapcsolatba tudunk kerülni.

Az egyéni esetkezelések részét képező meghallgatás, lelki támasznyújtás, motiváció és a biztonságosabb droghasználat elérése mellett a következő szükségletek kielégítésében nyújtottunk segítségeket:

Kórházi elvonó kezelésekre, rehabilitációs otthonba történő bekerülés intézése, felvételi megbeszélésre kísérés, Vöröskeresztnél eltűnt családtag keresése, személyi igazolvány, TB kártya, anyakönyvi kivonat pótlása, tüdőszűrésre, közfürdőbe szállítás, pokrócok és egyéb adományok osztása, rokkantnyugdíj ügyintézés, tűcserébe vitel, sebkötözés, szállóra bekerülés intézése, segélyek elérésében nyújtott információ és ügyintézés, volt állami gondozottak újrakezdési támogatásában nyújtott segítség, GYIVI-vel történő kapcsolatfelvétel, H.I.V, Hepatitis szűrés ügyintézése, kutyák oltásával kapcsolatos ügyintézés, kórházakba, rehabilitációs otthonokba történő látogatások és információ- szolgáltatás, hogy hol, milyen segítségnyújtási formákhoz lehet hozzájutni.

Utcai munkásaink mindig párosával dolgoznak, mobiltelefonokkal rendelkeznek, így könnyen tudnak a helyszínről intézkedni.

A szolgáltatás formai, időbeli és tartalmi sajátosságai:

Az első néhány hónapban, mikor döntően a budapesti drogszcéna feltérképezését végeztük a szokásos munkarendben dolgoztunk, 9-17 óráig. Később azonban, hogy jobban tudjunk alkalmazkodni klienseink életviteléhez változtattunk ezen. Munkanapjainkat team megbeszéléssel kezdjük, ahol az előző napi tapasztalatok átbeszélése és az aznapi feladatok áttekintése történik. Utcai munkásaink minden egyes munkanapjukról dokumentációt készítenek. Szakmai munkánkat nagyon segíti a 2-3 hetenként rendszeresen megtartott szupervízió.

A szolgáltatást igénybe vevők száma, életkoruk jellemzése:

Munkánk során eddig összesen közel 180 különböző budapesti helyszínen jártunk. Beszélgettünk rendőrökkel, utcaseprőkkel, közterület fenntartókkal, kutyát sétáltatókkal, parkgondozókkal, WC-s né-

nikkel, házgondnokokkal, patikusokkal és sok hajléktalan emberrel. 2002-ben összesen 67 hajléktalan drogfogyasztóval kerültünk segítő kapcsolatba, zömében 14 és 35 év közötti férfiakkal.

A 67 kliensünk közül 4 embert juttattunk kórházba, közülük 1 fő jelenleg rehabilitációs kezelésen vesz részt. További 3 kliensünk megfelelő motiváció hiányában csak a felvételi beszélgetésig jutott el, problémáik rendezésére nem kerülhetett sor. 3 kliensünk nagy valószínűséggel drogtúladagolásban sajnos meghalt, 1 fő esetében azonban krízisintervenciót láttunk el, amikor munkatársaink bűvőhelyén életveszélyes, öntudatlan állapotából rázták fel.

Eredményességi, hatékonyságbeli jellemzés:

Az utcai szociális munkában és egyáltalán a segítő szakmákban nagyon nehéz mérni az eredményességet. A munkavégzés hatékonysága legnagyobb részben a klienseink aktuális állapotától és motivációjától függ. A siker többféle lehet. Sikernek tartjuk már azt is, ha szóba állnak velünk és adományainkat elfogadják. Komolyabb siker, ha bizalmas légkört tudunk kialakítani és ha egyéni problémáikat megosztják velünk. Óriási siker és eredmény, ha kialakul a rendszeres kapcsolattartás és a segítő folyamat. Eredményességünk, sikerességünk legteljesebb mutatója - melyben a kliens maximális együttműködése szükséges - a leszokásban nyújtott segítség, a kórházi kezelésre való felkészítés, a felvételi beszélgetésre kísérés és az ezt követő látogatások, kapcsolattartás.

Közhasznú jelleg:

Az általunk végzett utcai szociális munka alapvetően a drogfogyasztásból adódó egyéni és társadalmi károsodások csökkentésére, a célcsoport egyéni problémáinak enyhítésére és szociális ügyeik intézésére szolgál. Munkatársaink képzetek mindhárom területen.

Munkánk során parkokban, játszótéren, lakótelepek szegleteiben több, mint 500 db használt fecskendő és tűt gyűjtöttünk össze + az intravénás droghasználat esetlegesen fertőzésveszélyes kellékeit: kanalakat és szűrőket. Az eldobált fecskendők nagy részét a külvárosi nagyobb lakótelepeken találtuk.

A fecskendők és tűk gyűjtése során volt arra példa, hogy játszótéri homokozóból szedtünk fel fecskendőket. Találkoztunk olyan lakótelepi gyermekekkel, akik elmondták, hogy bizony egyikük - utánozva a nagyokat - a saját karjába szúrt egy földről felszedett injekciós tűvel.

A fecskendők rendszeres összegyűjtésével látjuk azok újratermelődését is.

Összegzés:

Összességében elmondható, hogy jelenleg a legtöbb utcai szociális munkás szervezet a hajléktalan-ellátás keretein belül hajléktalan emberekkel és esetenként az egyéb rászoruló csoportokkal is foglalkozik. A rendszer alulfinanszírozott, a szervezetek többsége saját erőből és pályázati támogatásból végzi munkáját, rendszerint nehézkesen.

Fejlesztési irányként megfogalmazható a drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munka módszertanának, koordinációjának, és normatív finanszírozásának kidolgozása, a szervezetek közötti együttműködések erősítése és az érdekképviselő fejlesztése.

Ártalomcsökkentés

Ártalomcsökkentő drogpolitika és ártalomcsökkentő programok Magyarországon: Helyzetkép – 2002³⁵

Bevezetés

Az ártalomcsökkentés helyzete Magyarországon még ma, 2003 őszén is meglehetősen ellentmondásos. Ellentmondásos, hiszen másképp kell értékelnünk a helyzetet, ha pillanatképként nézünk a jelenlegi állapotokra, s másként, ha az elmúlt tizenöt év történései mentén értékeliük az aktuális viszonyokat. Előbbi esetben, nem feledkezhetünk meg számos hiányosság említéséről, míg utóbbi esetben a területen mutatkozó hatalmas fejlődés lesz szembeszökő. A következő, rövid áttekintésben, mindkét megközelítést alkalmazva adok rövid összefoglalót a témáról, azaz a történeti fejlemények áttekintésén keresztül mutatom be az ártalomcsökkentés aktuális hazai helyzetét. Ezt megelőzően azonban érdemes röviden összefoglalni az ártalomcsökkentő drogpolitika legfontosabb alapelveit.

Ártalomcsökkentés és alacsonyküszöbű programok

Bár az oly sok vitát kiváltó ártalomcsökkentő megközelítést általában a HIV fertőzés nyolcvanas évek elején történő megjelenéséhez kötjük, valójában, maga a szemlélet ennél sokkal régebbi eredetű. Az orvosi tevékenység számos más, nem addiktológiai területén, évszázadok, évezredek óta alkalmazott szemléletről van szó, ha nem is ezen az elnevezésen. Ez a szemlélet jelenik meg ugyanis mindazokban az intervenciós módokban, amelyek, felismerve, hogy egy adott probléma, illetve betegség - legalábbis az adott pillanatban, időszakban - nem szüntethető meg, olyan megoldásokat alkalmaznak, amelyek a betegség fennmaradása mellett is enyhíteni képesek a betegség következtében kialakuló ártalmakat. A drogok használatához visszakanyarodva, tehát arról van szó, hogy az ártalomcsökkentő szemlélet alapelve, hogy elfogadva azt a tényt, hogy bizonyos droghasználók életük egy adott rövidebb-hosszabb időszakában nem képesek vagy nem akarnak felhagyni droghasználatukkal, olyan intervenciókat kell alkalmazni, amelyek a droghasználat fennmaradása esetén is képesek az abból származó egyéni, közösségi és társadalmi károk csökkentésére (l. pl. Inciardi és Harrison, 1999; Nemzeti Stratégia, 2001; Demetrovics, 2000 és 2003).

MacCoun (1998) két lehetséges drogpolitikai irányzatot különít el. Az első a prevalencia csökkentésére, míg a második az ártalmak csökkentésére irányul. Rendszerében, az első irányzat foglalja magába mind a kereslet-, mind a kínálatcsökkentő stratégiákat. Bár vizsgálatok igazolják, hogy a kínálatcsökkentő beavatkozások, a hozzáférés csökkentése révén csökkenthetik a prevalenciát (igaz gyakran csak a piac átstrukturálódását eredményezik), mégsem jelentik az ideális megoldást a drogprobléma kezelésében. Egyrészt, a felemészített hatalmas összegek ellenére, önmagukban nem sikeresek a droghasználat csökkentésében (Nadelmann, 1989), ennél is jelentősebb probléma azonban, hogy még a prevalencia csökkentése mellett is, többnyire az ártalmak növekedését eredményezik. A drogfogyasztók szigorúbb üldözése például rejtőzködőbb viselkedéshez vezet, miáltal jelentősen csökkenhet a kezelést kereső, vagy vészhelyzetben segítséget kérő fogyasztók száma. Vagy hasonlóképp a drogok hozzáférhetőségének csökkenése, az árak emelkedéséhez, s ezáltal a használók kriminalizálódásának a növekedéséhez vezethet, ami értelemszerűen mind az egyéni, mind a társadalmi károk növekedését eredményezi.

Az ártalomcsökkentés legfontosabb jellemzői - elsősorban Riley és O'Hare (2000) munkájára támaszkodva - a következőkben foglalhatók össze:

³⁵ Az összefoglalót Demetrovics Zsolt az ELTE PPK Pszichológiai Intézetének és a Nemzeti drogmegelőzési intézetének munkatársa készítette

- *Pragmatizmus*, azaz annak az elfogadása, hogy a droghasználat jelen van a társadalomban, s bizonyos mértékig annak normál összetevőjét adja. Ugyanakkor annak hangsúlyozása, hogy a droghasználat kezelésében reális, megvalósítható célokat (így például az ártalmak csökkentését), s nem pedig vágyott, ideális, megvalósíthatatlan célokat (például drogmentes társadalom) kell kitűzni.
- *A humanisztikus értékek szem előtt tartása*, azaz a droghasználó droghasználatra irányuló döntésének elfogadása, s ennek a morális megítélésétől való tartózkodás.
- *Ártalomközpontúság*. Annak a belátása, hogy maga a droghasználat ténye másodlagos a droghasználattal kapcsolatosan megjelenő ártalmakhoz képest. Azaz a problémát nem maga a droghasználat, hanem a kapcsolódó, az egyén, a közösség vagy az egész társadalom szintjén ható - egészségügyi, szociális és gazdasági - ártalmak jelentik. Az elsődleges cél tehát a droghasználat negatív következményeinek a csökkentése kell, hogy legyen.
- *Inkluzivitás*. Az ártalomcsökkentő megközelítés, célja elérése érdekében, befogadja, s nem kizárja a különböző beavatkozási lehetőségeket. Ez annak a belátásán alapul, hogy a különböző esetekben, más és más beavatkozási módok lehetnek hatékonyak ugyanannak a célnak, az ártalmak csökkentésének elérésében. Ezzel összhangban az ártalomcsökkentés nem zárja ki, de nem is várja el az absztinencia elérését.
- *A célok hierarchiája*. Az előző ponthoz kapcsolódóan az egyik legfontosabb jellemzője az ártalomcsökkentő megközelítésnek, hogy a célokat a célpopuláció, a kliens igényeit, szükségleteit, képességeit és lehetőségeit figyelembe véve rugalmasan képes alakítani. Ennek megfelelően a célok akár a beavatkozás során is változhatnak. Ebben a megközelítésben tehát, ha például nem reális cél a droghasználattal való teljes felhagyás elérése, úgy cél lehet az intravénás használat megszüntetése. Amennyiben ez sem elérhető, egy következő célként, egy „lépcsőfokkal lejjebb” a biztonságos intravénás használatot (pl. a steril fecskendők használatát, a közös használat elkerülését stb.) jelölhetjük meg célkitűzésként. A szemléleti kereten túl, a célok reális és hierarchikus kezelése az állandó kudarcok elkerülése, s egyúttal a sikerek elérése szempontjából is alapvető fontosságú lehet.
- *Költségek és hasznok egyensúlyban tartása*. Az szociális és egészségügyi ellátásban az elmúlt néhány évtizedben egyre nagyobb hangsúlyt kapott a költséghatékonyság, illetve a költség/haszon arány alakulásának vizsgálata. Az ártalomcsökkentő megközelítés - már csak realista és pragmatikus jellegénél fogva is - nagy hangsúlyt fektet a befektetések és az eredmények arányosságának az elemzésére.

Az ártalomcsökkentő beavatkozási módokra, helyenként szokás alacsony küszöbű szolgáltatásként is hivatkozni, utalva rá, hogy ezen szolgáltatások a küszöböt, azaz a klienssel szemben állított elvárásokat alacsonyabb szinten fogalmazzák meg, mint azok a kezelőhelyek, amelyek a kezelésbe vétel alapfeltételének tekintik az absztinencia iránti elköteleződést. Túl azon, hogy a kifejezés használatát néha a pont az ártalomcsökkentő szemlélet alacsony politikai és társadalmi elfogadottsága teszi szükségessé (Rácz, 1999), az „alacsony küszöbű szolgáltatás” valóban ki is fejezi ezen programok mibenlétének lényegét. A küszöb alacsonyabbra helyezésének alapvető célja, hogy a droghasználók minél nagyobb arányban legyenek kezelésbe vonhatók. Számtalan vizsgálat jelzi ugyanis, hogy a kezelésben lévő droghasználó kedvezőbb szomatikus egészségügyi állapottal, és kedvezőbb mentális státusszal, alacsonyabb fertőzési kockázattal, alacsonyabb halálozási kockázattal és kisebb mértékű kriminalitással jellemezhető, mint kezelésen kívül eső társai (Sells és Simpson, 1980). A küszöb magasra helyezése, így az absztinencia elvárása ezzel szemben kiszorítja azokat a droghasználókat a kezelőhelyekről, akik ugyan az absztinencia elérésében nem, de például droghasználatuk csökkentésében, az intravénás használattal való felhagyásban vagy más, az ártalmak csökkentését szolgáló cél megvalósításában képesek és hajlandók lennének együttműködni az adott programmal (Demetrovics, 2003).

A hazai történeti fejlemények

A droghasználók kezelésének hazai, viszonylagosan rövid, mintegy 15 éves történetében, az ártalomcsökkentő szemlélet szinte a kezdetektől jelen volt, lényeges teret, valamint jelentősebb szakmai és drogpolitikai támogatottságot mindazonáltal az utóbbi évekig nem nyert.

Hazánkban a kilencvenes évek eleje óta létezik tűcsere program, s az első szubsztitúciós kezeléseket 1989-ben végezték; ekkor még kodeint alkalmazva (Dénes és Nyizsnyánszky, 2003; Demetrovics, Honti, Csorba és Szemelyácz 2001). Az évtized folyamán egyre inkább megjelent a szolgáltatásokat a terepre szállító, illetve a klienseket a kezelőhelyre behozni kívánó megkereső tevékenység. Nem jöttek létre ugyanakkor a droghasználók érdekvédő szervezetei, s jelentős az elmaradás a nappali melegedők, drop-in központok terén is. Néhány kezdeményezés ellenére, az önszertartó csoportok megnyugtató működése sem alakult ki. Megalakult ugyanakkor – 2003 során – az ártalomcsökkentés elveit és gyakorlatát felvállaló szakmai szervezeteket és egyéneket tömörítő egyesület, amely a szakma és a társadalom informálása, képzések szervezése, szakmai konszenzusok kialakításának elősegítése mellett a szakmai érdekvédelem feladatát hivatott ellátni. A viszonylagosan kialakultabb területeken - fenntartó metadon kezelés, tűcsere - sem mondhatjuk, hogy jól működik a rendszer. A fenntartó metadon kezelésben részesülő droghasználók aránya, Magyarországon, nem csak az Európai Unióval, de a közép-kelet európai térséggel összehasonlításban is extrém alacsony és a tűcserélés is csak néhány nagyobb városban megoldott (EMCDDA 2000 és 2002). Tűcsere automata felállítására 2003 nyarán került sor, a fővárosban. Összességében tehát, az elmúlt 15 évet tekintve azt mondhatjuk, hogy egy folyamatosan erősödő, fejlődő területről van szó, amelyen azonban jelen pillanatban is találok igen jelentős elmaradásokat.

Szakmapolitikai eredményként értékelhető, a már említett egyesület megszületése mellett, hogy a Pszichiátriai Szakmai Kollégium (1998, 2001a és 2001b) elfogadta a fenntartó metadonkezelés, illetve a tűcserélés szakmai irányelveit, illetve a kollégium ad hoc bizottsága összeállított egy, a metadonkezelés irányelveivel foglalkozó kézikönyvet (Gerevich és mtsai, 2001). A publikációk terén mindazonáltal nem erős az ártalomcsökkentő szemlélet megjelenése, néhány összefoglaló tanulmány (I. pl. Demetrovics, Honti, Szemelyácz és Csorba, 2001) és egy-egy a területet érintő tanulmánygyűjtemény (Rácz, 2002; Dénes és Nyizsnyánszky, 2003) kivételével kevés a megjelenő írás. Ugyanígy hiányoznak a kutatások, alig egy-egy kezdeményezés történt az ártalomcsökkentő intervenciók monitorozására vagy akár bemutatásukra. Jelentős fejlemény ugyanakkor, hogy Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia mellett ma már egyre inkább más szervezetek is alapvetően foglalkoznak meg programjukban az alacsony küszöbű szolgáltatások biztosítását.

Ezzel együtt, néhány fővárosi és egy-egy megyeszékhelyen működő szervezet kivételével az ártalomcsökkentő szemlélet nem vált az intervenciókat, a működést meghatározó alapvető megközelítési keretté. Továbbra is jellemzően az absztinenciát elváró kezelési megoldások az elfogadottak, elfogadottabbak mind a kezelőhelyek, mind a társadalom számára. Annak ellenére, hogy a Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma visszaszorítására c., még 2000 decemberében elfogadott országgyűlési határozat megfogalmazza az ártalomcsökkentő szemlélet és az ártalomcsökkentő programok integrálásának szükségességét, a szakma jelentős része óvatosan kezeli ezt a területet. Az a furcsa helyzet állt elő, hogy az egyértelmű drogpolitikai szintű, és jelentős pályázati forrásokat is felhasználó támogatással (Nemzeti Stratégia, pályázati támogatások, konkrét alacsony küszöbű programok beindításának, fenntartásának támogatása stb.) szemben, mind a szakma, mind a politika szintjén óvatosabb, helyenként kifejezetten félénkebb és ennek következtében elutasítóbb szemlélettel és gyakorlattal találkozunk. Minden bizonnyal, ennek hátterében a drogprobléma általános jellegű társadalmi elutasíthatósága áll. Utóbbi tekintetében elengedhetetlen feladat lenne az ártalomcsökkentés céljainak világosabb, egyértelműbb és a szélesebb rétegeket jobban elérő kommunikálása. Nemzetközi tapasztalat ugyanis, hogy az ártalomcsökkentő programok sikeres integrálásnak előfeltétele, hogy a közösség befogadja ezt a szemléletet, s ezzel párhuzamosan az adott programokat.

Irodalomjegyzék

- DEMETROVICS ZS. (2000). Kell-e nekünk absztinencia? Drogfogyasztók és drogpolitika. *Café Babel*, 4. 125-134.
- DEMETROVICS ZS., HONTI J., CSORBA J., SZEMELYÁCS J. (2001). A szubsztitúciós metadon kezelés I. Történeti áttekintés. *Psychiatria Hungarica*, 16. 1. 57-69.
- DEMETROVICS ZS., HONTI J., SZEMELYÁCS J., CSORBA J. (2001). A szubsztitúciós metadon kezelés III. Hatékonyság. *Psychiatria Hungarica*, 16. 1. 80-99.
- DEMETROVICS ZS. (2003). Drog és AIDS II. A megelőzés és az ártalomcsökkentés lehetőségei. *Képzés egy életen át. Továbbképző szakfolyóirat gyógyszerészek számára*. 3(5): (megjelenés alatt)
- DÉNES, B., NYIZSNYÁNSZKI A. (eds.) (2003). *Harm Reduction Programs in Hungary*. Hungarian Civil Liberties Union, Budapest.
- EMCDDA (2000). *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA Insights Series No 3*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisboa.
- EMCDDA (2002). *Report on the drug situation in the candidate CEECs 2002*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisboa.
- GEREVICH J., DEMETROVICS ZS., CSORBA J., HONTI J., SZEMJÁCS J. (2001). *A Metadonkezelés Magyar Manuálja*. Drogambulanciák Szakmai Szövetségének Tanácsa, Budapest. Kézirat.
- INCIARDI, J. A., HARRISON, L. D. (eds.) (1999). *Harm Reduction. National and International Perspectives*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- MACCOUN, R. J. (1998). Toward a Psychology of Harm Reduction. *American Psychologist*, 53. 11. 1198-1208.
- NADELMANN, E. A. (1989). Drug Prohibition in the United States: Costs, Consequences, and Alternatives. *Science*, 245. Sept. 939-947.
- NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSÁRA. A KORMÁNY KÁBÍTÓSZER-ELLENES STRATÉGIÁJÁNAK KONCEPCIONÁLIS ALAPJAI (2000). Ifjúsági és Sportminisztérium.
- PSZICHIÁTRIAI SZAKMAI KOLLÉGIUM (1998). A fenntartó metadonkezelés szakmai irányelvei. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium állásfoglalása. *Addictologia Hungarica*, 6. 5. 355-357.
- PSZICHIÁTRIAI SZAKMAI KOLLÉGIUM (2001a). A metadonkezelés szakmai irányelvei. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium állásfoglalása. *Psychiatria Hungarica*, 16. 1. 102-105.
- PSZICHIÁTRIAI SZAKMAI KOLLÉGIUM (2001b). A tucserelés szakmai irányelvei. *Psychiatria Hungarica*, 16. 1. 107-110.
- RÁCZ J. (1999). *Addiktológia. Tünettan és intervenciók*. HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest.
- RÁCZ J. (2002). (szerk.) *Drog és társadalom. Az addikció mintázati*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- RILEY, D., O'HARE, P. (2000). Harm Reduction: History, definition, and Practice. In: Inciardi, J. A., Harrison, L. D. *Harm Reduction. National and International Perspectives*. Sage Publications, Thousand Oaks. 1-26.
- SELLS, S. B., SIMPSON, D. (1980). The Case of Drug Abuse Treatment Effectiveness, Based on the DARP Research Program. *British Journal of Addiction*, 75. 117-131.
-

„Dzsumbuj – program”

Alábbi rövid tanulmány célja, hogy betekintést nyújtson egy, az ártalomcsökkentés területét megcélzó és speciális helyi igényeket kielégítő, roma intravénás szerhasználók számára indított program legfőbb sajátosságaiba.

A Dzsumbuj

1937-ben Budapest kilencedik kerületében felépítettek egy három házból álló telepet azzal a céllal, hogy a korra oly jellemző szegénytelepek nyomorát enyhítsék. A telep Dzsumbuj néven vált igen hamar ismerté és az idő múlásával hírhedté. Lakói sajátos életformát alakítottak ki, magába foglalva a deviancia igen sok válfaját. A Dzsumbuj ma is létezik és bár a lakóközösség nagy része már lecserélődött – jelenleg zömében roma családoknak nyújt otthont –, gettó jellege a maga egyedi normarendszerével tovább élt.

Előzmények

1998-ban, a Dzsumbujban a Dzsumbuj Help Közösségfejlesztő Központ (KfK) és a Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontaktprogram (CAT) együttműködésével néhány hónapig már működött megkezeső stratégián alapuló ártalomcsökkentő (túcsere) program.

1999 közepétől fogalmazódott meg újból a túcsere program szükségessége a telepen.³⁶ Egyre több eldobált, használt fecskendőt lehetett találni a Dzsumbujban, ami a Dzsumbuj Help KfK munkatársait, és a szülőket egyaránt aggasztotta.

Az aggodalmat tovább növelte, hogy bebizonyosodott, néhányan a telep lakói közül hepatitis fertőzöttek. A program beindításához a Közösségfejlesztő Központ ismételten felvette a kapcsolatot a CAT-al. Feltétlenül meg kell jegyezni, hogy a tervezés fázisában, a program újbóli beindítását csupán előzetes és közvetett tapasztalatok alapozták meg. Célzott igényfelmérés nem történt.

Ahhoz, hogy a Dzsumbuj területén és a Közösségfejlesztő Központ használatában lévő klubnak helyet adó pincében – mint ahogy az a tervekben szerepelt – működhessen túcsere, az Önkormányzat és az ÁNTSZ engedélye elengedhetetlenül szükséges volt.

Az ÁNTSZ részéről az engedély megszerzése tulajdonképpen gördülékenyen ment.

Önkormányzati oldalról a hozzájárulás komplikáltabbnak bizonyult. A telepen tervezett korábbi túcsere, és az ismételten beindítani kívánt program körülményeit tekintve megmutatkozott egy lényeges különbség. Ez pedig nem más, mint az 1998-as drogtörvény³⁷ hatályba lépése. A törvény a maga szigorával, és egy a törvény értelmezését elvégző dokumentum hiányával, a markáns drogpolitikával egyébként sem rendelkező Önkormányzat számára bizonytalan helyzetet állított fel. Hosszas egyeztetések eredményeként végül 2000. októberében az alpolgármester engedélyt adott a program beindításához.

A program elindítása

A program a szükséges engedélyek beszerzését, majd a két intézmény közti megállapodás aláírását követően 2000. november 3-ával kezdte meg működését a telepen. (A program tulajdonképpen a CAT telephelyeként működik.)

A konkrét helyszín a telepen működő Dzsumbuj Help Közösségfejlesztő Központ pinceklubja. A program a kezdeti időszakban minden pénteken (munkaszüneti napok kivételével) 16 és 18 óra között volt elérhető, kezdetben egy, majd később két segítővel. 2003. februárjától már szerdánként is elérhető a program. A program működtetése során használatos eszközök, módszerek elsősorban a fecskendők cseréjére, a droghasználathoz szükséges tárgyak biztosítására, valamint az információáramoltatásra és felvilágosításra (prevencióra) koncentrálnak. Ezért klasszikus értelemben vett egyéni esetvitel nem, illetve csak kivételes helyzetekben és korlátozott mértékig jelenik meg a programban. Egyéni esetvitel szükségessége esetén a program közvetítő szerepet tölt be más programok felé. A program anonim, az anonimitást személyre szabott kódok biztosítják.

Fontos megemlítenem, hogy 2002 közepétől 2003. júliusáig ártalomcsökkentő tanácsadást végezve a Kék Pont Drogkonzultációs Központ Kettőspont programja is bekapcsolódott a Dzsumbujban folytatott munkába.

A megcélzott klienskör

A klienskör, melyről biztosan feltételezni lehetett az intravénás szerhasználatot, egy korban egymáshoz igen közelálló közösség volt. Ennek a közösségnek a magja hat-nyolc főből áll, akik zömében 20-23 éves kor közöttiek. Erről a magról a velük történt beszélgetések alapján konkrét információk is érkeztek, azonban a csoport valós számát és életkorának megoszlását csak sejteni lehetett.

³⁶ A IX. kerületi ÁNTSz 1998. 05. 13-i dátummal egyszer már engedélyezte, ugyancsak a CAT közreműködésével a túcsere program beindítását, azonban ez a program személyes és önkormányzati okok miatt elhalt. A túcsere programok 1998-as és 2000-es beindítása között eltelt időszakban a Közösségfejlesztő Központ munkatársi köre szinte teljes egészében lecserélődött.

³⁷ 1998. évi LXXXVII. Törvény a büntető jogszabályok módosításáról

A program tervezésénél, majd beindításánál nagy segítséget jelentett, hogy néhány kollégámmal együtt már rendelkezünk a Dzsumbuj vonatkozásában munkatapasztalatokkal. (Kollégáim egy része az 1998-as programban dolgozott, míg én fél éves egyetemi gyakorlatomat töltöttem a Közösségfejlesztő Központban.)

A droghasználat megítélése a Dzsumbujban

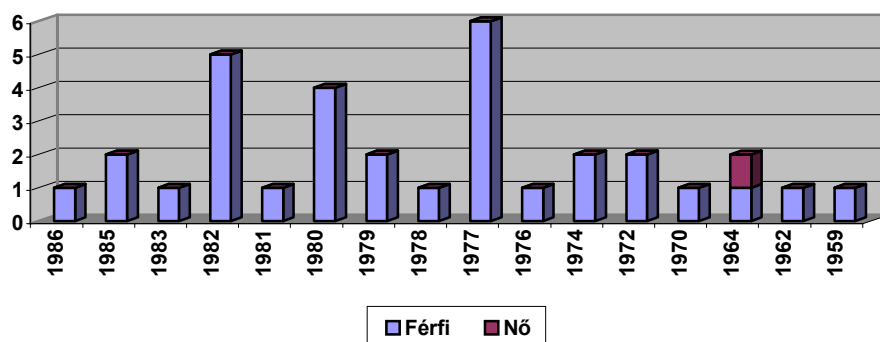
A Dzsumbuj egyedi normarendszerrel rendelkezik, melynek részletei a külvilág szemében szinte kivétel nélkül devianciának minősülnek. (Ambrus, 1988) A telep működéséből eredendően tapasztalható egyfajta közösségi tolerancia (elsődlegesen a férfiak körében) az alkoholfogyasztással szemben. Ha a problémák megoldására lehet alkoholt használni, akkor lehet mást is. Jelen esetben kábítószer. Meg kell azonban jegyezni, hogy a droghasználat toleranciája szemmel láthatóan kisebb mértékű, mint az alkoholfogyasztásé, ez azonban nem azt jelenti, hogy a szerhasználókat kivetné magából a közösség. A szerhasználat negatív megítélése nagyobb részt verbális szinten mutatkozik meg.

Arra a kérdésre, hogy mikor jelent meg a kábítószer a telepen, nem lehet pontos választ adni. 1994-95. körül már biztos, hogy jelen volt, és legintenzívebben az ezt követő egy-két évben használták a fiatalok. Igen meghatározó az a tény, hogy akik használtak valamilyen szert, szinte kivétel nélkül egy szűkebb csoport tagjai voltak, és jelenleg is azok. A szerhasználat jelenlegi intenzitását csak sejteni lehet.

Kik használják a programot

A program szolgáltatásait ez idáig zömében a 20 és 26 év közötti fiatal férfiak használták. A kliensek egy része több éves, de mindenképp több hónapos szerhasználói múlttal rendelkezik.

Kliensek életkori eloszlása 2002



Mivel a Dzsumbujban megfigyelhető egyfajta hierarchikus rendszer, és az adott korosztály tagjai többnyire egy bandához tartoznak, így a programot igénybevevő fiatalokról elmondható, hogy zömében ők is egy egységet alkotnak, és a jelenlegi hierarchiában a második-harmadik legmagasabb szinten állnak. Ezeknek a fiatal felnőtteknek igen nehéz stabil helyet találni a Dzsumbuj viszonyrendszerében.

Nem csupán a telepen élők fordulnak meg a programban. Ritkán, de megesik, hogy ismerős révén a szomszéd kerületből, vagy a IX. kerület távolabbi pontjáról érkezik kliens.

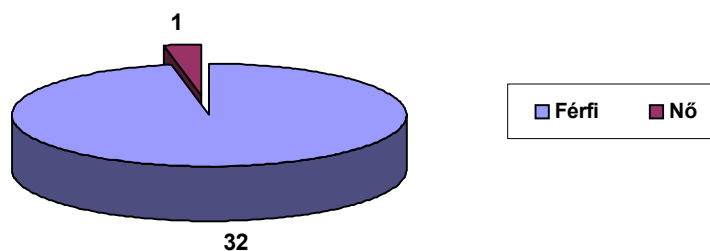
A beszélgetésekből kiderült, hogy az elvitt tűk egy jelentős része a kliensek kiterjedt kapcsolatai révén a VIII. kerületben „talál gazdára”.

Fontos megjegyezni, hogy a következő generáció (15-18 évesek) körében egyre nagyobb figyelem irányul a kábítószer felé. A Dzsumbuj életében sok olyan elfogadott magatartási mód van, ami a kábítószer-fogyasztás kockázati tényezői közé sorolható: alkoholfogyasztás, dohányzás, családi, demográfiai jellemzők, stb.

A kliensek nemek szerinti megoszlását vizsgálva egyértelműen kitűnik a fiatal férfiak túlnyomó többsége. A 26 hónap alatt mindössze két női kliens került regisztrálásra. A férfiak gyakoribb szerhasználatára vonatkozó nemzetközi tapasztalat mellett az alacsony szám magyarázatául szolgálhat az is,

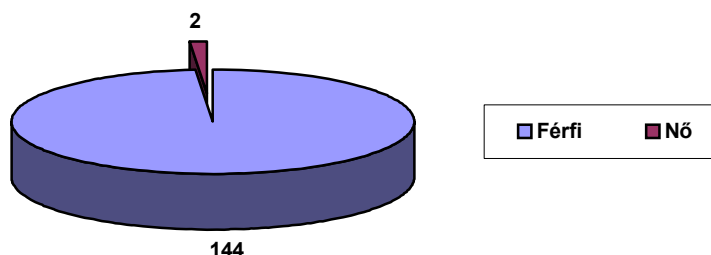
hogy a telepen a nemek hierarchiája erőteljesen él, ami a pinceklub látogatásában is megmutatkozik. Ugyancsak visszaható tényező lehet, hogy a nők megítélése – történjen az bármilyen kérdésben – sokkal szigorúbb a telep részéről, mint a férfiaké. Ezzel együtt sem gondolom, hogy nem volnának női intravénás szerhasználók a Dzsumbujban, de feltehetően mind a kábítószer, mind pedig a steril eszközök beszerzése elsődlegesen a férfiak feladata.

Kliensek száma 2002



Kliensforgalom 2002

(Kliensforgalom = az adott évben hány alkalommal látogatták a programot)



A szerhasználat leggyakoribb módjai

A kliensek elbeszélései alapján elmondható, hogy az amfetamin származékok esetében mind az orron át történő szippantás, mind pedig az intravénás használat elterjedt körökben. A szerhasználat a legtöbb esetben közösségi eseménynek tekinthető. Fontos kiemelni, hogy a kliensek amfetamin használata más csoportoktól eltérően egyáltalán nem kötődik a party kultúrához. A szerhasználat tulajdonképpen a mindennapi működésmód része. Kevésbé köthető egyetlen eseményekhez, vagy helyszínhez. A kliensek egy részénél ez alól talán csak a játék automaták éjszakába nyúló használatához is kötődő szerhasználat jelent kivételt. Az intravénás szerhasználat mellett folyamatosan jelen van a marihuána fogyasztás is.

Állításuk szerint közösen, de nem közös tűvel használják az anyagot. Ha a szükség úgy kívánja, segítenek egymást steril fecskendővel, ily módon, a szűkebb csoporton belül tulajdonképpen a fecskendők egy „kalapba” kerülnek. A steril fecskendő érték és a hiányából időnként konfliktusok adódnak a csoporton belül. Úgy vélem, a csoportos használat során az elővigyázatosság esetenként még mindig könnyen elhalványul, ha a kliensek nem jutnak steril eszközökhöz.

A felvett interjúkból az derül ki, hogy a speedet kipróbálni akaró, csoport közeli fiatalok első alkalommal csak szippantva ismerkednek a szerrel. A szippantásról azonban igen hamar áttérnek az intravénás használatra. Jellemzően az új használóknak a régebbi fogyasztók közül mindig segít valaki elő-

készíteni és beszúrni az anyagot, majd a technikák fokozatos ellesésével a kezdő drogosok áttérnek az öninjekciózásra.

Magát az anyagot is vélhetően közös tulajdonnak tekintik, így nem csak egyszerre, de az árut egymás között elosztva használják.

Az intravénás szerhasználók szinte kivétel nélkül időnként egy-két hétre, esetenként akár néhány hónapra is felfüggesztik az amfetamin-fogyasztást. Ilyen esetekben is megmarad a marihuána fogyasztás.

Az oldószerek használatának klasszikus módja, a zacskós szipuzás is megfigyelhető a telepen. A szipuzás a kilencvenes évek közepéhez képest határozottan ritkábban, vagy legalább is kevésbé látványosan mutatkozik meg a Dzsumbuj életében. A programot szipusok nem látogatják, így igen nehéz e tekintetben objektív képet alkotni. A kliensektől, lakóktól, kollégáktól kapott eddigi információk, továbbá tapasztalataim alapján sem mernék konkrét tényeket megfogalmazni a szipuzás terén.

A marihuána fogyasztása elterjedt és általános szokás a telepen. Az intravénás szerhasználatától eltérően mind a fiatalabb, mind pedig az idősebb korosztály használja. A 26 év felettiek számára az alkohol mellett ez a leghangsúlyosabb szer. Fogyasztás szempontjából ugyan úgy a mindennapok része, mint az amfetamin, és más csoportoktól eltérően kevésbé hangsúlyos a rekreációs jellege.

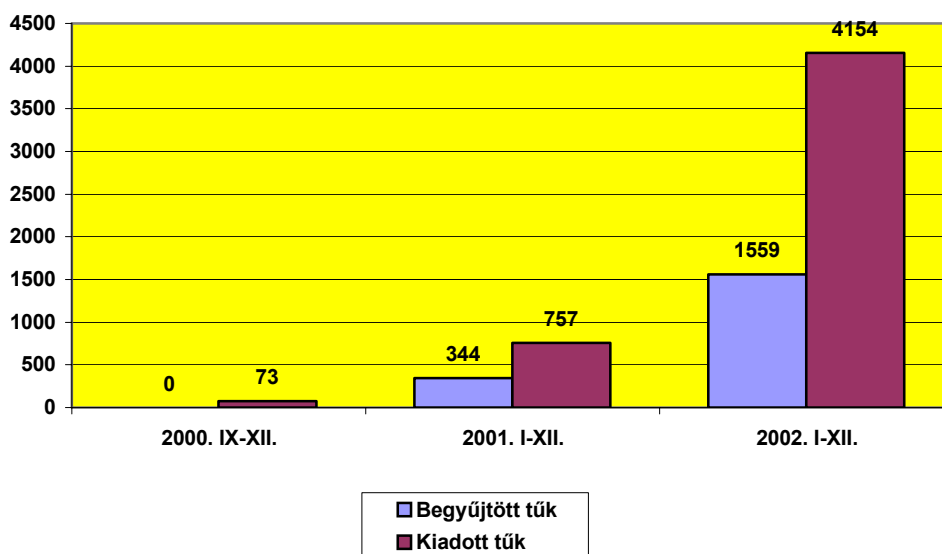
A program tűforgalma³⁸

A tűforgalom elemzésekor mindenképp figyelemmel kell lenni arra, hogy a vizsgált időszakot megelőzően, 1998-ban egyszer már volt tűcsere program a Dzsumbujban. A tűforgalmat befolyásoló további szempontként számításba kell venni azt a tényt is, hogy a kezdeti időszakban a program nem minden alkalommal volt elérhető a kliensek számára.

Az első 14 hónap egy lassú tanulási folyamatnak lehettünk tanúi. Az első tű a program indulásától számított negyedik hónapban került begyűjtésre. A program kezdeti szakaszában, a kliensekben folyamatosan kellett tudatosítani, hogy a program feladatai közé nem csak a fecskendők kiadása tartozik, hanem a begyűjtése is. Annak belátása, hogy nem csupán a steril tű használatával, hanem a használt tűk begyűjtésével is lehet csökkenteni a saját és a környezet kockázati tényezőit, igen lassú folyamat volt. E tekintetben az első lényeges áttörés akkor következett be, amikor a kliensek elkezdtek összegyűjteni használt inzulinos fecskendőiket, majd visszahozták azokat. 2001. augusztusától kezdve folyamatosan kerül begyűjtésre tű. (Az első kilenc hónapból hatban egyáltalán nem, a fennmaradó három hónapban is mindössze 36 db tű került vissza.)

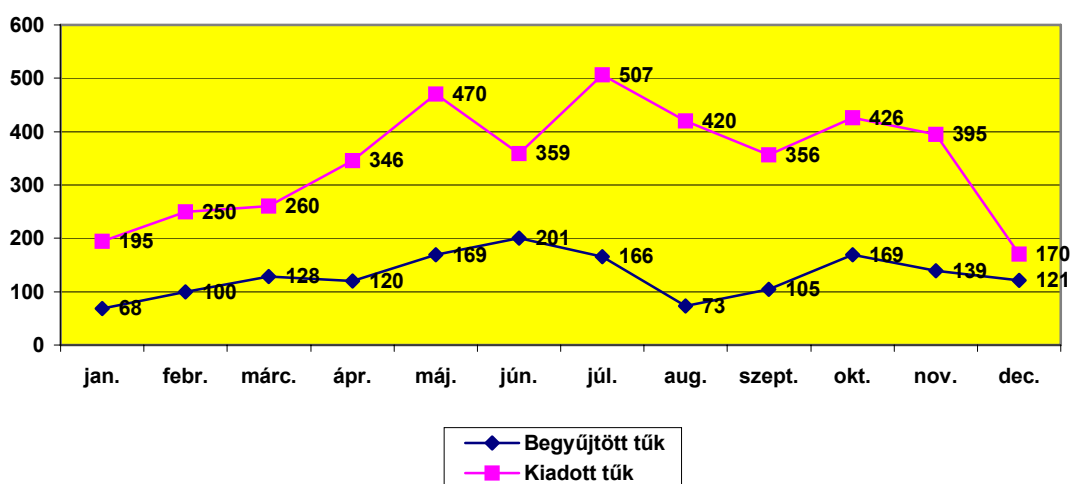
³⁸ Tűforgalmon minden esetben 1 milliliteres, inzulinos injektorok cseréjét értem.

Tűforgalom 2000 - 2002



2002-ben már nem volt olyan hónap, amikor nem került begyűjtésre fecskendő. A kliensek problémaként említették, hogy nem mindig tudják megoldani biztonságosan a tűk több napon keresztül történő tárolását, és a használt fecskendők szállítását. Különösen azoknál jelent ez nagy problémát, akiknél a család nem tudja, hogy szerhasználó, de otthon, vagy a telepen kívül is használ intravénásan kábítószer. Ennek a problémának az áthidalására 2002. októberében kialakítottunk egy gyűjtőrendszert, ahová a kliensek ügyeleti időn kívül is bedobhatják a használt fecskendőket. 2002. októbertől és decembere között ezzel a módszerrel 101 darab tűt gyűjtöttünk be.

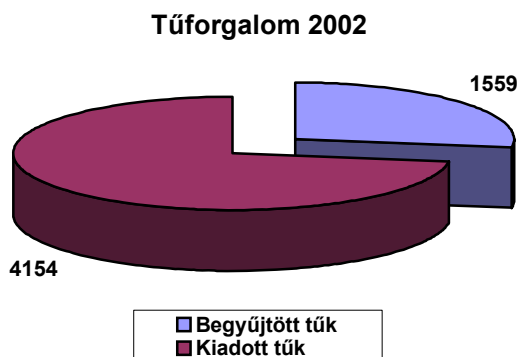
Tűforgalom havi bontásban 2002



A kiadott tűk tekintetében elmondható, hogy nem volt olyan hónap, amikor egyetlen egy darab tűt sem vittek volna el. A kiadott és begyűjtött tűk mennyiségének ingadozására tapasztalataink alapján nincsenek egyértelmű magyarázatok.

A 2002-es évre egy viszonylag stabil klienscsoport alakult ki. A harminchárom kliensből kilenc fő száz, vagy annál több fecskendőt vitt el. A kiadott tűmennyiség 79%-át ez a kilenc fő vitte el. Visszahozatal tekintetében már csak három főről beszélhetünk, akik száz, vagy annál több tűt hoztak

vissza. A begyűjtött tük 67.5 %-a származik tőlük. 2002-ben mindössze egyetlen egy kliens vette igénybe a program szolgáltatásait minden hónapban. Az adott évre vonatkozólag az elvitt tük 34.5 %-a, a visszahozott tük 49.8 %-a hozzá fűződik. A vele készített interjúból kiderült, hogy ezt a mennyiségű tüt nem csak magának viszi, hanem megosztja társaival is. Tulajdonképpen egyfajta közvetítő, kapuőr szerepet tölt be a program és az intravénás szerhasználó társai között.



Tapasztalatok összegzése

A program esetében az előzetes igényfelmérés elmaradása nem okozott veszteséget, de akár úgy is fogalmazhatnánk, hogy az igény nagyságát jól valószínűsítettük.

A Dzsumbuj sajátos szubkultúrájának figyelembevétele mindenképp helyes döntésnek bizonyult. Ez leginkább a program szolgáltatási körére igaz.

Szeretném hangsúlyozni, hogy a meglévő adatok és tapasztalatok még nem teszik lehetővé, hogy átfogó képet alkothassunk a vizsgált szerhasználói köréről. Ez azért is különösen nehéz lenne, mert a program még mindig az integrálódás szakaszában tart – mivel megkereső programról van szó, esetünkben a programnak kell a helyét megtalálni a Dzsumbujban és elfogadtatni azt a helyi közösséggel - és a kliensek összetétele folyamatosan átalakulóban van. Újabb és újabb kliensek veszik igénybe a programot, rajtuk keresztül pedig további tapasztalatokat szerzünk, nemegyszer a korábbi következtéseink felülbírálatára kényszerülve.

Irodalom

- Ambrus Péter: A Dzsumbuj, Magvető Kiadó, Budapest, 1988
- Ambrus Péter: A szegénykultúra
Budapest, 1994 június-július (egyetemi jegyzet)
- Juhász Júlia: Híradás a Dzsumbujról
Kossuth Könyvkiadó, 1976
- Dr. Rácz József A drog fogyasztó magatartás
Medicina, Budapest, 1988
- Dr. Rácz József: Multikulturalitás és ártalomcsökkentés
Szenvedélybetegségek, 1995. III. évfolyam, 4. szám.
- Demetrovics Zsolt: Drogkultúra, drogfüggés, társkapcsolatok
MTA Politikai Tudományok Intézete Etnoregionális Kutatóközpont, Budapest, 1997
Munkafüzetek 27.
-

Túcsereprogramok³⁹

Az Egészségügyi Világszervezet 1989-ben meghozott állásfoglalása szerint „a túcsere a leghatékonyabb eszköz az intravénás droghasználók HIV-, illetve hepatitis-fertőzésének megelőzésére”. A modern ellátórendszerekkel rendelkező országokban sehol sem kérdőjelezi meg a túcsereprogramok szükségszerűségét. „Az ártalomcsökkentés legfontosabb módszereit (a megkereső munkát, a fenntartó kezelést és a túcsere-programokat) az Európai Unió minden országában alkalmazzák, az uniós akciótervek hangsúlyozzák fontosságukat /az Európai Unió drogellenes akcióterve 2000-2004./” /Nemzeti stratégia a kábítószer-fogyasztás visszaszorítására/

A HIV vírus terjedésével kapcsolatban a megkereső munka és a túcsereprogramok fontosságát a kelet-európai országok számára készített ajánlásában a WHO Európai Irodája, valamint az ENSZ AIDS-ellenes kelet- és közép-európai kezdeményezései (a genfi és a kijevei találkozó és megállapodás, 1999. őszén) is kiemelik.

Egy 1994-ben, New Yorkban végzett kutatás szerint a túcsereprogramokban való részvétel a HIV fertőzés veszélyét a felére csökkenti. A cukorbeteg intravénás kábítószer-használók között – akiknek szabad hozzáférésük van steril injekciós tűhöz - 9,8%-os a HIV fertőzöttség aránya. Nem cukorbetegek között ez az arány 24,3% azonos kábítószer-használati szokások mellett.

Magyarországon az Országgyűlés által 2000. december 5-én elfogadott „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” kiemelt hangsúlyt helyez az ártalomcsökkentés területére és fejlesztésére. A Stratégia rövid távú céljai között szerepel – többek között – az alacsonyküszöbű szolgáltatások, ártalomcsökkentő programok (megkereső szolgálatok, telefonos szolgálatok, tanácsadás, jogsegély, túcsere stb.) létrehozása, illetve fejlesztése. Emellett a 1036/2002. (IV. 12.) Korm. Határozat kiemelt feladatként jelölte meg az ártalomcsökkentő módszerek (pl. túcsereprogramok) jelentős fejlesztését.

Az intravénás drogfogyasztók részére nyújtott túcsere olyan prevenciós beavatkozás, melynek közvetlen célja az intravénás drogfogyasztási forma szövődményeinek megelőzése. Széleskörű nemzetközi tapasztalatok szerint a leggyakoribb várható szövődmények a vér által terjedő fertőzések kialakulása, HIV, Hepatitisz C, Hepatitisz B, illetve a nem megfelelő öninjekciózási gyakorlathoz kapcsolódó bőrgyógyászati és sebészeti szövődmények, ulcus, phlegmone, sepsis, a vénák sclerotisatioja, ezek akár a rendszeres, napi öninjektálók, akár az alkalmi, rekreációs öninjektálók körében kialakulhatnak. A szövődmények forrása az intravénás drogfogyasztáshoz kapcsolódó rituálékból, pl. a közös fecskendő, tű, főzőedények használata, ill. a sterilitással kapcsolatos ismeretek hiányából eredő gyakorlat, pl. a bőr fertőtlenítésének elmulasztása. Ily módon akár az alkalmi öninjektáló is életre szóló, és gyógyíthatatlan betegséget szerezhet.

E fentebb vázolt célkitűzés mellett a túcsere az ártalomcsökkentés egyik módszere, és csak egy komplex, alacsony küszöbű ellátási formán belül érheti el a fenti célkitűzéseit. Az ártalomcsökkentő ellátás célja a drogkarrier valamely szakaszában lévő, az absztinenciára még felkészületlen páciens megtalálása, utánkövetése, a magas rizikójú viselkedés formákban - pl. iv. drogfogyasztás - viselkedés változás elérése, a harmadlagos prevenció mellett a drogmentesség felé terelése. Tekintettel arra, hogy a drogbetegek 5-10%-a jelenik meg a kezelőrendszerben, az ártalomcsökkentő beavatkozásnak jelentős szerep jut a kezelőrendszeren kívüli, úgynevezett rejtett drogfogyasztó populáció megtalálásában.

A magyarországi helyzetről:

Az intravénás drogfogyasztók körében végzett ártalomcsökkentés, ezen belül a túcserelés időszzerűségét az jelzi, hogy egyrészt emelkedik az intravénás drogfogyasztási forma aránya, különösen az ópiát használók között, másrészt becslések szerint a Hepatitis C vírus előfordulása 10-30% közötti, valamint megjelent a HIV fertőzöttség is.

³⁹ Az összefoglalót Majzik Balázs és dr. Molnár Balázs a GYISM Kábítószerügyi Koordinációért felelős államtitkárságának munkatársai készítették

1996-tól kezdődtek ártalomcsökkentő programok Pécsen, Szegeden, Veszprémben és Budapesten. Az intézményi háttér különböző, illetve a szolgáltatás spektruma és intenzitása is eltérő. Egyes helyeken a meglévő intézményi profil mellett kiegészítő tevékenységként, alacsony intenzitással folyik tőcsere, máshol, pl. a budapesti Drogprevenációs Alapítványnál, ill. a szegedi Drogambulancia önálló ártalomcsökkentő projektjében az ártalomcsökkentő beavatkozás jelenti a program fő tevékenységét, széles klienskört ölel fel, és kiegészül számos egyéb szolgáltatással.

A GYISM 2002-ben ártalomcsökkentő kezeléssel foglalkozó intézmények, illetve szolgáltatásaik létrehozásának, fejlesztésének támogatása címmel közzétett pályázati felhívására 44 795 000 Ft támogatást nyújtott 15 nyertes pályázó részére.

A kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó alacsonyküszöbű intézmények, programok szolgáltatásainak támogatására közzétett pályázati felhívásra beérkezett pályázatok között kifejezetten tőcserevel foglalkozó témában 19 000 000 Ft támogatást nyújtott a minisztérium. Egyedi támogatás keretében tőcsere programokra 31 080 294 Ft támogatást nyújtott.

A négyfázisú tőcsereprogram típusai:

- a) megkereső programhoz társuló tőcsere (outreach)
- b) tőcsereközpontok
- c) tőcserebusz
- d) tőcsereautomata

A megkereső programokhoz társuló tőcsere:

Drogambulancia Szeged

A Szegedi Drogambulancia a 90-es évek elejétől folytat tőcsere programot. Kezdetben, a mákszezon hónapjaiban az ambulancia épületében történt a fecskendő csere, ekkor évi 1000 tűt cseréltek ki. 1996-tól Soros alapítványi támogatással outreach tőcsere program indult a frankfurti Integrative Drogenhilfe intézet szakmai képzése segítségével. Szociális munkás hallgatókat és aktív drogfogyasztókat alkalmaznak speciális képzést követően az elsődlegesen utcai munka keretében végzett tőcsere és társoktatás programjukban. 1999-ben az ártalomcsökkentő program stábjá létrehozta a Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő, Drogfogyasztás-kutató és Továbbképző Társaságot (DÁT), ezt követően az ártalomcsökkentő program civil szervezet keretein belül nyújtja a szolgáltatást.

A szolgáltatás fejlesztésének célja az alacsony küszöbű outreach tőcsere szolgáltatás biztosítása a kezelőrendszeren kívül álló intravénás drogfogyasztók részére. A program megvalósítására pályázó drogambulancia a kezelésen kívül álló intravénás drogfogyasztók populációját célozza meg ártalomcsökkentő intervencióval. A pályázati összegből az Egészségügyi Világszervezet által javasolt beavatkozások közül „információ/kommunikációt”, elérési programot és tőcsere programot tervez.

Az „információ/kommunikáció” intervenciók módszer során a célcsoportnak, kezelőrendszeren kívül álló intravénás drogfogyasztóknak, korcsoportjuknak és életvitelüknek megfelelő, testreszabott információs anyagot bocsát a rendelkezésére, ennek formái a nyomtatott tájékoztató, és internet portál. Az információs anyagot előszerkesztést követően „focus group” módszerrel értékelteti a célcsoport önkénteseinek körében. Az információs anyag tartalma két részre tagolódik: a városban rendelkezésre álló drogellátó helyekről és egyéb szolgáltatókról szóló információ és elérhetőség, illetve az intravénás drogfogyasztás kockázatainak ismertetése. A célcsoport szokásait figyelembe véve internet portált hozott létre, melyen részben a fogyasztóknak szóló információk, részben szakmai anyagok találhatóak. A közösségi alapú elérési (outreach) programok során utcai munkások, ill. korábbi vagy jelenlegi, felkészített droghasználók - társoktatók (peer-driven outreach) - felkeresik a rejtett populációt rendszerint gyülekező helyeiken, aluljárókban, klubokban, lakásokon és a biztonságosabb szerhasználat érdekében egészségnevelést végeznek. Kapcsolatba lépnek az aktív drogfogyasztókkal, csoportokkal és hálózatokkal, bizalmi viszony alakítanak ki velük. Felvilágosítást nyújtanak a veszélyeztető viselkedésformákról, és alternatívákat javasolnak. Dr. Honti Judit szerint az intravénás drogfogyasztás alternatívái az alábbi hierarchikus sorrendben követik egymást: „1.) elsődleges javaslat a drogról való leszokás, és az

ehhez szükséges alapinformációk, kezelő helyek, kezelés módjai, feltételei; 2.) ha erre még nem szánta rá magát, intravénás használat helyett más módon fogyassza a drogot; 3.) ha ez nem megy, minden szúráshoz használjon steril felszerelést; 4.) ha ez nem megoldható, csak a saját felszerelését használja ismételtén, mindig fertőtlenítsen, kábítószerét és felszereléseit ne ossza meg senkivel; 5.) ha megosztja felszerelését másokkal, mindig fertőtlenítsen, és rendszeresen végezzen HIV és Hepatitisz szűrővizsgálatot.”

Elérési programok során az utcai munkások kiadványokat is terjesztenek a biztonságos drog fogyasztásról, biztonságos szexuális kapcsolatáról, kezelőhelyeket, segélyhelyeket, anonim segély telefonokat ismertetnek. A hónapokon át fenntartott kapcsolat során az utcai munkás végigkíséri a drogfogyasztó kliens sokszor lecsúszó karrierjét, melybe helyzeténél fogva számos ponton beavatkozhat, segítséget nyújthat, alternatívát javasolhat. Szűrésre, tanácsadásra, elvonó kezelésre, jogi és szociális segítség elfogadására, valamint végső célként drogmentes életforma választására motiválja a drogfogyasztót.

Tűcsere program gyűjtőnéven említik azon ártalomcsökkentő intervenciók stratégiákat, melyek során az egészség nevelés mellett a fertőzést hordozó eszközöket eltávolítják a használatból, steril, ill. a sterilitást és a fertőzés továbbterjedésének megelőzését segítő eszközöket bocsátanak rendelkezésre. Ily módon az egészségügyi kereteken kívül történő intravénás beavatkozást, az intravénás droghasználatot próbálják biztonságosabbá tenni. Az alkalmazott eszközök: fecskendők, tűk, inzulinos fecskendők, törülközők a bőr fertőtlenítéséhez, gumióvszer. A használt fecskendőket összegyűjtik, majd veszélyes hulladékkezelőbe kerülnek. A becserélt fecskendők aránya változó. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a kiadott steril fecskendők 70-75%-a gyűjthető be.

Az 1996 óta öt utcai munkás napi 4 órán át, a hét 5 napján végez utcai munkát. Ennek során rendszeres kapcsolatot tartanak az intravénás drogfogyasztó klienseikkel, jelenleg kb. 500 fővel. Az utcai munkások mobil telefonon elérhetőek a kliensek számára, valamint rendszeresen felkeresik a drogfogyasztók által látogatott csoportos drogfogyasztó lakásokat, és egyéb nyilvános helyeket. Az utcai munkások tanácsadást és fecskendő cserét végeznek, ill. a klienseket egészségügyi és szociális ellátás felé irányítják. Minden utcai munkás Hepatitisz B védőoltásban részesül. Ingyenes, anonim HIV és Hepatitiszszűrő vizsgálatra kísérik klienseiket, kapcsolatot tartanak a kezelő rendszerekkel, korai jelzést adnak a drogszcéna változásairól és a kliensek állapotáról, körülményeiről. A program önkéntes jelentkezés alapján ingyenes Hepatitisz B (Engerix) védőoltásban részesíti a klienseket is, melyet szakképzett nővér ad be. Az utcai munkások a program által már korábban kidolgozott kódolással regisztrálják a kontaktusokat, ill. a kiadott és begyűjtött fecskendők számát.

A program vezetése végzi a begyűjtött adatok összesítését, a stáb folyamatos képzését, koordinációt a partner intézményekkel és hatóságokkal. A programvezető és az asszisztens vezetik a stábmegbeszéléseket, ahol az utcai munkások beszámolnak a heti munkavégzésről, a drogszcéna változásairól és klienseik állapotáról, ill. folyamatos továbbképzésben részesülnek.

Gyöngyház Egyesület Pécs

Pécsen a tűcserének nyolc éves hagyománya van. A tűcsere-szolgáltatás beindításának kérdése 1994-ben fogalmazódott meg néhány fiatal körében, akik önerőből, intézményes keretek nélkül vették fel a kapcsolatot az intravénás droghasználókkal. Az elsősorban személyes ismeretségeken alapuló, a steril tűt a drogfogyasztók lakásain szétosztó önkéntesek számára hamar nyilvánvalóvá vált, hogy van igény tűcsere-programra Pécsen.

Szervezett keretek között 1996 nyarán a pécsi Drogambulancia épületében kezdték el működésüket. A program működésének kezdetétől fogva jó kapcsolatot alakítottak ki a budapesti Drogprevenációs Alapítvánnyal, ennek köszönhetően tőlük kapták a steril tűből, fecskendőből és törülközőből álló egységcsomagokat. Eleinte csak utcai tűcserét folytattak, ami a gyakorlatban a lakásokon történő cserét jelentette. Kezdetben 4 utcai munkás dolgozott a programban, emellett a másodlagos tűcsere révén -a szociális munkások kontaktjain keresztül- tudtak kapcsolatba kerülni az intravénás drogfogyasztókkal, összesen körülbelül 20-25 fővel. Ebben a kezdeti időszakban hetente 100-200 fecskendőt adtak ki, de ennél mindig többet gyűjtöttek be. Ez megközelítőleg 70%-os lefedettséget jelentett akkor.

1997-től új épületben, a Drogambulanciától immár függetlenül folytatódott a program. (Ekkor kaptak engedélyt, ugyanis a helyi ÁNTSZ illetékeseitől egy szenvedélybetegek nappali intézményeként működő, maximum 20 főt befogadni képes program működtetésére.) A program munkatársai -a kábítószer-fogyasztó fiatalok segítségével- önerőből, társadalmi munkában láttak hozzá a tulajdonukba jutott épület rendbehozatalához. A munkálatok befejezése után eleinte heti hét nap, 24 órás nyitva tartással működtek, de ez a nyitvatartási idő az évek során több tényező együttes közrejárásában következtében csökkent. Ebben az időszakban körülbelül 12-17 fő alkotta a klientúrájukat, akikkel a 6-8 szociális munkás rendszeresen tartotta a kapcsolatot. A jól kiépített kapcsolatrendszernek köszönhetően havonta 1000 tűt cseréltek, amely igen jelentős mennyiségnek tekinthető a város méreteihez képest. 1997-2000 között a tűcsere-program mellett nem hivatalos formában „belövőszoba” is működött az intézményben, naponta 2-3 intravénás drogfogyasztó adta be magának a kábítószer az egyébként ügyeleti szobaként szolgáló helyiségben, az ott dolgozó valamelyik szociális munkás jelenlétében. Egy túladagolás fordult elő a három év alatt, amikor kórházba szállították a rosszul lett fiatal.

A pécsi -és általában minden vidéken működő- tűcsere-programra jellemző, hogy a szolgáltatás igénybevétele sokszor a város intravénás drogfogyasztó populációjának mobilitásától is függ. Míg a fővárosban a kábítószer-fogyasztók magas száma az ottani szolgáltatások 100%-os kihasználtságát jelenti, a vidéki kisvárosokban néhány szélesebb ismeretségi körrel rendelkező fogyasztó „eltűnése” a városból alapjaiban hat a tűcsere kihasználtságára is. Amióta a pécsi Drogambulancián beindították a metadon-fenntartó kezelést, azóta rohamosan esett a tűcsere-szolgáltatást igénybe vevők száma. 2001-ben például még elsősorban a masszív ópiát-függőket tudták elérni a tűcserével mindaddig, amíg három, a másodlagos tűcserében jelentős szerepet vállaló intravénás drogfogyasztó kliensük meg nem halt túladagolás következtében. Ugyanebben az évben a városban egyszerre további 12 droghasználó került rehabilitációs intézetbe, akik közül kilencen intravénás drogfogyasztók voltak. A csökkenő tendenciához hozzájárult az is, hogy Pécsen 2000-ben további négy kontakt személy esett ki a programból, akik szintén rehabilitációra kerültek, a tűcsere munkatársainak pedig kapcsolatok híján nem volt lehetőségük új kontaktok „beszervezésére”. A tavalyi évet úgy kezdték, hogy gyakorlatilag a teljes klientúra lemorzsolódott. 2002-ben az állandó kliensek száma 4-5 fő, akik hetente 2-3 alkalommal keresik fel a programot tűcsere céljából.

A program több forrásból tartja fenn magát.

Támogatók: Pécsi Önkormányzat; Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, valamint a Gyermek,- Ifjúsági és Sportminisztérium

Tűcsereközpontok

Drogprevenációs Alapítvány

Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontaktprogram (C.A.T.):

Az 1994-ben létrehozott alapítvány, Drogbusz prevenciós programja mellett 1995 végén hívta életre ártalomcsökkentő programját. A C.A.T. program alapvető tevékenysége az ártalomcsökkentés a droghasználók, kiemelten az intravénás droghasználók körében. Mindezt a működési helyén és meghatározott nyitvatartási időben végzi. 2002-es támogatás következtében bővülni tudott a nyitvatartási idő, hétköznap 16 - 20 óráig, majd 20.30 - 22 óráig, hétvégén 16 és 20 óra között várják a klienseket.

Információkat nyújtanak kezelőintézményekről, rehabilitációs otthonokról, ezen szociális intézmények tevékenységének jellegéről, feltételiről (közvetítő szerep a kliens és az intézmény között). A HIV és hepatitis vírusokról információs anyagokat biztosítanak, szociális, jogi ügyek intézésében nyújtanak segítséget (TB-kártya, személyi igazolvány, segélyek) továbbá ingyenes mosási lehetőséget biztosítanak. Az alapítványt megkereső intravénás droghasználók szenvedélybetegségük miatt olyan életvitelt folytatnak, amelynek következtében elhatárolódnak a családjuktól. Amikor elszánják magukat a méregtelenítésre és a rehabilitációra, nincs mögöttük egy olyan személy, aki a problémák megoldásában segítséget nyújthatna. Többek között ezt a feladatot látják el a program munkatársai, akik a kórházi kezelés és a rehabilitáció során is követik a beteget.

Az ártalomcsökkentő programban megjelent kliensek nem használják az egészségügyi intézmények által nyújtott lehetőségeket. A programban érintett drogbetegek általános egészségügyi állapotának megőrzése érdekében heti rendszerességgel orvos jelenléte is biztosított a tőcsereprogram helyiségében. Fontos megemlíteni, hogy az alapítványnak állandó szerződése van az Erzsébet kórházzal, ahol a méregtelenítés zajlik.

Amíg a reszocializálódás útján elindul a kliens, addig is lényeges, hogy a droghasználattal összefüggő ártalmakat minimálisra csökkentsék. Ezt a steril eszközökön kívül tájékoztató anyagokkal is segítik. 2002-es forgalmuk 11 118 elvitt, és 4402 visszahozott fecskendő volt.

Széleskörű és jó kapcsolatokat ápolnak a szociális és kezelőintézményekkel, különösen az ártalomcsökkentés területén működő civil szervezetekkel. Ezen jó kapcsolatokból számos közös projekt is született, ilyen az 1997 óta létező Dzsumbujban működő kihelyezett tőcsere program is, melyet az alapítvány 2000 novemberétől működtet a Dzsumbuj Help Közösségfejlesztő Központ helyiségében. Ebbe a folyamatba kapcsolódott be a Kék Pont Drogkonzultációs Központ Kettőspont programja is ártalomcsökkentő tanácsadást végezve 2002 közepétől 2003 júliusáig.

A Drogprevenció Alapítvány 2002-ben 208 klienssel bővült, így már 700 regisztrált kliensük van. Természetesen az alapítvány tevékenységét anonim módon végzi, senkinek sem ismerik a személyes adatait, az azonosítás kódrendszer alapján történik. A legidősebbek 46-50 év közöttiek, míg a 18 év alattiak száma 13 fő. Ebből 8 leány, és 5 fiú, az átlagéletkor 20–25 év között van, és 2,5%-al magasabb a fiúk aránya. 2002-ben 4 fő halt meg a kliensek közül.

Drogambulancia Miskolc

Az 1996-ban nyílt miskolci Drogambulancia klienseinek (1300 fő) 40%-a intravénás szerhasználó, zömében heroin és kisebb mértékben amfetamin fogyasztó. A kliensek elmondása alapján jellemző, hogy egy tűt általában 4-5-ször is használnak ennek következtében igen nagy a fertőzésveszély.

Az előzetes tapasztalatok igazolták és a 2002-ben nyújtott működési támogatás biztosította a program további folytatását. Ennek során steril tűt, óvszert biztosítanak a drogambulanciára látogató fiataloknak, akiket igyekeznek bevonni a kezelésbe és motiválni más életút választásában. A szolgáltatás heti 2x2 órában működik, utcai szociális munkát is folytatnak az ambulancia munkatársai, amelyet a felmérések alapján potenciálisan fertőzöttnek nyilvánított terepen végeznek. A projektben résztvevő szakemberek száma 7 fő, akik között szociális munkás, mentálhigiénikus, pedagógus, és adminisztrátor dolgozik.

2002-es tapasztalatok:

Szórólapok segítségével, valamint személyes beszélgetéseken keresztül tájékoztatják a klienseiket a tőcsere lehetőségéről. „Sikerként” könyvelhető el, hogy folyamatosan nő a drogambulanciát felkereső fiatalok száma, akik igényelik a beszélgetéseket is. A tőcsere program kapcsolattartást biztosít olyan szerhasználókkal is, akik terápiás céllal még nem keresték fel a drogambulanciát, így ezek a találkozások megbeszélésekre, konzultációkra is módot adnak. A megjelentek között legnagyobb számban az intravénás heroin-használók vannak, rajtuk kívül a legtöbben alkalmi speed fogyasztók. Nyáron nő a mákmetszésből származó ópiumot használók száma. A programot felkeresők között a közös tűhasználat jelentős mértékűt ölt, sajnos csak nagyon kevesen kb. 5-10% ragaszkodnak ahhoz, hogy minden alkalommal steril tűt használjon. Gyakori tendencia, hogy egy tűt akár 5-10 alkalommal is használnak, ezért is küldik klienseinket HIV és Hepatitis szűrő vizsgálatokra, amelyeket a miskolci Semmelweis Kórház laboratóriumában végeznek el. Az eddigi adatok szerint még nem volt HIV fertőzött a kliensek között. Havonta körülbelül 300-350 tűt cserél az ambulancia, nem minden esetben 1:1 arányban. Jelenleg 28 kliens veszi igénybe rendszeresen a programot. Pozitívumként értékelték klienseik, hogy a tőcsere mellett óvszert is kapnak. Tapasztalatok azt mutatják, hogy sok a visszajáró szerhasználó, de sokan vannak, akik tudnak a program létezéséről, és nem merik igénybe venni, ennek oka a félelem, a szégyenérzet és a távolság lehet.

Alkohol–Drogsegély Ambulancia Veszprém

Az 1988-tól Alkohol-Drogsegély Szolgálat néven működő tanácsadó szolgálat 1993-tól végzi önálló szervezetként tevékenységét Alkohol-Drogsegély Ambulancia néven, az intézmény 2000. április 11-től rendelkezik állandó működési engedéllyel. Az Ambulancia non-profit, kiemelkedően közhasznú szervezetként egészségügyi és szociális tevékenysége keretében egészségmegőrző, betegségmegelőző, gyógyító, rehabilitációs feladatokat lát el. Az egyesület továbbá felvállalta a szenvedélybetegséggel kapcsolatos intézmények létrehozását, működtetését is. Célja a kezelési lánc folyamatosságának kiépítése, a különböző kezelési szintek, ellátási területek összehangolt, hatékony működtetése. Ennek érdekében az ambuláns ellátás mellett működteti a Szendélybetegek Nappali Ellátó Intézményét, a Hajléktalanok Éjszakai Menedékhelyét, valamint Noszlopon a Szendélybetegek Rehabilitációs Otthonát. Az Alkohol-Drogsegély Ambulancia ellátási területe Veszprém megye.

Biopszichoszociális team formájában a gyógyszeres, pszichoterápiás kezeléseket, addiktológiai tanácsadást és ártalomcsökkentést 3 pszichiáter, - köztük addiktológus, gyermekpszichiáter, pszichoterapeuta- 1 klinikai szakpszichológus, 1 pszichológus, 2 szociális munkás, valamint 2 ápolónő végzik. Jogász közreműködésével jelenleg ingyenes jogi tanácsadást is nyújt, így teljes körűen tudja biztosítani az elterelés lehetőségét.

Az ártalomcsökkentő programot 1997 óta működtetik. A szolgáltatás céljai megegyeznek a Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítása Érdekében című dokumentum 6.3.2. Ártalomcsökkentés című fejezetében foglaltakkal.

A tűcsere program 1997 óta működik napi rendszerességgel, nyitvatartási időben délutánonként. A szolgáltatás anonim módon vehető igénybe, az adminisztráció kódrendszer alapján működik. Pontosan megfogalmazott céljai a következők: az intravénás drogfogyasztási forma szövődményeinek megelőzése: vírusfertőzések (HIV, Hepatitis C, B), bőrgyógyászati, sebészeti szövődmények. A még kezelőrendszeren kívüli drogfogyasztó elérése és utánkövetése. Kockázati faktorok csökkentése, viselkedési változás elérése, drogmentesség felé terelés. Egyéb kezelési forma felé irányítás.

Az elmúlt évek alatt kb. 20 fő vett részt a programban, átlagosan évi 30-40 alkalommal, 2002-ben 7 fő vette igénybe a szolgáltatást összesen 20 alkalommal. A kiadott tűk száma 113, a visszahozottaké 49.

A Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részleg:

Az elmúlt húsz évben számos európai nagyvárosban (Zürich, Amsterdam, Rotterdam, Frankfurt stb.) a tűcsere programok létjogosultságot nyertek, mivel bebizonyosodott, hogy: a tűcsere programoknak kiemelten fontos szerepe van a drogfogyasztásból adódó egyéni és társadalmi károk hatékony csökkentésében, a H.I.V. és a Hepatitis prevencióban, illetve a korai kapcsolatfelvétel által a drogfogyasztás abbahagyásának elősegítésében. Budapest területén az intravénás drogfüggők részére a Baptista Szeretetszolgálat indított el elsőként mobil tűcsere programot, amely a hajléktalan drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munka továbbfejlesztéseként 2002. szeptemberében kezdte meg működését Cserebogár néven. Az utcai megkereső tevékenység jelenleg is elsősorban a hajléktalan drogfogyasztók célcsoportjára irányul. Tevékenységüket közel fél évig önerőből, később a Fővárosi Önkormányzat által biztosított forrásokból végezték, jelenleg pedig a GYISM és az ESZCSM támogatásával végzik. Legfőbb együttműködő partnereik közé tartozik a Civil Drogprevenció Alapítvány, a Kék Pont Drogkonzultációs Központ, valamint a Jász utcai Drogambulancia. A program Budapest 5, az intravénás drogfogyasztás szempontjából jellemző területén egy olyan lakóautóval van jelen, amely hátsó bejárattal, hűtőszekrényvel, kézmosóval, tea, kávéfőzési lehetőséggel rendelkezik, az utastérben pihenő, beszélgető sarok áll rendelkezésre. A lakóautó alkalmas az élelmiszer és ruhaadományok tárolására is. Jelenleg 25-30 fővel állnak rendszeres kapcsolatban, de ez csak egy elenyésző részét képezi a ténylegesen érintetteknek. (Ez kb. a kliensek 1-5 %-a) 2002-ben 148 db steril fecskendő és tűt adtak ki és 500-600 db használtat gyűjtöttek össze. (Az adatok 2002. szeptember- 2002. december közötti időintervallumra vonatkoznak.) Volt olyan nap, amikor egy lakótelepi háztetőről 117 db fecskendőt szedtek össze. Kliensek többnyire heroin és speed használók, átlagéletkoruk 20 és 35 év körül mozog. A legfiatalabb kliens egy 16 éves lány, aki két éve fogyaszt rendszeresen heroint. A célcsoport tagjaira

jellemző, hogy nagyon nehezen elérhető, és körükben a bizalom megteremtése nagy erőfeszítéseket igényel. Leggyakrabban nincs kapcsolatuk segítő intézményekkel és a leszokásban kevésbé motiváltak.

Célmeghatározás:

1. Korai kezelésbe vétel:

Olyan drogfogyasztókat érjen el a tevékenység, akiknek nincs kapcsolata más egyéb segítő intézménnyel. Munkatársai lehetővé teszik az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való könnyű hozzáférést, ehhez a szakmai munkához a segítő beszélgetés, a motiváció, az egyéni esetkezelés és a szociális ügyintézés áll rendelkezésre.

2. A drogfogyasztásból adódó egyéni és társadalmi károsodásokat csökkentése:

H.I.V./Hepatitis prevenció: steril felszerelés biztosítása, a biztonságosabb droghasználat elérése kommunikációval és edukációval, a használt fecskendők és tűk szakszerű begyűjtésével és megsemmisítésével.

3. Alapvető emberi szükségletek kielégítése:

Pihenés, meleg tea, élelmiszer és ruhaadományok folyamatos biztosítása annak érdekében, hogy kliensek egy kicsit jobban érezzék magukat.

Alapszabályok:

Lehet:

- a programot név nélkül, ingyenesen igénybe venni
- a használt fecskendőket steril fecskendőkre cserélni
- a drogfogyasztással, annak abbahagyásával, vagy bármilyen más egyéni és szociális ügyben segítséget kérni és kapni
- beszélgetni, pihenni
- teát inni
- gumióvszert, információs anyagokat kapni

Tilos:

- a kábítószeres fogyasztása és kereskedelme
- az agresszió bármilyen formája

Kék Pont Drogonkultációs Központ és Ambulancia

A Kék Pont Drogonkultációs Központ és Ambulancia 1998 óta folytat outreach munkát (Party Service), 2000 óta működik a Kettőspont Ártalomcsökkentő Program, melynek része az utcai megkereső munka.

A cél a droghasználók széles rétegének elérése, velük való rendszeres kapcsolaton keresztül az egészségmagatartásukban történő pozitív változás elérése (biztonságosabb szerhasználat, biztonságosabb szex). Távolati lehetőség a korai kezelésbe kerülés, ezáltal a rehabilitáció esélyének növelése.

Célpopuláció: a három, legmagasabb kockázatúnak ítélt droghasználó csoport: a roma szerhasználók, az ún. rejtett intravénás heroin-, illetve amfetamin-használók.

Az intézményi kapcsolatot nem preferáló réteg – roma szerhasználók, peremvidéken élő intravénás heroin- és amfetamin-használók – körében végzett outreach munka.

Ennek célja egyrészt egy szélesebb réteg elérése, a körükben végzett ártalomcsökkentés, azaz az úgynevezett rejtett droghasználók felkutatásával, részükre információk és segítség nyújtásával a droghasználathoz kapcsolódó járulékos ártalmak csökkentése, megelőzése. A droghasználók fertőződésének, jogi, szociális problémáinak mérséklésén, a túladagolások számának csökkentésén túl a kockázati magatartás- és viselkedésváltozás elérésével a társadalomra ható ártalmak csökkentését is célul tűzte ki (kriminális cselekmények, egészségügyi többletköltségek, fertőzések, stb...).

A 2002-ben nyújtott támogatásból készítették elő a mobil-tűcsere programot, melynek átadása a 2003. szeptemberében megtörtént. A cél olyan szerhasználókhoz történő eljutás, akik viszonylagos elszigetelődésben élnek, ezek a területek Budapest azon peremvidékei, ahol nagy mértékű szerhasználatról tudunk, de az ellátásba csak igen kis számban érkeznek innen. A mozgó tűcsere busz a hét minden napján 3 helyszínen 1,5 óra időtartamra megáll, ahol egy szociális munkás és egy önkéntes nyújtja

a szolgáltatásokat. A megkereső munka kapcsolatépítő részébe aktív szerhasználókat is bevonnak, a munkatársak feladata a célpopuláció felkutatása (ez a munkafázis már megkezdődött), és a velük való kapcsolaton keresztül információk (a droghasználat ártalmairól, alternatíváiról, kezelőhelyekről, stb....), és kockázatcsökkentő eszközök (steril inzulinos fecskendő, óvszer, véna-ápoló kenőcs, vitaminok, stb....) eljuttatása körükbe, és a használt eszközök összegyűjtése. A szociális munkás feladata, hogy a program résztvevőivel beszélgetést kezdeményezzen és az információátadáson túl a fennálló problémák megoldásában segítkezzen (szociális ügyek intézése, jogi, orvosi tanácsadás elérhetősége). Az információnyújtásban segítséget jelentenek azok az ártalomcsökkentő szóróanyagok, melyeket a Kék Pont munkatársai készítettek. (7 szertípusról, ill. 24 ártalmakat csökkentő alternatíváról). A szolgáltatások térítésmentesen, anonim módon vehető igénybe, a klienseket és az igénybevett szolgáltatás fajtáját egy kóddal regisztráljuk.

Az utcai munka feladata az ártalomcsökkentő klub propagálása, és szükség esetén szakrendelésre irányítás (orvosi, jogi és szociális konzultáció). A beérkezett jelzéseket fogadva a szolgálat „házhöz megy” és összegyűjti az eldobált fecskendőket és alternatívákat kínál a szerhasználóknak a fecskendők helyes tárolására, megsemmisítésére. A programban dolgozik pszichiáter, addiktológiai konzultáns, jogász, szociális munkás, és szociálpedagógus, valamint 15 önkéntes.

Tűcsere-automata

Magyarországon 2001 februárjában kezdődött el a tűcsere automaták felállításának előkészítése. Az első automata 2003. szeptemberében a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ előtt került kihelyezésre /1135 Budapest, Jász u. 14. Tel.: 236-0787, 452-9460/. A GYISM támogatásával ezt követően még az ősz során újabb városokban - Gyulán, Kecskeméten, valamint Pécsen kerül kihelyezésre tűcsereautomata. Az automata steril tűk biztosítása mellett lehetőséget ad a használt tűk megsemmisítéséig azok biztonságos tárolására, csökkentve így az utcán, játszótereken, parkokban elhagyott, injektorok okozta fertőzések lehetőségét. A tűcsereautomata használatakor a gép egy 11,5cm x 2cm x 3cm-es dobozt ad ki.

A doboz tartalma:

- 1 db 1ml-es steril fecskendő
- 1 db filter
- 1 db törlőkendő

Ez a tűcsere automata az ártalomcsökkentő program részeként került kihelyezésre. Célja, hogy a droghasználattal kapcsolatosan minél kevesebb ártalom érje mind a droghasználót, mind a társadalmat. Azt szeretnénk, ha Magyarországon minél kevesebben használnának drogokat, de azt is szeretnénk, hogy azok, akik használnak, s ezen a szokásukon pillanatnyilag nem tudnak változtatni, minél kevesebb kockázattal, minél kevésbé ártalmas módon tegyék. Bízunk benne, hogy ez az automata is ezt a célt fogja szolgálni.

Helyettesítő droggal (metadonnal) történő kezelés⁴⁰

Az ártalomcsökkentés égészében jelentősebb fejlődésnek indult a jelentési periódusban, mint az ezt megelőző években.

A fontosabb események közül a következőket szükséges kiemelni:

- Tűcserebusz beindítása Budapesten a Baptista Szeretetszolgálat által
- Tűcsere-automata elhelyezése a Gyulai drogambulancia területén.
- Methadon kezelés elkezdése Szegeden
- Új Methadon kezelési hely létesítése Budapesten a Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat által

METHADON-KEZELÉSBEN LÉVŐK ORSZÁGOS ADATAI 2002.					
2002.	Budapest	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged
Január	100	9	18	-	-
Február	107	9	15	-	-
Március	116	9	21	-	-
Április	106	9	21	-	-
Május	116	9	17	-	-
Június	128	8	21	-	-
Július	124	11	21	-	-
Augusztus	132	11	20 *	3	-
Szeptember	132	10	20 *	7	-
Október	151	10	20 *	13	-
November	153	10	21	15	5
December	156	10	17	20	5

METHADON-KEZELÉSBEN LÉVŐK ORSZÁGOS ADATAI 2003.					
2003.	Budapest	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged
Január	156	10	16	28	3
Február	177	10	16	30	3

⁴⁰ Az összefoglalót dr. Csorba József a Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórháza Drogambulancia És Prevenációs Központ vezetője készítette

		ó			
Március	186	10	17	29	4
Április	175	11	14	28	8
Május	172	10	15	3	10
Június	170	12	14	27	9
Július	169	13	13	28	9
Augusztus	182	13	12	26	10

2002 novemberében a Szegedi drogambulancia indította be a methadon programot.

Figyelembe véve az országos adatokat fokozatos emelkedés látható a Budapesti és a Szegedi központban . a többi kezelő helyen a programokban részt vevők száma átlagban változatlan.

A methadon kezelésre továbbiakban is Budapesten és Miskolcon van jelentős igény.

A miskolci Drogambulancián jelenleg folynak a szakmai és infrastrukturális előkészületek a Methadon program beindítására. Remélhetőleg még ez évben elkezdődnek a kezelések is.

Budapesten, az OPNI területén működő drogambulancián is tervezik a szubsztitúciós kezelések elkezdését.

A létszám bővítés és fejlesztések ellenére még jelenleg is alacsony arányban részesülnek az opiat függő betegek szubsztitúciós kezelésben .

Rövid távon szükség lenne az ország északkeleti és észak nyugati régióiban methadon program beindítására.

Budapesten a kielégítő ellátás céljából még legalább két központot (belvárosi régióban, észak budai régióban) létesítése lenne fontos vagy esetleg egy mobil Methadon (Methadon busz) program működtetése is megoldást jelenthetne.

A szubsztitúcióra alkalmas szerek paletáját is szükség lenne bővíteni .

Utógondozás, reintegráció

REHABILITÁCIÓ⁴¹

Rehabilitációs intézmények és rehabilitációs programokban részt vevők jellemzői

Emberbarát Alapítvány Alkohol-drogrehabilitációs Intézete Budapest

Az Emberbarát Alapítvány Alkohol- és Drogrehabilitációs Intézete 1991 óta működik. Magyarországon ez az intézet a legnagyobb ilyen fajta szolgáltatást nyújtó intézet.

Célja: Az Intézet a *komplex* rehabilitáció lehetőségét ajánlja fel a gyógyulni akaró alkohol- és drogfüggőknek. Az intézmény terápiás közösségi modell formájában működik. A betegek felkészítése *másfél-két éves program* keretében történik az alkohol- és drogmentes életvitelre és a társadalomba való visszailleszkedésre. A program két részből áll: *egészségügyi, orvosi rehabilitációból* (pszichiáter, addiktológus, belgyógyász, háziorvos, foglalkoztatás egészségügyi szakorvos igénybevételével) és *szociális rehabilitációból* (teljes ellátás, bentlakás, szociális jogi, pszicho-szociális rehabilitáció, munkaterápia, védett foglalkoztatás.)

⁴¹ Az összefoglalót Dr. Tímár Csaba MADRISZ elnöke, LEO AMICI Alapítvány elnöke készítette

Betegfelvétel: Az intézetbe 18-60 éves korú, gyógyulásra motivált, önként jelentkező férfiakat vesznek fel. Az „előgondozást” Addiktológiai Gondozóba végzik (Mentálhigiéniai Központban). Túljelentkezés esetén várólistát vezetnek.

Orvosi rehabilitációs gyakorlatukban az Intézet pszichiáter addiktológusa diagnózis alapján terápiát végez, javaslatot tesz a felvételre konzultáció formájában. Az Intézet belgyógyász háziorvosa a közegészségügyi problémákkal foglalkozik, szomatikus betegségeket kezel. A foglalkozás-egészségügyi szakorvos a megváltozott munkaképességűek gondozását végzi. Az orvosok a kontroll során rendszeresen találkoznak, és konzultálnak. Detoxifikáció után veszik fel a betegeket, akik kulturált körülmények között, teljes ellátással 2-3 ágyas szobákban laknak. A gondozás első három hónapja izolált, mely a drogkarrier megszakítását szolgálja. A betegek az Intézetet kísérelők nélkül nem hagyhatják el. Az Intézetben alap-gyógyszerkészlet van, amivel rugalmas, jól felépített gyógyszerkezeléseket lehet megvalósítani. Osztályos háttér áll rendelkezésre az akut esetek biztonságos kezelésére.

Krónikus fekvőbeteg szakellátás: Az orvos (pszichiáter, addiktológus, háziorvos, foglalkozás-egészségügyi szakorvos) szerepe a rehabilitációban az, hogy magát a rehabilitáció folyamatát hatékonyabbá, biztonságosabbá tegye, a betegség okozta kezelési kudarccokat megelőzze, pszichoterápiát végezzen. A terápiás csoport tagjai drogfüggők, akik sérülékenyebbek bizonyos betegségekkel szemben, krónikus betegségeik lehetnek, megszokták, hogy orvoshoz forduljanak (az addikt életmód sok egészségügyi problémával jár). Ez igényli a pszichiáter addiktológus, az általános orvos (a mindennapos orvosi problémákhoz), a belgyógyász, a foglalkozás-egészségügyi szakorvos közreműködését.

Kezelési módok: Célja, hogy a betegek visszanyerjék a mentális (pl.: stressz elviselése, konfliktus megoldása), érzelmi (hangulat, öröm, szorongás kezelése), a fizikai (gyógyszeres kezelés, munka, sport), a szociális (beilleszkedés a közösségbe, kapcsolatok kialakítása), az intellektuális (felelősségtudat, problémamegoldás), a spirituális (szeretet, az élet értelmének felismerése) egészségüket. Az Intézetbe érkező betegeket terápiás közösségben készítik fel hosszú távú programban (1-2 év) az újrakezdésre, ahol eltorzult személyiségük felelősen viselkedő személyiséggé alakul át, és felkészülnek a társadalomba való visszailleszkedésre. A közösség tagjai tematikus *csoportfoglalkozásokon* vesznek részt. A nagycsoporton felvetett témát kiscsoporton, és házi feladatokban dolgozzák fel. (például: visszaesés megelőzése, problémamegoldás, érzelmi készségek fejlesztése stb.)

Nyomon követés és értékelés: (azt a tevékenységet drogambulanciákon végezzük): Utánkövetéses rendszerben hosszú távon (6-12 hónap) figyelik volt betegeik sorsának alakulását, rehabilitációs munkájuk eredményességét. Segítik a gondozottak családba és társadalomba való visszailleszkedését. A rehabilitációs programot befejezőkkel a további utógondozást, mentálhigiéniai támogatást, nyomon követést drogambulanciájukon végzik. Tíz éves nyomonkövetéses értékelés alapján 41% az aki absztinens, tartós munkaviszonya és lakása van. 1991-ben a felvételt nyert drogbetegek 10%-a opiátfüggő volt (máktea, hydrocodin stb.) jelenleg a drogbetegek 90%-a heroinfüggő.

Baranya Megyei Önkormányzat Közalapítványa „Változóház” Pécsváradi Intézet

Az intézmény 1990 januárjában kezdte meg működését a Baranya Megyei Gyermekkórház részegységeként, mint Narkomán Fialákat Foglalkoztató Munkaterápiás Otthon.

2000. januárjától közalapítványként folytatja tevékenységét.

A felépülési program céljainak megvalósítása terápiás közösség keretein belül történik, melyben a csoportfoglalkozások a legfontosabbak, döntéshozatal pedig a személyzet és a kezeltek véleményének együttes figyelembevételével történik.

A terápiás szemlélet alapja betegség-elv, amit a Névtelen Alkoholisták (AA), a Névtelen Narkománok (NA) közössége és az APA- Amerikai Pszichiátriai Társaság tart fenn-

Ez kimondja, hogy a narkómánia gyógyíthatatlan betegség, de a programban elsajátítható annak képessége, hogyan lehet evvel konstruktívan együtt élni, tünetmentesen tartani, tehát a terápia a Névtelen Narkománok 12 lépéses módszerének elvein alapul, utat mutat, hogyan lehet kialakítani egy új, hangulatjavító szerek fogyasztása nélküli kiegyensúlyozott életvezetést. Ennélfogva a program javasolja a Névtelen Narkománok önsegítő csoportjához való csatlakozást. (Budapesten és Pécsen már mű-

ködik NA csoport, az otthon lakói látogatják ezeket, sőt a pécsi csoport megalakulása elsősorban az ő kezdeményezésüknek köszönhető.)

Az otthon elsősorban opiátfüggőket fogad, de jelenleg is van amfetamin és egyéb kábítószerfüggő a bentlakók között. Évekre visszatekintve általában 2/3-ad rész az opiátfüggők aránya.

A jelentkezés telefonon, levélben vagy személyesen történhet, amit felvételi beszélgetés követ, olyan otthonlakók közreműködésével, akik már rendelkeznek felépülésbeni tapasztalatokkal.

Felvételre bárki jelentkezhet az ország területéről, akiknek kábítószer-problémája van és szeretne változtatni.

A rendelkezésre álló dokumentációból kiderül, hogy az intézmény megnyitása óta 199 kábítószerfüggő 18-35 év közötti férfi és nő kezdte meg terápiáját. Egy részük félbehagyta, önként távozott, másokat el kellett küldeni és voltak, akik végigcsinálták a terápiás szerződésben foglaltakat. Az előző terápiás módszer nem dolgozott ki hatékony utánkövetési rendszert, a mostani szemlélet nagy hangsúlyt fektet a folyamatos kapcsolattartásra.

A 2000 januárja óta működő program még nem szolgálhat adatokkal a felépülők arányáról, mindenestre a Névtelen Narkománok közösségéhez való csatlakozás, a programot követően igen jó esély az egyik leghatékonyabb módja a tisztán-józanmaradásnak az egész világon.

Az intézet a keszűi narkomán fiatalokat foglalkoztató intézet jogutódja.

A közalapítvány fenntartásában működik Baranya Megyében Kovácsszénája településen rehabilitációs intézet.

Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány (KIMMTA) Zsibrik

A Zsibriki Otthon 1990 májusában nyitotta meg kapuit a gyógyulni vágyó drogbetegek előtt. Létrejött az akkori hidasi lelkészházaspárnak köszönhető, különösen Victorné Erdős Eszter református lelkésznek, aki az akkor már évek óta működő Ráckeresztúri Otthon megalapításában és a Kallódó Misszió munkájában országosan elismert szakembernek számított.

Zsibrik a kezdetektől hangsúlyozza a munkaterápia személyiségformáló hatását.

Ennek alapján az Otthon házai és a hozzájuk tartozó kertek, földterületek, valamint állatok gondozása és ellátása a mentorok és a gondozottak közös feladata.

Az Otthon jelenlegi működése:

Zsibrik 20 férőhellyel működik, javarészt kábítószerfüggőkkel feltöltve, de mivel drognak tartják az alkoholt is, felvesznek alkoholbetegeket is. Azt tapasztaljuk az, hogy bár nagyrészt eltérő korú, „kultúrájú” emberekről van szó, létrehozható az együttműködés azoknál, akiknél a terápia más vonatkozásban is eredményes. A különbözőség hangsúlyozása azoknál a betegeknek hangsúlyos, akik egyébként is nehezen adják fel régi drogos, vagy alkoholista identitásukat.

Hitvallásuk, hogy az élő hit személyiségformáló hatása többet jelent minden módszernél és terápiás metódusnál, mert túlmutat az emberi lehetőségeken és az élet végéig tart. Ha a gyülekezeti közösséget talál valaki, akkor a reszocializációjának országos hálója van. Sőt, felekezetekből is választhat, habitusának, igényének megfelelőt. (Karizmatikus és konzervatív keresztyén gyülekezetek egyaránt vannak Magyarországon.) A legmagasabb szintje a terápiának, ha valaki a szenvedélybetegség specifikus személyiségtorzulásaiból felépülve, megtér Istenhez és a terápia végével gyülekezeti közösséget talál.

Zsibriken, mivel a Misszió belül drogbetegek kezelésére szerződnek gondozottakkal, a legfontosabb feladat a dependens személyiség helyreállítása, az érzelmi és szellemi önállóság elérése.

A stáb tagjai a fenti munkát hitbeli elkötelezettségtől és felelősségtől motiváltan vállalták el. Az Otthon hétköznapijai a keresztyén életgyakorlat és értékek képviselőitében telnek, (kötelező reggeli áhítat, bibliaórák, evangelizációk, istentiszteletek) mivel a gyakorlatban akarják megismertetni a hitben elkötelezett életet. Emellett biztosítják a védett környezetet, a folyamatos terápiás foglalkoztatást a munkaterápiában, a személyes lelki-gondozásban a személyiségváltozást előhívó támogatást, és vezetésként. Az Otthon önszegítő csoportként is működik, amennyiben a terápiában előjárók felkarolják a kezdőket. Az első, a negyedik és a nyolcadik hónap végén összefoglaló önértékelést készít a gondozott magáról, fejlődéséről, kapcsolati rendszeréről, amit mindenki előtt felolvas. Az elhangzottakat a gondozottakkal

közösen értékelik. A kimenők fokozatosan szembesítik gondozott barátaikkal, azzal, mennyit erősödött. Három hónap elmúltával heti másfél-két órás visszaesés megelőző csoporton beszélnek át azokat a témákat, amelyek a legnagyobb rizikófaktort jelentik a talponmaradásban. Ha valaki kéri, és az otthon is felelősségteljesnek látja a kérését, hitmélyítő lelkigyakorlaton lehet részt venni, valamint konfirmációra, keresztre felkészítés is történik azoknál, akik ezt külön kérik.

Nem kötik ki sem a felvételnél, sem a terápia alatt vagy után, a református elkötelezettséget, viszont az Otthon jellegéből adódik, hogy a terápia 8 hónapja alatt a református felekezet sajátosságai érvényesülnek.

Akik kikerülnek az Otthonból, azokkal a jelenlegi gondozottakkal közösen a Régi Fiúk Napját tartják kéthavonta a Budapesti Németajkú gyülekezetben. Évente kétszer Hozzátartozók Napjára hívják a szülőket, hozzátartozókat.

Az intézet működésének jellemzői adatai:

2002.-ben kezelték száma	44 fő
Befejezte a terápia 1 éves időtartamát	4 fő
Önkényes távozás	17 fő
Szerződést bontottunk	10 fő
Tartósan józan	15 fő
Aktuálisan terápiában	13 fő

Az Intézet 2003.-tól a kanadai Portage terápiás rendszerben dolgozik, ami az önsegítő elemek bővítését és a Terápiás Közösség kialakítását mozdítja elő a gyakorlatban. Ágylétszámuk változatlanul 20 fő.

Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogrehabilitációs Otthona

A Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió (KIMM) 1983-ban alakult.

A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon kábítószeres fiatalok gyógyítására, kezelésére, érdekképvésletére és segítésére jött létre 1986-ban. Klienseik túlnyomó része ópiát fogyasztó, ezen belül is az utóbbi években elsősorban heroinfüggők kezelését végzik.

Elméleti alapvetések: A drogfüggőséget egy olyan betegségnek és rabsági helyzetnek tartják, mely az ember egész egzisztenciáját érinti, s amely messze túlmutat a drog biokémiai hatásmechanizmusain. Hitükből, és a narkomániára vonatkozó tapasztalataikkal következik, hogy a drogterápiát Isten szabadító evangéliuma, a szakmai ismeretek és tapasztalatok egésze, illetve az emberiség és szeretet kötelező parancsa egységben látják és kívánják végezni a terápiás közösség keretein belül.

Az Otthon célja: Az Otthon a fizikai méregtelenítés után, magát drogmentes közösségként értelmezve szakmai és emberi segítséget nyújt az oda jelentkezőknek abból a célból, hogy a lakók saját életdöntésük alapján a munkatársi kör és a terápiás közösség támogatásával megszabadulhassanak a kábítószer szenvedélybetegségéből. Céljuk nem csak a drogmentes, de az önhordozó, a szenvedélybetegségtől való esendőség alól megszabadult teljes értékű életvezetés kialakítása.

A terápia alappillérei:

Keresztyén program, családias együttélés, munkaterápia, erősen strukturált közösségi élet.

Közösségi életük alapja a szereteten alapuló szolidaritás. *Ezért Otthonukban nem lehetséges semmifajta erőszak (sem testi, sem lelki) alkalmazása, alkohol vagy kábítószer fogyasztása (annak bármely formájában.)*

A terápiás program felépítése:

A terápiás szerződés 1 évre szól.

A Programot bármikor meg lehet szakítani és az Otthont el lehet hagyni, hiszen a terápiás szerződés megkötése, fenntartása és eredményessége is az együttműködés szándékán és az önkéntességen múlik. A program próbaidőből és három fázisból áll. A próbaidő után a lakó a munkatársi körből mentort kap, aki a terápia alatt legszemélyesebb segítője, támogatója, érdekvédője, de egyben kritikusa is.

A Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonában a 2002. évben az intézet ágylétszáma változatlan maradt. A kezelésben résztvettek száma: 21 fő volt /szerhasználat alapján: 17 fő ópiát használó, 3 fő amfetamin használó, 1 fő egyéb/. A kezelést 9 fő fejezte be a 2002. évben, a terápiát elhagyók száma 3 fő volt. A 2002. évben a terápiában résztvettek közül jelenleg 7 fő absztinens.

2002. szeptemberétől elkezdődött egy hosszabb folyamat, mely alatt az otthon terápiás programjának az átdolgozására került sor, ami jelenleg is tart. Az átdolgozásnál egy kanadai terápiás szervezet – Portage – programja adja az új program gerincét, melynek lényege, hogy a kliensek különféle terápiás eszközök segítségével az otthonon kívül az absztinencia megtartásában segítik őket.

Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat „Dr. Farkasinszky Terézia” Ifjúsági Drogcentrum

Előzmények:

1987. március 1.-től megkezdte működését a Drogambulancia.

Szolgáltatások:

Rehabilitáció (terápiás közösségi modell, elsősorban a több éve ópiátokat használók számára, 1-1,5 éves program keretében), a szolgáltatás ingyenes, a felvételi kritériumok önkéntesség, sikeres detoxikáció, az intézmény keretek vállalása.

Az intézet statisztikai adatai:

A kezelésre jelentkező kétharmada ópiátokat használ.

Az ópiátokat használók 60%-a rendszeres intravénás droghasználó.

Az intravénás droghasználók 10%-a osztott túhasználó.

A kínálati oldal kiépülése nem csak az ópiátok állandó jelenlétét biztosítja, hanem az olyan mennyiségben van jelen, hogy a droghasználat átlagos életkorát az egyre fiatalabb korosztályok felé tolja.

A foglalkozást tekintve magas a munkanélküliek aránya.

Az ópiátok használata miatt a fiatalok 50%-a nem fejezi be az iskolát.

A kezelésre jelentkezők több mint 40%-a napi droghasználó.

Legalább két éve folyamatos droghasználó a kliensek 45%-a.

A 18 életév előtt kezd el intravénásan is drogokat használni a kliensek közel 50%-a.

LEO AMICI 2002 ADDIKTOLÓGIAI ALAPÍTVÁNY

A pécsi székhelyű Leo Amici Alapítvány a drog-rehabilitációs munkáját 1992 óta végzi, akkor nyílt meg az alapítvány rehabilitációs intézete Komlón.

A Leo Amici alapítvány rehabilitációs intézete elsősorban a droghasználat kapcsán – pszichológiailag, morálisan, jellembélileg és testileg is szembetűnően deteriorizálódott, hosszabb, személyiségkorrekciót is magába foglaló kezelést igénylő drogfüggők fogadására nyitott.

Személyzet: Talpra állt szenvedélybetegek, szociális munkás, jogász, pszichiáter, addiktológus, belgyógyász szakorvos. A szeretetteljes, gondoskodó, a személyiség éérését segítő, világos korlátokat és kereteket, a spirituális értékét, az alázatot és tisztelet fontosságát, mint intézetük leglényegesebb ismertetőjeleit a segítő-stábnak dolgozó talpra állt szenvedélybetegek a saját példájukkal képviselik a kezelésben lévők talpra állításának érdekében. Az intézményük terápiás közösség. Munkájuk szemléleti alapját a szociális tanuláselmélet képezi, fő terápiás hatóerőnek a modellhatást tekintik.

A megfelelő nyugat-európai terápiás protokollokból merítő, azokat felhasználó szintetizáló rehabilitációs tevékenységben a csoport, miliő és szocioterápia mellett kiemelt szerepet kap a **színházterápia**.

Terápiás formáink közül kiemelkedő a zene és színházterápia, ezeknek munkáink kezdetében főként rekreációs és közösségfejlesztő funkciója volt. Korán felismertük azt a ténytet, hogy a zene és színházterápia jelentős terápiás és prevenció eszköz lehet és a közösség aktívan kutatni kezdte a benne rejlő lehetőségeket. A francia pszichológus és színházi rendező Georges Baal doktorral 1994-ben kezdődött és azóta is folyamatos a szakmai kapcsolat. Az általa tartott színházterápiás képzések és tréningek során a munkatársak és a kezeltek megismerhették, és kézzelfoghatóan tapasztalták a színház- és

mozgásterápia sajátos gyógyító hatását. A módszert a test és a hang kreatív kifejezési lehetőségeinek keresésén, az improvizáción és olyan folytonosságon alapul, mely a spontán kifejezőmódoktól kezdve egészen a színrevitelig, illetve a színházi előadásig mindezt magában foglalja. A technikákat alárendeli a csoportmunkának, ahol a bizalom fejlődése, mások megismerése, a résztvevők közötti konstruktív kapcsolatok kialakítása, a múltba mélyen eltemetett dolgok analízise. A színelőadások a prevenció munkáinak egyik fontos területe. A közösség által betanult darabokat a közösség tagjai gyakran adják elő olyan helyeken (pl. iskolákban, művelődési házakban), ahova drog fogyasztás szempontjából veszélyeztetett fiatalok járnak, továbbá a drog fogyasztás szempontjából kockázatos helyszíneken (pl. katonaság).

A prevenció munkáinak kitüntetett területe még a **szülő- és hozzátartozó csoport**. Rendszeres hétvégi szülőcsoportokat szervezünk a kezelés alatt álló szenvedélybetegek hozzátartozói számára. A szenvedélybetegség mindig érinti a beteg hozzátartozóit is, akik a legkülönbözőbb módokon próbálnak meg alkalmazkodni egy olyan problémához, melyhez lehetetlen az egészséges alkalmazkodás. A szenvedélybetegek hozzátartozóival folytatott munka célja az, hogy a családtagok nagyobb kontrollt nyerjenek az életüket befolyásoló és megpecsételő függőségi minták, kodependens vonások felett. A „szeretetteljes elhatárolódás”, az emberek közti pszichológiai határok helyreállítása egyfajta újra felneveléshez és újrakezdéshez, ezáltal az élet szükségszerű aspektusainak és paradoxonjainak a korábbinál sokkal nagyobb mértékű elfogadására ad eshetőséget. A családokra irányuló rehabilitációs munka elválaszthatatlanul összefonódik a családi prevencióval, hiszen a hatás az egészséges családtagokra s a tágabb családra, rokonságra, baráti körre is kiterjed.

Relapszus prevenció csoportterápia: A kezelést eredményesen befejezők az intézeti életből továbblépő felépült szenvedélybetegek csoportformája. A tartós józanság az új beállítottság az újfajta gondolkodás megőrzésétől függ, az új viselkedés és szokások rendszeres megerősítésével, hogy megelőzhető legyen a régi viselkedések, gondolkodások visszatérése, felélése. Önszegítő csoport egy budapesti és komlói csoportban. A budapesti csoport a Megálló Egyesületen belül működik, a Leo Amici Alapítványnál talpra állt szenvedélybetegek igen aktív szervezésében.

A Leo Amici Alapítványnál a hazai viszonylatban páratlanul tűnő terápiás kultúra alakult ki, mely alkalmas kezelésüket kérő szenvedélybetegek fogadására és gyógykezelésére.

Az intézmény küldetésnyilatkozata: *„Ebben a közösségben együtt vagyunk jóban és rosszban. Az együttlét új, egészséges módjait kialakítva tanulunk élni és fejlődni. Nyitottan és őszintén megosztjuk egymással tapasztalatainkat, erőnket és reményeinket. Megtanulunk törődni magunkkal, társainkkal és a közösséggel. Különbségeink ellenére erős kötelék tart össze minket: a talpra állás szándéka. Karunkat és szívünket kitarva támogatjuk egymást a józanságban.”*

A Leo Amici 2002 Alapítvány terápiás és szakmai koncepciója és gyakorlata inkluzív (minden hasznos módszer megvizsgálására és befogadására nyitott), a szociális tanulás (modellkövetés) és a társas hatás (empatikus konfrontáció, visszajelzések, elköteleződés) elve, valamint a 12 lépéses felfogás és hagyományok kiemelt szerepet kapnak a terápiás munkában, ahol maga a közösség a legfőbb terapeuta.

Különösen szoros munkakapcsolat alakult ki a budapesti Belvárosi Tanodával és a többek közt drogreprenció tevékenységre szakosodott budapesti Megálló Csoporttal.

A Leo Amici Alapítvány 2003 januárjától, Leo Amici 2002 Addiktológiai Alapítvány elnevezésre változott. Jogállása kiemelkedően közhasznú szervezet.

Az alapítvány 2002 júliusától tagja az EURO-TC (European Treatment Centre) szervezetnek.

Az intézet statisztikai adatai:

2001-ben 14 fő ellátását volt képes megvalósítani az alapítvány, 2002-ben 18 fő egyidejű ellátására képes.

1993-2002. december 31.-ig 150 fő volt kezelésben.

elhagyta a kezelést	98 fő
befejezte a kezelést	52 fő
elhagyta, ám szermentes	26 fő
befejezte és szermentes, józan	41 fő

Békés Megye Szociális Otthona Szenvédélybetegek Rehabilitációs Részlege

Békés Megye Szociális Otthona Szenvédélybetegek Rehabilitációs Részlegében a 18-40 éves kábítószer-, játék-, valamint alkoholfüggők rehabilitációja folyik.

A részleg otthonos, kétszintes épület Nagyszénás nagyközség szélén 36 férőhellyel.

Munkatársaink: pszichiáter, pszichológus, orvos, szociális munkás, szociálpedagógus, addiktológiai konzultáns, szociális szervező, szociális gondozó-ápoló, több éve absztinens szenvédélybeteg.

A bekerülést felvételi beszélgetés előzi meg, melyen nagy valószínűséggel felderíthető, hogy a felvételét kérő valóban motivált-e.

Szakmai program:

A rehabilitáció időtartama: 6-18 hónap

A Terápiás Közösségben a kliensek eltorzult személyisége felelősen viselkedő személyiséggé alakul át, így készülnek fel a társadalomba való visszailleszkedésre. /rendszeres életvitel, tematikus csoportfoglalkozások, terápiás munkavégzés/

Utógondozás, visszaesés megelőzés:

A rehabilitációs időszakot követően legalább 6 hónapig utógondozást végeznek.

Havi rendszerességgel szülőcsoportot tartanak a hozzátartozóknak.

Visszaesés-megelőző csoportokon mindenki lehetőséget kap, hogy saját nehézségeit, kínos vagy szorongató érzéseit, gondolatait, egész magatartását tisztázza, megértse, hogy megtanuljon segíteni magán vagy másokon. Ezáltal a résztvevők kibővíthetik a rehabilitáció alatt tanultakat, sikeresebbé válhat önálló életvezetésüket.

Eredménynek tekintik, ha tőlük kikerülve valaki absztinens, pszichésen kiegyensúlyozott, tartós munkaviszonya van, visszailleszkedett a szűkebb, illetve tágabb közösségbe.

2002-es adatok:

az intézmény ágylétszáma, és befogadóképessége nem változott

kezelésben volt: 72 fő

befejezte a kezelést: 7 fő

eltávozott: 32 fő

a tartósan talpra álltak száma: 19 fő

Diótörés Alapítvány

A Diótörés Alapítvány budapesti székhelyű, kiemelten közhasznú szervezet, és működteti a Diófa Rehabilitációs Otthont Lulla, Petőfi S. u. 4. szám alatt.

2002. 03. 08.-án nyitott az intézet, 18 férőhellyel, 10 hajléktalan szenvédélybeteg rehabilitáción, 8 utógondozó rehabilitáción, koedukált, kizárólag politoximán, de elsősorban szipus, volt állami gondozott, hajléktalan fiatal felnőttek számára, országos ellátási körzettel, végleges működési engedéllyel.

2 ágyas, összkomfortos szobák, 2 ha földterület. Feltöltöttség 60-85 %.

Noszlopi Rehabilitációs Otthon

A Noszlopon felépült Rehabilitációs Otthon 2002. 03. 01.-én kezdte meg működését, régiójának egyetlen bentlakásos drogrehabilitációs intézményeként. Az intézmény 20 fő férfi szenvédélybeteg (elsősorban ópiát, alkohol, de más jellegű függőbeteg) befogadására alkalma, részükre biztosít bentlakásos formában hosszútéripiás, rehabilitációs, reszocializációs programot.

Az intézmény fenntartója az 1993. óta működő veszprémi Alkohol-Drogsegély Ambulancia, mely szakmai és pénzügyi felügyeletet lát el, egyben garanciát biztosít az intézményben működő programok folyamatos megőrzésére.

Felvételi kritériumok:

- önkéntesség

- motiváció
- sikeres detoxikáció
- szűréseken (Hepatitis, AIDS, TBC) való részvétel igazolása
- felvételi beszélgetésen való részvétel, ahol a stáb és a terápiában résztvevők döntenek a jelentkező alkalmasságáról

A *Drogrehabilitációs Otthont* működtető *Alkohol-Drogsegély Ambulanciának* 2002-ben lehetősége nyílt egy 1 hektáros terület megvásárlására, mely terület nagyságánál és elhelyezkedésénél fogva (a lakóháztól pár méterre található) alkalmassá tehető mezőgazdasági munkavégzésre, mely tevékenység feltételeinek kialakítása megkezdődött, jelenleg az épületek felépítésének befejező munkálatai folynak.

Rehabilitációs Otthonunk programjának egésze a szocioterápiás módszerek alkalmazására épül, melynek színtere a közösség, mint legkisebb szociális egység, ahol megvalósulhat a reszocializációs folyamat. Főként az épen maradt én-funkcióra építve, a szociális teljesítőképességet hivatott helyreállítani, és növelni. Mindezt a terápiás folyamat különböző szinterein igyekszik lehetővé tenni. Ennek a komplex rendszernek alapvető elemei:

- Terápiás közösség
- Csoportfoglalkozások
- Foglalkozásterápia
- Munkaterápia
- Orvosi rehabilitáció
- Tanulás

Mindezen folyamatok gerincét a közösségi-, csoport-terápia alkotja, mely lehetővé teszi a betegnek, hogy gyógyulási folyamatában a személyzet és a hasonló problémákkal küzdő betegtársak reakcióinak korrigáló hatását elfogadja, és ezzel megalapozza és megtanulja a társadalomba való visszailleszkedését.

	drogbeteg	alkoholbeteg	gyógyszerfüggő	összesen
2003. december 31.-ig felvételét kérte a programban	19 fő	23 fő	2 fő	44 fő
Jelenleg is terápiában van	1 fő	7 fő	-	8 fő
Kevesebb, min 1 hónapot töltött Terápiában	4 fő	3 fő	-	7 fő
1- 3 hónapot töltött terápiában	7 fő	10 fő	2 fő	19 fő
3-6 hónapot töltött terápiában	7 fő	2 fő	-	9 fő
Több mint 6 hónapot töltött Terápiában	-	1 fő	-	1 fő

Az utánkötés kidolgozása még folyamatban van, információnk alapján az intézetet elhagyók közül 10 fő józanul él, 8 fő visszaesett.

E. P. K. AGAPÉ „Hajnalcsillag” Rehabilitációs Otthon

Az Intézményben szenvedélybeteg (alkohol-, drog- és gyógyszerfüggő) nők és kisgyermekes anyák elhelyezésére van lehetőség, akik szeretnének meggyógyulni, és hajlandóak az együttműködésre.

Az otthon az Evangéliumi Püskösi Község AGAPÉ gyülekezete (Budapest, XIV. Dózsa Gy. út 7.) hozta létre 1985-ben az amerikai püskösdiek Teen Challenge nevű, ugyancsak szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetének segítségével. Az otthon 1994-től mint az EPK önálló jogi személyiségű intézménye működik. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1997-ben az otthonnal szerződést kötött 14 krónikus ágy területi normatíva feletti finanszírozására, 2000. január 1.-jétől pedig 18-ra módosította a szerződést. 2000. január 1.-jétől ideiglenes működési engedélyt kapott a Pest Megyei Közigazgatási Hivatal Gyámhivatalától családok átmeneti otthona működtetésére is, ami által lehetővé vált,

hogy 7 olyan kisgyermeknek is elhelyezését biztosítsák, akiknek az édesanyja szenvedélybeteg-ellátásban részesül, az otthonban. Így az anya gyógyulását tovább segíti, ha gyermekével együtt lehet a terápiának bizonyos szintjétől kezdve. Ezt az engedélyt a 2003. évre is megkapták.

Az otthon mindenki számára nyitott (az ország bármely területéről érkehetnek), a felvételhez azonban elengedhetetlen a jelentkező önkéntessége, motiváltsága és együttműködési készsége. További feltételek:

- 15-55 éves korhatár,
- őszinte helyzetfeltárás (8-10 oldalas „életút” – nem önéletrajz)
- igazolások beszerzése
- a szenvedélybetegséget igazoló pszichiátriai (szakorvosi) beutaló, ill. kórházi zárójelentés
- AIDS- hepatitis B- és tüdőszűrő-vizsgálatról szóló igazolás
- Detoxikáció a beköltözés előtt

Intézmény országos ellátási területtel működik, mivel ez az első és jelenleg is egyetlen olyan rehabilitációs otthon, ahol csak nők nyerhetnek elhelyezést, és kisgyermekes anyák gyermekükkel együtt vehetik igénybe az ellátást. Ez a specialitás önmagában is indokoltá teszi működésük fenntartását, sőt későbbi fejlesztését, bővítését.

Az alábbi táblázat az intézmény 2002. évi teljes betegforgalmát mutatja.

Az intézményből eltávozottak között vannak gyógyultak, és olyanok, akiknél nem volt eredményes a rehabilitáció.

Betegforgalom 2002-ben	
Létszám január 1.-jén	18 fő
Új felvétel	21 fő
Betegellátás 2002-ben összesen	39 fő
Távozott (Eredményesen)	7 fő
(Eredménytelenül)	17 fő
Összesen	24 fő
Létszám december 31.-én	15 fő

A gyógyultak aránya	29,2 %
Az „eredményt hozó” napok aránya	62,0 %
Hat hónap rehabilitáció után a gyógyulási arány	60,0 %
Egy év rehabilitáció után a gyógyulási arány	66,7 %
A terápiában végig részt vevők (18 hónap fölött) gyógyulási aránya	80 %

A fentiekben felsorolt intézeteket megalakították a Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetségét (MADRISZ), melynek célja, a magyarországi dropterápia területén működő intézmények összefogása, szakmai öntudatának erősítése, és a szakmai szolidaritás kialakítása. Feladata az intézmények, munkatársak és a kliensek érdekeinek képviselete és védelme, a tagok tudományos és szakmai képzésének elősegítése.

A MADRISZ tagja lehet bárki, de eddigi tevékenységében elsősorban a dropterápiás intézetek és azok dolgozói vettek részt.

Drogfogyasztók kezelésre, rehabilitációja, szociális reintegrációja

(Az ESZCSM beszámolója)

A kábítószerprobléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000.(XII.1) OGY határozat keretbe foglalja az egészségügyre háruló rövid és középtávú fejlesztési feladatokat.

A drogbeteg-ellátás egészségügyi intézményrendszere az alábbi egységeket foglalja magában:

-akut ellátás: sürgősségi ellátást, detoxikálást (elvonást), pszichiátriai ellátást és addiktológiai kezelést biztosító kórházi osztályok

-járóbeteg ellátás: drogambulanciák, az addiktológiai hálózat és különösen annak TÁMASZ gondozói, illetve néhány esetben pszichiátriai szakrendelés száma: 228

-drogrehabilitáció: hosszútávú terápia, mely főleg alapítványi/egyházi, ritkábban önkormányzati tulajdonban lévő otthonokban történik

A drogbeteg mindhárom kezelési kategóriában térítésmentes ellátásra jogosult.

A kezelés és rehabilitáció célja az absztinencia (pszichoaktív anyagoktól mentes életvitel) elérése, illetve, ha ez nem valósítható meg, a részbeni javulás elérése a kísérő-problémák csökkentésével, a reintegráció elősegítésével (rendszeres munka, önellátás, bűnözés abbahagyása). Az ártalomcsökkentő beavatkozások célja – a fennmaradó kábítószerhasználat mellett – a kábítószerek egészségre gyakorolt káros hatásainak minimalizálása.

A nemzeti drogstratégia a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátásában a kezelés teljes spektrumának kialakítását, a kezeléshez való hozzáférés javítására az ellátóhálózat területi eloszlásának javítását írja elő. Ennek kiépítése korszerű, emellett költség-hatékony modellek bevezetését igényli, aminek velejárója a modell kipróbálása, értékelése, valamint szakszemélyzet képzése is. Ezen célok megvalósítása csak hosszú távon lehetséges.

Járóbeteg ellátás:

1997-99 közötti időszakban intenzív fejlesztésre került sor, mely elsősorban a tárgyi feltételek javítását célozta meg a már meglévő drogambulanciákon. Ezt követően 2001 és 2002-ben új drogambulanciák kialakítása volt a cél, az ellátási lehetőségek területi egyenlőtlenségeinek felszámolására. Az egészségügyi ágazatban rendelkezésre álló szűkös központi keretből (2001: 30 MFt, 2002: 20 MFt -ot) tudott az egészségügyi tárca erre a feladatra fordítani.

Az anyagi eszközök szűkössége mellett a gyorsabb ütemű fejlesztéseket a pszichiátria, addiktológia területén a krónikus szakemberhiány nagyban akadályozta és ez a probléma jelenleg is fennáll. Új drogambulancia kialakítására csak ott kerülhetett sor, ahol ehhez egyéb forrás (főleg önkormányzati hozzájárulás is) rendelkezésre állt.

Az egyes drogambulanciák finanszírozása a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárakkal kötött szerződéstől függően nagyon eltérő lehet.

A drogambulanciák és TÁMASZ gondozók működéséhez szükséges óraszám fejlesztések nem voltak összhangban az egészségügyi tárca fejlesztési lehetőségeivel, többletforrást a költségvetés erre a célra nem biztosított sem 2001-ben, sem 2002-ben.

Szakmai tevékenység szabályozása:

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2000-ben elkészítette a drogambulanciák minimum követelményeire vonatkozó javaslatát, ezt követően a már működő és újonnan létesített drogambulanciák állandó, vagy ideiglenes működési engedélyt kaptak a területi ÁNTSZ-től. A szakmai irányelv áttekintése aktuálissá vált, az eltelt időszak változásaira való tekintettel.

Szakmai érdekeik hatékonyabb érvényesítésére az ambuláns ellátóhelyek szakmai szövetséget alapítottak (Drogambulanciák Szakmai Szövetsége. 2001-2002-ben 17 intézmény vált tagjává.)

Kórházi ellátás:

Sürgősségi esetek ellátása:

Döntően általános pszichiátriai vagy addiktológiai osztályon illetve néhány nagyobb detoxikáló osztályon történik. Ezeken az osztályokon az átlagos ápolási idő: 1-2 nap.

Jellemző a szűkös kapacitás, egyidőben kevés számú detoxikálására szoruló kliens ellátására képesek.

Pszichiátriai problémák kezelése:

A rövid detoxifikációs fázis utáni elsősorban a kábítószerfogyasztás által kiváltott súlyos pszichiátriai szövődmények gyógyítására kerül sor (kettős diagnózisú esetek ellátása).

A kábítószerfüggők kezelésének finanszírozása az egészségügyi rendszer része, tehát ez is a HBCS⁴² pontszámokon alapul. Az addikciók kezeléséhez némileg alacsonyabb pontszám tartozik (ami alacsonyabb OEP térítéssel jár), emiatt előfordulhat, hogy a kórházi ellátásban általában a pszichiátriai kísérő betegséget tüntetik fel fő diagnózisként, nem az elsődleges problémát: a kábítószerfüggőséget. Ez megnehezíti a kábítószerfüggők kezelésére fordított egészségügyi kiadások pontos ismeretét.

Rehabilitáció-hosszú távú terápiás kezelési lehetőségek:

2001 évben 7 drogrehabilitációs intézet működött 174 ágygal. Eloszlásukra a területi egyenlőtlenség, a változó színvonalú ellátás volt jellemző. Az átlagos ágykihasználtság 70% körüli volt, de némely intézmény 100%-os kihasználtsággal működött (2000-2001 évi adat)

2002-ben jelentős fejlesztések történtek, mivel a nemzeti drogstratégia előírta az ágyszám rövid távon történő megduplázását. A 174 ágyról 400 ágyra történő fejlesztés részben bővítéssel, részben új rehabilitációs otthonok belépésével valósult meg.

A drogrehabilitációs otthonok finanszírozása kettős forrásból történik: részben szociális normatíva szerint, melyhez hozzáadódik az egészségügyi ellátásra biztosított, a krónikus betegellátási körbe sorolt támogatás 1,2 szorzószámmal.

Mind az új rehabilitációs otthonok létrehozásakor, mind pedig a már működők esetében kívánatos a korszerű terápiás (viselkedésterápia és/vagy pszichoterápia csoportterápia formában történő napi alkalmazása), foglalkoztatási-terápiás és szociális reintegrációs programok bevezetése a kliensek drogmentes életvezetése és a visszaesések gyakoriságának csökkentése érdekében.

Feladatok:

A hatékonyságvizsgálatok bevezetése, és az egységes juttatások helyett a differenciált, teljesítmény-arányos finanszírozás fontos ösztönzőerő lenne a gyógyító és rehabilitáló munka eredményesebbé tételében.

A kezelési eredményesség javításához szükséges korszerű diagnosztikai eszközök alkalmazása (EASI, DSM-IV), a medikális és paramedikális személyzet képzettségi szintjének emelése, a folyamatos képzési rendszer szorgalmazásával és nemzetközi tanfolyamok⁴³ segítségével is. A terápiás közösségi modellen alapuló kanadai intézet szűk szakmai kör részére biztosított csak továbbképzési lehetőséget 2001 májusában. A kezelésben részt vevő intézmények munkatársai igényelnék a színvonalas szakmai képzést.

Terápiás lehetőségek a büntető igazságszolgáltatás rendszerében

A büntetés-végrehajtási (továbbiakban: bv.) szervezet a bv. intézetekben 1997-ben elvégzett kutatás eredményei alapján elkészítette kábítószer-ellenes stratégiáját. Az akkor meghatározott célok, feladatok megfeleltek a később kiadott nemzeti drogstratégiának is. A büntetés-végrehajtás drogstratégiáját a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2001-ben megtárgyalta.

A Kormány a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII. 11.) OGY határozatban foglalt rövid és középtávú feladatok végrehaj-

⁴² HBCS = homogén betegcsoport

⁴³ A kanadai Portage rövid-távú terápiás közösségi kezelési modell oktatása néhány drogrehabilitációs otthon személyzete részére

tására kiadott 1036/2002. (IV. 12.) Korm. határozatban az igazságügy-miniszter alá tartozó büntetés-végrehajtási szervezetre vonatkozóan feladatokat határozott meg.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2002. augusztusában elfogadta a kérdéskörrel kapcsolatos gyakorlati lépésekről a 2003-2004. költségvetési időszakra vonatkozó javaslatot azzal a kiegészítéssel, hogy a 2002. év hátralévő részére, illetőleg a 2003. esztendőre megállapított feladatok költségigényeit fel kell mérni. Ez alapján elkészült a bv. szervezet 2002-2003. évekre meghatározott végrehajtási ütemterve. Ez részletesen tartalmazza az egyes feladatokat, kitér a pontos határidőkre és felelősökre, valamint rögzíti az előre látható költségeket. Az ütemtervet a Büntetés-végrehajtás Parancsnoksága (továbbiakban: BVOP) megküldte mind az Igazságügyi Minisztériumnak, mind a Gyermek- és Ifjúsági és Sportminisztériumnak.

A különböző szakterületek megkezdték a program végrehajtását. Ennek eredményeként a meghatározott feladatok részarányos végrehajtásában a következők történtek:

- a bv. intézetek a kiadott utasításnak megfelelően továbbra is folyamatosan tájékoztatják a BvOP Ügyeleti Osztályát a kábítószer előtalálásáról./ 2002-es évben összesen 8 esetben (5 esetben fogvatartottnál, 2 esetben csomagban, 1 esetben az intézet más területén) /. Jellemző az amfetamin, cannabis-származékok előtalálása, egy esetben elítéltnél injekciós tűben heroint találtak;

- a javasolt drog-prevenációs részlegek kialakításának jogszabályi feltételei megteremtődtek. 2003. január 1-jén lépett hatályba a szabadságvesztés és az előzetesen letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet (a továbbiakban: Rendelet) módosításáról szóló 18/2002. (XI.30.) IM. Rendelet, amely lehetővé teszi prevenációs részlegek kialakítását;

- a bv. intézetek folyamatosan szerveznek a kábítószer-problémát feltáró ismeretterjesztő előadásokat, foglalkozásokat, amelyeken a fogvatartotti állomány jelentős létszáma vett, illetve- vesz részt;

- megkezdtük a keresletcsökkentés érdekében elengedhetetlenül szükséges drogprevenációs tájékoztatásokat. E célból 9 videokazettából álló ismeretterjesztő anyagot, sorozatot vásárolt a bv. szervezet. A kazetta-csomagokat megküldtük a bv. intézeteknek, ahol – 3-5 hetes időtartamokban - vetítések keretében megtekintik azokat. A vetítéshez kapcsolódóan feladatként lett meghatározva, hogy az anyagot a nevelők csoportos foglalkozások keretében ismertessék és vitassák meg a fogvatartottakkal. A tapasztalatokról készült emlékeztetők szerint a foglalkozásokon eddig kb. 4000 fogvatartott vett részt;

- a MATRA-program keretében a holland partnerek a bv. személyi állományunkból 6 főt képeztek ki a kábítószer-problémakör kezelésével kapcsolatban;

- a kiképzett oktatók 3 turnusban adják át a megszerzett ismereteiket a bv. intézetek munkatársainak;

- a Budapesti Fegyház és Börtönben folyamatosan zajlik a kábítószer függőséget gyógyító kezelés. Ennek gyakorlati végrehajtását a BVOP az elmúlt évben külön ellenőrizte, az ellenőrzés tapasztalatait vezetői értekezlet tárgyalta. A feladatok kiemelt országos jellegére tekintettel az Alternatív Drogterápiás Csoport (ADCS) működését lehetővé tevő országos parancsnoki intézkedés módosításával a büntetés-végrehajtás országos parancsnoka központi költségvetési fedezetet biztosított.

- jelenleg 7 kábítószer kereső kutya van rendszerbe állítva 7 bv. intézetben (a Budapesti Fegyház és Börtönben, a Fővárosi Bv. Intézetben, a Sopronkőhidai Fegyház és Börtönben és Állampusztai Országos Bv. Intézetben, Szegedi Fegyház és Börtönben, Pálhalmi Országos Bv. Intézetben és a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Bv. Intézetben). A kutyák és vezetőik egyrészt a Rendőrség, másrészt az utóbbi időben a Vám- és Pénzügyőrség által kerülnek kiképzésre, melynek összköltsége (kutya beszerzése és képzése, illetve a kutyavezető képzése) 650 e Ft (ez az összeg nem tartalmazza a kutyavezető költségeit, amit az intézet térít meg, pl. napij, útiköltség, stb., ami további 200 e Ft költséget jelenthet). Pálhalmán 2003-ban rendszeresítettük a kereső

kutyát, 2004. évre két további intézetben tervezzük a kiképzett kutyák alkalmazását: Baracskai Országos Bv. Intézetben és a tököli Fiatalokorúak Bv. Intézetében.

A jelenlegi koncepció szerint egyelőre minden régióba, majd minden országos jellegű bv. intézetbe tervezünk kábítószer kereső kutyát. A kutyák vezetőikkel együtt évente kéthetes továbbképzésen vesznek részt, ezen túlmenően az bv. intézetekben hetente legalább 3-4-szer tréningezniük kell.

- Szintén a program keretében kerültek beszerzésre a csomagvizsgáló berendezések, melyekből jelenleg 24 db üzemel. A berendezés a szerves anyagokat a sűrűségtől és az összetételtől függően különböző színekben vetíti ki a képernyőre. Eddig 4 végrehajtó házban, és 8 megyei bv. intézetben került sor csomagvizsgáló berendezés telepítésére.

Összefoglalva, a bv. szervezet a drogstratégiában megfogalmazott feladatoknak folyamatosan eleget tesz. Az anyagi háttér biztosítását részben önerőből, azonban döntően a központi támogatásból tudjuk megoldani.