DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

dr. Sivadó Máté

DEBRECEN

2015

DEBRECENI EGYETEM

MARTON GÉZA ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

JELENKORI DROGPOLITIKA MAGYARORSZÁGON ÉS EURÓPÁBAN, TENGERENTÚLI KITEKINTÉSSEL

Készítette:

dr. Sivadó Máté

Témavezető:

Prof. Dr. Blaskó Béla

egyetemi tanár

Társ-témavezető:

Prof. Dr. Finszter Géza

egyetemi tanár

A doktori program címe: Az állam és a jog változásai Közép- és Kelet-Európában

A doktori iskola vezetője: Prof. Dr. Szabó Béla egyetemi tanár

A kézirat lezárva: 2015. augusztus 31.

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK **3**

NYILATKOZAT **7**

TÉMAVEZETŐI ÉRTÉKELÉS **8**

TÉMAVEZETŐI ÉRTÉKELÉS **10**

I. BEVEZETÉS **12**

1. A témaválasztás indoklása **12**

2. Hipotézisek **13**

3. A kutatás eszközei **14**

4. A kábítószer-probléma befolyásolásának modelljei **15**

5. Vonatkozó ENSZ Egyezmények és azok elemzése **17**

5.1. Az ENSZ egyezmények és a kábítószer-használat ellenőrzése 17

5.2. Az ENSZ 1988. évi Egyezményének 3. cikke 18

II. TÁRGYALÁS **21**

1. A drogpolitika alapjai **21**

1.1. A droghasználat jelenségének értelmezési keretei 21

1.1.1. A biológiai modell 21

1.1.2. A morális modell 22

1.1.3. A kriminalizációs modell 22

1.1.4. A spirituális modell 22

1.1.5. Fertőzőbetegség-modell 23

1.1.6. Szociológiai modell 23

1.1.7. Multidiszciplináris modell 23

1.2. A droghasználat kezelésének alternatívái 24

2. A droghelyzet alakulása Magyarországon **26**

2.1. A kábítószer-fogyasztás kezdetei Magyarországon 26

2.2. A ’70-es évek: a Parkán és a szipuzás 28

2.3. A fordulat évei: Droghelyzet a ’80-as években 31

2.4. „Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Magyarországon” c. kutatási program drogkutatási alirány bemutatása 35

2.5. Droghelyzet a rendszerváltozás után 38

3. A drogok jogi szabályozása Magyarországon 41
3.1. Törvények 41
3.2. Törvényerejű rendeletek 46
3.3. A közjogi szervezetszabályozó eszközök 47
3.4. A Kúria, az Alkotmánybíróság, az Alapjogok Biztosának vonatkozó dokumentumai 51

4. Magyar drogstratégia és a megalkotásához vezető út 57
4.1. A Nemzeti Stratégia kidolgozásának előzményei 57
4.2 Az első Kábítószerügyi eseti bizottság által készített jelentés (125/1997. (XII.18.) OGY határozat) 57
4.3 Drogstratégia 2000-2009. 58
4.4 Nemzeti Drogstratégia 2010–2018 59
4.5. A jelenlegi drogstratégia megalkotásának folyamata 67
4.6. Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020 73
4.7. Konklúzió 77

4. A kábítószer-fogyasztás hatásaival kapcsolatos dilemmák 79
5.1. A kábítószer-fogyasztás hatásaival kapcsolatos leggyakoribb félreértések 80
5.1.1. A drogtilalmi enthüméma 80
5.1.2. A saját farkába harapó kiskutya (tautológia) 82
5.1.3. „Utána történt, tehát amiatt történt” 83
5.1.4. Argumentum ad metum 84
5.1.5. Argumentum ad hominem 85
5.1.6. Mintaválasztási hiba 86
5.1.7. Attribúciós hiba 86
5.1.8. Ignoratio Elenchi – a vörös hering 87
5.1.9. Vagy/vagy (fekete/fehér) fallacizmus avagy hamis dilemma 88
5.2. Egyes kábítószerek egészségkárosító hatása körüli vita egyes állomásai 90
5.2.1. A Neurológiai és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium közös álláspontja 90
5.2.2. A Társaság a Szabadságjogokért Egyesület álláspontja 94
5.2.3. Az egészségügyi miniszter reakciója a kollégiumi állásfoglalásra 96
5.2.4. Új szakértői vélemény 97
5.2.7. További tudományos vizsgálatok eredményei 104
4.3. Marihuána függőség következményei a párkapcsolatokban 107

6. Keresletcsökkentés 109
6.1. A korábban kialakult megközelítés a drogprevenció kapcsán 109
6.2. A legújabb megközelítések 110
6.2.1. Általános prevenció – az általános populáció számára biztosított beavatkozások 111
6.2.2. Célzott prevenció – (veszélyeztetett) csoportok számára biztosított beavatkozások 113
6.2.3. Javallott prevenció – (veszélyeztetett) egyének számára biztosított beavatkozások 114
6.2.4. Környezeti prevenciós stratégiák – a társadalomra (és rendszerekre) irányuló beavatkozások 116
6.3. Irányzatok a drogprevencióban 117
6.3.1. Információnyújtó programok 117
6.3.2. Érzelmi nevelés/fejlesztés felőli megközelítések 118
6.3.3. Társas hatás felőli megközelítések 118
6.3.4. Integrált szociális hatást/kompetenciát növelő megközelítések 120
6.3.5. Átfogó egészségfejlesztő programok 121
6.4. A drogprevenció egyes színterei 122
6.4.1. Család 122
6.4.2. Iskola 123
6.4.3. Lakosság 124

7. Kínálatcsökkentés – harc a kábítószerek ellen 126
7.1. Bevezetés 126
7.2. A rendvédelmi szervek kínálatcsökkentésben betöltött szerepe, feladata 126
7.2.1. A rendőrség feladata a kínálatcsökkentésben 131
7.2.2. Kábítószer-rendészeti tevékenység 139
7.2.3. Vámhatósági feladatok 141
7.2.4. Határrendészeti feladatok 143
7.3. Kínálatcsökkentés a büntetés-végrehajtás területén 146
7.3.1. Kezelési kategóriák a kábítószer-probléma függvényében 147
7.3.2. Európai áttekintés 149
7.3.3. Magyarországi gyakorlat és tapasztalatok 151
7.3.4. A társadalmi integráció akadályai 154
7.3.5. Beavatkozási lehetőségek külföldön 155
7.3.6. Beavatkozások a magyar büntetés-végrehajtási intézetekben 156
7.4. Összefoglalás 160

8. Ártalomcsökkentés 165
8.1. Az ártalomcsökkentés szerepe, helye 166
8.1.1. Az ártalomcsökkentés meghatározása 166
8.1.2. Az ártalomcsökkentés elvei 166
8.1.3. Az alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatások típusai 167
8.2. Az ártalomcsökkentés módjai 167
8.2.1. Megkereső és utcai munka 168
8.2.2. A közösség-alapú megkereső-modell 170
8.2.3. „Bennszülött", helyi megkereső munkatárs 170
8.2.4. A kortárs- és a sorstárs-segítés módszere 171
8.2.5. Biztonságos drogfogyasztói szoba 172
8.2.6. Ún. „Party service" programok 174
8.3. A letartóztatási továbbirányítási rendszer (Arrest Referral, AR) bemutatása Angliai és Walesi példa nyomán 175
8.3.1. Célja, jelentősége 176
8.3.2. A Skót Nemzeti Drogstratégia néhány kulcsfontosságú célja 176
8.4. Szubsztitúciós terápiák 181
8.5. Tűcsere-program 182
8.5.1. A tűcsere-programok fajtái 187
8.5.2. A tűcsere-program szolgáltatásai, céljai 188
8.5.3. A tűcsere-program megvalósulási helyszínei 188
8.5.4. A tűcsere-programokban elérhető szolgáltatások 189
8.5.5. A Kék Pont Tűcsere-program bezárása 189
8.6. Következtetések 198

9. Drogstratégiák az Európai Unióban és az azokhoz vezető út 201
9.1. A kezdetek 201
9.2. Az Európai Unió intézményei és a kábítószer-használat 202
9.3. Az Európai Unió drogstratégiái 203
9.3.1. Az EU 1995 és 1999 közötti drogstratégiája 203
9.3.2. Az EU 2000 és 2004 közötti drogstratégiája 204
9.3.3. Az EU 2005 és 2012 közötti drogstratégiája 205
9.3.4. Az EU 2013-2020 közötti stratégiája 207
9.4. Az egyes nemzeti stratégiák összehangolása 212
9.5. Az Európai Unió tevékenységének értékelése 213

10. Drogpolitikai trendek egyes országokban – Nemzetközi kitekintés 215
10.1. A prohibícióra (büntetésre) alapuló drogpolitikát folytató országok 215
10.1.1. Oroszország 215
Ukrajnai kitérő 219
10.1.2. Kína 221
10.1.3. Thaiföld 224
10.1.4. Svédország 225
A svéd modell kialakulása 228
10.1.5. Amerikai Egyesült Államok 236
10.1.6. Mexikó 239
10.1.7. Összegzés 240
10.2. A dekriminalizációs megközelítésmódra épülő drogpolitikát folytató országok 242
10.2.1. Portugália 242
10.2.2. Svájc 243
10.2.3. Hollandia 247
10.2.4. Csehország 251
10.3.Vegyes drogpolitikát folytató országok 252
10.3.1. Görögország 252
10.3.2. Románia 254
10.3.3. Olaszország 256
10.3.4. Spanyolország 258
10.3.5. Németország 261
10.3.6. Nagy Britannia 264
10.3.7. Lengyelország 267

11. Új pszichoaktív szerek 268
11.1. Piaci trendek 271
11.2. Az új pszichoaktív szerek csoportosítása 273
11.2.1. Szintetikus kannabionidok – Spice 274
11.2.2. A katinonok: Mefedron, MDPV, pentedron 276
11.3. Az új típusú szerek speciális veszélyei 278
11.4. Következtetések, megoldási lehetőségek 281

III. BEFEJEZÉS 283

1. Diszkusszió: Az értekezés új tudományos eredményei 283

2. Összefoglalás 286
2.1. Visszatekintés az értekezés elején megfogalmazott hipotézisekre 286
2.2. Elképzelések egy drogstratégiáról 288

IRODALOMJEGYZÉK 293

NYILATKOZAT

Alulírott, dr. Sivadó Máté, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskolában a doktori fokozat megszerzése céljából benyújtott, „Jelenkori drogpolitika Magyarországon és Európában, tengerentúli kitekintéssel" című értekezésem saját önálló munkám, a benne található, másoktól származó gondolatok és adatok eredeti lelőhelyét a hivatkozásokban (lábjegyzetekben), az irodalomjegyzékben, illetve a felhasznált források között hiánytalanul feltüntettem.

Kijelentem, hogy a benyújtott értekezéssel azonos tartalmú értekezést más egyetemen nem nyújtottam be tudományos fokozat megszerzése céljából.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben részben vagy egészben sajátomként mutatom be más szellemi alkotását, vagy az értekezésben hamis, esetleg hamisított adatokat használok, és ezzel a doktori ügyben eljáró testületet vagy személyt megtévesztem vagy tévedésben tartom, a megítélt doktori fokozat visszavonható, a jogerős visszavonó határozatot az egyetem nyilvánosságra hozza.

Debrecen, 2015. augusztus 31.

_____

aláírás

TÉMAVEZETŐI ÉRTÉKELÉS

dr. Sivadó Máté

„Jelenkori drogpolitika Magyarországon és Európában, tengerentúli kitekintéssel”

címmel készített PhD. disszertációjáról

Sivadó Máté fenti című doktori disszertációja aktuális témát dolgoz fel.

A honi kriminológiai kutatások – jóllehet alaposnak tűnő empirikus tapasztalásokra támaszkodva, nem ritkán ennek csupán látszatát keltve – egyik „felkapott” témaköre a droggal összefüggő, drogpolitikai kérdések elemzése, az ebből vonható következtetések megfogalmazása stb. Sivadó disszertációjáról egyértelműen kijelenthető, hogy - a szóban forgó szakirodalmi kört is figyelembe véve – hosszú évek óta az egyik legalaposabb (szélesen megvont, Európai, illetve tengerentúli kitekintéssel is bíró) „merítési bázisra” támaszkodik.

A „drogpolitika” eszközrendszerének, hatásainak, eredményeinek, illetve eredménytelenségének bemutatására törekvő szerző kutatómunkájával – szándékai szerint amennyire ezt a doktori disszertáció keretei lehetővé teszik -, komplex képet kíván nyújtani választott témájáról az olvasó számára, jóllehet a vizsgált témakör összetettsége (amint erre következtetései is utalnak) számára is egyértelműek.

A dolgozat szerkezeti felépítése logikus rendet követ, kezdve a nagyobb szerkezeti egységkénti fejezetekre tagolástól, melyek mintegy kétharmadánál jellemző – a fentebb már jelzett – teljességre törekvés.

Sivadó a választott kutatási tárgyának körében alapos szakirodalom-kutatást végzett, értekezésében feldolgozza a releváns hazai és nemzetközi irodalmat.

Álláspontom szerint: a szerző doktori értekezésének témája tudományosan értékelhető, hiteles adatokat és eredményeket tartalmaz, az adatok és eredmények más kutatásokból, illetve a jelölt vizsgálataiból származnak. A dolgozatban foglalt tudományos eredmények a jelölttől származnak, az értekezés a formai követelményeknek megfelel.

Az értekezésen – tekintettel arra, hogy az a munkahelyi vitán elhangzott opponensi (Prof. Dr. Rácz József, illetve Prof. Dr. Lévay Miklós) véleményekben, valamint a vitavezető elnök (Prof. Dr. Szabó Béla) összefoglalójában megfogalmazott elvárások figyelembevételével került benyújtásra – a jelölt a szükséges változtatásokat elvégezte. A „drogpolitika” vonatkozásában felmerült opponensi kritikára a jelölt – forrásmunkákra támaszkodva, álláspontját megfelelő érvelés mellett fenntartva – adja meg a választ.

A fent már említett aktuális témaválasztásnál, valamint a tárgykör kritikai szemléleten nyugvó feldolgozásánál fogva Sivadó disszertációja alkalmas arra, hogy (elsősorban) a kriminológia, mint tudományág számára újabb kutatási irány(okat) jelöljön ki.

A fentiek alapján javasolom a dolgozat nyilvános vitára bocsátását.

Debrecen, 2015. 08. 30.

Prof. Dr. Blaskó Béla egyetemi tanár

témavezető

TÉMAVEZETŐI ÉRTÉKELÉS
dr. Sivadó Máté doktori értekezéséről

A Jelenkori drogpolitika hazánkban és Európában tengerentúli kitekintéssel c. PhD dolgozat már a bevezetőjében szembe találja magát a kriminálpolitika alapvető alternatívájával: legyen szigort hirdető, súlyosan büntető, elutasító, az egyén felelősségét hangsúlyozó, avagy segítő-támogató, szelíd kézzel intő és a társadalom működési zavarainak korrigálására felhívó. A szerző mértéktartó módon hat tézisben foglalja össze azokat a kérdéseket, amelyekre a disszertációban válaszolni próbál.

A hat tézisből három szoros kapcsolatban van az illegális drogterjesztésre és a fogyasztásra adott büntetőjogi válaszokkal.

A kínálatcsökkentés rendészeti útja a terjesztés forrásainak leleplezése, a kereskedés vonalainak felszámolása, a drogra specializálódott szervezett bűnözés meggyengítése, az illegális drogkereskedelem gazdasági kockázatainak rendőri eszközökkel történő növelése.

A keresletcsökkentés rendészeti eszközei lényegesen szűkebbek, tulajdonképpen kizárólag a fogyasztás kriminalizálására, és a fogyasztók megbüntetésére korlátozódnak. Olyan rendészeti stratégiában, ahol az eredményességet a statisztikai szemlélet uralja, ahol a mélyebb és időigényesebb felderítés számára kevéssé adottak a feltételek, a drogfogyasztók nagyobb veszélyben érezhetik magukat, mint a terjesztők. A helyzetet tovább rontja, ha a társadalom pozitív kontrollmechanizmusai (család, oktatás, szociális háló, civil összefogás, szolidaritásra épülő kulturális hagyományok, stb.) elégtelenül működnek vagy egyenesen hiányoznak. A szerző helyesen mutat rá arra, hogy ezeknek a pozitív kontrolloknak a fejlesztése idő- és pénzigényes, nem ígér rövidtávon látványos és a kormányzati marketingben jó hasznosítható eredményeket.

Az ártalomcsökkentés nem csupán a drogprobléma jelentős részének medikalizálását, az egészségügy magas szintű működését feltételezi, hanem azt is, hogy a fogyasztóban legalább annyira áldozatot, mint bűnös elkövetőt lásson a társadalom ítélete. (Jellemző példa, hogy míg egyesek a tűcsere-programot áldozatsegítésnek, mások bűnpártolásnak minősítik.)

A másik három tézis inkább a társadalomnak a drogokról kialakított felfogását befolyásoló tényezőkre utal. A közösségi vélemény a rendészeti intézkedések és a büntetőjogi válaszok és a segítő-támogató hatások támogatására egyaránt alkalmas lehet. A tömegtájékoztatás a félelemkeltéssel az előbbi, reális kép közvetítésével az utóbbi irányzatot erősítheti.

A dolgozat a drogprobléma társadalmi kezelésének modelljeinek áttekintése után (1. fejezet), a magyarországi helyzetet mutatja be, és a jogi szabályozást követi napjainkig (2. fejezet és 3. fejezet). Mindkét fejezetet értékesnek ítélem a helyes korszakolás, a bőséges empíria és a jogi szabályozás összetettsége, valamint a bírósági gyakorlatra történt kitekintés alapján.

A drogstratégia fordulatairól szóló 4. fejezet a témakör kikerülhetetlen átpolitizáltságát ugyanúgy felmutatja, mint azt a vélekedést, miszerint a változó stratégiák a tényleges droghelyzetre szinte alig gyakorolnak hatást. A szigor politikája a nem hoz lényeges javulást, a megengedő modell pedig nem jár a helyzet mérhető romlásával.

A dolgozat 5. fejezete a droghatások biológiai és társadalmi-politikai szempontú vizsgálatainak összefoglalása. Noha a biológiai- orvosi és pszichiátria megközelítések többségét szakmai szempontból értékelni kompetenciahiány okából nem tudom, viszont a teljes fejezetet azért tartom a dolgozat egyik legértékesebb részének, mert fontos

mondanivalót közvetít mind a drogpolitika formálói, mind a jogalkotók és jogalkalmazók számára, de tanulhatnak belőle a droghelyzetet vizsgáló kriminológusok is.

Hasonló jelentőségű a prevenciós irányokat és területeket felsorakoztató 6. fejezet.

Az illegális drogjelenségekre adott rendészeti válaszokat bemutató 7. fejezet a teljességre törekszik, külföldi kitekintést is magába foglal, de külön kiemelendő az összefoglaló rész, ami a kutatás kritikai megközelítésének dicséretes példája, különös tekintettel arra, hogy a rendészeti gyakorlat nehezen viseli az ilyen kritikát.

Az ártalomcsökkentés különböző útjainak szentelt 8. fejezet jól mutatja a hazai és a nemzetközi szintéren egyaránt megjelenő különböző módszerek erősségeit és gyengeségeit, a kriminalizáló és a gyógyító felfogás konfliktusait. A fejezethez fűzött konklúzió a szerző széleskörű tájékozottságáról és kiérlelt szakmai meggyőződéséről tanúskodik.

Az Európai Unió drogstratégiáit áttekintő 9. fejezet példa arra, hogy az útkeresésnek melyek az alkotmányos jogállam értékeit tiszteletben tartó azon lehetőségei, amelyekre nemzetközi összefogás alapítható. Ezt a gondolatot egészíti ki bőséges információkkal a 10. fejezet kitekintése a világ számos országára, felhívva a figyelmet a drogellenes küzdelemben résztvevők planetáris felelősségvállalására. A 11. fejezet a szívderítőnek nem mondható jövő képét vetíti elénk.

A dolgozat befejező része visszautal a hipotézisekre. A gazdag elmélet és bőséges információs háttér birtokában határozott véleményt formál az elkövetkezendő időszak lehetséges drogstratégiáiról.

Álláspontom szerint a hazai kriminológiai irodalomban hasonló teljességre törő és a probléma kritikai elemzésére vállalkozó munka még nem született. A szerzőnek nem lehetett célja egy egyedül üdvözítő megoldás feltalálása, de a kutatás során igazolt hozzáértése, az alternatívákra nyitott gondolkodásmódja, kritikai szemlélete valamint az empíria iránti tisztelete az eredményekkel kecsegtető irányba mutat. Mindezt ajánlom a tisztelt bírálók figyelmébe.

Budapest, 2015. augusztus

Finszter Géza

I. Bevezetés

1. A témaválasztás indoklása

Napjainkban nem tudjuk úgy elolvasni az elektronikus vagy akár a nyomtatott médiumokat, hogy kábítószerrel [1] kapcsolatos hír ne szerepelne benne. Olvashatunk kábítószerfogyasztók haláláról, híres emberek kábítószer-problémáiról, terjesztő hálózatok felszámolásáról, csak a legnépszerűbbeket említsem. Egyértelműen felfedezhető a téma megítélésében generációs szakadék. A rendszerváltás előtt szocializálódott generációk számára a „kábítószerek" és „kábítószeresek" egy nagy homogén egységet alkotnak, és jelentősen démonizáltan jelennek meg. Rettegnek, hogy gyermekeik, unokáik fogyasztókká válnak. Amikor ez megtörténik, akkor mindig az iskola és a rossz baráti kör kerül a bűnbak szerepébe. Mindeközben a kábítószer-problémába kerülő gyermekek családjait vizsgálva, szinte mindig kiderül a szülők, nagyszülők, testvérek visszaélésszerű szerhasználata.

Gyakorló rendőrtisztként részt vettem kábítószerterjesztők elfogásában, házkutatások, lefoglalások, kihallgatások végrehajtásában. Majd a téma kutatójaként rendszeresen találkozom, beszélek toxikológusokkal, addiktológusokkal, szociális munkásokkal, az alacsony küszöbű ellátás végzőivel, részben ez indított a téma mélyebb vizsgálatára.

A drogpolitikai elképzelések kialakításakor sok esetben a legális (nikotin, alkohol, koffein, altató-nyugtató és élénkítő gyógyszerek) és az illegális élvezeti szerek fogyasztására adott szakpolitikai válaszok megadása az elsődleges. A döntéshozók sok esetben aszerint tagozódnak, hogy a visszaélésszerű szerfogyasztás okaira milyen választ adnak. Az az ember

[1] Illegális drogok (opiátok, stimulánsok, hallucinogének, kannabisz és származékai). Az 1/1968. (V. 12.) BM-EüM együttes rendelet 1. § (1) szerint „Kábítószer-élvezetre alkalmas anyagnak (továbbiakban: kábítószer) az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett "1961. évi Egységes Kábítószer Egyezmény" alapján nemzetközileg kábítószernek nyilvánított, továbbá a Magyar Köztársaságban kábítószernek minősített anyagokat és készítményeket, valamint azok bármilyen töménységű folyékony vagy szilárd hígításait kell tekinteni." A Btk. 286/A § értelmező rendelkezése szerint kábítószeren a visszaélés szempontjából veszélyes pszichotróp anyagot is érteni kell.

szabad akaratán alapuló választás vagy egyfajta determináció, vagyis sorsunk társadalmi meghatározottsága? Az első esetben a válasz könnyű: ha a rosszat választottad, viseld a következményeit, beteg leszel, gondoskodj a gyógyításodról, és ha szembe szegülsz a közösség szabályaival számolj a – most már egyre szigorúbb – büntetéssel. Ám, ha elismerjük a biológiai adottságok talaján, a környezet, mégpedig elsősorban a társadalmi környezet hatására kialakuló személyiség törvényszerűségeit, már nem magától értetődik, hogy a büntetés lenne a megoldás. Persze nem vitatjuk, hogy a büntetésnek van szerepe a közösség életében, az emberi sorsok alakulásában, azonban ezzel óvatosan és körültekintően kell élni. A büntetés csak akkor hatásos, és ebből fakadóan ésszerű, ha mellette mindig adunk valamiféle segítséget is az érintettnek. A büntetésnek csak egyik célja az, hogy általa felmutassuk a közösség védett értékeit, azt is akarnunk kell, hogy a megbotlott ember visszataláljon a közösségbe, és ez segítség nélkül nem megy.[2]

Kutatásom során szeretném feltárni, hogy mi a drogpolitika, milyen elemekből áll és ezek hogyan viszonyulnak egymáshoz, illetve hogyan alakultak ki. Valamint számba veszem a droggal kapcsolatos állami és civil eszközöket, vizsgálni kívánom azok hatékonyságát, eredményeit.

Dolgozatommal célom bemutatni a hazai és nemzetiköz drogpolitikák eszközrendszereit, hatásait, eredményeit vagy éppen eredménytelenségeit.

Továbbá be kívánom mutatni a követendő és elrettentő nemzetközi gyakorlatokat, végül mindezek eredményeképpen fel kívánok vázolni egy, a saját értelmezésem szerint, a jelenleginél eredményesebb drogstratégiát.

2. Hipotézisek

1. A legális élvezeti szerek, így az alkohol, nikotin, gyógyszerek legalább akkor veszélyt jelentenek, illetve sokkal több kárt okoznak ma Magyarországon, mint az illegális kábítószerek.

[2] Dénes Balázs: A tiltás gyümölcsei: 3 szigorú drogpolitikai év, Budapest, TASZ, 2002, 1. old. alapján

2. A kínálatcsökkentés elengedhetetlenül szükséges, de nem hatékony módszer, a drogszférát nem befolyásolja olyan módon, ahogyan azt a szakmai szervezetek és a közvélemény gondolja. Nem csökkenti a kínálatot.

3. A keresletcsökkentés eszközrendszerében rejlő lehetőségeket nem használjuk ki, mert idő- és pénzigényesek, továbbá nem járnak látványos, politikailag hasznosítható eredménnyel.

4. Az ártalomcsökkentés fontos, de nem mindenható eszköz. Talán ez jár a legmérhetőbb eredményekkel a kábítószerhalálok megelőzését, illetve a fertőző betegségek terjedésének féken tartását illetően.

5. Magyarország nagyon jó helyzetben van a környező országok és a világ más tájaihoz képest a droghelyzetet tekintve

3. A kutatás eszközei

- Forráskutatás, dokumentumelemzés a rendelkezésre álló szakirodalom, azon belül is az utóbbi két évtizedben született publikációk feldolgozása, illetve a korábbiak közül azoké, amelyek relevanciájukat nem veszítették el vagy beleillettek a jogtörténeti fejezetbe

- Parlamenti jegyzőkönyvek feldolgozása: a magyar drogstratégia megszületése során az Országgyűlésben elhangzottak olyan felszólalások, amelyek tanulságait le kellett vonni.

- Érintett állami szervek dokumentumaik beszerzése: a Rendőrség és a Nemzeti Adó- és Vámhivatal droghelyzet kezelésére vonatkozó nyílt minősítésű dokumentumai, utasításai, intézkedései

- A Kúria, az Alkotmánybíróság, az Alapvető Jogok Biztosa által a témában kibocsátott dokumentumainak feldolgozása

- A szakmapolitikát alakító körülmények feltárása, ennek révén témát övező viták, nézetek ütköztetése, ezekből következtetések levonása

- A vonatkozó közegészségügyi, rendészeti gyakorlat összegzése, rendszerezése
- A témába vágó hazai és külföldi kezelési modellek rendszerbe foglalása, megoldásainak elemzése

4. A kábítószer-probléma befolyásolásának modelljei

Prohibicionalista megközelítés: a kábítószerek illegális használatának teljes tilalmán alapuló megközelítés. Ez a megfogalmazás e modell megértéséhez kevéssé visz közel, mivel a nemzetközi egyezmények a kábítószernek minősülő anyagokhoz kapcsolódó törvénybe ütköző cselekményeket szankcionálják. De különbség van a tiltás mértékében, a szankciók nagyságában, a szankcionálandó cselekmények és magatartásformák tekintetében (pl. ilyen a fogyasztás megítélése). A „tiszta" prohibíció a kábítószerrel kapcsolatos minden illegális cselekményt tilt és súlyosan szankcionál; a tiltást mind a keresleti, mind a kínálati oldalon érvényesíti: a kábítószerekhez való hozzájutás megakadályozása, a terjesztés és a fogyasztás szankcionálása megakadályozza a fogyasztás terjedését, végső soron a jelenség felszámolását eredményezi.

A megközelítés a fogyasztót a terjesztő áldozatának tartja, de cselekménye olyan mértékben veszélyezteti környezetét és a társadalmat, hogy még önmagában ezt a cselekményt is bünteti. A modell nem tesz különbséget a kábítószerek között veszélyesség szempontjából. A modell - bár koherens logikára épít - nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket; hiszen a társadalmi beavatkozás gyakran ellentétes, előre nem kiszámolható hatásokkal jár: a probléma súlyosbodik, a jelenségben érintettek rejtőzködőbbekké válnak, vagy a jelenséghez társuló más jelenség (pl. a kábítószerezéshez társuló AIDS) felborítja a modell értelmezési kereteit. A fokozott szankcionálás miatt a kábítószerekhez kapcsolódó kriminalitás és korrupció növekszik, következményesen az illegális bevételek, a pénzmosás is. A modell alkalmazása rendkívül forrásigényes, de teljes hatásfokkal még nagy költségráfordítás mellett sem valósítható meg a „zéró-tolerancia" elve. Ez a megközelítés leegyszerűsített formájában figyelmen kívül hagyva az ENSZ ajánlásait is a szankcionálás hatékonysága érdekében összpontosított erőfeszítései miatt nem tekinti feladatának a megelőzés és kezelés feladatait.

„Normalizáló" megközelítés: a kábítószerek egy csoportját, nevezetesen a kannábisz-származékokat elkülöníti. Ezek fogyasztóival (és a terjesztés bizonyos formáival) kapcsolatban nem alkalmaz tiltásokat. Kiindulópontja szerint a „lágy" szerek csak kevéssé veszélyesek a társadalomra, és a „megengedő" kábítószer-politikával elejét lehet venni a veszélyesebb szerek fogyasztásának. Elsősorban a „holland-modellként" ismeretes; más szocio-kulturális közegben valószínűleg ezek a jogpolitikai intézkedések nem valósíthatók meg. E megközelítés kritikusainak egyik fő érve a „lágy" szerek és a veszélyesebb szerek közötti nyilvánvaló kapcsolat, a másik pedig az, hogy ezzel a társadalom nem küld egyértelmű üzenetet tagjai felé, a kábítószer-fogyasztás egyes formáit ugyanis beemeli a társadalmilag elfogadott cselekmények körébe, ezzel a deviáns és nem deviáns közötti határt

jelentősen kitolja. A nemzetközi szerződések sem teszik lehetővé e megközelítés elterjesztését.

Dekriminalizációs és legalizációs megközelítés: előbbi szerint a kábítószerekkel kapcsolatos egyes cselekmények (jelesül a fogyasztás, tartás) nem képeznek bűncselekményt, utóbbi fogalom pedig azon csoportok célkitűzését jelenti, amelyek egyes kábítószereket (vagy az összeset) ki akarják vonni a büntetőjogi kontroll alól. Az érv úgy szól, hogy ezzel államilag vagy a nyílt piac által szabályozható piaca alakulna ki a drogoknak, megszűnne az illegális kereskedelem és a vele összefonódó kriminalitás és szervezett bűnözés. A kábítószerek legalizálását a nemzetközi közösség nem tartja megengedhetőnek; minden ENSZ és EU szerződés ezek tilalmát tartalmazza: a kábítószer-fogyasztás olyan veszély, mely legálissá válva a jelenleginél súlyosabb egyéni és társadalmi problémákat okozna, vélt előnyös hatásai bekövetkezésére pedig nincs garancia.

A kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő megközelítés: a nemzetközi közösség (ENSZ, EU) ezt a megközelítést tartja előnyösnek, ezért dokumentumaiban ezt ajánlja, felismerve, hogy amíg van kereslet, addig kínálat is létezik. Önmagukban tehát a kínálati oldalon ható beavatkozások feltétlenül szükségesek, de nem elegendőek. A büntető-igazságszolgáltatás eszközei mellett a megfelelő megelőzésre és a problémákkal küzdő kábítószer-fogyasztó egészségügyi és szociális kezelésére is szükség van. A kábítószer-fogyasztás jelensége nem különíthető el a társadalmi problémáktól, így többek között az egyenlőtlenség, szegénység, munkanélküliség, társadalmi leszakadás és marginalizáció kérdéseitől. A nemzetközi dokumentumokban megfigyelhető a keresletcsökkentés szerepének növekedése (a korábban elsősorban a kínálati oldallal foglalkozó szabályozás mellett), sőt egyes ajánlások a kábítószer-használat okozta egyéni és társadalmi ártalmak mérséklését is célul tűzik ki. Ez a cél egy „tisztán" prohibíciós modellben nem képzelhető el. Az egyes országok között eltérések vannak a kábítószerek használata súlyosságának megítélésében, vagy éppen a kábítószerek mennyisége és büntetési tételeivel kapcsolatban, a fogyasztás büntetőjogi megítélésében (egyszeri, alkalmi, visszatérő fogyasztó, továbbá fogyasztó és beteg függő), valamint a büntetőeljárás alternatívája alkalmazásának kiterjedtsége tekintetében. Eltérés lehet az ártalomcsökkentő módszerek megítélésében is. Egyetértés mutatkozik azonban abban, hogy a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyán alapuló beavatkozási politika a kábítószer-használók differenciáltabb megítélése, a prevenció, a terápia és a büntető-igazságszolgáltatás gyakorlatának együttes és összehangolt alkalmazása révén vezethet egyedül eredményre.[3]

Az ártalomcsökkentő megközelítés: a droghasználathoz kapcsolódó ártalmakat kívánja elsősorban csökkenteni, és nem magát a droghasználatot. Az "ártalom" jelentkezhet az egyén, a közösség és a társadalom szintjén, illetve egészségügyi, szociális és gazdasági ártalomként. Szokás még a kockázatcsökkentésről és ártalom-minimalizálásról beszélni, elkülönítve ezeket a fogalmakat egymástól, azonban a nemzetközi szakirodalomban az ártalomcsökkentés (harm

[3] 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról

reduction) kifejezés terjedt el. Az ópiátfüggőség kezelésére - egyes, speciális esetekben - az ópiátok orvosi adását megengedhetőnek tartotják az irányzat képviselői. Az ártalomcsökkentés módszereinek igazi "áttörését" a HIV/AIDS járvány hozta magával; a HIV/AIDS közegészségügyi veszélye mellett - némi túlzással - eltörpülni látszottak az illegitim droghasználat egyéb ártalmai. [4]

5. Vonatkozó ENSZ Egyezmények és azok elemzése

Az ENSZ kábítószerekkel kapcsolatos egyezményei az egészségre való veszélyességük, a visszaélés kockázata és terápiás értékük alapján osztályozzák a kábítószereket és pszichotrop anyagokat. Az 1961. évi Egyezmény négy jegyzékbe sorolja a kábítószereket, míg az 1971. évi Egyezmény további négy jegyzékbe sorolja a pszichotrop anyagokat. Az 1988. évi Egyezmény (a nemzetközi kábítószer kereskedelemre reagálva) két jegyzékben sorolja fel a „prekurzorokat”.[5]

Érdekességként megjegyezni, hogy egyes anyagok két jegyzékben is szerepelnek ugyanazon Egyezményben. A kannabisz és a heroin (tizenöt másik anyaghoz hasonlóan) az 1961. évi Egyezmény I. jegyzékében is szerepelnek, mint olyan anyagok, amelyek tulajdonságaik alapján függőséget okoznak, és komoly veszélyt jelent a velük való visszaélés; ugyanakkor a IV. jegyzékben, a legveszélyesebb anyagok között is megjelennek, tekintettel az ezekkel kapcsolatban felmerülő kockázat mértékére, elsősorban ártalmas jellemzőikre és a különösen korlátozott orvosi vagy terápiás értékükre. Ez a „kettős” osztályozás a jogalkotók 1961-tôl kezdődő azon kívánalmát tükrözheti, hogy hangsúlyozzák az anyagok toxicitását, amelynek következményeként még szigorúbban korlátozzák és ellenőrizzék ezen anyagok orvosi célra történő esetleges felhasználását.

5.1. AZ ENSZ EGYEZMÉNYEK ÉS A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ELLENŐRZÉSE

Ugyan a három ENSZ egyezmény alapján történik a kábítószerek nemzetközi ellenőrzése, ám az egyezmények rendelkezései nem alkalmazhatók közvetlenül. Az aláíró országok kötelessége, hogy azokat a nemzeti jogalkotás során saját jogukba átültessék a hazai jog alapelveivel összhangban (és jóhiszeműen –az egyezmények általános céljait tiszteletben tartva).

---

4 RÁCZ JÓZSEF: ÁRTALOMCSÖKKENTŐ DROGPOLITIKA IN: MAGYAR TUDOMÁNY, 2005/8 1010. O.

5 Egyesült Nemzetek Szrervezete (ENSZ) (1961, 1971, 1988), Egységes Kábítószer Egyezmény (1961); Egyezmény a Pszichotrop Anyagokról (1971); Egyezmény a Kábítószerek es Pszichotrop Anyagok Tiltott Forgalmazásáról (1988) (http://www.incb.org/e/conv)

Az ENSZ egyezményei alapján minden (ellenőrzés alatt álló) kábítószer használata orvosi és tudományos célokra kell, hogy korlátozódjék. Minden egyéb, az egyezmények által meghatározott módtól eltérő használat, különösen a rekreációs fogyasztás, a nemzetközi jog megsértésének tekinthető. Az egyezmények meghatároznak büntetendő cselekményeket, úgymint birtoklás, megszerzés, elosztás vagy értékesítésre kínálás, stb., és ezek közül egyes súlyos cselekményeknél szabadságmegvonást javasolnak büntetésként.

Bár az egyezmények az egyszerű használatot nem nevesítik büntetendő cselekményként, ha akarja, bármely fél ilyen cselekménnyé minősítheti. Egyes szerzők alapvető különbséget látnak a kábítószerek egyszerű használata és birtoklása között; míg a kábítószer birtoklása olyan tevékenység, amely mindig magában hordozza az „újra-eladás" veszélyét, az egyszerű használat esetében ez nincs így.[6]

Az 1961. évi Egyezmény 36. cikkének hivatalos ENSZ kommentárja valóban megerősíti ezt a különbséget. Eszerint: „Meg kell jegyeznünk, hogy az (1) bekezdés nem utal a „használatra". Mint azt máshol megjegyzi, a 36. cikk célja az illegális kereskedelem elleni fellépés, és a függők jogellenes kábítószer-fogyasztása nem minősül „tiltott kereskedelemnek". (ENSZ 1973. 428/7. o.) Ugyanez a különbség fedezhető fel a kommentár egy másik részében, amely megállapítja, hogy „Nem merülhet fel kétség afelől, hogy a kormányok tartózkodhatnak a börtönbüntetés kiszabásától a személyes fogyasztás céljából történő, jogszabályi felhatalmazás nélküli birtoklás eseteiben. Másrészről, a terjesztés céljából történő, jogszabályi engedély nélküli kábítószer-birtoklást „börtönbüntetéssel, vagy más szabadságvesztéssel járó büntetéssel" kell büntetni (ENSZ 1973. 113/23. o.). [7] Az 1961. évi Egyezmény ezért világosan különbséget tesz a személyes használat céljából történő birtoklás, amely esetben a kormányoknak joguk van eltekinteni a börtönbüntetés kiszabásától, és a forgalmazás céljából történő birtoklás között, amelyet a „szabadságvesztés" kategóriájába tartozó szankcióval rendel büntetni.

5.2. AZ ENSZ 1988. ÉVI EGYEZMÉNYÉNEK 3. CIKKE

Azon kérdés, hogy a személyes használat céljából történő kábítószer-birtoklást bűncselekménynek kell-e tekinteni vagy sem, heves vitákat váltott ki azóta, amióta a 3. cikket belefoglalták az ENSZ 1988. évi, a kábítószerek és pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása elleni Egyezményébe.

E cikk második bekezdésében első alkalommal említik meg kifejezetten azt, hogy „az országok az alkotmányos alapelveik és a jogrendszerük alapvető irányelveinek alapul

[6] Boellinger, L., „The Evolution of Drug Policy in Germany", SENLIS Council (szerk.): Global Drug Policy. Building a New Framework. The Lisbon Int. Symposium On Global Drug Policy, 2003 Parizs, 151-160. o.; Albrecht H-J., Drug Policies and Drug Problems int he Federal Republic of Germany – Development and Trends

[7] ENSZ Kommentár az 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezményhez, New York 1973, angol nyelvű változat;

vételével" „bűncselekménynek tekintik (…) a kábítószerek személyes fogyasztás céljából történő birtoklását, megvásárlását vagy termesztését (…)".[8]

Első látásra ezen rendelkezés egyértelműnek tűnik: a személyes használat céljából történő birtoklást büntetőjogi eszközökkel kell szankcionálni.

Mindemellett a cikk felépítésének és Hivatalos Kommentárjának közelebbi vizsgálata, valamint a vonatkozó jogi szakirodalom rövid áttekintése azt eredményezi, hogy ez a következtetés nem olyan egyértelmű.

Elsőként meg kell jegyezni, hogy a 3. cikk arra buzdítja az aláíró államokat, hogy a kábítószerek birtoklását „bűncselekményként" határozzák meg, akár a másnak történő felajánlás [(1) bekezdés], akár személyes használat céljából [(2) bekezdés] történik a birtoklás.

A „személyes használat céljából történő birtoklásra" vonatkozó (2) bekezdés lehetővé tette a jogalkotók számára a védzáradék alkalmazását annak biztosítása érdekében, hogy a releváns követelmény összhangban álljon a „(nemzeti) jogrendszer alkotmányos alapelveivel" és „alapvető irányelveivel". A nem személyes használat céljából történő birtoklás esetére vonatkozó 3. cikk (1) bekezdése nem tartalmaz ilyen „védzáradékot". Úgy tűnik, a 3. cikk (2) bekezdése nagyobb szabadságot enged az aláíró országoknak abban, hogy meghatározzák, milyen büntetést szabnak ki a személyes használattal kapcsolatos bűncselekmények elkövetése esetére, mint a kábítószer-kereskedelemre vonatkozó bűncselekmények esetére. [9]

A 3.2. cikkely szerint az alkotmányos elvek és a jogi rendszer alapvető elgondolásainak figyelembe vételével minden fél olyan intézkedéseket köteles hozni, amely szükséges lehet egy bűncselekményi tényállás létrehozásához a saját jogában, a kábítószerek vagy pszichotróp anyagok saját használatra történő birtoklás, termesztés vagy előállítás, az 1961. évi Egyezménnyel, vagy az 1971. évi Egyezménnyel ellentétes szándékos elkövetése esetén.

Mindezeken túlmenően az 1988. évi ENSZ Egyezmény Hivatalos Kommentárja szerint a 3. cikk lényege „a nemzeti büntető igazságszolgáltatás hatékonyságának tökéletesítése a kábítószer-kereskedelem terén". Ennélfogva, tekintettel az egyezmények értelmezésének azon általános szabályaira (a Szerződések Jogáról szóló 1969. évi Bécsi Egyezmény), amelyek szerint a részes államoknak az egyezmények értelmezésekor „jóhiszeműen" és az egyezmények „tárgyára és céljára figyelemmel" [10] kell eljárniuk, arra a következtetésre kell

[8] 3.2. cikkely szerint az alkotmányos elvek es a jogi rendszer alapvető elgondolásainak figyelembe vételével minden fel olyan intézkedéseket köteles hozni, amely szükséges lehet egy bűncselekményi tényállás létrehozásához a saját jogában, a kábítószerek vagy pszichotrop anyagok saját használatra történő birtoklás, termesztés vagy előállítás, az 1961. évi Egyezménnyel, vagy az 1971. évi Egyezménnyel ellentétes szándékos elkövetése eseten.

[9] The Police Foundation, Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971, London, 13. o.

[10] Svájci Összehasonlító-jogi Intézet (http://isdc.ch/f/default.asp) Consolidated legal opinion concerning

jutnunk, hogy a személyes használat céljából történő birtoklás kriminalizálásának fő oka, a 3. cikk „lényegével" összhangban, a nemzetközi kábítószer–kereskedelem ellenőrzésének tökéletesítése, és nem a kábítószer-használat elleni küzdelem. [11]

Végül, a 3. cikk értelmezéséről szóló tanulmányok és irodalom rövid áttekintése azt sugallja, hogy az országoknak tiltaniuk kell minden, a kábítószerek használatával kapcsolatos előkészítő tevékenységet – úgymint birtoklás, megszerzés, az országba behozatal és termesztés – megtartva a jogot (azokban az esetekben, amikor a személyes használat a bűncselekmény célja), hogy meghatározzák az alkalmazandó büntetés típusát (büntetőjogi vagy szabálysértési).

A fentebb vázoltakból levonható általános következtetés szerint az országok jogában áll kriminalizálni a kábítószer-használat cselekményét, vagy más, nem büntetőjogi jellegű szankciókat választani, aszerint, hogy melyiket tartják a legmegfelelőbb eszköznek a kábítószer-használat és a hozzá kapcsolódó problémák leküzdésére.[12]

---

the compatibility of proposed national drugs laws with relevant international conventions (2001). A Becsi Egyezmény a Szerződések Jogáról elérhető a http://www.un.org/law/ilc/texts/treaties.htm oldalon.

[11] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001) Drug users and the law int he EU: balance between punishment and treatment. Drugs in focus (http://www.emcdda.eu.int/?nNodelD=519)

[12] Kábítószer-használat az Európai Unioban: jogalkotási megközelítések A magyar kiadást szerkesztette Varga Orsolya a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársa A kiadvány angol nyelven jelent meg *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* címmel, 2005-ben az EMCDDA kiadásában, Lisszabonban. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2005.

II. Tárgyalás

1. A drogpolitika[13] alapjai

1.1. A droghasználat jelenségének értelmezési keretei

1.1.1. A biológiai modell

Ebbe a megközelítésbe azok az elméletek tartoznak, amelyek a függőséget elsősorban testi, biológiai problémaként, betegségként értelmezik. Ez a megközelítés elsősorban a genetika, az agykutatás eredményeire támaszkodva magyarázza a függőség kialakulását és fennmaradását, s ezzel összhangban a változtatás lehetőségét is elsősorban a gyógyszeres és egyéb biológiai terápiás megoldásokban látja. Ez a nézet a droghasználót, drogfüggőt alapvetően betegként értékeli. A pszichológiai vagy lelki-betegség modell – „a droghasználó, aki pszichés zavartól szenved" Ezen a megközelítésen belül is számos irányzatot különíthetünk el, amelyekből néhányat a fentiek során érintettünk is. Ezen irányzatok közös jellemzője, hogy a személy egyéni pszichológiai jellemzőiben, a fejlődése során bekövetkezett valamilyen hiányban látják a függőség kialakulásának okát. A modell szerint tehát a kábítószer-függőség lelki betegségként vagy valamilyen lelki betegség tüneteként értelmezhető, s ennek megfelelően a gyógyításban elsősorban a pszichológiai beavatkozásokra, a különböző pszichoterápiás eljárásokra támaszkodhatunk. A hangsúly tehát egyrészt a pszichés sérülésen van, másrészt azon, hogy a droghasználat kialakulásában és fennmaradásában az individuális, azaz a személyen belüli tényezők dominálnak. Egyes, ide sorolható modellek tekintetbe veszik a

[13] Bele tartozik minden, a tiltott kábítószerrel kapcsolatos tevékenység, illetve olyan elvek és ideológiák, amelyek az állami fellépést irányítják ezen a területen (pl drogellenes háború, ártalomcsökkentés). Drug policy and law http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law A letöltés ideje: 2015. augusztus 1.

„A kábítószer-probléma összetettségére való tekintettel egy ország drogpolitikájának ideális esetben csak egyik eleme a büntetőjogi szabályozás… Ugyanakkor a büntetőjog lényegéből, jogrendszerbeli helyéből fakadóan a kábítószer-problémával kapcsolatos büntetőjogi rendelkezések alapvetően befolyásolják az egyéb drogpolitikai eszközök szerepét, mozgásterét a drogfogyasztás és az azzal összefüggő jelenségek visszaszorításában, a káros következmények csökkentésében." Lévay Miklós: Héják, baglyok, galambok. Fundamentum, 2001/1.

család szerepét is, ám az alapvető magyarázó elv ezekben az elméletekben a személyiség, a pszichés funkciók nem megfelelő működése.

1.1.2. A morális modell

A morális modell a kábítószer-problémát elsődlegesen erkölcsi problémaként értelmezi, s ennek megfelelően a személy erkölcsi- és akaratgyengeségének tulajdonítja. Ez az irányzat tehát a társadalmi megítélés szerint értelmezi a droghasználatot. A modell a társadalom szerepét az erkölcstelen droghasználó személy megbélyegzésében, kirekesztésében, „átnevelésében" látja. Bár tudományos szempontból ez a modell teljességgel elvesztette jelentőségét, a közgondolkodásban ma is jelen van, sőt gyakran akár domináns szerephez is juthat.

1.1.3. A kriminalizációs modell

A kriminalizációs modell a kábítószer-fogyasztást bűncselekményként értelmezi, s ez- által elsődlegesen a bűnüldözés és az igazságszolgáltatás alá rendeli. Ez a modell tehát a szerhasználót nem betegnek, hanem normaszegőnek, bűnözőnek tekinti, s ennek megfelelően a problémával kapcsolatos beavatkozásaiban is az ehhez rendelt eszközöket – büntetés, börtön – alkalmazza. A szubkultúra-megközelítés – „a droghasználó, aki része egy ifjúsági szubkultúrának" Ez a megközelítés a droghasználat jelenségét mint szubkulturális jelenséget értelmezi. Kerüli az értékelést, nem nevezi a droghasználatot elítélendő vagy követendő dolognak, hanem a jelenségek szintjén próbálja értelmezni, leírni. A fiatalok gyakran csoportosulnak valamilyen ideológia vagy tevékenység köré, s ezek közül egy lehet a droghasználat, illetve a hozzá kapcsolódó ideológiai háttér is.

1.1.4. A spirituális modell

A spirituális modell abból a megfontolásból indul ki, hogy valamennyi embernek szüksége van arra, hogy különböző mértékben, s különböző módon transzcendens állapotokat éljen meg. Minden embert foglalkoztat a világ és saját maga értelme, s a módosult tudatállapotok keresése mögött igen gyakran az erre vonatkozó keresés jelenik meg. A spiritualitás iránti

igényre épülnek a vallások, a legkülönbözőbb ideológiák, és gyakran a droghasználat jelensége is egy ilyen értelmezési keretben jelenik meg. Különösen a hallucinogén szerek használatával kapcsolatosan jellemző, hogy a használók az önmegismerés vagy a világ jobb megismerése hitében kezdik használni ezeket a szereket.[14]

1.1.5. Fertőzőbetegség-modell

A kábítószer fogyasztása járványszerűen terjedő jelenség, amelyet a fogyasztók egymásnak adnak át. A kábítószer ezért– mint valamilyen vírus vagy baktérium– veszélyes ellenfél. A cél a terjedés megakadályozása: a terjesztők, a fogyasztók és a szerek elkülönítésével. A kábítószer-probléma hirtelen megjelenése vagy nyílt megvallása esetén gyakran használatos modell (például a volt szocialista országok alkalmazták a hetvenes-nyolcvanas években).

1.1.6. Szociológiai modell

A kábítószer-fogyasztás a társadalom értékrendbeli zavara, mely a társadalom szerkezetében kialakult egyenlőtlenségek miatt jön létre. A kábítószer-használó deviáns személy, aki céljait csak a társadalmi normák megsértésével tudja elérni. Ez a megközelítés figyelembe veszi a kábítószer-fogyasztók társadalmi és kulturális sajátosságait, a jelenség terjedésében szerepet játszó társadalmi, gazdasági tényezőket. E modell – mely azt is vizsgálja, ahogy egy magatartás a társadalmak történetében más-más jelentésre tesz szert – leíró jellegű, tehát a társadalmi cselekvés irányát nem határozza meg, nem is tartja feladatának, valamint az egyén iránt sem érzékeny.

1.1.7. Multidiszciplináris modell

Az előző modellekből építkező, empirikus adatokon alapuló szociológiai megközelítés. Figyelembe veszi a kábítószer-jelenségnek a társadalom érték- és normarendszere szempontjából elfoglalt helyét, valamint az egyének, családok, közösségek szocializációs szerepét is. Felhasználja a kriminológia, a pszichiátria, valamint más tudományok, többek között a gyógyszertan, a genetika, a társadalomstatisztika, a népegészségügy eredményeit.

[14] Demetrovics Zsolt – Balázs Hedvig: Drogosok. In: Gelsei Gergő (szerk.): A láthatatlanság vége. Társadalomismereti szöveggyűjtemény. Alapítvány a Társadalomelméleti Kollégiumért, Budapest, 2004. 134. o.

Számol a probléma összetettségével és a kezelésére hivatott szakmák sokszínűségével. E megközelítés tekintetbe veszi azt a tényt is, miszerint a kábítószer-fogyasztás befolyásolására irányuló társadalmi cselekvés maga is hozzájárul a jelenség átalakulásához, kezelhetőbbé vagy éppen kezelhetetlenebbé válásához.[15]

A droghasználat jelensége természetesen önmagában egyik modellbe sem illeszthető bele tökéletesen. A különböző modellek mind tartalmaznak fontos szempontokat, de ki is felejtenek lényeges elemeket. A droghasználat komplex jelenség. Az egyén szintjén testi és lelki szempontok egyaránt szerepet játszanak a használat, illetve a függőség kialakulásában, s ennyiben valóban sokszor betegségről van szó. Ez a betegség azonban egyben társadalmi probléma is, hiszen a drogfüggő gyakran nem dolgozik, vagy megjelenhetnek olyan egészségügyi problémái (pl. a HIV fertőzés kockázata), amelyek a társadalom egészére nézve is kockázatot jelentenek. Bár a morális modellt alapvetően elvetjük mint értelmezési keretet, mégis, ez a szemlélet is tartalmaz valóságos elemeket, amennyiben a drogfüggőknél gyakran jelentkezik a társadalmi erkölcsöket sértő magatartás. És végül a jelenlegi törvényi szabályozás mellett a kábítószer-használat bűncselekmény; s ennyiben nem tekinthetünk el a jogi szempontoktól sem.

1.2. A droghasználat kezelésének alternatívái

A droghelyzet kezelése kapcsán három nagy irányzat van, ahogyan azt Lévay Miklós bemutatja, elemezve Peter Reuter 1992-ben megjelent, *Hawks Ascendant – The Punitive Trend of American Drug Policy*[16] című tanulmányát. A drogpolitikai modelleket úgy mutatja be, mint héják, baglyok és galambok.

A „héják" megközelítésében a büntetőjognak kiemelkedő szerepe van úgy a kábítószer-kínálat, mint a - kereslet csökkentésében. Az úgynevezett „nincs tolerancia" kriminálpolitika (lásd az USA szövetségi szintű politikáját) a legfőbb eszköze a „héják" alapvető célkitűzésének, a „drogmentes" társadalomnak.

[15] *Kály-Kullay Károly:* "A szeretet szegényei" - A szenvedélybetegség stratégiai megközelítése. *Új Ember* katolikus hetilap, 60. évf. 18. szám, 2004.
[16] Peter Reuter: Hawks Ascendant – The Punitive Trend of American Drug Policy, 1992. Santa Monica, az Amerikai Igazságügyi Minisztérium kiadása, https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/155903NCJRS.pdf [Letöltés ideje: 2015. április 18.]

A „baglyok” – a kábítószer- fogyasztókkal kapcsolatos medikalizáló filozófia jegyében – nem tartják ugyan teljes mértékben mellőzhetőnek a büntetőjogi eszközöket a keresletcsökkentésben, azonban a fogyasztás visszaszorításában és különösen a kábítószer-fogyasztókkal szembeni fellépésben csak kisegítő szerepet tulajdonítanak a büntetőjognak. Ennek megfelelően kompromisszumos (más elnevezéssel: kettős stratégiát követő) kriminálpolitikai modelljük lényege: a drogfogyasztók és a kábítószer-kereskedők cselekményeinek eltérő büntetőjogi megítélése. Ez a különböző súlyosságú büntetendőségen túl elsősorban azt jelenti, hogy az előbbiek kábítószer fogyasztásukkal összefüggő cselekményei esetén a vonatkozó jogszabály biztosítja a büntetőjogi szankcionálás alternatívájaként–az úgynevezett diverzió (elterelés) intézménye révén–a gyógykezelés alkalmazását, illetve az egyéni megelőzést szolgáló egyéb, egészségügyi, szociális vagy ,a kábítószer-kereskedőkkel szemben viszont a büntetőjog „teljes szigorával”lép fel. Az Európai Unió államainak többsége (például Ausztria, Németország) ezt a kriminálpolitikát követi.

A „galambok” megközelítésében a kábítószer- probléma legfőbb oka a prohibíció. Ezért a megközelítés képviselői a büntetőjognak semmilyen szerepet nem tulajdonítanak a keresletcsökkentésben, hiszen éppen a drogfogyasztás jogi tilalmazottságának megszüntetését,az illegálisnak minősülő drogok legalizálását szeretnék elérni. Csupán a kínálatkorlátozásában (például a gyermekek kábítószerrel való „kiszolgálásának” tilalma) vennék igénybe a büntetőjogot. A feltételes mód használata jelzi, hogy a „galambok” megközelítésén alapuló nemzeti drogstratégiára és az ahhoz illeszkedő kriminálpolitikai modell gyakorlati alkalmazására nincs példa. A megközelítés azonban létezik minta „héják” és „baglyok” megközelítésén alapuló drogpolitika alternatívája.[17]

[17] Lévay Miklós: Héják, baglyok, galambok – változások a kábítószer-fogyasztás kriminálpolitikai megítélésében *Fundamentum*, 2001. 1. szám 49. old.

2. A droghelyzet alakulása Magyarországon

2.1. A kábítószer-fogyasztás kezdetei Magyarországon

Már a 19. századból is vannak információk morfinszármazékokkal való visszaélésről, azonban a mai fogalmaink szerinti drogprobléma véleményem szerint mégis a 20. század terméke Magyarországon. A ’30-as évekből van tudomásunk konkrét bűncselekményekről is:

> ”1937-ben a mohácsi fővámhivatal egy a Dunán felfelé haladó uszály kormányosának lakásában a hajófülke padlója alatt három és fél kilogramm hasist talált. 1938-ban egy étkezőkocsi pincérét sikerült kábítószer-csempészésen tetten érni. 1939-ben a lengyel Vörös Kereszt részére a Budapesten lakó lengyelek útján gyűjtött pénzből beszerzett gyógyszerek a gyors összeomlás következtében nem kerültek rendeltetési helyükre, s a menekültek visszahozták Budapestre, itt egy hírhedt kábítószerüzérnek adták át értékesítés céljából. […] A kábítószerüzérek ellen folytatott nyomozások sorozatosan kiderítették, hogy készleteiket hamis orvosi rendelvények alapján szerzik be. […] A nyomozások eredményeként megállapítható volt, hogy a hamisításokat sok esetben nem üzérek, hanem kábítószer-élvezők követték el.[18]”

A második világháború lezárása után kialakuló szocialista rendszer a kábítószer-helyzet szempontjából különbözött az azt megelőző és az 1989-es rendszerváltást követő időszaktól is.

A sajátosságokból fakadó speciális feltételek: korlátozott piacgazdaság, nem konvertibilis nemzeti valuta, szűkös utazási lehetőségek, az ország viszonylagos zártsága, szigorú feltételekhez kötött határátkelés, mindenféle „mássággal” szembeni intolerancia (mely sok esetben tiltás, szankcionálás formájában jelentkezett); végül pedig egy nem „rendszerspecifikus” sajátosság: az alkoholfogyasztás elterjedtsége. A felsoroltak magyarázzák, hogy Magyarországon tömegessé az ún. pótszerek konzumálása vált; a nyolcvanas évek végéig nem volt belső piac ellátására irányuló kábítószer-csempészet; a drogpiac kialakulása miatt a kábítószer probléma körébe tartozó jelenségek nem szerveződtek rendszerré; ez utóbbiból fakadóan a kábítószer-kérdésnek ugyancsak a nyolcvanas évek

[18] Magay Imre: A kábítószerekkel való visszaélések elleni küzdelem feladatai, szervezete és eszközei. *Magyar Rendőr*, 1942/2.

végéig, nem volt meghatározó befolyása a kriminalitásra, valamint, hogy a rendszeresen alkoholt fogyasztó fiatalok aránya nagyobb, mint a drogvisszaélőké.[19]

Hazánkban az első kábítószerrel kapcsolatos törvény az 1930. évi XXVII. törvénycikkely, mely meghatározta a kábítószer-használat tiltott formáit. Az ezerkilencszázötvenes-hatvanas években tabunak számított a drog-téma Magyarországon. A politikai rendszer ideológiai alapon azt hangsúlyozta, hogy a drog a nyugati „burzsoá" társadalmak felszínes élvezeteit keresői körében van jelen, a szocialista embertípust ez nem fenyegetheti. A kábítószer-probléma pedig már a hatvanas évektől jelen volt az országban, de erről csak a rendőrség belső körei rendelkeztek információkkal. 1962-ben lett hatályos az 1961. évi V. törvény, azaz a Büntető törvénykönyv. A jogszabályban először foglalkoztak a kábítószer-használat büntetőjogi vonatkozásaival Magyarországon (a 198. §-ról van szó: „visszaélés kábítószerrel"). Ugyanakkor ezt a jogszabályt sokáig nem alkalmazták, csupán az elvi lehetőséget teremtette meg a hatalom ahhoz, hogy fellépjen a droghasználók ellen.
Elsőként a rendőri szervek figyeltek fel 1963-ban néhány kisebb létszámú csoportra, akik sörrel szedtek gyógyszereket.[20]

A BRFK-hoz 1968-tól érkeztek bejelentések egy-egy iskolából ragasztóanyagokat szívó fiatalokról. (E ragasztóanyagok hatása az egészségre károsabb, mint a Parkán, egyébként kábító- és hallucinogén hatásuk hasonló.) 1963 decemberétől egy négytagú munkacsoporttal kezdődtek el a ragasztóanyagokkal kapcsolatos vizsgálatok. „Eddig elsősorban a VI. kerületi iskolák által bejelentett fiatalokkal, összesen mintegy harminc fiatallal foglalkoztunk. A legfiatalabbak 12 évesek, az átlag életkor 14 év. A BRFK-tól, továbbá a gyermekvédelmi osztálytól kapott adatok szerint Budapest minden kerületében elterjedt e káros szenvedély általános és középiskolák mellett az egyetemeken is."[21]

[19] Lévai Miklós: *Kábítószerek és bűnözés*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1992, 122. o.
[20] Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Titkársága: *Javaslat a drogproblémák megelőzését és kezelését célzó programra*. Budapest, 1987. február
[21] Kisszékelyi Ödön: Feljegyzés a budapesti kábítószerhelyzetről. Budapest, 1974. március 15. http://archivnet.hu/hetkoznapok/fiatalok_es_a_kabitoszer_az_1970es_evek_budapestjen.html?oldal=2 [Letöltés ideje: 2015. január 20.]

2.2. A ’70-es évek: a Parkán és a szipuzás

1968 jelentette a fordulópontot a bűnüldözői gyakorlatban, és az állami drogpolitikáról is valójában csak ekkortól lehet igazán beszélni. A hatvannyolcas diákmozgalmak, a *Hair* című musical és Milos Forman ***Elszakadás*** című filmje jelentősen hatott nemcsak a kor ifjúságára, hanem a hatóságok szemléletére is.

Ugyanez az esztendő, 1968 egyben tragikus fordulópontot is jelentett, mert ekkor hunyt el az első ember Magyarországon, akinek a halálát kábítószer-használat okozta (szipuzott és megfulladt). 1971-től kezdve – egy rendőrségi berkekben rossz hangulatot keltő Esti Hírlap-cikk nyomán – belügyminisztériumi (BM) utasításra a sajtó nem foglalkozhatott a kábítószer-problémákkal, vagyis tabusították a kérdést. Ennek egyszerű volt az oka: a szlogenek szintjén ugyanis az volt a helyzet, hogy „a szocialista embernek nincs szüksége kábítószerre, mert boldog”. (Az Esti Hírlap cikkében arról volt szó, hogy egy férfi Olaszországból szerzett be kemény drogot, és egy fél Trabant árát adta oda érte.)

A valóságban a droghasználat egyre terjedt. Először csak „szipuzásról”, ragasztózásról („pálmázásról”) volt szó. (A Pálma nevű ragasztó, később a Technocol Rapid és más hasonló ragasztók illóanyaga hallucinogén hatású volt.) Elsősorban a lakótelepi és az állami gondozásba került fiatalokat érintette ez a probléma, de az értelmiség és az értelmiségi elit gyermekeinek körében is komoly gondokat okozott egy idő után a kábítószerezés. A nyugatról hazatért diplomaták gyermekei körében volt megfigyelhető például a droghasználat, persze náluk nem „pálmázásról” volt szó, hanem kemény drogokról. Minderről elsősorban Kisszékelyi Ödön, a BM-kórház orvosának levele számol be, amelyet Aczél Györgynek – Kádár János bizalmasának, a kultúr- és ifjúságpolitika egyik fő felelősének – írt.[22]

A felnőttek körében a gyógyszerrel való visszaélés volt jellemzőbb. Amikor a hatóságok érzékelték, hogy megnőtt bizonyos gyógyszerek forgalma, korlátozni kezdték a vények kiállítását, kiváltását, vagy kivontak a forgalomból egyes gyógyszereket. Így például a Parkinson-kór kezelésére szánt Parkánnal történt kezdetben az egyik legtöbb visszaélés. (De sok más gyógyszernek is volt tudatmódosító vagy hallucinogén hatása: pl. Gracidin,

[22] Kisszékelyi Ödön (1974): i. m.

kodeinszármazékok, morfium orvosi használatra.) A szigorítás után viszont a vények hamisítása kezdődött el, sőt előfordultak gyógyszertári betörések is.

Az Egészségügyi Minisztérium már 1963-ban tájékoztatást kért a megyei tanácsok egészségügyi osztályaitól a „csökkent értékű orvosok", vagyis az alkoholt és kábítószert élvező orvosok számáról, ezek az adatok azonban nem kerültek nyilvánosságra. A felmérés indoka szerint több helyről jelentették, hogy „a kábítószer-élvezés következtében olyan orvosok is dolgoznak, akik nem minősíthetők a Rendtartás szerint alkalmatlannak, de mégis csökkent képességűek és sok problémát okoznak". Felmerült az is, hogy ezek az orvosok rehabilitációs munkahelyre kerüljenek, ezért a minisztérium számszerű és konkrét adatokat kért. A szigorúan titkos minősítésű dokumentum meghagyta, hogy „A kérdést ne vigye ki a területre, esetleges félreértések elkerülése érdekében." Zala megyében például egy körzeti orvosról megállapították, hogy „időnként kábítószereket szed […] fegyelmezetlenségével sok gondot okoz. Munkáját nem látja el megbízhatóan". Ugyanebben a megyében az egyik iskolaorvos „sokáig volt zavart állapotban és munkaképtelen", azonban „nem volt bizonyítható, hogy kábítószereket használ, bár a jelek erre utalnak". A fővárosi adatok már sokkal nyugtalanítóbbak, hiszen a jelentés szerint „a Fővárosi Tanács végrehajtó bizottsága hatáskörébe tartozó egészségügyi hálózatban foglalkoztatott orvosok között mintegy „150 azoknak a száma, akik psychopathia, alkohol vagy kábítószer-abusus következtében, részben csökkent képességük miatt is sok problémát okoznak". Arra vonatkozóan, hogy milyen kábítószerekkel éltek az orvosok, a korabeli dokumentumok nem szolgáltatnak információt.

A minőségi változás 1972-ben következett be, amikor ismeretessé vált egy hetventagú csoportosulás. Ezek a fiatalok Parkant szedtek alkohollal, de néhány budapesti VII. kerületi iskolában huszonöt ragasztóanyagokkal visszaélő fiatal esetét regisztrálták. 1974-ben egy kérdőíves vizsgálatban a csaknem ezerkétszáz tanuló 5 százaléka ismerte el a drogok használatát. Hivatalos adatok szerint 1970-től 1973-ig csak Budapesten fordult elő pszichotróp anyagokkal való visszaélés. 1976-ig vidéken 463, Budapesten majdnem 1000, 1979-ben további 200 esetet észleltek.

Magyarország a következő sorrendben csatlakozott a nemzetközi kábítószer-ellenes egyezményekhez:

- Az 1960-ban New Yorkban aláírt Egységes Kábítószer Egyezmény (1968. évi 4. számú tvr.);

- Az 1971-ben Bécsben aláírt Pszichotróp Anyagokról Szóló Egyezmény (1979. évi 25. számú tvr.);
- Az 1988-ban Bécsben aláírt, A Kábítószerek és Pszichotróp Anyagok Forgalmazása Elleni ENSZ Egyezmény (14/1998. OGY. hat.).

Mindezek alapján hazánk kötelezettséget vállalt, hogy a nemzetközileg kábítószernek illetve pszichotróp anyagnak nyilvánított anyagokat és készítményeket, azok bármilyen töménységű folyékony vagy szilárd hígításait kábítószernek, illetve pszichotróp anyagnak kell tekinteni.[23]

A helyzet a hetvenes évekre egyre súlyosbodott: 1973–76 között összesen kilenc halálos áldozata volt a kábítószernek Magyarországon. 1976-ban egy iskolai kirándulás végződött tragikusan: egy budapesti gimnazista fiatal Parkán- túladagolásban halt meg, 1978-ban három szakközépiskolai tanuló lelte halálát zacskóval a fején. Erre a hatalom egyelőre csakúgy reagált, hogy ennek az évtizednek a közepén hozták létre az Állami Ifjúsági Bizottságon belül a kábítószer elleni albizottságot.

A drogfüggőket elsősorban továbbra is az alkoholbetegekkel együtt kezelték. Budapesten úttörő kezdeményezés volt a mai Nyírő Gyula Kórház pavilonrendszere, amelyet kifejezetten drogfüggők számára tartottak fenn, Takách Gáspár vezetésével, Funk Sándor úttörő munkásságával.

Az 1978. évi IV. törvény újabb paragrafusokat tartalmazott a drogok használatával kapcsolatban (282. §: „visszaélés kábítószerrel", 283. §„kóros szenvedélykeltés"). Ekkoriban számos elmarasztaló ítélet született kábítószerfüggők ellen.

A szerhasználó renitenseket eleinte politikai alapon, a galerik elleni eljárások részeként igyekeztek megrendszabályozni, de idővel ez alábbhagyott: már nem potenciális ellenforradalmárokként kezelték őket, hanem rendőri esetként, majd egyre inkább orvosi ellátásra szoruló betegekként. A politikai ellenállást utólag sem nagyon lehetne összességében ráhúzni a „bódulatot keltő anyagokat használókra", de ezek a punkhoz és undergroundhoz kötődő társaságok a rendszer szempontjából mégiscsak a veszélyes alternatívakeresés, ha tetszik, a szabadság kis körei voltak.

[23] A hazai drogtörténet, drogpolitika, és a felmérések, kutatások áttekintéséről lásd Andrássy Áron – Mrázik Julianna: *A drogprevenció*. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pécs, 2011, 12. o.

Volt olyan drogosnak hitt patikus, aki a három felírt hydrocodinos üvegből mindig csak kettőt adott ki, egyet meg eltett magának, de a vényhamisítással a rendőrség amúgy sem tudott mit kezdeni. Egy beteghordóként dolgozó barát, vagy a kodeint skrupulusok nélkül nagy dózisban kiadó orvos ismeretsége aranyat ért ezekben a körökben. Az ilyen beszerzési források mellett virágzott a késő szocialista „csináld magad- mozgalom", rendszeres csoportos buli volt a mákültetvények metszegetése és a rossz minőségű, ám ingyenes házi heroinkészítés.

A lengyel kompót néven ismert koncentrált folyékony ópium készítésének tudománya egyfajta KGST-n belüli információcsereként jutott el Magyarországra: a miénkénél fejlettebb drogéletet élő Lengyelországból, például a Balatonnál nyaraló krakkói lengyelektől tanulták el.

Miközben a lakótelepeken már ment a szipuzás a Pálma ragasztóval, az Ifjúsági Klubba pedig az „Imádom az LSD-t" feliratú kitűzőben próbáltak bejutni az ős-hippik, a nagy többség még csak álmodozhatott a nyugati szerekről. Ezekhez sokáig csak kevesen, például a szüleik révén külföldi kapcsolatokkal rendelkezők juthattak hozzá. Nagy király lehetett az az Amerikából hazatelepült fiú, aki a rendőrségi jegyzőkönyv szerint szálanként 10 forintért adta az Indiából hozott füvet.

Végül a Kádár-kori drogpolitika csődjét az mutatta,hogy – amint az *Kisgyörgy Éva* és *Peller László* kutatásaiból[24] kiderült – az 1970-es évek elején 150–200, az 1980-as évek elején 10 ezer, az 1980-as évek közepén pedig körülbelül 30 ezer fő volt azok száma, akik kipróbálták a drogot Magyarországon.[25]

2.3. A fordulat évei: Droghelyzet a '80-as években

Fordulat az 1980-as években következett be, ami érintette a hivatalos politikát és a fogyasztási szokásokat is. Megjelentek az ópiumtartalmú készítmények, és az intravénás droghasználati mód vált divatossá, amelyek magukkal hozták a különböző vényhamisítások, gyógyszertári és

[24]Kisgyörgy Éva – Peller László: Tékozlók vagy eltékozoltak? (Kábítószer-fogyasztókról és a velük foglalkozó intézményekről). In: ALKOHOLÓGIA, 1987. (18. évf.) 3. sz. p. 1-25.
[25] Tóth Eszter Zsófia: *Fiatalok és a kábítószer az 1970-es évek Budapestjén*. *Archívnet,* 2010/5. http://archivnet.hu/hetkoznapok/fiatalok_es_a_kabitoszer_az_1970es_evek_budapestjen.html?oldal=1 [Letöltve: 2014. április 5.]

kórházi betörések elkövetését is. A korszak legfőbb jellegzetessége a kodeinfélék (köhögéscsillapítók), főleg a Hydrocodin intravénás alkalmazása volt. Ekkor már megjelent a kemény drogok iránti igény is, illetve egyfajta „kísérletező kedv", amelynek keretében mindent kipróbáltak, ami kábító vagy euforikus hatást okozott. Erre az időszakra tehető a kínálati bűnözés megjelenése is. Egyre többen próbálkoztak az anyagok előállításával, bizonyos növények (kender) termesztésével, és gyakoribbá válik a csempészet is. Hosszú ideig tartotta magát az a feltételezés, hogy Magyarország inkább tranzit ország, mint célállomás. Ezt elsősorban azzal magyarázták, hogy a magyar jövedelmi viszonyok nem teszik lehetővé a drogok világpiaci árának megfizetését.

A BM 1985-ben gyakorlatilag beismerte, hogy megbukott a kábítószerek elleni fellépése. Innentől kezdve a sajtóban is megengedték, hogy az újságírók foglalkozzanak a drogtémával. 1987-ben ***Maradj köztünk*** címmel rockfesztivált rendeztek a kábítószerezés ellen. Ekkoriban már elő-előfordult, hogy a határon egy-egy arab kábítószercsempészt elfogtak. Különösen Hegyeshalomnál volt ez gyakoribb eset, de az ország amúgy mentes maradt a nagyobb arányú nemzetközi drogkereskedelemtől.
Közben a rendőrség felvilágosító-megelőző kampányt kezdett az iskolákban, illetve a fiatalok körében. Módszerük nem volt túl hatékony, a megfélemlítésen és az elrettentésen alapuló drogprevenció nem szorította vissza a kábítószer-használatot.

1985-ben megszövegezték és elfogadták a fiatalkori bűnözéssel foglalkozó 1985-ös minisztertanácsi határozatot, ami már figyelembe vette a hazai droghelyzetet, és olyan intézményhálózat kiépítését szorgalmazta, amely átfogja a megelőzés, gyógykezelés, utókezelés és rehabilitáció rendszerét. 1985-ben létrehozták az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Drog Albizottságát, amelynek keretében szakemberképzéssel és továbbképzéssel is foglalkoztak, s hangsúlyt helyeztek a prevencióra. A drogbizottság 1987-ben drogprogramot hirdetett. Forrásunkban bemutatjuk az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság által készített javaslat-tervezetet a drogproblémák megelőzésére és kezelésére.
A javaslat négy pontban rögzíti a témával kapcsolatos kérdéseket. Az első pont a problémafelvetés, a téma időszerűsége. A tervezet megállapítja, hogy „a kábítószerek egyénre és társadalomra káros használata világjelenség, feltérképezésükre, megelőzésükre és kezelésükre hosszú évek, sőt évtizedek tapasztalatai alapján kikristályosodott módszerek, problémakezelési hálózatok, humán szervezetek állnak rendelkezésre, s egyre több e szervezetek nemzetközi összehangolására, együttműködésére irányuló kezdeményezés". E

szépen megfogalmazott gondolatok azonban a gyakorlatban egészen más mutattak. 1987-ben, a dokumentum keletkezésekor ugyanis a politikai vezetés nem teremtette meg a kábítószerrel foglalkozó intézmények hálózatát, s ezzel elvesztegette a megelőzés lehetőségét.

A fentiekből látható, hogy 1985-től megtörténtek a drogpolitika kialakításának első lépései. Az MSZMP XIII. kongresszusára a Központi Bizottság előzetes jelentést készített, minisztertanácsi határozat született a fiatalkori bűnözés helyzetéről, majd megjelent az 1502/1985/IPK. sz. határozat.

1985–1989 között 1587 beteget kezeltek kábítószer-problémákkal a budapesti Korányi Kórház baleseti belosztályán. A Btk. 282. §-a, a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény alapján 1980–1988 között 658 embert ítéltek el. A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet drogprogramja által végzett kvalitatív vizsgálat szerint 1989-ben kb. 27 ezer drogfogyasztó élt Magyarországon.[26]

Az 1980-as évek végén négy drogambulancia nyitotta meg kapuit a kábítószerezők előtt: kettő Budapesten, egy-egy pedig Szegeden és Pécsett. Ezt követően országszerte alakultak ambulanciák. 1988-ban, Bécsben Magyarország is aláírta a *Kábítószerek és Pszichotrop Anyagok Forgalmazása Elleni ENSZ Egyezményt*.

Mai értelemben vett dílerek nem nagyon voltak még, ők csak a rendszerváltás után jelentek meg. *Tóth Eszter* szerint nem is a szimbolikus 1989 volt a drogpiac kialakulása szempontjából az igazi korszakhatár, a rendőrségi dokumentumok szerint 1993–94 környékén volt a nagy áttörés. Bár ezekben az FMK-s, korai acidpartys években még mindig megvolt valamennyi a korábbi szubkulturális, közösségi jellegből, már megjelentek az albán heroin kereskedők, lett magyar speed és maffiavilág.[27]

A határok megnyitásával, a szabad utazást kihasználva megjelentek a kábítószerek, és megjelent a fizetőképes kereslet is. A megnyíló határokon keresztül a ’90-es évek elejétől egyre több marihuána, hasis és LSD jutott hazánkba, amiket nyugat-európai országokból – elsősorban Hollandiából – szerezték be a magyar „drogturisták”. A belső kábítószer-

[26]*A kábítószerek világa*. Az Országos Kémiai Biztonsági Intézet Egészségügyi Toxikológiai Szolgálat Kiadványa, Budapest, 2006, 12. o.
[27]Bajzáth Sándor – Tóth Eszter Zsófia – Rácz József:*Repülök a gyógyszerrel. A kábítószerezés története a szocialista Magyarországon.* L’Harmattan Kiadó, Budapest, 2014

kereskedelem kialakulásával egyidőben a magyar hatóságoknak a növekvő tranzitcsempészetet is kezelniük kellett. A délszláv polgárháború 1990-es kitörését követően a Nyugat-Európát közel-keleti heroinnal ellátó török és koszovói albán bűnszervezetek arra kényszerültek, hogy a heroin szállításra használt „Balkán-útvonal" középső ágát északabbra helyezzék, ennek eredményeként Európa egyik legjelentősebb tranzitországává váltunk.

Tovább nőtt a beszerezhető drogok választéka, kialakult a belső piac, melynek működését a növekvő és differenciálódó kereslet egyre nagyobb mértékben befolyásolta. A kábítószer-fogyasztást a kannabisz-származékok (marihuána, hasis), illetve az amfetamin-származékok, többek között az ún. Ecstasy használata jellemzi. A heroinfogyasztásnak a közép- és kelet-európai régióban történő robbanásszerű elterjedését számos okkal magyarázták, ezek többek között: a határok megnyitását követően felfokozódó nemzetközi kereskedelem, a helyi gazdasági krízisek, a helyi háborúk, a migráció, a prostitúció terjedése, illetve új fogyasztói csoportok megjelenése, elsősorban a tizenévesek.

A fiatalok körében egyre terjedt a klasszikus drogok élvezete, miközben a „szipuzás" jelentősen visszaszorult. A rendőrség későn vette észre, hogy a határok megnyitásával, a droghálózat kiterjedésével a drogozás oly mértékben előretört, hogy 1990-ben a felnőtt népesség 5,5%-a már kipróbált valamilyen drogot. Az altatókkal, nyugtatókkal való visszaélés minden korosztályban egyenletes gyakorisággal fordult elő, míg a „klasszikus" drogok és a szipuzás kizárólag a 30 év alatti korosztályra volt jellemző.
Az egészségügy, a rendőrség, és a különböző karitatív szervezetek is „hozzáláttak a probléma kezeléséhez", hiszen a hosszú hallgatás évei alatt a politikai vezetés nem teremtette meg a kábítószerrel foglalkozó intézmények hálózatát, s ezzel elvesztegette a megelőzés lehetőségét. Figyelmeztetett, hogy a magyar társadalomnak is fel kell készülnie a narkománok elleni kemény küzdelemre. 1989-ben hazánkban a narkósok számát 35–40 ezerre becsülték, s ezeknek körülbelül az 50 százaléka már ún. kemény drogokat fogyasztott.

Egy, a témában szervezett konferencián kifejtették, hogy a narkomán kötöttségek kialakulásában meghatározó szerepe és felelőssége van a családnak. Kimutatható ugyanis, hogy a családi élet diszharmóniája, a csonka családok, valamint az igen kedvezőtlen szociális helyzetben lévő családok a legfőbb táptalajai a narkomán kötöttségek kialakulásának. Az olyan családokban, ahol a gyermek élete az állandó szorongás, zaklatás, nincs valódi otthon és nyugalom, szinte azonnal megjelenik a drog.

1989 szeptemberében a Józan Élet Egészség- és Családvédő Országos Szövetség Választmánya, és a Magyar Egészség Párt Ideiglenes Vezetősége nyomatékosan felhívta az illetékesek figyelmét arra, hogy „vészesen terjed a főváros virágüzleteiben a mákgubó árusítása. Becslések szerint a mákgubó négyötödét olyan fiatalok vásárolják húszasával, akik mákteát főznek belőle, s így kezdik, olykor halálos kimenetelű, kábítószeres „utazásaikat".

1990-ben hazánkban becslések szerint több mint 40 ezren voltak rabjai a kábítószereknek. 1990 áprilisáig az ország öt különböző pontján szerveztek drog-ambulanciát, ahol orvosok, pszichológusok adtak tanácsot a hozzájuk fordulóknak, Budapesten pedig drog-telefonszolgálat is működött. Legfontosabb feladat a kábítószer elleni harc területén a megelőzés. Ennek jegyében a Drogprogram Iroda koordinálásával 40 iskolában e célra kiképzett pedagógusok felvilágosító jelleggel arra oktatták a gyermekeket, miképpen oldják meg belső válságaikat anélkül, hogy a legegyszerűbbnek tűnő „menekülési módot", a kábítószerek fogyasztását válasszák.
„…a drogok és a bűnözés kapcsolatát szintén az jellemezte a hetvenes és a nyolcvanas években, amit hazánkban is megfigyelhettünk: a kábítószer nem gyakorolt meghatározó befolyást a kriminalitásra."[28]

2.4. „*Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Magyarországon" c. kutatási program drogkutatási alirány bemutatása* [29]

Az 1970-es-80-as években folyt hazánkban a „Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Magyarországon" című kutatási program, melynek legkésőbb elindult ága a drogkutatási alirány volt.

A hazai drogjelenségeket 1977-ben így írja le Bayer István (az alirány munkája alapján készült tanulmány egyik szerzője) egy amerikai szakfolyóirat felkérésére:

„Az országban nincs kábítószer-feketepiac; heroinhoz, LSD-hez, kokainhoz vagy a Cannabis különböző formáihoz illegálisan hozzájutni gyakorlatilag lehetetlen. A pszichotróp gyógyszerek ellenőrzése jól szerevezett. Ezeket csak receptre adják ki a gyógyszertárak, forgalmuk viszont állandóan emelkedik, és növekszik egy főre eső fogyasztásuk. Az

[28] Lévay Miklós: A drog és a bűnözés Kelet- és Közép- Európában In.: Rendészeti Szemle, Kiadja: Belügyminisztérium, 29. évfolyam, 9. szám, 1991. szeptember, 112. o.
[29] Az alfejezet nagyrészben az alábbi tanulmány felhasználával készül: Bayer István- Erdélyi István: A toxikománia alakulása hazánkban a nemzetközi tapasztalatok tükrében In: Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról szerk.: Münnich Iván, 1988. Budapest, Kossuth Könyvkiadó, 119-142. old.

iparosodás, az életritmus gyorsulása, az urbanizáció és az életszínvonal emelkedése egyaránt hozzájárulnak a trankvillanások (idegfeszültséget, szorongást oldó szer) és nyugtatók használatának fokozódásához. Intoxikáció (mérgezés) és dependencia (függőségi állapot) esetek aránylag ritkák, de az egészségügyi hatóságoknak gondot okoz egyrészt a trankvillanások és nyugtatók orvosilag indokolt és szükséges használatának biztosítása, másrészt a túlzott fogyasztás és a viszaélési lehetőségek megelőzése." [30]

Ehhez képest 1985-ben már minőségi és mennyiségi változások tapasztalhatóak: „Hazánkban is megjelent – bár a külföldön tapasztaltaknál szűkebb körben -, főként a fiatalok között a kábítószer-fogyasztás. Az egészségügyi szolgálat évenként 6000 ilyen esetben nyújt segítséget. Kábítószerrel – főként gyengébb hatású szerekkel – évente 30000 lakos kerül kapcsolatba."[31]

A toxikománia alakulása az ifjúság körében

A kutatás megállapította, ahogy azt már a fentiekben is rögzítettük, hogy a leggyakoribb visszaélési forma a szerves oldószerek gőzeinek belélegzése, … illetve a 70-es évek közepétől a Parkán tablettával való visszaélés. Szintén a 70-es évek közepétől jelenik meg a magyar fiatalok körében a jogi fogalomkörbe tartozó kábítószerekkel való visszaélés. A visszaélők átlagosan 12-14 éves korban fordulnak először pszicoaktív anyagokhoz ebben az időszakban.

A szerves oldószerek köre idővel jelentősen kibővül. Kezdetben Pálma ragasztót használtak a fiatalok, de ezek mellett elterjedt a toloul, éter, benzin, és a festékoldószerek gőzeinek belélegzése, a hatás fokozása érdekében esetenként a szerek melegítésével növelve a hatást.

Jellemzővé válik a szippantásról a gyógyszerek használatára való áttérés. A használt gyógyszerek spektruma is szélesedik, elterjed a Noxyron, az Elenium, a Seduxen, a Tardyl, a Dorlotyn fogyasztása, melyet gyakran kísér alkoholfogyasztás.

Az időszak jellegzetes, szerfogyasztással összefüggő bűncselekményei: oldószert tartalmazó anyagok lopása, gyógyszertári betörés, orvosi vény hamisítása, és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények.

A vizsgált időszak legfontosabb jelenségei összefoglalóan:

- jelentősen bővült a fogyasztott szerek választéka

[30] Bayer István: Report on Drug Abuse in Hungary Addictive Dis. 1977. évi 1. szám

[31] A Magyar Szocialista Munkáspárt XIII. Kongresszusának jegyzőkönyve. A Központi Bizottság előzetes jelentése a küldötteknek. Kossuth Könyvkiadó, 1985. Budapest, 77. old.

- terjed a politoxikománia, a visszaélés, az első kipróbálás egyre korábbi életkorban történik
- a ragasztózás mellett terjed a gyógyszerfogyasztás
- szórványosan jelentkezik a házi kábítószer előállítás, illetve a klasszikus kábítószerek kipróbálása
- a visszaélő gyerekek és fiatalok jelentős hányadának személyiségfejlődése diszharmonikus, jellemző a rendezetlen családi környezet, ezen belül is legnagyobb számban a csonka családokból kerülnek ki a szerfogyasztók
- a nyolcvanas évek elejétől a társadalmi beilleszkedési zavarokban szenvedők számának növekvő tendenciája is hozzájárul a visszaélések további terjedéséhez
- súlyosbítja a helyzetet, hogy az elmúlt évtizedekben erősen növekedett a veszélyeztetett kiskorúak száma és aránya, a növekedési ütem meghaladta a 20 %-ot
- a szerfogyasztás hátterében az esetek túlnyomó többségében felfedezhetők a társadalmi hátrányok, a veszélyeztetett fiatalok túlreprezentáltak a szerfogyasztó fiatalok között
- a visszaélés pszichológiai okait vizsgálva három trend körvonalazódik:

1. egyfelől a nevelőotthonokban és intézetekben nevelkedő, illetve a családtól elforduló vagy a családból kitaszított fiatalok számára a hiányzó családi kötődés pótlását jelenti a drog
2. másfelől az igazi kötődést nem biztosító családban a gyerekek a szülők közötti ellentétek eszközeivé válnak, ekkor is a menekülés eszköze lehet a drog
3. harmadrészt mindinkább jelentkezik egy drogszubkultúra, amely a társadalmi-egyéni problémák megoldási eszközeként, „ideológiai” alapon vezeti a droghoz a fiatalokat, s ebben a csoportban fellelhetjük a magasabb társadalmi státusú rétegek gyermekeit is

Toxikománia felnőttkorban

A vizsgált időszakban illegális kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal való visszaélés felnőttkorban rendkívül ritkán fordul elő. Ugyancsak ritka felnőttek körében a legális anyagok illegális használata. Új jelenség volt, hogy növekedett a felnőtt lakosság körében a kodeint rendszeresen szedők száma. Ezt a „nyugalmat” azonban megzavarta, hogy Magyarországon a nyugtatók darabszáma 1960 és 1970 között 80 millióról 155 millióra, az altatóké 30 millióról 72 millióra növekedett. Az Andaxin fogyasztása ugyanebben az időszakban 18.9 millió tablettáról 55.5 millióra növekedett. Ehhez még hozzá kell adni a 16.5 millió Trioxazin, és a 72 millió Seduxen tablettát. A növekedés nem állt meg a következő évtizedben sem, tovább

növekedett a Seduxen, az Andaxin fogyasztása, illetve 169 millió tablettát adtak el az időközben forgalomba került klórdiazepoxidból, az Eleniumból. [32]

Egy újabb kutatás [33] kimutatta, hogy 1980-ban hazánk minden lakosára, a csecsemőket is beleszámítva 11 napra való trankvillanás és 27.5 napra való nyugtató-altató adag jutott egy főre.

2.5.Droghelyzet a rendszerváltozás után

A rendszerváltozás után a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium 1990-ben az *Országos Egészségnevelési Intézet*(OENI) jogutódjaként létrehozta a *Nemzeti Egészségvédelmi Intézet*et (NEVI) amely egyszerre látta el a módszertani bázis, a kutatóintézet és a programszervező szolgáltató központ feladatát. Legfőbb feladata a betegség megelőzése volt, s az, hogy ennek fontosságát mindenki érezze át, valamint a betegség-megelőzés programja ne csak szólamokban nyilvánuljon meg.

1990-ben narkomániás fiatalokat gondozó terápiás otthon kezdte meg működését a Baranya megyei Keszü községben. Létrehozásával fontos állomásához érkezett a kábítószert fogyasztó fiatalok egészségügyi hálózatának kiépítése, amelynek modelljét a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium megbízásából Baranyában kezdték megvalósítani. A megyei gyermekkórház már 1982-től kezelt pszichiátriai osztályán narkomániás gyermekeket és ifjakat, s 1987 óta működött a megyei feladatokat is ellátó drogambulancia.

Az 1990-es években a sajtó már arról számolt be, hogy Magyarország a kemény drogok új piaca, tranzitország lett. Megállapították, hogy a drogélvezet terjedésével a továbbiakban is számolni kell. Legjelentősebb okként említették, hogy az ezzel foglalkozók nem rendelkeznek kellő hazai tapasztalattal, s az intézmények sem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Hátráltatja a munkát az a helytelen szemlélet is, amely nem a megelőzésre helyezi a

[32] Mádai L.: Nyugtatók és altatók fogyaztásának gyakorisága Magyarországon, területi összehasonlításban In: Gyógyszerészet, 1973. évi 5. szám

[33] Simkó A.: A „psychotrop” gyógyszerek túlzott fogyasztásának profilja az országos adatok tükrében In: Ideggyógyászati Szemle, 1973. évi 10. szám

hangsúlyt. Fontosnak tartották más országok tapasztalatainak a megismerését. Sajtónyilatkozatok számoltak be arról, hogy az ország felkészületlen volt a rendszerváltozás idején a drogbetegek számának robbanásszerű növekedésekor, nem volt átfogó egységes nemzeti stratégiája, nem volt olyan koordinatív szerve, amely összehangolta volna az egyes tárcák és intézmények feladatait, és nem volt olyan speciális kórház sem, amely a drogbetegek kezelését végezte volna.

1990 novemberében mintegy négyezer főre volt tehető Magyarországon a kábítószertől fizikailag és szellemileg függő, „kemény" drogosok száma. Tízezer körüli azoké, akik különböző, könnyebben hozzáférhető szerekkel, például rendeltetésétől eltérően használt gyógyszerrel kábítják magukat. Ehhez adódik a „ragasztózók" pontosan meg nem határozható számú, kiterjedtebb csoportja – egyebek között ezt tartalmazza a jelentés, amelyet a magyar küldöttség terjesztett az Európa Tanács kábítószerkérdésekkel foglalkozó csoportjának strasbourgi miniszteri ülése elé. Százezer főnyi azok tábora, akik nyugtatószerek függőségében élnek.

Egy vagy talán két évtizedes késéssel 1990-ben a rendőrségen létrehozták a kábítószer-ellenes alosztályt.[34]

A rendszerváltás után a határok átjárhatóvá válásával nem csak a kínálat, de a kereslet is megnőtt a tiltott szerek iránt. A palettán új kábítószerek jelentek meg: a kilencvenes évek elején érték el hazánkat a szintetikus amfetamin-származékok, a „parti-drogok" néven ismertté vált ecstasy és speed. Az egyre súlyosbodó probléma leginkább a fiatalokat érintette, azok közül is a középiskolás korosztály látszott a leginkább veszélyeztetettnek.[35]

> „A másik terület, ahol a drogpolitikában szemléletváltás figyelhető meg, az az állami szerepvállalás mértékei és pontjai. Az utóbbi negyedszázad tapasztalatai egyértelművé tették, hogy a drogprobléma nem pusztán individuális jellegű. Tehát a megoldásnak is közösséginek kell lennie. A helyi közösségek és nem állami szervezetek részvétele a droghasználat elleni harcban látványos eredményeket hozott. A helyi közösségek egyfelől képesek a lokális sajátságok figyelembe vételére, amit semmilyen állami rendelkezés nem tud megtenni. Ezen szervezetek a prevencióban, a rehabilitációban és a reszocializációban játszhatnak kiemelkedő

[34]Kocsis Piroska: *A rendszerváltozás hatása a kábítószer-fogyasztásra*. ArchívNet, 2010/10.http://archivnet.hu/hetkoznapok/a_rendszervaltozas_hatasa_a_kabitoszerfogyasztasra.html [Letöltés ideje: 2015. február 3.]
[35]Andrássy Áron – Mrázik Julianna (2011): i. m.

szerepet. A prevenciós munka csak pozitív alternatívák felmutatásával lehetségesek, valós alternatívákat pedig csak a helyi szervezetek tudnak nyújtani, valamint, hogy az államnak ebben a helyzetben tehát fel kell vállalnia a civil szerveződések támogatását. Ha azonban közben csorbítja autonómiájukat, pont attól az eszköztől fosztja meg őket, mely hatékonnyá teszi munkájukat a drogok elleni harcban.[36]

Összefoglalva elmondható, hogy a tagadás, titkolózás időszaka volt az 1945-től 1989-ig tartó szocialista államhatalom időszaka a drogpolitikában. Majd a politika lassú helyzetfelismerése és elhúzódó valós cselekvés időszaka a 90-es évek első felében. A drogpolitika pártpolitikai alapon bipólusossá vált: a konzervatív és a liberális álláspont küzdelme a '90-es évek második felétől napjainkig tart. Felmerül a stratégiaalkotás igénye a nemzetközi elvárások és a problémamegoldás belső igényének kielégítésére. 2000-ben megszületett a Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítása érdekében. Ez tíz évig hatályban maradt, majd a kiértékelés után elkészült az új startégia, közvetlenül a 2010-es parlamenti választások előtt. A parlamenti erőviszonyok nagymértékű átrendeződését követően az új kormány széleskörű átalakításokat vezet be, többek között a drogpolitikát illetően is. Személyi változások és szervezeti átalakulások mennek végbe, a kormány felfüggesztette az éppen érvénybe lépő Drogstratégiát.[37]
Az újstratégia megszületéséhez vezető körülményeket és magát a stratégiát a „Magyar drogstratágia" című fejezetemben mutatom be.

Elmondható, hogy az 1990-es évek és a 2000-es évek eleje a fiatalok által nagy tömegben fogyasztott marihuána-, extasy-, speed- fogyasztás, illetve a néhány ezres intravénás droghasználó által fogyasztott heroin jegyében telt el.
A 2010. évtől kezdődően indult el Európában és Magyarországon is az új pszichoatív szerek térhódítása. A drogok kiváltotta helyzetet és az arra adott szakmapolitikai válaszokat az „Új pszichoaktív szerek" című fejezetemben elemzem.

[36]Veér András: *Az állami szerepvállalás legfontosabb szegmensei*. In: *Alternatív drogstratégia*. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest, 2000, 109. o.
[37] Andrássy Áron – Mrázik Julianna (2011): i. m. 35. o.

3. A drogok jogi szabályozása Magyarországon

3.1.Törvények

- **2012. évi C. törvény (VII. 13.) a Büntető Törvénykönyvről**

Az Országgyűlés által 2012. június 25-én elfogadott új Büntető Törvénykönyv (a továbbiakban: új Btk.) 2013. július 1-jén lépett hatályba. A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Btk.) a visszaélés kábítószerrel alcím alatt négy szakaszban hat típusú elkövetési magatartást szabályozott. Az új Btk. ezen változtatott, és a tényállásokat önálló megnevezéssel szerepelteti.

A kábítószer-kereskedelem (forgalomba hozatal, kereskedés) tekintetében a csekély mennyiség mint privilegizált eset megszűnt, mert a kereskedői típusú magatartások esetében indokolt a szigorúbb fellépés. A kábítószer-kereskedelem elleni hatékonyabb fellépés érdekében az új Btk. a kábítószer birtoklása tényállásába (termeszt, előállít, megszerez, tart, ország területére behoz, onnan kivisz, azon átszállít elkövetési magatartások) [178. § (2) bekezdés c) pont, 179. § (2) bekezdés c) pont] külön kategóriaként bevezette a különösen jelentős mennyiségű (a csekély mennyiség kétszázszorosa) kábítószerre történő elkövetést, mint minősített esetet. Megszűntek a kábítószerfüggőkre vonatkozó speciális (enyhébb) szabályok, de a bíróságnak lehetősége van arra, hogy a büntetés kiszabása során értékelje a terhelt esetleges szenvedélybetegségét.

Az új Btk. önállóan nevesíti a kábítószer-fogyasztást, amelynek büntetési tétele megegyezik a csekély mennyiség megszerzésére vonatkozó büntetési tétellel [178.§ (6) bekezdés].

Továbbra is súlyosabban büntetendő annak a felnőtt korú személynek a cselekménye, aki 18. életévét be nem töltött személynek kínál vagy ad át kábítószert, vagy az ilyen korú személy felhasználásával valósít meg más kábítószeres bűncselekményt (177.§, 179.§).

Július előtt a fogyasztó többször is részt vehetett elterelésen.

Az új Btk. komoly korlátokat emel az elterelésben. Csak az választhatja a büntetőeljárás alternatívájaként az elterelést, aki

a) két éven belül nem vett részt elterelésben, illetve

b) két éven belül más kábítószerrel visszaélés bűncselekmény elkövetése miatt nem folyt ellene eljárás.

Mindez az elterelésben részt vevők nagy részét nem érinti, mivel ők olyan alkalmi kannabisz-fogyasztók, akiket tipikusan nem állít elő a rendőrség két éven belül többször. A rendszeres fogyasztók azonban, különösen,ha hátrányos helyzetűek, gyakrabban kerülhetnek a rendőrség látókörébe. A mostani szigorítás gyakorlatilag az 1998-as ellentéte: akkor az elterelést kizárólag a függők számára tették elérhetővé, most éppen a függők kerülhetnek gyakrabban bíróság elé. A kábítószer-kereskedelem felderítését segítheti, hogy a fogyasztók büntetésének korlátlan enyhítésére ad lehetőséget a részletes beismerő vallomás. A büntetés enyhítését a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról szóló 2004/757/IB kerethatározat is lehetőségként említi, ezért az új Btk. is átvette ezt a szabályt.

Az új Btk. önálló tényállásban szankcionálja a kóros szenvedélykeltést (181.§), amely 2003. előtt nevesítve volt. E tényállás a kábítószer fogyasztására való eredménytelen rábírást is büntetni rendeli.

A régi Btk-ban két helyen voltak megtalálhatóak a kábítószer készítéséhez szükséges anyagokkal kapcsolatos rendelkezések, de nem volt egyértelmű ezek egymáshoz való viszonya (ti. a prekurzor is anyag). Az új Btk. ezt tisztázta, és a kábítószer előállításához szükséges anyaggal, berendezéssel, felszereléssel kapcsolatos magatartások (kábítószer előállítása céljából ezek készítése, átadása, forgalomba hozatala, stb.) külön tényállásba kerültek.

A kábítószer előállításához szükséges anyaggal visszaélés körében egy igazgatási szabály megsértését szankcionálja az új Btk., amely esetében a büntetési tétel nem lehet magasabb a kábítószer készítésének elősegítésénél előírtaknál (hiszen az már egy célzatos magatartás, kifejezetten a kábítószer készítése miatt tartja magánál a prekurzort az elkövető) (182–183. §).

Az új Btk. bővült az „Új pszichoaktív anyaggal visszaélés” című szakasszal (184. §, 184/A-D. §), melyben az előző szakaszok struktúráját követve, azonban enyhébb büntetési tételekkel szabályozza a területet. Az új szabályozás minősített esetei lényegében azonosak a kábítószerekre vonatkozóakkal, azonban a jelentős mennyiségre történő elkövetést nem tartalmazza. A privilegizált esetek a csekély mennyiséggel való elkövetésre vonatkoznak, mely mennyiség összes anyag tekintetében 10 gramm. A büntetendő cselekmények között szerepel az új pszichoaktív anyag tartása is, amennyiben a mennyiség meghaladja a csekély mennyiséget.

- **2012. évi II. törvény (I.6.) a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről**

A 2012. évi II. törvény módosításával 2013. július 1-től a Kábítószer-rendészeti szabálysértés tényállása kiegészült az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos szabályozással. Ez alapján, aki az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos engedély-, illetve bejelentés-köteles tevékenységek végzésének szabályait, továbbá az ezen anyagokkal kapcsolatos adatszolgáltatási kötelezettségre vonatkozó szabályokat megszegi, szabálysértést követ el. Ezen ügyekben az eljárás a rendőrség hatáskörébe tartozik. A törvény értelmében szabálysértés az a törvény által büntetni rendelt tevékenység vagy mulasztás, amely veszélyes a társadalomra. Szabálysértés nem állapítható meg, ha a cselekmény bűncselekményt valósít meg. A törvény meghatározza a szabálysértések miatt alkalmazható jogkövetkezményeket (büntetéseket és intézkedéseket), azok feltételeit és módját. Szabályozza ez egész szabálysértési eljárás menetét, valamint meghatározza az egyes szabálysértések, többek között a kábítószer-rendészeti szabálysértés tényállását.

- **2005. évi XCV. törvény (VII.15.) az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról.**

A 2005. évi XCV. törvényben található Kábítószerek és pszichotróp anyagok, valamint kábítószerként és pszichotróp anyagként minősített gyógyszerekre és új pszichoaktív anyagokra vonatkozó külön rendelkezések című szakasz kétszer módosult. A 2012. évi CCXII. törvény (XII.17.) 2013. január 1-i hatállyal módosította a 15/C (4) bekezdést, mely szerint, ha az 1 éven belüli, az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló 2005. május 10-i 2005/387/IB tanácsi határozat szerinti kockázatértékelés lezárásához a szakértői szerv megállapításai szerint nem áll rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése további 1 évre meghosszabbítható. A törvény szabályozza az új pszichoakítv anyaggá való minősítési eljárást, illetve a kábítószerként és pszichotróp anyagként minősített gyógyszerekkel kapcsolatos sajátos eljárásokat.

A 2013. évi CCXLIV. törvény (XII. 17.) 2014. január 1-jei hatállyal módosította a 15/C (3) bekezdést. A módosítás alapján, ha a kockázatértékelés nem támasztja alá azt, hogy a vizsgált új pszichoaktív anyag hasonló kockázatot jelenthet, mint az 1. § 4. pontjában meghatározott kábítószerek vagy a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény kihirdetéséről szóló 1979. évi 25. törvényerejű rendelet I-II. jegyzékén, valamint az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletének jegyzékein szereplő anyagok, akkor törölni kell az új pszichoaktív anyagok jegyzékéről és

kormányrendeletben meghatározott más jegyzékre kell helyezni. Ezen anyagok esetében valamennyi gazdasági tevékenység nyilvántartásba vételi kötelezettség mellett végezhető a jövőben is, de büntetőjogi szankciót nem von maga után a jogosulatlan forgalmazás.

- **1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről**

Az Egyezmény, figyelemmel arra, hogy fizikai és szellemi érettségük hiánya miatt a gyermekeknek különös védelemre és gondozásra van szükségük, deklarálja és kiegészíti az alapvető emberi jogokat. Ebben a vonatkozásában gyermek az a személy, aki tizennyolcadik életévét nem töltötte be, kivéve ha a reá alkalmazandó jogszabályok értelmében nagykorúságát már korábban eléri. A részes államok kötelezettséget vállalnak arra, hogy megtesznek minden alkalmas intézkedést, hogy megvédjék a gyermekeket az erre vonatkozó nemzetközi egyezményekben meghatározott kábító- és pszichotrop szerek tiltott fogyasztásától, és hogy megakadályozzák a gyermekeknek e szerek tiltott előállításában és kereskedelmében való felhasználását. A 18 éven aluli bűnelkövetők tekintetében a lehető enyhébb büntetések alkalmazását írja elő.

- **1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról**

E törvény meghatározza a pénzbeli, a természetben nyújtott és a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások egyes formáit, a jogosultság feltételeit, annak megállapítását. A szociális ellátás finanszírozásának elveit és intézményrendszerét, a szociális ellátást nyújtó szervezet és a jogosult közötti jogviszony főbb elemeit, továbbá a fenntartónak a szolgáltatóval, illetve intézménnyel kapcsolatos feladat- és jogkörét, valamint a személyes gondoskodást nyújtó szociális, gyermekjóléti, gyermekvédelmi tevékenységet végző személy adatainak működési nyilvántartására vonatkozó szabályokat.

- **1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről**

A törvény értelmében a rendőrség általános bűnügyi nyomozó hatósági jogkört gyakorol, végzi a bűncselekmények megelőzését és felderítését; szabálysértési hatósági jogkört gyakorol, közreműködik a szabálysértések megelőzésében és felderítésében; valamint ellátja a közbiztonságra veszélyes egyes eszközök és anyagok, mint például a kábítószerek és pszichotróp anyagok előállításával, forgalmazásával és felhasználásával kapcsolatos hatósági feladatokat. Rögzíti a rendőrség működésének általános elveit és szabályait. Felsorolja a

rendőr által foganatosítható intézkedéseket és használható kényszerítő eszközöket, alkalmazásuk feltételeit és módját.

- **1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről**

A törvény célja, hogy meghatározza az egészségi állapotra vonatkozó különleges személyes adatok és az azokhoz kapcsolódó személyes adatok kezelésének feltételeit és céljait. Személyes adatot csak törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben és mértékben lehet kezelni. A törvény hatálya kiterjed minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző szervezetre és természetes személyre, valamint minden olyan jogi személyre, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetre és természetes személyre, amely vagy aki egészségügyi és személyazonosító adatot kezel.

- **1998. évi L. törvény– bécsi Egyezmény**

Az egyezmény a részes felekre nézve jogharmonizációs kötelezettséget ír elő, melynek hazánk eleget tett. Az 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezményt és az 1971. évi bécsi egyezményt egészíti ki. Beemeli a kábítószeres bűncselekmények közé azt az esetet, amikor is a tiltott szerrel való visszaélésből származó jövedelem származását igyekeznek az elkövetők leplezni. Lehetőséget nyújt továbbá az elkövetés tárgyának, eszközének, illetőleg az abból származó jövedelemnek elkobzására. Részletes szabályokat állapít meg a bűnügyi együttműködésre, a kiadatásra, a büntetőlejárás átadására vonatkozóan.

- **1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról**

A törvény az alapelvek mellett a büntetőeljárás valamennyi szakaszát szabályozza: annak megindulásától egészen a büntetések és intézkedések végrehajtásával kapcsolatos bírói és ügyészi feladatokig bezárólag. A kábítószerrel visszaélés bűncselekmények esetében speciális lehetőséget nyújt a büntetőeljárás felfüggesztésére. Eszerint ha az elterelés anyagi jogi feltételei fennállnak és a terhelt önként vállalja a kezelésen/ellátáson/szolgáltatáson való részvételt, a nyomozó hatóság, az ügyész illetve a bíró felfüggeszti az eljárást. Ha a kliens a feltételeket teljesítette, az eljárást meg kell szüntetni, egyéb esetben folytatni kell. 2007. január 1-től lehetőség van az enyhébb bűncselekmények esetében közvetítői eljárás igénybevételére, amennyiben annak törvényi feltételei fennállnak (221/A.§). A közvetítői eljárás célja, hogy a bűncselekmény következményeinek jóvátételét és a gyanúsított jövőbeni

jogkövető magatartását elősegítse a büntetőeljárás megszüntetése vagy a büntetés korlátlan enyhítése mellett.

- **1998. évi XXV. törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről**

Azoknak az anyagoknak a listáját, amelyek nem az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzéke alapján minősülnek kábítószerrel egy tekintet alá eső veszélyes pszichotróp anyagnak, e törvény melléklete határozza meg.

3.2.Törvényerejű rendeletek

- **1965. évi 4. tvr. az ENSZ 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezményének kihirdetéséről**

Ez az ENSZ egyezmény a kábítószer-fogyasztás elleni küzdelem egyik alapdokumentuma. Kizárólag tudományos és gyógyászati célra engedi a kábítószerek termesztését, előállítását, tartását, forgalmazását, kereskedelmét, mely tevékenységekhez szigorú engedélyeztetési és jelentéstételi kötelezettséget fűz. Az ezekkel ellentétes cselekményeket, valamint azok előkészületét és kísérletét is büntetendőnek nyilvánítja, jogkövetkezményként szabadságvesztést vagy egyéb szabadságelvonással járó joghátrányt rendel. Enyhébb szabályozást ajánl azonban a kábítószer-élvező elkövetők körében, szem előtt tartva a társadalomba való újbóli beilleszkedésük előmozdítását. Az Egyezményhez csatolt jegyzékekben felsorolásra kerültek az üldözendő kábítószerek. „… az ENSZ szóban forgó egyezményei lehetőséget biztosítanak az államok számára, hogy hogy a tiltás formájáról maguk döntsenek, továbbá, hogy a kábítószer-fogyasztókat más bánásmódban részesítsék, mint a kábítószer-színtár egyéb szereplőit (pl. kereskedőket, terjesztőket).”[38]

- **1979. évi 25. törvényerejű rendelet – bécsi egyezmény**

Az egyezmény négy jegyzékben sorolja fel a hatálya alá tartozó pszichotróp anyagokat. Az I. jegyzékben szereplő szerek esetében a részes országok kötelesek megtiltani ezeknek az anyagoknak bármilyen alkalmazását, kivéve szigorú feltételekkel a tudományos vagy igen

[38] Lévay Miklós: *Visszaélés kábítószerrel. Kóros szenvedélykeltés. Kábítószer készítésének elősegítése. In*: Csemáné Váradi Erika - Görgényi Ilona - Gula József - Lévay Miklós - Sántha Ferenc: *Magyar Büntetőjog. Különös Rész II.* c. tankönyvben. Szerk.: Horváth Tibor és Lévay Miklós. Bíbor Kiadó, Miskolc, 2002. 217. o.

korlátozott gyógyászati felhasználást, továbbá megkövetelni, hogy ezeknek az anyagoknak a gyártása, kereskedelmi forgalma, elosztása és birtoklása különleges engedélyhez vagy előzetes engedélyezéshez legyen kötve, illetve biztosítani ezek szigorú felügyeletét. Ezen szabályok tekintetében fenntartással is csak annyiban lehet élni, amennyiben az adott állam területén vadon nőnek az I. Jegyzék pszichotróp anyagait tartalmazó olyan növények, amelyeket világosan meghatározott kisebb embercsoportok mágikus és vallásos szertartások alkalmával használnak, és kizárólag ezen növények tekintetében. A többi anyag tekintetében is szigorú szabályokat ír elő a felhasználás és az ellenőrzés tekintetében. Az egyezmény rendszeres jelentéstételi kötelezettséget ró a részes államokra.

- **1988. évi 17. törvényerejű rendelet – genfi egyezmény**

A lényegi szabályok az 1965. évi 4. tvr. szövegével egységes szerkezetbe foglalva. Ez a nemzetközi jogi norma tekinthető a kábítószer-fogyasztás elleni küzdelem egyik alapdokumentumának. Az Egyezményhez történő csatlakozással kötelezettséget vállaltunk arra, hogy kizárólag gyógyászati és tudományos célokra korlátozzuk a kábítószerek termelését, gyártását, behozatalát, kivitelét, elosztását, kereskedelmi forgalmát, használatát és tárolását.

3.3. A közjogi szervezetszabályozó eszközök

- **66/2012. Kormányrendelet (IV. 2.) a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról**

A 66/2012. Kormányrendelet 2013 júliusában két alkalommal módosult. 2013. július 5-től az Országos Addiktológiai Centrum javaslata alapján a rendelet 1. melléklet C jegyzékének egyedi és generikus listája is változott. Felvételre került három egyedi vegyület és a generikus lista bővült az elmúlt év során az EU-ban újonnan megjelent, új típusú és rokon szerkezetű vegyületekre vonatkozó törzsképletekkel. A változást indokolta, hogy az új törzsképletek lefednek számos új, a C jegyzéken korábban nem szerepeltetett vegyületet. A 2013. július 15-től hatályos módosítás szerint a rendelet C jegyzékére került a para-metil- 4-metilaminorex nevű anyag, amely vegyülettel több haláleset is összefüggésbe hozható volt 2013 júniusában. 2014. január 1-jétől a rendelet egy D jegyzékkel bővült tekintettel arra, hogy a C jegyzék anyagainak kockázatértékelésétől függően a közegészségügyi kockázatot nem jelentő, de szabad forgalomba nem engedhető szerek ide kerüljenek áthelyezésre. A rendelet a hazánk

által is kihirdetett nemzetközi kábítószer egyezmények végrehajtásának részletes szabályait határozza meg. A kábítószerek és pszichotróp anyagok, valamint az új pszichoaktív anyagok gyártása, exportja, importja, transzfere, beszerzése, forgalmazása, raktározása, tartása, átadása, használata, megsemmisíttetése, valamint a velük kapcsolatos kutatás, oktatás, továbbá az engedélyköteles kábítószerek és pszichotróp anyagok előállítására alkalmas növények termesztetése, valamint a velük kapcsolatos kutatás, oktatás – meghatározott kivételekkel– kizárólag érvényes tevékenységi engedély birtokában folytatható. Az engedélyeket a rendőrség vagy az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) adja ki. Az engedélyesek kötelesek a kábítószerekről és a pszichotróp anyagokról naprakész nyilvántartást vezetni, melynek alapján készült éves jelentést az EEKH az Egységes Kábítószer Egyezmény és a pszichotróp anyagokról szóló bécsi egyezmény alapján fennálló éves jelentéstételi kötelezettség keretében megküldi a Nemzetközi Kábítószer Ellenőrző Szerv részére. A rendelet tartalmazza a kábítószerek, a pszichotróp anyagok és az új pszichoaktív anyagok jegyzékre vételére irányuló eljárásnak, valamint a jegyzékek módosításának a szabályait. 2015 januárjától a jegyzék átkerült **az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet** hatálya alá.

- **77/2013. (IX. 10.) Vidékfejlesztési Miniszter rendelete a 128/2009. (X. 6.) Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Miniszter rendeletének módosításáról; Az állatgyógyászati termékekről szóló 128/2009. (X. 6.)**

FVM rendelet módosításának célja többek között az volt, hogy megteremtse az összhangot a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelettel a kábítószernek vagy pszichotróp anyagnak minősülő állatgyógyászati készítmények tekintetében, az ezen anyagok átadására és rendelésére vonatkozó előírások kiegészítésével.

- **1089/2013. (III.4.) Kormány határozat a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottságról**

A Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB) (korábban Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság – KKB) a jogszabállyal vagy közjogi szervezetszabályozó eszközzel létrehozott testületek felülvizsgálatáról szóló 1158/2011. (V. 23.) Korm. határozat, illetve az abban foglalt feladatok végrehajtásáról szóló 1452/2011. (XII. 22.) Korm. határozat alapján, 2013. tavaszán átalakításra került és tárcaközi bizottság formájában működik tovább az egyes

részterületekért felelős kormányzati, illetve államigazgatási szereplők bevonásával, a 1089/2013. (III. 4.) Korm. határozatban foglaltak keretei között.

- **1090/2013 (III.4.) Kormány határozat a Kábítószerügyi Tanácsról**

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos problémák kezelése, a célzott, közösségi alapú beavatkozások előmozdítása, illetve a civil szervezetekkel történő együttműködés erősítése érdekében a Kormány a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság átalakítása mellett Kábítószerügyi Tanácsot hozott létre az 1090/2013. (III. 4.) Korm. határozattal. A döntés eredményeképpen az eddigitől lényegesen nagyobb számú civil és szakmai szervezet véleménye csatornázódik be közvetlenül a Kormányhoz. Az új konstrukció lehetőséget ad a különféle szakterületek közötti közvetlen, szervezett, rendszeres párbeszédre, ezáltal a szervezetek tevékenységeinek összehangolására, hatékonyságuk erősítésére.

- **80/2013. (X.16.) Országgyűlési határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013–2020**

Az Országgyűlés által elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013-2020 időszakra határozza meg a kábítószer-politika alapelveit, főbb cselekvési irányait valamint átfogó szemléleti és értelmezési kereteit. [39]

- **162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet a kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről**

A szabályok az 1988-as bécsi egyezménnyel, az 1961-es Egységes Kábítószer Egyezménnyel és az 1972-es genfi jegyzőkönyvvel vállalt kötelezettségekkel összhangban születtek. A rendelet meghatározza a különböző, kábítószer előállítására alkalmas növények vetéséhez használható vetőmagok típusát. Forgalomba hozni csak meghatározott mákmagot és alacsony THC tartalmú kendermagot lehet. A mák és a kender termesztésére és forgalomba hozatalára vonatkozó szabályok betartásának ellenőrzésére saját hatáskörén belül az FM Hivatal, a rendőrhatóság, az Országos Mezőgazdasági Minősítő Intézet, az illetékes megyei (fővárosi) növény- és talajvédelmi szolgálat, valamint az ÁNTSZ jogosult. Ipari mákkal és magas THC tartalmú kenderrel végezhető egyéb tevékenységek meghatározott engedélyesek által és kizárólag az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal engedélyével végezhetők, melyet háromévente meg kell újítani.

[39] *2014-es éves jelentés (2013-as adatok) az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2014, 10–11. o. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2014.pdf [Letöltés ideje: 2015. január 19.]

- **159/2005. (VIII. 16.) Korm. rendelet a kábítószer- prekurzorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapításáról**

A rendelt az 1988-as bécsi egyezményben fogalt kötelezettségek teljesítésnek részletes szabályait tartalmazza. A kábítószer-prekurzorokkal végezett tevékenységhez szükséges engedélyek kiadására a Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal jogosult. A Hivatal felel továbbá a legális kereskedelmet, felhasználást érintő jelentési, adatszolgáltatási kötelezettségek hazai koordinálásáért és ezeknek az Európai Bizottság és a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv felé történő teljesítéséért.

- **42/2008. EüM–SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól**

A rendelet a Btk.-ban szabályozott elterelés, mint büntethetőséget megszüntető ok részletes szabályait állapítja meg. A büntetőeljárás alá vont személy az elterelést megelőzően előzetes állapotfelmérésen vesz részt, ahol megállapítják, hogy állapotától függően függőséget gyógyító kezelésben, más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesüljön-e. Az ellátást, illetve szolgáltatást csak a rendeletben meghatározott szakemberek végezhetik. Időtartama kéthetenként átlagosan két óránál kevesebb nem lehet, ami a hat hónap alatt átlagosan 24 órát jelent. Az ellátás, kezelés végén a kliens részére a rendeletben meghatározott tartalommal kell kiadni az igazolást, mely a büntetőeljárás megszüntetésének feltétele.

- **4/2009. (III. 20.) IRM utasítás a fogvatartottak számára kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás biztosításáról**

Kijelöli a fogvatartottak számára kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, kábítószer-használatot kezelő más ellátást és előzetes állapotfelmérést biztosító intézményeket, illetve meghatározza, hogy megelőző-felvilágosító szolgáltatás nyújtására az NDI-vel ilyen célú szerződéses viszonyban álló szervezetek jogosultak.[40]

[40] http://www.dizajnerdrog.hu/Controls/Download.aspx?attId=4b6534b0-7a7f-41cc-99c6-ffed887a52ec [Letöltés ideje: 2015. január 19.]

3.4.A Kúria, az Alkotmánybíróság, az Alapjogok Biztosának vonatkozó dokumentumai

- **54/2004. (XII. 13.) AB határozat**

A Btk-ban szabályozott visszaélés kábítószerrel tényállások alkotmánybírósági felülvizsgálata alapján meghozott döntés.

Az Alkotmánybíróság legfontosabb megjegyzései:

> ”A dohányzás és a koffein bódulatot, módosult tudatállapotot egyáltalán nem hoz létre, vagyis az egyén szellemi, cselekvési szabadságára semmilyen hatással nincs. Az alkoholfogyasztás kockázatai pedig a függőség kialakulásához szükséges mennyiség és időtartam jelentősen eltérő volta miatt messze elmaradnak a kábítószerek okozta veszélyektől, s a fogyasztás azonnali következményei is kevesebb kockázattal járnak.
>
> […]
>
> A hozzászokás az ún. „kondicionáló” és a „reinforce” hatás egyenes következményeként a szellemi, a fizikai, a szociális állapot leromlását és az „anyagon” kívül minden más igény leértékelődését hozza magával.
>
> […]
>
> A bódító hatás módosult tudatállapotot hoz létre, amelynek viszont a külvilágban is megnyilvánuló egyik jellemzője, hogy „az érintett fizikai és szellemi értelemben sem ura magatartásának,” továbbá „a függés felé megtett útfordított arányban áll a cselekvési szabadság fokával”, illetve „a kábítószer-fogyasztás által előidézett állapot éppen a fogyasztó emberi méltóságának egy részét veszi el, mert autonómiáját azáltal korlátozza, hogy döntési képességét külső tényezőknek veti alá”, végül „a felvilágosult választás lehetőségét kizáró külső körülmények ilyen alakulása mellett nem állítható megalapozottan, hogy az állam intézményvédelmi kötelezettsége az egészséges élethez való joggal összefüggésben nem terjed ki a fogyasztókra. Az Alkotmánybíróság megállapítja, hogy „nem lehet továbbá szem elől téveszteni azt sem, hogy a kábítószer– használatnak nem kizárt az azonnali halálos eredménye.”

A határozat több megállapítását Kukorelli alkotmánybíró úr is kifogásolta. A határozatban foglalt állításokat azóta – több esetben már korábban is – a drogszakma egyöntetűen cáfolta. A legnagyobb kritika a határozattal szemben, hogy nem különíti el az egyes kábító hatású

szereket, illetve az egyes fogyasztókat, fogyasztói magatartásokat, hanem egységesen kezeli őket. A teljes szakma elutasította azt a véleményt, miszerint az alkohol és a dohányzás hatásmechanizmusai alapvetően térnek el a tiltott szerekéitől.[41]
A döntés kapcsán Lévay Miklós pozitívumokat is kiemelt az alábbiak szerint:

- Az AB döntése nyomán a kábítószer-rendészeti joganyagot a jogállami követelményeknek megfelelően kel átalakítani. …
- Az AB döntésére tekintettel a jogalkotás során nem érvényesülhet az a téves felfogás, hogy az elterelés kizárólag a függő fogyasztókat érintheti.
- Az ártalomcsökkentő módszerek és programok fejlesztése szempontjából rendkívül lényeges az AB határozat indokolásában szereplő következő kitétel: „Az élet védelméhez fűződő alkotmányos jog, az „életek egyenértékűségének" elve alapján ezek a programok szükségesnek ítélhetők." Ehhez kapcsolódóan pedig a jogbiztonság követelményére figyelemmel egyetértek a határozat rendelkező részének 7. pontjával, azaz, hogy „az Országgyűlés alkotmányellenes mulasztást idézett elő azzal, hogy a Büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény rendelkezéseivel összefüggésben nem alkotta meg azon jogszabályokat, amelyek a kábítószer-élvezőket segítő, megelőző, gyógyító programok végrehajtásában közreműködők büntetőjogi felelősségének kérdéseit rendezik…"

  Lévay Miklós ugyanitt megjegyzi, hogy a határozat személete „az absztinens-kultúrát és annak intézményeit feltétlenül és maradéktalanul elfogadó megközelítésmódon alapul." Megjegyzi továbbá, hogy „A többségi határozat indokolásának idézett részei kellően bizonyítják az AB drogkérdéssel kapcsolatos megközelítésmódját. Valóságtartalmuk ráadásul megkérdőjelezhető. Az elsőkét idézett, a leírt állapotra, illetve folyamatra vonatkozó megállapítás túlzó általánosítás, nem igaz minden program és minden kábítószer élvezőre. „ [42]

- **1/2007. Büntető jogegységi határozat**

[41] Rácz József: *Vélemény az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII. 13.) számú határozatáról addiktológiai szemszögből – avagy a „wishful thinking" (affektusvezérelt gondolkodás) esete*. In: Kriminológiai Közlemények 62. Magyar Kriminológiai Társaság, Budapest, 2006, 98–103. o.
[42] Lévay Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika dilemmái; az 54/2004. (XII.13.) AB határozat drogpolitikai és kriminálpolitikai szemlélete In.: Kriminológiai Közlemények 62. Magyar Kriminológiai Társaság, Budapest, 2006.

I. A Büntető Törvénykönyv 67. §-ának (1) bekezdése, 68. §-ának (1) bekezdése és 89. §-ának (1)–(3) bekezdése értelmében kizárt, hogy a végrehajtásában próbaidőre felfüggesztett szabadságvesztés és pénzbüntetés elévülése a próbaidő tartama alatt bekövetkezzen. A próbaidő tartama alatt a büntetés végrehajtását elrendelő bírósági határozat jogerőre emelkedése a büntetés elévülésének a kezdő időpontja.

II. A felfüggesztett büntetés elévülése a próbaidő leteltének napján kezdődik. A büntetés elévülését– a próbaidő letelte után– a felfüggesztett szabadságvesztés (pénzbüntetés) végrehajtását elrendelő jogerős bírósági határozat szakítja félbe. Ebben az esetben a büntetés elévülésének tartamába a próbaidő leteltétől a végrehajtást elrendelő bírósági határozat jogerőre emelkedéséig eltelt idő– a Büntető Törvénykönyv értelmében– nem számít be.

I. Kábítószerrel visszaélés megvalósulásakor természetes egységet csak az azonos törvényi tényállásba ütköző magatartások képeznek.

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

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

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

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

III. A forgalomba hozatallal elkövetett kábítószerrel visszaélés kísérletének megállapíthatóságához– a BK 155. számú állásfoglalás II/5/a) részében kifejtettekre is figyelemmel– a BH2002. 299 számú eseti döntés tartalmaz iránymutató szempontokat a gyakorlat számára e bűncselekmények befejezettségének és kísérletének elhatárolását illetően is.

IV. A kereskedéssel elkövetés tényállásszerűségének értelmezéséhez– megőrizve a BK 155. számú állásfoglalás II/5/b) pontjának elvi tartalmát– a BH1999. 101 számú eseti döntés ad iránymutató szempontokat.

Ezekben elvi éllel kifejtettek szerint a kereskedéssel elkövetett kábítószerrel visszaélések a forgalomba hozatalnál tágabb elkövetési magatartások. Adás-vételek által valósulnak meg,

haszonszerzésre irányulnak és magukba foglalnak minden olyan tevékenységet, amely elősegíti, hogy a kábítószer eljusson a viszonteladóhoz vagy a fogyasztóhoz. Ezek közé tartozik a kábítószernek kereskedés céljából történő megszerzése, készletezése is, amely magatartás befejezett önálló tettesi cselekmény.
A kereskedéssel elkövetési fordulatnak– eltérően a forgalomba hozataltól– a kísérleti stádiuma általában kizárt. Ezekben elvi éllel kifejtettek szerint a kereskedéssel elkövetett kábítószerrel visszaélések a forgalomba hozatalnál tágabb elkövetési magatartások. Adás-vételek által valósulnak meg, haszonszerzésre irányulnak és magukba foglalnak minden olyan tevékenységet, amely elősegíti, hogy a kábítószer eljusson a viszonteladóhoz vagy a fogyasztóhoz. Ezek közé tartozik a kábítószernek kereskedés céljából történő megszerzése, készletezése is, amely magatartás befejezett önálló tettesi cselekmény.
A kereskedéssel elkövetési fordulatnak– eltérően a forgalomba hozataltól– a kísérleti stádiuma általában kizárt.

- **Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-1131/2013. és az AJB-7541/2013. számú ügyben**

A jelentés – többek között – kimondja, hogy „Józsefváros Önkormányzatának a Kék Pont Alapítvánnyal szemben megtett intézkedései, a tűcsere program megszűnésének kiemelt szociális és egészségügyi kockázatainak nem megfelelő szakmai érvek alapján történő mérlegelése együttesen teremtették meg az egészséghez és az egészséges környezethez való jog sérelme bekövetkeztének közvetlen veszélyét”. Az Ombudsman által leírtak kapcsán fontos tudni, hogy: – Az ártalomcsökkentő programok célja a drogfogyasztói magatartások egyéni és közösségi (társadalmi) kárainak mérséklése. – Az ártalomcsökkentő programok nem pártfogolják a drogfogyasztást, de úgy vélik, hogy a személyiségi és emberi jogok szem előtt tartása mellett ahhoz kell hozzájárulniuk, hogy a drogfogyasztó életét, életminőségét javítsák, hiszen a későbbi felépülés, a józan élet céljának elérése csak akkor lehetséges teljes körűen, ha sikerül az érintetteket minél jobb életminőségben és maradandó károsodások nélkül életben tartani. – Az ártalomcsökkentő beavatkozások nem csak a droghasználók érdekeit szolgálják, hanem a környezetükben élő többségi társadalom biztonságát is, hiszen mérséklik a kriminalitást, láthatóvá teszik a bajt, lehetségessé a beavatkozást. – A tűcsere programok olyan ártalomcsökkentő beavatkozások, melyek a társadalom perifériáján élő, kilátástalan élethelyzetben lévő droghasználók számára az egyetlen kapaszkodót jelenthetik, és amelynek révén kapcsolatba kerülhetnek az ellátórendszerrel. – A tűcsere programok

eredményességét a vér útján terjedő fertőző megbetegedések megelőzésében (hepatitisz, HIV-AIDS) számos kutatás bizonyítja. Nem véletlen, hogy e mellet érvel az Egészségügyi Világszervezet, az Európai Unió Drogmonitorozási Központja, az Európai Járványügyi Intézet is. A tűcsere programok más szolgáltatásokkal együttműködve, a hatóságokkal karöltve bizonyítottan eredményekre képesek. – A WHO ajánlásában egyértelműen a kiadott tűk száma és a kliensforgalom alapján határozza meg a tűcsere programok hatékonyságát. Az egészségügyi világszervezet ajánlása szerint, hatékonynak az a program tekinthető, amelyben az injekciós használók évente, fejenként, legalább 100 steril tűt kapnak. A Kék Pont által működtetett legnagyobb forgalmú magyarországi tűcsere programban is ez az arány 2013-ban 77db/fő volt. Ez szám arra hívja fel a figyelmet, hogy nem a tűcsere programok ellehetetlenítése, hanem a jelenleginél jóval erőteljesebb önkormányzati és állami támogatása szükséges, megfelelő monitorozás és értékelés mellett. – A kiosztott tűk kliensek általi visszaszolgáltatási aránya számos kérdéstől függ, melyek között a legfontosabb a szolgáltatást és drogpolitikát övező politikai klíma. Amennyiben a kliensek nem érzik kockázatosnak a tűk visszaszolgáltatását, és nem érzik fenyegetve magukat a rendvédelmi szervek beavatkozása miatt, ez az arány jóval magasabb. Az elmúlt évben az összes hazai szolgáltatónál jelentősen visszaesett a visszaszolgáltatási arány (71%-ról 58 %-ra), amiben valószínűleg jelentős szerepe van a VIII. kerületi fenyegető kommunikációs környezetnek és a rendőrség intenzívebb fellépésének is. – Fontos megemlíteni az ártalomcsökkentő programok költséghatékonyságát is. E területen is igaz, hogy a problémák megelőzése mindig olcsóbb, mint a kialakult károk helyreállítása. Egyetlen hepatitis C vírussal fertőzött, krónikus hepatitisben szenvedő beteg meggyógyítása akár 30 millió forintba is kerülhet, miközben a magyarországi tűcsere programok összes éves költségvetése jelen számítások szerint kb. 60-80 millió Ft-ot tenne ki. Vagyis az alacsonyküszöbű programok nagyszámú rászorulót érhetnek el arányaiban csekély ráfordítással. Az ombudsmani vizsgálat eredményeképpen a Biztos megállapította az egészséghez és egészséges környezethez való jog sérelme bekövetkeztének közvetlen veszélyét az alábbiak szerint: – A korábbi alkotmánybírósági gyakorlatra és döntésekre hivatkozással hangsúlyozza, hogy szélsőséges ellátatlanságot eredményező esetekben az állam egészségvédelmi kötelezettségének kontextusában az egészséghez való jog alanyi jogként értelmezhető. – A főváros VIII. kerületében végzett tűcsere program önkormányzat általi ellehetetlenítése megvalósítja azt a szélsőséges helyzetet, amelyben sérül az egészséghez és egészséges környezethez való jog, mely nem csupán az intravénás szerhasználó kliensek ellátatlanul maradásával, hanem a többi polgárt is

érintő, a tűcsere program megszűnésével hatványozottan fennálló, fertőző betegségek elterjedésével, esetleges járványhelyzet kialakulásával fenyeget. – Az állam nem csak a droghasználók önrendelkezési jogát és egészséghez való jogát köteles tiszteletben tartani és biztosítani, de a nem droghasználó polgárok egészséges környezethez való jogát is védeni, melyet a tűcsere programok oly módon biztosítanak, hogy megakadályozzák a fertőző betegségek elterjedését és egy esetleges járvány kitörését, ahogyan ezt a jelenleg hatályos, 80/2013. (X.16.) Országgyűlési határozatban foglalt Nemzeti Drogellenes Stratégia is tartalmazza. – Az Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, melynek biztosításában – az egészségügyi ellátás megszervezése, illetve a legkedvezőbb feltételek megteremtése révén – az államnak kiemelt szerepe van. [43]

[43] A Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület sajtóközleménye.
http://www.madaszsz.hu/hirek/sajtokozlemeny_ombudsman_201410.pdf [Letöltés ideje: 2015. április 18.]

4. Magyar drogstratégia és a megalkotásához vezető út

4.1. A Nemzeti Stratégia kidolgozásának előzményei

Egy nemzeti stratégia kidolgozásának gondolata és szükségessége a 80-as évek végétől kezdődően, a nemzetközi szervezetek, így többek között az ENSZ Kábítószer Bizottsága és az Európa Tanács a 1085. ajánlása ismertté válása óta merült fel Magyarországon is, melynek során a nyolcvanas évek végétől kezdődtek meg előmunkálatok egy átfogó cselekvési terv kialakítására. A különböző elképzelések, melyek az azóta eltelt időben megszülettek, sajnos nem eredményezhették egy egységes és meghatározó drogpolitika kereteinek kialakulását, mégis a szakmai közgondolkodást befolyásolták és erősítették. Ebben az értelemben a következő kiemelendő előzményekre támaszkodhatunk:

Átfogó multidiszciplináris tervvázlat a drogabúzus nemzeti kezelésének programjához (vitaanyag) Bácskai Erika – Gerevich József – Lévay Miklós, 1990.

Programtervezet a budapesti kábítószer-problémák megoldására (Bácskai Erika – Gerevich József - Drogprogram, 1991. április)

Multidiszciplináris kábítószer keresletcsökkentési stratégia 1. tervvázlata (Kábítószerügyi tárcaközi Bizottság Titkársága – Budapest, 1996. június 17.)

Az Országgyűlés Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottsága jelentése illetve annak mellékletei

Nemzeti Drogstratégia (tervezet) 1998. – Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság

Fővárosi kábítószer-fogyasztás visszaszorítását szolgáló Cselekvési Program Fővárosi Közgyűlés 1998.

4.2 Az első Kábítószerügyi eseti bizottság által készített jelentés (125/1997. (XII.18.) OGY határozat)

1996 decemberében a parlament felállította a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozott országgyűlési eseti bizottságot, [44] melynek feladata az volt, hogy készítsen átfogó jelentést a magyarországi helyzetről, és tegyen javaslatokat a további teendőket illetően. Az eseti bizottság szakértőkből álló munkacsoportjai egy évig tartó vizsgálódás után készítették el jelentésüket, melyet mind az eseti bizottság, mind az Országgyűlés elfogadott.[45]

[44] 111/1996. (XII.19.) OGY határozat
[45] 125/1997. (XII.18.) OGY határozat

A jelentés a jogi környezettel kapcsolatban megállapítja, hogy büntetőjogi rendelkezéseink szigorúak, de nem kellően differenciáltak. Az országgyűlési határozat szerint szükséges a büntető törvénykönyv kábítószerkérdéssel kapcsolatos rendelkezéseinek felülvizsgálata. Az eseti bizottság jogi munkacsoportja arra az álláspontra helyezkedett, hogy a kínálati oldal felelősségre vonásának jogszabályi feltételei adottak, minden ilyen cselekmény szigorú megítélés alá esik. A joggyakorlat is azt mutatja, hogy a terjesztőkkel szemben kiszabott büntetések szigorúak. A munkacsoport szerint a bűnügyi munka súlypontját továbbra is a kábítószer-bűnözés kínálati oldalára kell helyezni. Ugyanakkor biztosítani kell, hogy a fogyasztók egészségügyi adatai biztonságban legyenek, ne juthassanak illetéktelen személyek birtokába. A csekély és jelentős mennyiséggel kapcsolatban a jogi munkacsoport azt tartotta kívánatosnak, hogy azokat törvényben határozzák meg, de az értékek szigorítását nem látták indokoltnak. A szakértők nem tartották elfogadhatónak azt a már idézett rendőrségi érvelést, hogy a jelenlegi csekély mennyiség mellett a kereskedők is elkerülhetik a felelősségre vonást, mert a náluk talált kábítószer mennyisége alapján a gyógykezelést választhatják a büntetés helyett. A büntetőeljárás során felmerülő bizonyítási nehézségeket nem lehet a törvény szigorításával megoldani, alapos nyomozás után a terjesztőt akkor is meg lehet büntetni, ha egy gramm drogot sem találtak nála.

4.3 DROGSTRATÉGIA 2000-2009.

Pillérek

A pillérek a beavatkozások területeit jelentik programok, fejlesztések, ellátások formájában.

Megelőzés, közösségi beavatkozás;

Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés;

Kínálatcsökkentés.

A ***megelőzés pillér*** a prevenciónak nemcsak a szakirodalomban definiált szűkebb területét öleli fel, hanem a helyi szintű közösségi beavatkozások széles spektrumát is, melyek valamilyen módon – szándékos vagy akár esetleg nem is tudott módon – a helyi társadalmi szintű problémabefolyásolást szolgálják (közösségi, kulturális, egyházi/vallási események, programok stb.).

A **második pillér a *kezelés és ellátás*,** valamint az *ártalomcsökkentés* teljes intervenciós területét is magába foglalja, beleértve az ártalomcsökkentés szemléletét és gyakorlati eszközeit is. Itt jelennek meg mindazon ellátások, programok, beavatkozások, melyek az egészségi állapot, a szociális helyzet, az élet megvédése szempontjából akár az egészségügy, akár a szociális ágazat vagy ezek határterületein valósulnak meg.

A ***kínálatcsökkentés*** **harmadik pillére** alatt egyrészt az állami represszív és kontrollfunkciók nagy része jelenik meg, másrészt mindazok a közösségi intervenciók is, melyeket a kínálatcsökkentési feladatokat teljesítő hatóságok és intézmények valósítanak meg (pl. resztoratív programok, rendészeti bűnmegelőzés). [46]

Fő célok

1. A társadalom váljon érzékennyé 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 visszautasítására (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 (kínálat-csökkentés)[47]

4.4 Nemzeti Drogstratégia 2010–2018

A 2009-ben elfogadott drogstratégia tervezetét a parlament kábítószerügyi eseti bizottsága is megvitatta, állást foglalt az Addiktológiai Szakkolégium mellett az összes jelentős szakmai szervezet és intézmény, s a véleményezésére egy rendkívül tekintélyes nemzetközi tanácsadó testületet is kialakítottak. Ebben olyan nevek szerepeltek, mint például Peter Reuter amerikai professzor, aki az Európai Bizottság megbízásából 2009-ben a globális kábítószer-politika elemzését vezette, vagy Wolfgang Götz, az Európai Kábítószer- és Kábítószer-függőség

[46] Az Országgyűlés 106/2009. (XII. 21.) OGY határozata a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról

[47] Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására, A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának Koncepcionális alapjai, Ifjúsági és Sportminisztérium 2000. Június Nyomdai kivitelezés: Sásdi Nyomda kft. ISBN: 963 00 5850 1

Megfigyelő Központ (EMCDDA) igazgatója. Kétség sem merülhet fel azzal kapcsolatban, hogy a végül kialakított és a parlament által jóváhagyott szöveg szakmai konszenzust tükrözött.

Pillérek:

I. Megelőzés, közösségi beavatkozások
II. Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés
III. Kínálatcsökkentés, közösségi rendvédelem

Prevenció

A drogstratégia integrált megközelítést alkalmaz a legális és illegális szerek abúzusának megelőzésére, illetve megfelelő differenciálást tartalmaz, mint a prevenció kategóriái, színterei és célcsoportjai tekintetében. Különösen fontos, hogy a közoktatási, közművelődési intézmények csak azokat a prevenciós programokat fogadják be és támogassák, amelyek rendelkeznek a megfelelő szakmai háttérrel – ez pedig csak úgy lehetséges, ha létrehozzuk az minőségbiztosítás intézményi feltételeit és mechanizmusait. A kormány létrehozta a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottságot**.**

Kezelés és ártalomcsökkentés

A tervezetben a kezelés és az ártalomcsökkentés egyazon pillér elemeiként szerepelnek. Ennek a megoldásnak ugyanakkor előnye, hogy integrált és kliensközpontú ellátórendszerben gondolkodik, amelynek szerves részét képezik az ártalomcsökkentő beavatkozások is. A nemzeti drogstratégia az ENSZ és az Európai Unió ide vonatkozó irányelveinek és előírásainak megfelelően célul tűzte a kezelési, ártalomcsökkentő és rehabilitációs szolgáltatások hozzáférhetőségének, folyamatosságának biztosítását a fogva tartottak számára is.

Kínálatcsökkentés

A drogstratégia hivatkozott "az emberi jogokra, a szakszerűségi, hatékonysági és költség-hatékonysági szempontokra", illetve úgy rendelkezik, hogy "a bűnüldözés területén a kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi körének kínálati oldali elkövetéseire kell összpontosítani".

A drogstratégia egyértelműen állást foglalt **a** szükségtelen és aránytalan rendőri intézkedéseivel (pl. diszkórazzia, tűcsere programok klienseinek előállítása) szemben**:**

„kívánatos a fogyasztói magatartás nyomozati és bizonyítási érdekből történő üldözése helyett a nyílt és titkos eszközöket, innovatív technikákat igénybe venni, illetve a felderítést a terjesztői hálózatok feltérképezésére és felszámolására összpontosítani”.

A nemzeti drogstratégia a drogfogyasztás büntetőjogi megítélését illetően arra a megállapításra jutott, hogy „a Btk. és ezzel összefüggésben a Büntető Eljárási Törvény módosítása során a keresleti oldali szereplők, azaz a fogyasztók tekintetében - a fogyasztásukkal összefüggő kisebb súlyú kínálati bűncselekmények elkövetése esetén is - növelni kell a társadalmi befogadásukat, (re)integrációjukat szolgáló megoldásokat (pl. vádelhalasztás, "elterelés" kiterjesztése stb.)”.

Vagyonelkobzás

A drogstratégia előírta, hogy “a bizonyítási teher megfordításával meg kell teremteni a kábítószer-kereskedelemből eredő vagyon elkobzásának lehetőségét”. A vagyonelkobzás az egyik legsúlyosabb büntetés jellegű intézkedés, mely az elkövető vagyonának teljes vagy részleges elvonásával jár.

Drogkommunikáció az Interneten

A stratégia szerint “a jogi szabályozás fontos feladata lehet a kereskedelmi kommunikációban szabályozni és korlátozni azokat a megjelenéseket, amelyek kábítószer fogyasztáshoz kapcsolódó normalizáló hatásokat érhetnek el. Ugyanígy a kábítószer fogyasztásra ösztönző honlapok figyelemmel kísérése, káros hatásai kiküszöbölése szintén megfontolandó kezelési irány”.

A stratégia célkitűzése, hogy “nyomon kell követni a kábítószerek fogyasztását pozitívnak feltüntető honlapokat, illetve vizsgálni kell az ellenük való fellépés lehetőségeit”. [48]

A stratégiák értékelése

A szakma és a civilek többször, több formában is értékelték az első majd a második Stratégiát. Összegyűjtötték a Stratégiák előnyeit, sikereit, csakúgy mint az hiányosságait, hibáit is. A szakmai szervezetek értékelésükben felhasználták a témában folytatott kutatások eredményeit, de azokat a szférában betöltött szerepük és politikai irányultságuk (vélhető elköteleződésük) szerint értelmezik. Ezek az értelmezések több ponton is szöges ellentétben állnak a jelenlegi szakpolitika eddig nyilvánosságra hozott álláspontjával. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

[48] Sárosi Péter: Álláspont a nemzeti drogstratégia (2010-2018) tervezetéről http://drogriporter.hu/drogstratallaspont A letöltés ideje: 2015. július 27.

honlapján olvasható Nemzeti Stratégia, majd az új Nemzeti Stratégia értékelése. Először a „Szempontok a drogstratégia ügyében kibontakozott vitához" [49] című írás összefoglalóját ismertetjük:

„A stratégia pozitívumai, eredményei:

- megvalósulásának tíz éve alatt kialakult a rendszerszemléletű gondolkodás és a stratégiai tervezés a drog-probléma kezelésének terén is;
- a helyzet nem eszkalálódott, sőt bizonyos mutatók csökkentek;
- legnagyobb eredményének tekinthető, hogy létrejöttek az egyeztetés szinterei: országosan a KKB, helyi szinten a KEF-ek;
- kiépül a kezelés teljes vertikuma: jelentős fejlesztések mennek végbe kezelés- ellátás terén;
- rendszeresé vált a prevenciós tevékenység a közoktatási intézményekben;
- hatékony kutatás és monitorozás (NDI, OAI, Drogfókuszpont);
- megindult a graduális és posztgraduális szakemberképzés (drogkoordinátor, egészségfejlesztő pedagógusok)
- más programoktól eltérően a Stratégia kormányzati ciklusokon keresztül érvényben maradt;

A Stratégia negatívumai:

- hiányosságokat tárt fel a félidős értékelés 2005-ben: a célok megvalósításának jelentős hányada épp elindult, sok területen nem tapasztalható kedvező fordulat;
- a problémák oka lehet a források csökkenése, illetve az ágazat szereplőinek kisebb mértékű együttműködési készsége;

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet honlapján, a tevékenységek menüpontban a „Nemzeti Drogstratégia értékelése" című beszámoló még részletesebben ismerteti a Stratégiáról készült külső elemzéseket. Az első drogstratégia elemzését 2003-2004 között végezték a holland Trimbos Intézet [50] munkatársai részvételével. Az értékelés azt vizsgálta, hogy a stratégia mennyire tekinthető konzisztens dokumentumnak, és hogy milyen mértékben illeszkedik az Európai Unió drogstratégiájához. A jelentés kitér még a stratégia által megnevezett helyi szereplők véleményére a stratégia célkitűzéseinek megvalósulása szempontjából, illetve a helyi és az országos folyamatok koordinálása mennyire segítette a stratégia megvalósulását. Mivel a stratégia életbelépésekor még sok mutatóról nem rendelkeztek elegendő, vagy megbízható kiindulási adatokkal, az értékelés során is inkább folyamatokat és tendenciákat tudtak elemezni, a kulcspozícióban lévő szakemberek percepciós analízisét végezték el, illetve a stratégia szövegé elemezték az elfogadott kormányhatározatok tükrében. Az értékelés főbb megállapításai a következők:

---

[49] Szempontok a drogstratégia ügyében kibontakozott vitához http://www.ndi-szip.hu/News.aspx?newsid=600375e5-6e79-4808-bee2-db5d2a83d007 A letöltés ideje: 2015. július 21.

[50] Evaluation of implementation of the national strategy to combat drugs A Hungarian – Dutch cooperation, Report of the External mid-term evaluation, Trimbos Institute, 2006.

- A stratégia egy rendkívül ambiciózus, korszerű szakmai megfontolások talaján álló közpolitikai irat.
- A stratégia szemléletében és célkitűzéseiben, az előirányzott akciók tekintetében is jól illeszkedik az EU drogstratégiájában foglaltakhoz.
- A stratégia belső konzisztencia nem minden esetben átlátható: a célkitűzések és az előirányzott akciók nem mindig szerveződnek lineárisan.
- Az akciótervek nem valódi akciótervek műfaji sajátosságait jelenítik meg: sok a folyamatos határidejű akció, nem mindenhol egyértelműek a felelősségi viszonyok, valamint nem kötődnek egyértelmű teljesítmény indikátorok az adott tevékenységhez.
- A koordinációs mechanizmusok működésének megítélése Janus arcú: a megkérdezettek zöme értékelte a KKB sokszereplős voltát, ugyanakkor kifogásoltak azt a körülményt, hogy a KKB döntések nem rendelkeznek kikényszerítő erővel, valamint nem tudja a területi szakértelmet megfelelő színvonalon becsatornázni a döntéshozatalba.
- A helyi szintű koordináció is hasonló nehézségeket azonosított, ott még hangsúlyosabban jelentkezett a helyi közigazgatás vonakodása a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő tevékenységek finanszírozása és a korszerű látásmód döntéshozatali folyamatokban való érvényesítése tekintetében.
- A kulcsszemélyekkel felvett interjúk (a percepciós analízis forrása) arra hívták fel a figyelmet, hogy a stratégia progresszív céltételezéseinek megvalósulását többnyire a koordinált fellépés hiánya, a drogprobléma politikai agendán elfoglalt helye, valamint a forrás hiány akadályozza.
- A nemzeti stratégia egy rendkívül összetett, számos intézmény és a végrehajtásban résztvevő szervezet és professzió rendszer-együttese. Ezért a megfogalmazott kritikák és nehézségek általában jellemzőek az ilyen programokra, sőt, még nagyobb mértékben, mint a hazai stratégia esetében."

A MATRA projekt

A MATRA projekt keretében lebonyolított értékelés tanulságait a kormányzat részben érvényesíteni volt képes későbbi tevékenységében:
"A Nemzeti Stratégia távlatot, vezérfonalat és célokat határoz meg a magyarországi drogpolitika számára. Ambíciói, elvárásai láthatóan azonban jóval magasabbak voltak, mint amit a gyakorlat lehetővé tett, amikor figyelembe vesszük a rendelkezésre álló források, az eszközök és a megvalósításban részt vevő legfontosabb szereplők közötti megosztott felelősségvállalás mértékét.

Számos cél esetében fejlődés következett be a részt vevők széles spektruma, a struktúrák és a szervezeti viszonyok vonatkozásában; mindazonáltal nehéz megbecsülni e fejlődés mértékét. Sok közép távú cél nem valósult meg a Nemzeti Stratégia erre meghatározott 2-3 éve alatt, azonban a megvalósulás folyamatban van. Az előre meghatározott mutatók és az alaphelyzet felmérésének hiánya miatt nem egyszerű jó elemzést adni.

A Nemzeti Stratégia fejlesztésének legsikeresebb része a megelőzés, ahol számos újdonság

valósulhatott meg, (esetleg részben), vagy vannak megvalósulás alatt. A szociális munka, a kezelés és a rehabilitáció egységes rendszere nagy figyelmet és elsőbbséget igényel.

A kezelési lehetőségek széles palettája, mely a drogfogyasztó egyén tényleges szükségleteihez szabott, még nem áll rendelkezésre. Nagyobb figyelmet kell fordítani a kockázati csoportokra."[51]

A Stratégia külső értékelését a kábítószerügyi koordinációért felelős szaktárca rendelte el 2009-ben. A kutatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. végezte. [52]

A kutatás az alábbi kérdésekre kereste a választ:

- A hazai drogszcénában megfigyelhető változások összhangban vannak-e a Stratégia célkitűzéseivel?
- A Stratégiához köthető tevékenységek összefüggnek-e a változásokkal?
- A tapasztalatok és a ma elérhető szakmai ismeretek alapján, mennyire feleltek meg a Stratégia céljai és az azokhoz rendelt erőforrások és a kapcsolódó tevékenységek?

Az értékelés egyrészt leíró jellegű volt, azaz a megfigyelések alapján információt állított elő, másrészt feltáró jellegű volt, mert az információk elemzése alapján új ismereteket, tudást hozott létre. A Stratégia értékelését egyrészt független személyek végezték, másrészt a folyamatban résztvevők is készítettek egy értékelést. Az értékelés során négy különböző módszert alkalmaztak: dokumentumelemzés, mélyinterjúk döntéshozókkal és szakemberekkel, az értékelés első eredményeinek fókuszcsoportos megbeszélése, problémafa-elemzések.
A négy értékelési eljárással nyert tapasztalatok rövid összefoglalása:

„A stratégiai dokumentum táblázatosan megadott, 90 azonosított hosszú távú célkitűzéséhez kapcsolható tevékenységek dokumentumok alapján történő elemzése azt mutatta, hogy összesen 123 olyan tevékenységet sikerült azonosítani, melyek egyértelműen összekapcsolhatók voltak a Stratégia céljaival. A tevékenységek közül 17 több célhoz is kapcsolódott. A célkitűzések közül 14-hez nem sikerült egyetlen tevékenységet sem hozzárendelni, közöttük 5 cél esetében feltehetően a túlzottan általános megfogalmazás miatt. Az azonosított tevékenységek közül 8 ellentétes volt a célkitűzésekkel, és ezek mindegyike a Kezelés, ellátás területén megvalósult tevékenység volt.A Stratégia négy pillérében, mindhárom időtávot figyelembe véve összesen 153, a stratégiai dokumentum szövegében azonosított célkitűzés (függetlenül annak időtávjától) megvalósulására történt dokumentumelemzés. Az azonosított 153 célkitűzés teljesülése igen egyenlőtlenül oszlott meg

[51] Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005): A Nemzeti Strategia felidős ertekelesenek reszletes tapasztalatai. Trimbos Instituut. Uttrecht.

[52] Tanulmány a „Nemzeti Drogstratégia a kábítószerprobléma visszaszorítására" megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről egészségmonitor kutató és tanácsadó nonprofit közhasznú kft. Kutatásvezető: dr. Vitrai József, Budapest, 2009. június, Készült a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából www.drogstrategia.hu/download.php?file_id=32 A letöltés ideje: 2015. július 21.

mind a pillérek, mind az időtáv szerint." (...) „A Prevenció esetében található a legtöbb teljesült és a legkevesebb nem teljesült cél egyaránt: 43% és 16%. A Kezelés, ellátás céljai közül mindössze 22% teljesült egészében, és 64%-uk pedig egyáltalán nem. Ehhez hasonlóan 'teljesített' a Kínálatcsökkentés pillér: 18% és 54%-kal. Elmondható tehát, hogy figyelmen kívül hagyva a célok időtávját, a Kezelés, ellátás és a Kínálatcsökkentés pillér célkitűzései teljesültek legkevésbé és a Prevenció céljai a leginkább. A fentiekből látható, hogy a korábbi félidős értékelés során is megállapított ambiciózus céltételezések ellenére a Stratégia valamennyi területén történt kisebb vagy nagyobb mértékű pozitív elmozdulás." (NDI, é.n.)

Megvalósításának tíz éve alatt meghatározó fejlesztések indultak el a kábítószerügyi szakterületen, ennek eredményeképpen jöttek létre a KEF-ek, jelentős fejlesztések valósultak meg a kezelés-ellátás, valamint a kínálat-csökkentés területén is. A nemzeti drogstratégia a 2000 és 2009 közötti időszakra fogalmazott meg a drogpolitika szereplői számára rövid, közép és hosszú távú feladatokat. A nemzeti drogstratégia először vezette be a stratégiai gondolkodást a drogpolitika területén, kiegyensúlyozott, az egészségügyi, a szociális és a büntető-igazságszolgáltatás szféráját átfogó, multidiszciplináris és holisztikus szemléletre törekszik. A stratégia vívmánya például, hogy az ártalomcsökkentő szemlélet integráns részévé vált a nemzeti drogpolitikánknak, a politikai döntéshozók kötelezettséget vállaltak arra, hogy az alacsonyküszöbű szolgáltatások hozzáférhetőségét biztosítják a problémás droghasználók számára.

Rendszerszerűvé vált a prevenciós tevékenység a közoktatási intézményekben és számos meghatározó jelentőségű kutatási program valósult meg.

A stratégia félidős értékelés 2005-ben történt, aminek kapcsán megállapíthatóvá vált, hogy a kitűzött célok jelentős része a félidőnél járva még csak elindultak a kívánt fejlesztések, de a kedvező végeredmény még nem mutatkozott.

A holland Trimbos Intézettel közös twinning project keretében elemezték az eddigi munkát, ami rámutatott a drogstratégia a hibáira is, így például:

Bár a drogstratégia alapvetően konzisztens politikai tervnek minősül, a hosszú távú stratégia célok, logikai keretrendszer koherens, azonban a célok operacionalizálása nem eléggé specifikus;

- az egyes célok nem eléggé konkrétak, nem azonosítják a megoldandó problémákat, szükségleteket;
- a megvalósításra szánt időkeret gyakran nem reális;
- egyes rövid távú célkitűzések valójában középtávúak;
- a sikerindikátorok nem kapcsolhatók mindig közvetlenül a célkitűzésekhez, és nem megfelelően kidolgozottak;
- a prioritások nem meghatározottak a sürgős és kevésbé sürgős célkitűzések között.

A drogstratégia európai összehasonlításban is igen hosszú időszakot ölel fel, indokolt tehát a hosszabb távú stratégiai célkitűzések rövid távú megvalósítása érdekében konkrét, specifikus célokat tartalmazó akciótervek kidolgozása. A Trimbos jelentése is rámutat arra, hogy a stratégia nem használható célkitűzések gyakorlati megvalósítási terveként, és azt az ajánlást fogalmazza meg, hogy a kormány készítsen a prioritásokat figyelembe vevő, aktuális és konkrét célokat kitűző „megvalósítási terveket". Álláspontunk szerint probléma, hogy ilyen akciótervek nem készültek Magyarországon - azokat a kormányzat mintegy négyévente

hozott kormányhatározatai hivatottak pótolni. Ezek a kormányhatározatok azonban több szempontból sem helyettesíthetik az akcióterveket.

A második Kábítószerügyi eseti bizottság jelentése

Az Országgyűlés a 14/2007 (III.7.) OGY határozattal létrehozta a második Kábítószerügyi eseti bizottságot. A bizottság feladata „A Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében" dokumentumban megfogalmazott stratégiai törekvések alapján meghozott intézkedések értékelése, építve a 2005 áprilisától 2006 májusáig működő kábítószerügyi eseti bizottság munkájára.

A bizottság munkájáról országgyűlési határozat formájában jelentést készített.

Eszerint „ A stratégia megvalósításának első hat évéről elmondható, hogy bár a legtöbb területen jelentős előrelépések történtek, nem történt meg a stratégiában foglalt valamennyi célkitűzés időarányos megvalósítása. A kábítószer-probléma állami és helyi szintű koordinációját biztosító állami intézményi struktúrák az elmúlt években létrejöttek és funkcionálnak. A feladatellátásban jelentős szerepet töltenek be a különböző társadalmi, egyházi szervezetek és intézmények. 2007-től a civil társadalom képviselői is részt vesznek a Kormány tanácsadó szervének, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak a munkájában.

A kábítószer-használó személyek egészségügyi és szociális ellátásáról összességében megállapítható, hogy a kezelési lánc meglehetősen egyenetlen és több tekintetben hiányos. Általános tapasztalat, hogy bár az intézményi szolgáltatások palettája jelentősen bővült az elmúlt évtizedben, az intézményi formák a szociális munka, a rehabilitáció és a kezelés közötti kapcsolat gyengén fejlett. A további fejlődés hátráltatója - többek között -, hogy igen kevés a képzett szakember.

A prevencióval összességében elmondható, hogy a drogstratégiában megjelölt színtereken és a prevenciós üzenetek közvetítésére alkalmasnak ítélt valamennyi közvetítő tekintetében meghatározó jelentőségű fejlesztések indultak meg, de a fejlődés még mindig nem átható erejű. … A jövőben a prevencióra nagyobb arányban kell összegeket átcsoportosítani. … A bizottság áttekintette a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő hazai költségvetési helyzetet. A bizottság megállapította, hogy a Nemzeti Stratégiai program megvalósítására a jelenlegi és korábbi időszakokban sem állt rendelkezésre elégséges forrás. A közkiadások költségeloszlás értékelése további, részletes vizsgálatot igényel, ugyanakkor megállapítható, hogy egyes területeken aránytalanságok mutatkoznak a rendelkezésre álló források tekintetében.

A Bizottság javaslatai:

- Erősíteni kell a koordinációt a kábítószerügy államigazgatási, helyi önkormányzati szintű területein, valamint fejleszteni szükséges a civil együttműködés kereteit;
- Finanszírozás tekintetében szükséges a kábítószer-probléma kezelésére fordítandó költségvetési források szinten tartása;
- Valamennyi számottevő prevenciós színtéren fejleszteni kell a szolgáltatásokat, egységes szakmai követelmények meghatározásával meg kell oldani a prevenciós programok akkreditációját;
- Az iskolák egészségfejlesztési programjait működtetni és fejleszteni kell a helyi igényeknek és lehetőségeknek megfelelően;
- Szükség van a média hangsúlyosabb bevonására a szülőkre irányuló felvilágosító munkában;
- Biztosítani kell a drogbetegek komplex reintegrációját, reszocializációját megvalósító programok megfelelő számban és minőségben való rendelkezésre állását és finanszírozását;
- Képzéssel és intézményfejlesztéssel biztosítani kell a gyermekkorúak addiktológiai ellátását;
- Fejleszteni és működtetni kell a droghasználat szempontjából speciális célcsoportok szükségleteire reflektáló ellátási formákat, különös tekintettel a közösségi ellátásokra, valamint az alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő programokra;
- Növelni szükséges a HIV és hepatitis megelőző programok számát, a szűrés és tanácsadás hozzáférhetőségét;
- A különböző ellátási elemek összehangolását biztosító integrált intézményi modellek létrehozása javasolt;
- Szakemberképzés fejlesztésére van szükség valamennyi ellátási területen;
- A büntetőjogi szabályozás kialakításakor figyelembe kell venni az „elterelés" intézményrendszerének szakmai tapasztalatait, különös tekintettel az 1/2007-es Büntető Jogegységi döntésre;
- A Nemzeti Stratégia értékelését az EU drogstratégia és akcióterv szempontjainak hazai érvényesülésének figyelembevételével el kell végezni. [53]

4.5. A jelenlegi drogstratégia megalkotásának folyamata

A 2000–2009 közötti drogstratégia idejének lejárta után, 2010 tavaszán, az Országgyűlés elfogadta az újabb stratégiát, miután az előzőt kiértékelték. A drogstratégiáról szóló határozati javaslat 2009-es általános vitája volt lényegében az utolsó alkalom, hogy az akkor ellenzékben, ma már kormányon lévő Fidesz képviselője részletesen elmondta, pártjának mi a

[53] Jelentés A Kábítószerügyi eseti bizottság tevékenységéről 2007. október

problémája az új drogstratégiával. Érveit később ismertetem. A kormányváltást követő első kritika Szócska Miklós *nemzeti erőforrás minisztériumi államtitkától* hangzott el, eszerint:

> ”[A] drogstratégiáról: szakmai munkacsoport bevonásával kívánjuk áttekinteni a stratégia jelenlegi változatát, és ezt követően fogunk döntést hozni az esetleges átdolgozásról.[54]

2010 decemberében értek meg az események, miszerint a Nemzeti Erőforrás Minisztérium előzetes egyeztetés nélkül közölte saját legfőbb drogügyi tanácsadó testületével, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottsággal (KKB), hogy a drogstratégiát a Fidesz-kormány vállalhatatlannak tartja, ezért nem hajtja végre, hanem újat készít helyette. A döntés ellen – melyet a nemzeti drogkoordinátor és három minisztériumi dolgozó elbocsátása is kísért – négy kábítószerügyi ernyőszervezet is tiltakozott, a civil tagok pedig kivonultak a KKB üléséről. A meghívottak „kapkodták a fejüket”, amikor Téglásy Kristóf igazságügyi főosztályvezető bejelentette, hogy a kormány számára „vállalhatatlan” a stratégia. Azért is meglepődtek, mert a KKB egy hónappal ezelőtti októberi ülésén a főosztályvezető egyértelműen azt mondta, a helyén marad Portörő Péter nemzeti drogkoordinátor, és alkalmazzák a drogstratégiát is.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) közleményt adott ki az ügyről, ebben néhány mondatban összefoglalják, mi volt a probléma a 2009-ben elfogadott drogstratégiával. Eszerint az eddigi drogstratégia csődöt mondott, mert a mind gyorsabban növekvő problémákat sem megelőzni, sem csökkenteni nem volt alkalmas, miközben előtérbe került a drogliberalizáció és kísérlet sem történt a negatív folyamatok megállítására. A közlemény úgy fogalmaz, hogy "az elmúlt évek drogstratégiája, mely a hangsúlyt a drogliberalizációra és az ártalomcsökkentésre helyezte, nem követhető", mert csak a "drogliberalizáció mellett elkötelezett holdudvarnak, egy szűk megélhetési lobbinak" kedvezett. Az új stratégia viszont többek között a megelőzésre, a családok megerősítésére, az iskolai nevelésre, és a kábítószer-kereskedők elleni drasztikus fellépésre épül majd – áll a közleményben.

Arra is felhívták a figyelmet, hogy a megelőző nyolc évben új szerek jelentek meg a piacon, a fiatalok közti terjesztésnek új formái honosodtak meg. Az új drogstratégia– melyet a jövő év végéig dolgoznak ki– a megelőzésen, a családok megerősítésén, az iskolai nevelésen, a

[54] http://kdnp.hu/naplo/doebbenetes-volt-%E2%80%93-vilagskandalum [Letöltés ideje: 2010. július 25.]

tanárok tekintélyének visszaállításán, a fiatalok támogatásán, a bajbajutottak segítésén és a kábítószer-kereskedők elleni drasztikus fellépésen alapul.

Az államtitkárság hozzátette, hogy ezeket a célokat szolgálták a kormány eddigi intézkedései is, példaként említve egyebek mellett a családi adókedvezményt, az ötven órát meghaladó iskolai hiányzás szankcionálását és a bolti lopásokért kiszabható szigorúbb büntetés bevezetését. „Ezen intézkedéseknek a pozitív hatása már rövidtávon is megmutatkozik. A kormány politikája szemlélet- és irányváltást is jelent az elmúlt évekhez képest. Ennek része az új drogstratégia, mely a megelőzésen, a családok megerősítésén, az iskolai nevelésen, a tanárok tekintélyének visszaállításán, a fiatalok támogatásán, a bajbajutottak segítésén és a kábítószer-kereskedők elleni drasztikus fellépésen alapul. Ez képezi az alapját annak az új drogstratégiának, mely 2011 év végéig kerül kidolgozásra és ez lesz az alapja a kidolgozandó akciótervnek.

Az elmúlt 8 évben a piacon új szerek jelentek meg és a kábítószer-kereskedelemnek, a fiatalok közti terjesztésnek új formái honosodtak meg. Magyarország a kábítószer-kereskedők tranzit országából célországgá vált. A gyermekek és fiatalok ma már könnyebben jutnak kábító és tudatmódosító szerekhez, mint korábban. Előtérbe került a drogliberalizáció és kísérlet sem történt a negatív folyamatok megállításra. Az eddig folytatott drogstratégia csődöt mondott, az a mind gyorsabban növekvő problémákat sem megelőzni, sem csökkenteni nem volt alkalmas. A kialakult helyzetet előidézők alkalmassága egy új drogstratégia megalkotására és végrehajtására valószínűtlen. Az elmúlt évek drogstratégiája, mely a hangsúlyt a drogliberalizációra és az ártalomcsökkentésre helyezte, nem követhető. Ez a politika kedvezett a drogliberalizáció mellett elkötelezett holdudvarnak, egy szűk megélhetési lobbynak és közvetetten azoknak is, akik hasznot húztak a nem tiltott, de egészségre ártalmas szerek, sok esetben kábítószerek forgalmazásából. Az állam feladata azonban a társadalom védelme, azon belül is a legkiszolgáltatottabbak és a legveszélyeztetettebbek segítése, azokkal szemben, akik rovásukra kívánnak anyagi előnyökhöz jutni. A kormány politikájának középpontjában ezért a családok megerősítése, a szülői felelősség tudatosítása és a társadalmi szolidaritás növelése áll. Ezeket a célokat szolgálták a kormány eddigi intézkedései, a családi adókedvezmény, a nők korábbi nyugdíjba vonulásának lehetővé tétele, az ötven órát meghaladó iskolai hiányzás szankcionálása, a bolti lopásokért kiszabható szigorúbb büntetés bevezetése. Ezen intézkedéseknek a pozitív hatása már rövidtávon is megmutatkozik.” [55]

[55] A Nemzeti Erőforrás Minisztériuma közleménye.

Ezzel kapcsolatban érdekesség, hogy „az eddig folytatott drogstratégia” nem az, amit a parlament 2009 decemberében megszavazott, s aminek az érdemi végrehajtása (cselekvési terv híján) még meg sem kezdődött, hanem a Fidesz-kormány által 2000-ben az Országgyűlés elé terjesztett nemzeti drogstratégia.

A Gondi János, Sárosi Péter és Szemelyácz János – mint a Kábítószer Koordinációs Bizottság (KKB) civil/szakmai delegáltjai – által jegyzett akkori közlemény úgy fogalmazott: számukra elfogadhatatlan, hogy a kormány "ideológiai okokból" szakít a nemzeti drogstratégiával, amelyet "gondosan előkészített szakmai és társadalmi egyeztetési folyamat" eredményeként hagyott jóvá a parlament. Hétfői sajtótájékoztatójukon négy szakmai ernyőszervezet képviselői ismertették közös nyilatkozatukat, amelyben kiállnak a jelenleg érvényben lévő, de a kormány által a múlt héten "vállalhatatlannak" nyilvánított drogstratégia mellett és egyúttal a KKB rendkívüli ülésének összehívását kérték az illetékes miniszterektől.

Végül bejelentik, hogy a Kormány a területnek szánt támogatásokat a felére csökkenti.

A kormányváltás előtt Heintz Tamás vezérszónokként a drogstratégia 2009-es parlamenti vitájában többek között azt kritizálta:

- hogy a stratégiában az ártalomcsökkentés túlzott prioritásként szerepel,
- ehelyett a politikus szerint a leszoktatást és a drogprevenciót kellene prioritásként kezelni,
- a drogfogyasztók üldözését folytatni kell,
- „a kormányzat neoliberális, radikális drogpolitikai megoldásokat vezetne be a droglegalizáció, a dekriminalizáció és az önálló ártalomcsökkentési politika bevezetésével”,
- az ártalomcsökkentés prioritásként való kezelése szerinte nem ENSZ kompatibilis, hiszen a tagállamok célja az, hogy prevencióra és leszoktatásra ösztönözzenek, és nem az, hogy a drogfogyasztás fenntartása mellett foglaljanak állást.[56]

---

http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/sajtokozlemenyek/uj-drogstrategiara-van-szukseg [Letöltés ideje: 2010. december 10.]

[56]http://www.parlament.hu/folyamatban-levo-torvenyjavaslatok?p_auth=2OchlUfo&p_p_id=pairproxy_WAR_pairproxyportlet_INSTANCE_9xd2Wc9jP4z8&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_pairproxy_WAR_pairproxyportlet_INSTANCE_9xd2Wc9jP4z8_pairAction=%2Fintern

Ezzel ellentétes álláspont: „A nyolcvanas évek közepétől az ártalomcsökkentés kortársak által vezetett, fontos megközelítéssé vált, mely elfogadott részévé vált az európai drogpolitikáknak" – állítja Wolfgang Götz, az EMCDDA (Európai Kábítószer- és Kábítószer-függőség Megfigyelő Központ) igazgatója. „Európai országok voltak az elsők, amelyek gyakorlatba ültették át az ártalomcsökkentés szemléletét, és jelenleg is erős befolyással vannak annak gyakorlati és módszertani innovációjára. Az uniós drogstratégiák és akciótervek számos országban nagyban befolyásolták az ártalomcsökkentés konszolidációját, mint a drogpolitika fontos elemét. Az ártalomcsökkentést gyakran „kombinált beavatkozásként" is említik, mely a helyi igényekre és körülményekre adott pragmatikus válaszlépések együttese. A legismertebbek ezek közül a tűcsere programok és az opiát szubsztitúciós programok."

Másik álláspont ugyanebben a témában: „Az elmúlt húsz évben az ártalomcsökkentés megváltoztatta a drogproblémával és annak kezelésével kapcsolatos gondolkodásunkat Európában, és meghatározóvá vált az intravénás szerhasználat veszélyeinek mérséklésében", állítja Dr. Michael Farrell, az EMCDDA (Európai Kábítószer- és Kábítószer-függőség Megfigyelő Központ) Tudományos Bizottságának elnöke. „Az ártalomcsökkentés bekerülése a fősodrásba Európában azt illusztrálja, hogy idővel a bizonyítékon alapuló érvelés hatással van a kezdetben vitatott beavatkozásokra.

2009-ben mind a 27 Európai Uniós tagállam támogatta az ártalomcsökkentést a gyakorlatban vagy drogpolitikájában, opiát helyettesítő program és a tűcsere minden országban működött. A tűcsere program az intravénás droghasználók 70 %-át éri el. Nyugodtan mondhatjuk ezt a droggal kapcsolatos cselekvések legnagyobb sikerének. Ők talán nem terjesztik tovább a fertőző betegségeket. A Hepatitisz C fertőzés az intravénás droghasználók között eltér térségenként, van ahol 65-70 %, de sok helyen nincs szűrővizsgálat. Ennek elszabadulása, tetézve a HIV fertőzés veszélyével beláthatatlan következményekkel járna. [57]

Érdekesség továbbá, hogy milyen szabályozást neveznek „drogliberalizációnak". Kétségtelenül enyhítésként értelmezhető, hogy 2003-tól a csekély mennyiségre elkövetett

---

et%2Fcplsql%2Fogy_naplo.naplo_fadat%3Fp_ckl%3D38%26p_uln%3D245%26p_felsz%3D155%26p_szoveg%3D%26p_felszig%3D155
A letöltés ideje: 2010. december 21.

[57] Rhodes, Tim – Hedrich, Dagmar: Ártalomcsökkentés: bizonyítékok, eredmények és kihívások. EMCDDA Monographs 10. 2010, 12. o. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/emcdda-monograph10-harm_reduction.pdf [Letöltés ideje: 2015. április 18.]

fogyasztói magatartás esetén lehetővé vált az elterelés, ami a korábbi, 1998-2002. közötti szabályozásban kizárólag a függő személyek számára állt nyitva. A Frech Ágnes, a Fővárosi Bíróság Büntetőjogi Kollégiumának elnöke által kidolgozott törvénytervezetet, amely lényegesen leegyszerűsítette volna a büntetőjogi szabályozást, nem sikerült érdemében tárgyalni az Országgyűlésben. A Gyurcsány-kormány ekkorra, 2007-re már elveszített azt a mértékű társadalmi támogatottságát, hogy kockáztathatta volna egy a társadalom nagy része által elutasított szabályozás kialakítását. Ez a tervezet sem minősíthető drogliberalizációnak, hiszen a tilalom rendszerét alapvetően nem változtatta volna meg – ugyanakkor a fogyasztói típusú magatartásokat szabálysértéssé minősítette volna, amely jelentősen csökkentette volna a fogyasztók kriminalizációját. Ezt a tervezetet a szakma jelentős része támogatta. Drogliberalizáció kapcsán megjegyezendő, hogy a magyarországi Európa egyik legszigorúbb drogszabályozása ma is. 27 EU tagállamból 23 enyhébben szabályozza a személyes használatért való tartást. A maradék négy ország: Svédország, Szlovákia, Lengyelország, Bulgária. Ebből Lengyelország enyhítést tervez.

A jelenlegi stratégiáról előzetesen lehetett tudni:

- 2011. február 24-én Müller Éva, kinevezett nemzeti drogkoordinátor a „Hogyan tovább hazai drogpolitika” című, a budapesti Magyar Telekom Székházban megrendezett konferencián elmondta: „Az új drogstratégiában segítsenek, hogy minden szempont belekerülhessen. … a szakmával tervezünk egyeztetni. Önöknek fogjuk először elküldeni, ha születik valamilyen anyag. Nem nyolc évre szólna a stratégia, hanem rövidebb időre, kevesebb cél és prioritás, a drogfogyasztás megelőzése és a károk csökkentése a cél.” Ez az említett szakmai egyeztetés nem történt meg.

Téglásy Kristóf főosztályvezető ugyanazon a rendezvényen elmondta, hogy „a drog prevenciót tágabb értelemben értelmezzük, mint a tudatmódosító szerek fogyasztásának megelőzését. Ez már az általános mentálhigiénés probléma. A családi harmónia hiány, az egyéni stressz kezelés, lelki egészség, egyénre szabott szabadidő-eltöltés, ezek hiánya. … A virtuális térbe belépés elengedhetetlen. Ezt trendi módon kell megtenni. A világháló az illegális kábítószer kereskedelem színtere. A prevenció által lehetőséget kel teremteni, hogy az ifjúság által gyakran használt fórumokon a szerhasználathoz, függőségről elérhető információk legyenek.”

Ezek önmagukban támogatható eszközök és célok. Mégis az sejthető volt, hogy csupán ideológiailag megalapozott döntést igyekezett szakmai köntösbe csavarni.

A 2011. március 2-án megjelent interjúban Grezsa Ferenc, a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda vezetője elmondta, hogy „Egy adott korosztály többsége ma is teljesen szermentes tud maradni. Nagyon fontos lenne, ha ez a viselkedési minta a mainál jelentősebben hatna a közösségben. …A marihuána legalizálását határozottan ellenzem. … Sok intravénás szerhasználóvá váló kliens a marihuánával kezdte, számos adat szól amellett, hogy a marihuána kapudrog, a nagyobb kockázatot jelentő szerek használatának mintegy előszobája. A serdülők többsége nem fogyaszt kábítószert, ki sem próbálja. De vajon megkapja-e ezt a visszajelzést, hogy jól teszi? Számos fiatal számára még az sem magától értetődő, hogy fontos, szerethető személy. A spirituális élmény közvetítheti számára, hogy Isten törődik vele. Éppen azért, mert ez az élmény az emberi léptéken túlról érkezik, a jelentősége is nagyobb lehet. Nagyon fontos a hit az egészség kibontakoztatásában: hogy van értelme tisztán itt lenni a világban, még ha néha nehéz is.[58]

4.6. Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020

A kormányzati kommunikáció szerint az eltérő szemléletmód megjelenítésének igénye új drogstratégia kialakítását tette szükségessé, ugyanis a kábítószer-probléma kezelésében érintett egyes részterületeken végbementek jelentős változások (pl. egészségügy, köznevelés), részben a szenvedélybetegségek alakulását kedvezőtlenül befolyásoló mélyreható társadalmi és gazdasági változások. A változtatásra továbbá az egyes szerhasználati (pl. kannabisz, amfetamin) tendenciákban bekövetkezett jelentős negatív irányú elmozdulások, illetve az új pszichoaktív szerek megjelenése miatt volt szükség. Az új stratégiai dokumentum előkészítése – elismert hazai szakértők bevonásával – 2011- ben vette kezdetét. A stratégiai dokumentum tervezete az Emberi Erőforrások Minisztériuma belső egyeztetéseit követően, 2013. első negyedévében kerülhetett közigazgatási egyeztetésre. A társadalmi és közigazgatási egyeztetést követően az Országgyűlés 2013. október 7-én fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen alcímmel

[58] Új drogstratégia: megelőzés és ártalomcsökkentés. Interjú Grezsa Ferenccel, a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda vezetőjével a Mindennapi közéleti portálon. HTTP://WWW.MINDENNAPI.HU/CIKK/TARSADALOM/UJ-DROGSTRATEGIA-MEGELOZES-ES-ARTALOMCSOKKENTES/2011-03-02/1800 [Letöltés ideje: 2011. 04. 12.]

ellátott 80/2013. (X. 16.) OGY határozatot. A Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra állapít meg célkitűzéseket. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szerint a stratégia amellett, hogy elismeri a kábítószer-használattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelésének szükségességét, fő céljának az illegális szerhasználat csökkentését tekinti, célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A cél elérését a Nemzeti Drogellenes Stratégia széles körű prevenciós tevékenységgel, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú szemléletmód és a reintegráció megerősítésével, a kínálatcsökkentés területén bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazásával, valamint a terjesztői magatartások elleni szigorú fellépéssel kívánja megvalósítani.

Az akcióterv megvalósítása:

A 2014-15. évekre vonatkozó szakpolitikai program a keresletcsökkentés területén az egészségfejlesztés és az általános drogmegelőzés minőségbiztosított, rendszerszintű fejlesztését, a kezelő-ellátórendszer, illetve a reintegráció korszerűsítését, valamint szükségletalapú kapacitásbővítését irányozza elő. A kínálatcsökkentést tekintve a dokumentum legfőbb célja a visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok Magyarországra történő bejutásának, illetve országon belüli kereskedelmének megakadályozása, és ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési szempontok fokozott érvényesítése. Ennek érdekében különösen fontos a világhálón elkövetett kereskedelem, és egyéb bűncselekmények megfékezése, továbbá a felnövekvő generációk védelme minden olyan színtéren, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve.

Koordinációs intézkedések:

2013 februárjáig az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szociális, Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkársága gyakorolta a szakmai irányítást a kábítószerügyi koordinációs feladatokat végző Ifjúságügyi Főosztály Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztálya felett.

A Stratégia a prevencióval kapcsolatban 10 színtéren határoz meg feladatokat:

- helyi közösségek
- család, köznevelési és gyermekvédelmi intézményrendszer
- felsőoktatás
- kortárs csoportok

- média
- munkahely
- büntetés-végrehajtási intézetek és a „büntetés helyett kezelés” intézménye (indikált prevenció).

A stratégiában megfogalmazott prioritások a kábítószer-megelőzéssel kapcsolatban a következők:

- Szermentes életformát népszerűsítő programok számának növelése;
- A teljes körű iskolai egészségfejlesztési programok 2020-ra érjék el a tanulók 50%-át;
- A családi megközelítést alkalmazó programok érjék el évente egyszer a gyermeket nevelő családok 20%-át;
- A kábítószereket kipróbáló és alkalomszerűen használó serdülők aránya az adott korosztályon belül csökkenjen 10%-kal;
- A megelőző, felvilágosító programok minőségbiztosítási rendszerének kialakítása és bevezetése;
- Csak szakmai ajánlással rendelkező és minőségbiztosítási rendszert tartalmazó egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, beleértve ebbe a köznevelési intézmények tevékenységét is;
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalása és koordinációs tevékenysége erősödjön;
- Az elfogadásra kerülő, a lelki egészség fejlesztését, az alkoholprobléma és más viselkedési függőségek kezelését célzó nemzeti stratégiákat és programokat hangolják össze a drogellenes stratégiával.[59]

A kábítószer-használók ellátását illetően a Stratégia konkrét céljai között nevesítésre került a gyermek- és fiatalkorúak ellátását szolgáló, a valós szükségleteknek megfelelő, országos lefedettségű és általános hozzáférést biztosító intézményrendszer kialakítása. A Stratégia célul tűzi ki, hogy a problémás szerhasználók és a kábítószerfüggők legalább 20%-a kerüljön ellátásba, továbbá, hogy általában javuljon a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetősége és országos lefedettsége, valamint hogy 2020-ra mindegyik járásban legyen közös működési indikátorokat használó, összehangolt, komplex ellátórendszer, amely aktív megkereső és kezelésbe vonó technikákat alkalmaz. A kezelés-ellátást területén további prioritás, hogy az egészségügyi és szociális

[59] Beszámoló az Emberi Erőforrások Minisztériuma Ifjúságügyi Főosztálya kábítószer-probléma kezelése érdekében végzett, 2013. évi tevékenységéről (EMMI, 2014b)

szolgáltatók legalább 80%-a a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezze tevékenységét, a szolgáltatók mindegyike essen át klinikai vagy szociális intézményi minőségbiztosítási auditon. A Stratégia ún. ellátás-szervezési alapelveket fogalmaz meg, melynek elemei a különböző szakterületeken működő szolgáltatások által nyújtott ellátások egymásra épülése, a szolgáltatások szakmai tartalmának és területi lefedettségének összehangolása, az egyes ellátástípusok közötti, intézményi határokon átívelő, átlátható betegutak, valamint a kliensek úttévesztésének megelőzése, kezelésben tartása és követése. A Stratégia kezelés-ellátás területén is a felépülés-központú megközelítést tekinti alapvetésnek, melynek célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása, továbbá a társadalomba történő reintegráció elősegítése. Az alacsonyküszöbű ellátásokra a stratégia a kezelési lánc első állomásaként tekint, mely a megkereső tevékenységgel együtt segíthet a rejtőzködő szerhasználók felkutatásában és kezelés-ellátásba vonásában, valamint a fertőző betegségek megelőzésében, szűrésében, terjedésének mérséklésében.[60]

A korábbi kormányzati kommunikációval szembemenve az EMMI ifjúságért és sportkapcsolatokért felelős helyettes államtitkára Kiss Norbert elmondta, hogy a 2009-es drogstratégia ugyan mutatott egyfajta irányt, de mivel ez a dokumentum az új pszichoaktív szerekkel nem foglalkozott, és szakmai, módszertani hibákat is tartalmazott, mindenképpen új anyagot kellett összeállítani. A helyettes államtitkár kitért arra, hogy a drogprevención van a hangsúly. A helyettes államtitkár szerint az üzenet egyértelmű: kábítószer nélküli társadalmat képzelnek el, ami azt jelenti, hogy elsősorban a használatot utasítja el a prevenció hangsúlyozásával és a „jó példa” állításával. Hangsúlyozta, a kábítószerhelyzet nem lehet politikai kampány része, mert csakis össznemzeti összefogással lehet eredményeket elérni.

A helyettes államtitkár úgy vélte, az iskolai felvilágosító órák is modernebbek lettek, az iskolarendőrök nem csak a rendre figyelnek. A Kék Pont Alapítvány kapcsán azt mondta, „nem hagyják az út szélén azokat", akik eddig igénybe vették az alapítvány szolgáltatásait.

A kormány 2013-ban az OEFI szakmai ajánlásához kötötte az iskolai egészségfejlesztési tevékenységeket, így a drogprevenciót is. A szakmai ajánlás elbírálása azonban olyan szigorúra sikeredett, hogy még a legtapasztaltabb, hosszú éve terepen dolgozó szakmai szerveztek programjai sem kaptak támogatást, így kiszorultak az iskolákból, főképpen

[60] 2014-es ÉVES JELENTÉS (2013-as adatok) az EMCDDA számára. i. m. 37–38. o.

rendőrségi programok maradtak, amelyek szakmai ajánlás nélkül, bűnmegelőzési program címén tevékenykedtek. 2014-ben a helyzet nem javult jelentős mértékben. Miközben az iskolapszichológusok, iskolai szociális munkások száma tovább csökkent, a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) tetszhalottak, a Belügyminisztérium masszív drogprevenciós programba kezdett. Minden rendőrkapitányságon drogprevenciós tanácsadót jelöltek ki, és kampányt folytattak a médiában ezek népszerűsítésére, hiába mutattak rá a jogvédők, hogy a nemzetközi szakirodalom szerint a rendőrség nem alkalmas arra, hogy etikus és hatékony drogprevenciót folytasson. A Belügyminisztérium a nemzeti drogkoordinációtól független, párhuzamos drogpolitikát folytat, amelyre a szakmának semmiféle befolyása nincsen.

4.7. Konklúzió

A stratégia célként tűzi ki a drogmentes Magyarországot 2020-ra. Ez nyilván egy elérhetetlen eszménykép. Nem vonhatjuk ki magunkat a körülöttünk lévő világ folyamataiból, ott pedig egyáltalán nem ebben az irányban haladnak. Sokkal inkább jellemző, hogy a legtöbb európai országban és az Amerikai Egyesült Államokban a drogháború, a kínálatcsökkentési harc eredménytelenségével szembesülve egyéb módszerekhez folyamodnak. Mindeközben kénytelen-kelletlen szembenéznek azzal, hogy a drogmentes társadalom egy megvalósíthatatlan eszménykép.
Az új stratégia megalkotásakor az egyik fő érv az volt, hogy az új pszichoaktív szerekkel nem foglalkozik kellőképpen a 2010-18. közé tervezett stratégia. Ehhez képest az új stratégiában nem találjuk meg azokat a gondolatokat, hogy ezen új szerek okozta hátrányok hogyan csökkenthetőek.

Áttanulmányozva az új stratégiát megállapítható, hogy az nem sokban tér el a korában elfogadott, majd hatályon kívül helyezett dokumentumtól. Ehhez képest a szakma három éven keresztül stratégia nélkül maradt, a támogatások elosztása éveken át bizonytalanul zajlott.

Azt pontosan tudjuk, hogy a leszoktatás, a függőségben szenvedő akarata ellenére minden esetben kudarcra van ítélve. Újra felmerült még a már elfelejteni remélt kapudrog elmélet is, ahogy Grezsa Ferenctől olvashatjuk. Tudomásul vesszük vagy nem, jelenleg az emberek egy része a szorongásait, frusztrációit, komplexusait kábítószerrel – részben illegálisokkal– kezeli.

A büntetésen és tiltáson alapuló drogpolitika helyett olyan megközelítésre van szükség, amely pragmatikus közegészségügyi szempontok és nem ideológiai doktrínák mentén ésszerű korlátok közé szorítja a fogyasztást és a drogpiacot. Éppen a dohányzás visszaszorítása terén Nyugaton már sikerült úgy hatalmas sikereket elérni, hogy egyetlen embert sem kellett börtönbe zárni. Nyugat-Európában a kilencvenes évek nagy nyílt drogfogyasztói szcénáinak – például Zürich, Frankfurt – felszámolása, a HIV-járvány visszaszorítása az innovatív ártalomcsökkentő programok segítségével szintén jelentős tanulságokkal járt.

Zárómegjegyzés: A nemzetközi adatok arra utalnak, hogy drogpolitika és drogfogyasztási trendek között nincs valódi összefüggés, vagy ha van, az áttételes és közvetett.

4. A kábítószer-fogyasztás hatásaival kapcsolatos dilemmák

Ahogyan az alábbiakból is ki fog derülni, darázsfészekbe nyúl, aki megnyilatkozik ebben a témában. Az intravénás droghasználat kapcsán nem olyan éles a vita a lehetséges károk tekintetében, bár a laikusokat talán meglepheti az az adat, hogy Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban 30–40 éves „heroinista karrierrel" a hátuk mögött is élnek emberek, továbbra is aktív drogfüggőként. A köztudatban inkább talán az él, hogy az első heroinadag elfogyasztása után egy-két évvel szükségszerűen elhalálozik a fogyasztó. Egyetértés van abban, hogy a heroinfogyasztó súlyos függőségnek néz elébe, károsodnak a szociális kapcsolatai, a testi-lelki-szellemi egészsége. Megsínyli a drogfogyasztást az anyagi helyzete, a munkaképessége.

„A kábítószerek közös tulajdonsága, hogy a központi idegrendszer izgatása, az agykéreg fájdalom-érzékelő központjainak blokkolása révén euforikus (kellemes) érzést, hallucinációkat válthatnak ki, hangulatváltozást idéznek elő. A rendszeres használathoz való hozzászokás veszélye még az egészségre kisebb mértékben ártalmas, e körbe sorolt szerek esetén is fennáll. A kábítószer fogyasztása – az egészségre gyakorolt nem kívánatos hatásai mellett – az ilyen szerekkel élő emberek mindennapi életvitelét, társadalmi beilleszkedését jelentős mértékben nehezíti. Bizonyítható, hogy pl. az életviteli gondjaikkal gyötrődő, azok kiküszöbölésére megoldási módként kábítószert használó, annak fogyasztásához fokozatosan kötődő személyek jelentős hányada akár a szélsőségekig fokozódó magatartási zavarokkal küzd."[61]

Az úgynevezett „könnyűdrogok" (MDMA, THC-származékok) esetében már koránt sincs ilyen mértékű egyetértés. *Dr. Csernus Imre*, drogfüggőkkel évtizedek óta foglalkozó pszichiáter (korábban maga is heroinfogyasztó), egyetlen nyilatkozatában sem felejti el azt a megállapítását kifejteni, miszerint amit két év alatt a heroin okoz egy ember szervezetében-életében, azt a rendszeres marihuána fogyasztás hét-kilenc év alatt produkálja. Másrészt tagadja a könnyűdrog kifejezés létjogosultságát, álláspontja szerint nem kategorizálhatóak ez alapján a drogok. A véleményspektrum másik végén találjuk azokat a marihuána párti lobbistákat, akik egyenesen csodatévő gyógynövényként tesznek említést *Bob Marley* kedvenc növényéről. Ez utóbbi vélemény tagadja bármilyen károsító hatását a fűszívásnak,

[61] Blaskó Béla: Az egészséget veszélyeztető bűncselekmények In.: Blaskó Béla, Miklós Irén, Pallagi Anikó, Polt Péter, Schubauer László: Büntetőjog, különös rész II. Rejtjel Kiadó, Budapest, 2013. 79. o.

éppen csak hogy nem szándékozik azt kötelezővé tenni. A két szélsőség között pedig végtelen számú és féle vélemény megtalálható.
Az biztosnak tűnik, hogy az evidenciákra szükségünk van ahhoz, hogy a drogok szabályozásával kapcsolatosan a megfelelő döntéseket meghozzuk.

5.1. A kábítószer-fogyasztás hatásaival kapcsolatos leggyakoribb félreértések

A tudományos bizonyítékalapú (*evidence-based*) politikai döntéshozás ma már általánosan elfogadott alapelvnek számít az Európai Unióban attól függetlenül, hogy egészségügyről vagy szociálpolitikáról van-e szó. A büntetőpolitikákkal szemben azonban ez az elvárás kevésbé érvényesül, holott a kriminológusok már évtizedek óta hangoztatják, hogy azok hamis dogmákon alapulnak. A büntetőjog elrettentő erejébe vetett hamis hit már a 20. század eleje óta uralja egyes drogokkal kapcsolatos politikáinkat, ezen a téren csupán az ártalomcsökkentő filozófia és gyakorlat elterjedése hozott változást a század végén.

A vita azonban parttalanná válhat, ha nincsenek olyan közös értékek és bizonyítékok, amelyeket minden a vitában részt vevő fél evidenciának tart és elismer. Így például el kell ismerni azt, hogy a tudományos bizonyíték jóval magasabb szintű meggyőző erőt képvisel, mint az anekdotikus élmény, vagy a viszonylag speciális csoport körében gyűjtött tapasztalat, esetleg ideológiai meggyőződés. A tudomány valójában nem dogmák gyűjteménye, hanem az ismeretekre való módszeres törekvés, kísérlet a saját elfogultságaink kiszűrésére a tapasztalatokból levont következtetések alapján. A vita során tehát minden félnek törekednie kell arra, hogy olyan állításokat fogalmazzon meg, amelyek bizonyos alapvető logikai szabályoknak megfelelnek. E fejezetben alapvető logikai hibákra kívánok rámutatni a drogtilalmat támogatók érvrendszerében, a teljesség igénye nélkül. Az elemzés célja nem a vita lezárása avagy eldöntése, hanem a vita színvonalának javítása.

5.1.1. A drogtilalmi enthüméma

Enthümémaként (avagy entimémaként) tartja számon *Arisztotelész* az olyan szillogizmust, amely csak akkor érvényes, ha egy (vagy több) burkolt (implicit) előfeltevés szintén érvényes vele kapcsolatban. Például: „Nem tud autót vezetni, hiszen nő.” Ez a szillogizmus előfeltételezi, hogy a „nők nem tudnak autót vezetni” állítás igaz. Mivel ez az állítás hamis, ezért a szillogizmus konklúziója is hamis. Az enthüméma használatát két fő esetben

figyelhetjük meg: ha a burkolt előfeltevést a beszélő magától értetődően igaznak tekinti, vagy ha a beszélő tudatosan megpróbálja azt sugallni, hogy az – egyébként megalapozatlan – burkolt állítás érvényes. Ha például azt állítjuk, hogy „világos van, hiszen süt a nap", akkor nincs szükség annak az állításnak az igazolására, hogy „a nap világít", hiszen az magától értetődően érvényes.

Nincs ez másként a globális drogtilalommal sem, amely a drogtilalmi enthümémából nyeri önigazolását: „a drog káros, ezért tiltani kell". Mint az enthümémákkal általában, ezzel is az a fő probléma, hogy számos kétes burkolt állítást magától értetődőnek feltételez: „ami káros, azt tiltani kell", „a tiltás hatékonyan csökkenti ezeket a károkat", „a tiltás nem okoz több kárt, mint amennyit megelőz", „a károsság minden drogra és annak minden használati formájára egyaránt vonatkozik" stb.

Semmivel sem logikusabb a drogtilalmi enthüméma, mint a következő.
Nagyobb premissza: A szemölcs rossz dolog. Kisebb premissza: Szemölcs van az ujjamon. Konklúzió: Le kell vágnom fejszével az ujjamat. Ez az állítás csak akkor igaz, ha igazak a következő burkolt állítások is:

- a szemölcs olyan mértékű károkat okoz akár fizikai, akár lelki szempontból a számomra, ami akár a legsúlyosabb beavatkozásokat is igényli;
- a szemölcs kivágásának számomra legoptimálisabb (legtöbb előnnyel és legkevesebb hátránnyal) járó módja az, ha levágom az ujjam;
- a szemölcstől való megszabadulás hatékony eszköze a fejsze.

Természetesen az állítás nem lehet igaz, mivel egyik burkolt állítás sem érvényes: a szemölcs nem feltétlenül okoz olyan károkat, amelyek súlyos műtéti beavatkozást igényelnek, ráadásul a szemölcstől való megszabadulásnak vannak jóval kevesebb véráldozattal járó formái, például lefagyaszthatom, esetleg szikével kivágathatom az orvosommal. Nyilvánvalóan ostobának tartjuk azt az embert, aki egy szemölcs miatt elővenné a fejszét. Márpedig a drogtilalom logikája nagyon hasonló nyavalyáktól szenved: hamis, de mindenki által magától értetődőnek tekintett, népszerű burkolt állítások állnak mögötte, amelyeknek érvényességét a beszélő magától értetődőnek tekinti, vagy tudatos manipulációval próbálja sugallni.

5.1.2. A saját farkába harapó kiskutya (tautológia)

Megtaláljuk a drogtilalmi rendszer belső logikájában azt az elemet is, amit csak a „saját farkába harapó kiskutya” paradoxonaként említhetünk. A paradoxon a következő: a kiskutya véletlen megharapja játszás közben a farkát. A fájdalomtól megdühödik és haragjában beleharap a saját farkába, amiért az ilyen fájdalmat okozott neki. Erre persze ismét fájdalmat érez, még jobban feldühödik, és még jobban beleharap a farkába. A kiskutyát a hibás logika vezette félre:

P1: Aki fájdalmat okoz nekem, azt meg kell harapnom önvédelemből.

P2: A farkam fájdalmat okoz nekem.

K: Megharapom a farkamat.

A drogtilalom működése során hasonló jelenséget tapasztalunk. Az egyre szigorodó büntetőjogi intézkedések hatástalanok maradnak a drogjelenség általános visszaszorításával szemben, ellenben egyértelműen növelik a társadalomnak okozott károkat óriási költségeik és a feketepiac hízlalása, az illegális drogok profitabilitásának fenntartása, a fogyasztók marginalizálása stb. útján. A drogtilalmi rezsim azonban nem úgy reagál, mint egy egészségesen működő társadalmi szabályozási szisztéma tenné (megvizsgálná, hogy az eddig alkalmazott módszerek vajon hatékonyak, arányosak és szükségesek voltak-e, és nem okoztak-e több kárt, mint amennyit megelőztek). A drogtilalom világában sosem kerül felülvizsgálatra az alkalmazott politikai eszközök természetének adekvátsága, hatékonysága az adott probléma kezelésében, ehelyett kizárólag az eszközök elégtelen, nem következetes alkalmazását teszik felelőssé a kudarcokért. Ennek megfelelően ugyanazon eszközök még szigorúbb, még könyörtelenebb bevetésének szükségszerűségére következtetnek (szigorúbb törvények, több rendőr, több börtön stb.). Ez persze ismét csak újabb fiaskót termel, ami ismét alkalmat ad a rendszer működtetői számára, hogy az eszközök elégtelenségére hivatkozva még több pénzforrás mozgósítását és a szabályozás további szigorítását, tökéletesítését szorgalmazzák.

Jellemző példa az ilyen típusú tautológiára a drogtilalom világából: „Az ecstasy azért veszélyes, mert nem tudni, mi van benne. Ezért szigorúan tiltani kell az ecstasy fogyasztását.” Valójában az ecstasy tabletta maga is a prohibíció terméke, hiszen a bizonytalan minőség és az ebből fakadó kockázat egyértelműen a legális kontroll-eszközök hiányának köszönhető: ha létezne minőségellenőrzés és fogyasztóvédelem ezen a területen, akkor nem kerülnének

szennyezőanyagok a tablettákba, esetleg kristályos formában, tisztán árulnák az ecstasy hatóanyagát, az MDMA-t. A heroin esetében a túladagolás, a HIV-fertőzés és a vénafertőzés kockázatát szokták hangsúlyozni – holott tudjuk, hogy ezek a kockázatok minimálisra csökkenthetők legális orvosi felírás esetén, és a heroinhasználó viszonylag egészségesen megérheti az idős kort, amennyiben nem szembesül az illegális beszerzéssel járó életforma nehézségeivel, a marginalizációval és a stigmatizációval.

5.1.3. „Utána történt, tehát amiatt történt”

„Utána történt, tehát amiatt történt” – szól az ismert logikai hiba. Attól, hogy egy jelenség közvetlenül megelőz egy másik jelenséget, még nem biztos, hogy a kettő között oksági kapcsolat van. Az egybeesés lehet puszta véletlen eredménye, esetleg mindkét eseményt ugyanarra a közös okra lehet visszavezetni. A marihuánával kapcsolatban az 1930-as évektől egészen napjainkig gyakran megjelenik a bulvársajtóban ez az érv. Így például *Harry J. Anslinger*, a marihuána betiltását propagáló első amerikai „drogcár” (drogellenes főhivatalnok) olyan bűneseteket mutatott be a nyilvánosságnak, ahol az elkövető korábban marihuánát fogyasztott. A puszta korrelációból kauzális kapcsolatot kreált: azért követte el a bűntényt, mert marihuánát fogyasztott. Szörnyű gyilkosságokat írt így a marihuána számlájára, amelyeket elmebeteg bűnözők követtek el.

Tipikusan ebbe a kategóriába tartozik a kapudrog-elmélet is: a legtöbb heroinista fűvel kezdte, tehát a fű heroinfogyasztáshoz vezet. Ha ezt az érvet közelebbről és főképpen a statisztikák tükrében vizsgáljuk meg, kiderül, hogy a legtöbb heroinfogyasztó alkohollal és dohányzással kezdte, és a fűszívók túlnyomó többsége pedig soha nem jut el a heroinig. A valóságban sokkal ritkábbak az ok-okozati kapcsolatok, mint a képzeletünkben, ebben az esetben sincs kauzális kapcsolat a fűszívás és a „keményebb” drogok fogyasztása között.

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2006-os éves jelentése szerint például 2005-ben három személy halt meg közvetlen ecstasy (MDMA) túladagolásban, két személy pedig pszichedelikus szerek túladagolása következtében. A „túladagolásos” halál definíciója egyértelmű: a drog közvetlen toxikus hatásai okozták az illető halálát. A tudományos szakirodalomból azonban tudjuk, hogy mind az MDMA, mind a leggyakoribb pszichedelikus drogok túladagolásához extrém nagy dózisra van szükség, mivel a közhittel ellentétben sem az ecstasy, sem az LSD, sem

pedig a varázsgomba nem különösebben mérgező anyagok (az alkoholmérgezés jóval gyakoribb).

Miután a TASZ kikérte a „túladagolásos" halálesetekről rendelkezésre álló szakértői adatokat, kiderült, hogy egyik esetben sem volt szó közvetlen túladagolásról, csupán arról, hogy a halál bekövetkezte előtt az illetők drogokat fogyasztottak. Egy esetben például valaki ecstasy-t fogyasztott, majd úgy vágta fel az ereit, egy másik esetben az illetőt ecstasy fogyasztása után lefejezte egy vonat, a két pszichedelikus „túladagolásról" pedig kiderült, hogy valójában két fiatalról volt szó, akik számukra ismeretlen, mérgező bogyókat fogyasztottak egy erdőben, droghasználati szándék nélkül. Egyetlen közös volt tehát a halálesetekben: a halál beállta előtt minden esetben nagy mennyiségű tudatmódosító anyag fogyasztására került sor – és ebből rögtön kauzális kapcsolatot feltételeztek.

5.1.4. Argumentum ad metum

Az argumentum ad metum, a társadalom félelmére játszó érveléssel politikai legitimációját számos politikus úgy teremti meg, hogy egyes jelenségeket, így például a bevándorlást, a melegházasságot, a szerencsejátékot és a droghasználatot úgy tüntetik fel, mint ami alapjaiban fenyegeti a többségi társadalom értékrendjét, amelynek feltétlen konzerválását túlélési kérdéssé redukálják. A drogpánik hullámai minden évtizedben elárasztották a világot: a hatvanas években az ablakokból LSD hatása alatt kiugráló tinédzserek, a '70-es években az idős hölgyeket utcán kiraboló junkiek, a '80-as években a „kokain-bébik", a '90-es években a „gyilkos diszkódrogok" rémképe munkált a prohibíció színpadán.

A morális pánikkeltés politikájában a politikus a médiára, a média pedig a politikusra van utalva, hiszen mindketten legitimációs eszközöket teremtenek a másik számára. A félelemkeltés fő célja, hogy tematizálja a droggal kapcsolatos közbeszédet, így létrehozva a drogbeszéd nyelvét, ahol a drogok kizárólag a veszélyek kontextusában jelennek meg. A drogbeszéd a foucault-i értelmeben vett fegyelmezés eszköze, a drogokkal kapcsolatos tudás formája, nemcsak a hatalom eszköze, hanem mint diskurzus, a hatalom maga. A drogbeszéd a hollywoodi kultuszfilmeken, bűnügyi sorozatokon, szenzációhajhász újságcikkeken és egyéb kommunikációs hordozókon keresztül olyan mélyen beleivódott a drogokról való gondolkodásunkba, hogy az autentikus tapasztalat és a média-indoktrináció gyakorlatilag

megkülönböztethetetlenné válik: a politikának elég bizonyos kulcsszavakkal felélesztení a már belénk kódolt morális pánikot.

Az amerikai „drogellenes háború” (*war on drugs*) politikája éppolyan logikus következménye a drogbeszédnek, mint ahogy az orwelli 1984 világában a totális diktatúra újbeszédje folyamatosan kitermeli magából a háborút. A háború ugyanis igazolja azoknak az eszközöknek a bevetését, amelyek békeidőben elfogadhatatlanok lennének számunkra. A világ pedig vonakodva ugyan, de követi Amerikát a drogellenes háborúba.

5.1.5. Argumentum ad hominem

A dialógus lezárásának egyik közkedvelt eszköze a másik fél személyes motivációinak megkérdőjelezése (argumentum ad hominem). Ez a leginkább „övön aluli ütés” a vitában, ugyanis amennyiben a vitapartner jóhiszeműségét vonjuk kétségbe, azzal az érvek-ellenérvek birodalmából átlépünk az indulatok világába. A drogtilalom retorikájának is fontos eleme ez.

A drogtilalmi ortodoxia gyakran tünteti fel úgy a legalizátorokat mint „drogpártiakat”, akiknek nyílt vagy bújtatott gazdasági érdeke a drogok „engedélyezése”. A drogok törvényes szabályozása, adóztatása mellett érvelőket gyakran éri az a vád, hogy „marihuánás cigarettát akarnak adni a gyerekek szájába”, vagy hogy a drogok „ártalmatlanságát” hirdetik. A legalizációt „drogliberalizációnak” nevezik, ezzel is utalva arra, hogy szerintük a legalizáció a korlátok és a kontroll hiányát hozza el, és gazdasági előnyökkel fog járni a számukra. Egyes prohibicionista politikusok odáig mennek, hogy egyenesen „életellenesnek” minősítik azokat a törekvéseket, amelyek alternatívát kínálnak a drogtilalommal szemben.

Az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII. 13.) AB határozata is erre utal akkor, amikor kritikátlanul átveszi az egyik beadványozó hipotézisét arról, hogy a droghasználat mögött a „halálösztön” áll. Ezek a retorikai fogások azt szolgálják, hogy az alternatívát felmutató eretnekeket kiközösítsék és a civilizáció ellenségeinek minősítsék, így igazolva az ellenük alkalmazott diszkriminációt, vagy akár az erő alkalmazását velük szemben.[62]

[62] Sárosi Péter: *Szükségtelen és árnyalan*. http://drogriporter.hu/node/1132 [Letöltés ideje: 2015. március 23.]

5.1.6. Mintaválasztási hiba

Amikor az ember több ismerőse is egyszerre megbetegszik influenzában, hajlamos azt hinni, hogy influenzajárvány tört ki a városban. A tudományban ezt nevezik szelekciós elfogultságnak: az ember egy nem reprezentatív minta alapján hoz ítéletet egy bizonyos jelenségről. Jelenleg a drogabúzust és a drogfüggőséget a pszichiáterek többsége mentális betegségként tartja számon, az illegális drogoknak nem létezik legitim rekreációs célú használata. A médiában megszólaltatott toxikológus, pszichiáter és szociális munkás szakértők többnyire a droghasználók legproblémásabb kemény magjával találkoznak, s ebből szűrnek le tanulságokat az egész jelenségre nézve. A híradókban és a filmekben többnyire szintén valamilyen tragédia kapcsán vagy a bűnözés kontextusában találkozunk a drogjelenséggel: diszkóbaleset, fegyveres kábítószercsempész elfogása, túladagolás stb. Hiszen annak nincs hírértéke, hogy közben több százezer ember viszonylag problémamentesen használ marihuánát vagy ecstasy-t.

A droghasználatnak ezenkívül nincs legális kultúrája: míg alkoholfogyasztással már korai gyermekkorban találkozunk a családi élet színterein, és számos példát látunk a kontrollált, integrált alkoholhasználatra, addig az illegális droghasználat hasonló formái többnyire láthatatlanok maradnak számunkra. Ezért lehetséges, hogy makacsul élnek a kapudrog-elmélethez hasonló téveszmék a társadalomban, és a lakosság többsége hisz abban, hogy az első marihuánás cigarettától egyenes út vezet a heroinfüggőségig – holott a statisztikák szerint ez az elmélet hamis. A mintaválasztási hiba a ritka kivételből szabályt farag, és ez az illegális drogok hatásaival, veszélyeivel kapcsolatos torz, démonizáló képzetekhez vezet.

5.1.7. Attribúciós hiba

A szociálpszichológusok fundamentális attribúciós hibának nevezik azt, ha valaki egy bizonyos személy vagy személyek viselkedésének magyarázatakor túlhangsúlyozza a személyiségi jellemvonások szerepét, míg lebecsüli a környezeti tényezőkét. „A cigány lop, mert ilyen a természete” – hangzik a rasszista közhely. „A drog és bűn együtt járnak” – hangzik egy nem kevésbé sztereotip állítás. A droghasználó a közhit szerint azért követ el bűncselekményeket, mert megrontja a természetét, jellemét a kábítószer. Sokaknak úgy tűnik, a drogkereskedelemnek szükségszerű velejárója a fegyveres bandaharc, a csempészet, a pénzmosás. A Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet 2007. szeptemberi közvélemény-

kutatása szerint a magyar lakosság többsége úgy véli, hogy a drog és a bűnözés szükségszerűen együtt jár.

A droggal kapcsolatos ártalmak tekintetében a drogtilalmi retorika gyakran túlhangsúlyozza a droghasználat személyiségtorzító hatásainak szerepét, míg lebecsüli a prohibitív társadalmi környezetét. A heroinfüggőség és bűnözés kapcsolatának feltárásakor például nem veszi figyelembe azt a tényt, hogy az ún. beszerzési bűnözés nem a heroinfüggőség közvetlen következménye, hiszen a legális heroinfelíró programokban részesülő fogyasztók nem követnek el beszerzési bűncselekményeket. A bűnözés valójában az illegális kínálat és kereslet közvetlen következménye: a magas árak, az illegális beszerzéssel járó zaklatott életmód és a társadalmi kirekesztettség együttesen vezet el oda, hogy a heroinhasználó csak bűncselekmények árán tudja beszerezni a napi adagját. A legális konfliktusmegoldó csatornák hiányában pedig a drogkereskedelemmel együtt jár a szisztematikus erőszak és bandaharc a feketepiac felosztásáért. Mivel a termék illegális, a kockázat magas, de minél magasabb a kockázat, annál magasabb a haszon – és annál nagyobb annak a vonzereje az olyan bűnözői csoportok számára, akik könnyen akarnak sok pénzt szerezni morális gátlások nélkül.

5.1.8. Ignoratio Elenchi – a vörös hering

Az angolok a „vörös heringnek” nevezik ezt a logikai hibát. Ez abból ered, hogy a brit rókavadászatok során a vadászok a rókát hajszoló kopók elé egy vörös heringet vetettek, ha meg akarták akadályozni, hogy a kutyák széttépjék zsákmányukat. A dialógus során ez a párbeszéd eltérítését jelenti eredeti tárgyától és céljától egy irreleváns téma segítségével. A politikában ez többnyire a közvélemény tematizálásában nyilvánul meg.

Alapvetően három formában jelentkezhet:

- *A drogkártya kijátszása politikai tőkekovácsolás céljából*: az olyan politikusok, akik nem biztosak választási esélyeikben – és valljuk be, vannak éppen elegen – gyakran próbálják egy olyan komplex, a társadalmat szorongással eltöltő problémával tematizálni a közbeszédet, amelyre egyszerűnek tűnő megoldást kínálnak. Gyakran ezek a témák azt próbálják palástolni, hogy az illető politikus nem rendelkezik átfogó reformelképzelésekkel a társadalmi, közegészségügyi problémák megoldásával kapcsolatban. Ha például egy a budapesti főpolgármesteri címért induló politikus kampánya egyik fő elemévé kívánja tenni a falfirkák elleni harcot, akkor méltán

gyanakodhatunk koncepciótlanságra. Hasonló volt a helyzet akkor, amikor *Richard Nixon* 1968-ban az elnökválasztási kampánya egyik fő elemévé a „drogellenes háború" jelszavát tette. Magyarországon a drogtörvények szigorítása a Fidesz választási kampányának egyik fontos eleme volt 1998-ban. A droghasználók a társadalom egyik legstigmatizáltabb csoportját képezik, számos előítélet él velük szemben, ráadásul viszonylag kevés olyan jogvédő vagy politikus van, aki reputációját kockáztatva ki merne állni a droghasználók diszkriminációja és kriminalizációja ellen. A politikus pedig mindig a legtöbb szavazat és a legkisebb ellenállás irányába halad.

- A tudományos adatok manipulatív felhasználása az attitűdök formálása céljából: a tudományra sokan úgy tekintenek a drogpolitikai viták során, mint politikaformáló erőre – viszont sokkal kevesebben veszik figyelembe a politika tudományformáló szerepét, a hatalom és a tudás sajátos kapcsolatát. A politika tudományformáló szerepe lehet közvetlen: a kutatások többnyire állami pénzből zajlanak, a kutató megpróbál megfelelni az állam elvárásainak. A közvetett tudományformálás valójában tudomány-deformálás. Amikor a tudományos adatokat kontextusukból kiragadva tárják a nyilvánosság elé, akkor például egyértelműen a közbeszéd tematizálásáról van szó.
- Nagyszabású kirakatakciók a közvélemény megnyugtatására: Magyarországon számos példát találunk arra, hogy a helyi önkormányzatok nyomására a rendőrség olyan költséges, látványos, de alacsony hatékonyságú akciókat hajt végre, amelyek célja elsősorban nem a valódi rendfenntartás, hanem a lakosság biztonságérzetének növelése. Ilyenek például a diszkórazziák: a rendőrség hermetikusan lezár egy bizonyos szórakozóhelyet, ahol a hírek szerint a fiatalok drogokat használnak (természetesen gyakorlatilag az ország összes szórakozóhelye ide tartozhat), a fiatalok ruházatát átvizsgálják, pupillájukba elemlámpával világítanak bele, hogy az esetleges droghasználat jeleit felfedezzék. Az ilyen akciók során ezidáig egyetlen dílert sem sikerült a rendőrségnek előállítania, és erősen kérdéses, hogy bármilyen pozitív hatásuk lenne a droghasználati minták alakulására. Inkább rituális jelentőségről beszélhetünk: a közösség szimbolikusan megtisztul és kiveti magából a „gonoszt".

5.1.9. Vagy/vagy (fekete/fehér) fallacizmus avagy hamis dilemma

Ezzel a hamis dilemmával gyakran találkozhatunk a mikrokörnyezetünkben zajló drogpolitikai diskurzusokban is: „Elég baj van az alkohollal és a dohánnyal, miért kéne rászabadítani a társadalomra még a marihuánát is?" – szól az érv. A beszélő magától

értetődőnek tekinti annak a burkolt állításnak az érvényességét, hogy a marihuána-tilalom egyedüli alternatívája a szupermarket-modell. Holott a droglegalizáció proponensei közül csupán a legradikálisabb libertariánusok (pl. *Milton Friedman*) követeltek hasonlót. A drogrendszer reformját követelők többsége valójában egy olyan szabályozási szisztémát képzel el, amelyben a drogokat speciális jellegű termékként szabályozná az állam, amelyekre rendkívüli korlátozások vonatkoznak. Például orvosi ellenőrzés melletti használat (felírás), a reklámozás tilalma, a forgalmazó helyek számának, elhelyezkedésének alacsony szinten tartása, szigorú fogyasztóvédelmi előírások, a fogyasztás helyszíneinek limitálása stb. Az olyan, marginalizált társadalmi csoportok által használt drogok esetében pedig, amelyek jelentős szociális és egészségügyi problémákkal járnak együtt, a legális hozzáférhetőség még ennél is sokkal szigorúbb biztonsági szelepek fenntartását vonhatja magával. Ilyen például a heroin orvosi felírásának rendszere, amely jelenleg már működő gyakorlat Svájcban, Hollandiában, Németországban, Spanyolországban és Kanadában. A heroint kizárólag olyan használók számára teszik hozzáférhetővé, akik bizonyos életkor felett vannak, sikertelenül próbálkoztak az absztinencia-orientált kezeléssel és jelentős problémákat okoz számukra az illegális szerhasználatból fakadó életmód (pl. beszerzési bűnözés).

A szupermarket-modellnek számos olyan alternatívája lehet még a legális szabályozás keretein belül, amelyek egyáltalán nem járnak szükségszerűen együtt a droghasználat növekedésével – ugyanakkor csökkentik annak lehetséges ártalmait. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a piacot korlátozó állami beavatkozások sikeresen csökkenthetik a droghasználat előfordulását anélkül, hogy a fogyasztókat vagy a forgalmazókat kriminalizálnák. Az Amerikai Egyesült Államokban például a dohányzási trendek évtizedek óta csökkennek, az Európai Unióban a dohányzás reklámozásának tiltása és a zárt közterületeken való dohányzás tilalma szintén olyan legális kontroll-eszközök, amelyek a dohányzás visszaszorítását célozzák a jelenség kriminalizációja nélkül.[63]

[63] Sárosi Péter: 10 logikai hiba a szigor melletti érvelésben. http://drogriporter.hu/fallacizmusok [Letöltés ideje: 2015. március 23.]

5.2. Egyes kábítószerek egészségkárosító hatása körüli vita egyes állomásai

5.2.1. A Neurológiai és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium közös álláspontja

2005. októberében a Neurológiai Szakmai Kollégium és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium egyeztetett álláspontot alakított ki az Egészségügyi Minisztérium megkeresése alapján a különböző illegális pszichoaktív szerek egészségre való veszélyességét illetően az alábbiak szerint.

„A kábítószer-élvezet következményeit az alábbi aspektusokból lehet tanulmányozni:

- A kábítószer akut hatása a fogyasztó központi idegrendszerre és egyéb szervrendszereire.
- A kábítószerszedés krónikus következményei a fogyasztószervezetére.
- A kábítószer okozta akut vagy krónikus egészségkárosodás veszélyei a környezetre (baleset, agresszív cselekedetek, családok széthullása, a gyermekek pszichés károsodása, a lakóközösségek nyugalmának és biztonságának veszélyeztetése, bűnözés stb.). Ezek közül egyik legfontosabbak az akut és krónikus kábítószer-fogyasztás balesetet okozó hatásai.
- A kábítószer-fogyasztásgazdasági terhe (gyógykezelés, kieső munkaidő, a kreativitás hanyatlása, elvesztett minőségi életévek, élettartam lerövidülése, öngyilkosság stb.).

Neuropszichológiai vizsgálatokkal igazolható, hogy:

- Gyakorlatilag valamennyi drog kedvezőtlenül befolyásolja a rövid távú memóriát, a figyelmet (érdekes módon valószínűleg a heroin kivétel).
- A cannabis csökkenti a belső kontrollt, rontja a figyelmet és a memóriát. Az akut neuropszichológiai hatás nemcsak egy-két napig mutatható ki, hanem egyes megfigyelések szerint jóval később is (akar 4 hétig!), az évekig tartó használat után a káros hatás kumulálódhat.
- A masszív cannabis-abusus a figyelem és végrehajtó tevékenység súlyos zavarával társul, mely a csökkent mentális flexibilitásban, perzeverációban, károsodott tanulási képességben nyilvánul meg. Károsodik a figyelem fenntarthatóságának, illetve más tárgyra való irányításának képessége.

- Szaporodnak azok a közlemények, melyek a marihuána-fogyasztó fiatalok körében előforduló stroke eseményeket közölnek. Egy amerikai vizsgálat szerint a rendszeres marihuána fogyasztás a cerebrovascularis rezisztenciát megváltoztatja. A fiatalok cerebrovascularis hemodinamikájának paraméterei a 60 évesek érrendszeréhez hasonlítanak, azaz egészséges fiatalokban olyan agyi keringésváltozások alakulhatnak ki, melyek stroke-ra hajlamosítanak.
- Tartós cannabis-fogyasztás esetén az úgynevezett amotivációs szindróma kialakulásával lehet számolni, amint ezt ausztráliai vizsgálatok kimutatták.
- A cannabis-származékok központi idegrendszeri hatásait illetően a világhírű magyar kutató, *Freund Tamás* munkásságára is utalunk.
- Az amfetaminal/metamfetaminnal elvégzett vizsgálatok igazolták, hogy nehézségek jelentkeznek a tanulási folyamatban, a tanultak későbbi felidézésében, a feldolgozás sebességében és a munkamemóriában.
- A metamfetamin és a marihuána egyidejű használata súlyosabb neuropszichológiai károsodásokat okozott, mintha valaki csak metamfetamint használt.
- Az MDMA használók (3,4–mefilendioxi metamfetamin, ecstasy) kevésbé képesek az információk hosszú távú memóriában valótárolására, a verbális tanulás is károsodik, és a komplex feladatok megvalósításához szükséges figyelmi összpontosítás kevésbé hatékony.
- A végrehajtó működésekben (exekutív funkciók) tapasztalt károsodássúlyossága növekszik a droghasználat gyakoriságával és a károsodás viszonylag hosszú ideig tart.
- A krónikus kokainhasználat is károsítja a figyelmi funkciókat, valamint a tanuláshatékonyságát. Megváltozik a reakcióidő és a kognitív flexibilitás.
- A heroinfüggőség negatív hatással van többek között az impulzuskontrollra.

A Kollégium több tagja, köztük a kérdés kiemelkedő szakértői szerint nem helyes és nem is lehetséges, illetve tudománytalan az illegális drogok között a biológiai hatásaik alapján egyfajta veszélyességi sorrendet vagy csoportokat kialakítani. Az elmúlt évek kutatási eredményei alapján tudjuk, hogy egy kábítószer vagy egy pszichoaktív szer „veszélyessége” szempontjából számos tényező fontos (egyén személyisége, életútja, genetikai tulajdonságai, „vulnerabilitása” és a fogyasztás-kontextus). Ezeket a szempontokat is több tudományterület vizsgálja, pl. az addiktológia, a toxikológia, a pszichiátria és a szociálpszichológia.

A gyakrabban előforduló illegális és feketepiacon előforduló szereket a következő szempontok szerint jellemezzük.

Akut mérgezés esetén:

1. euphoria intenzitása,
2. tudatzavar mértéke,
3. egyéb tünetek intenzitása (érzékelés zavara, ataxia stb.),
4. alkalmazási veszélytényezők (alkalmazás, szipuzás, disco-körülmények stb.),
5. szocális-baleseti-kriminalitási tényezők (drog okozta agresszivitás, indítékszegénység),
6. halálozás.

Ismételtalkalmazás esetén(fentieken kívül és továbbá):

7. függőséget okozótulajdonság mértéke,
8. megvonási tünetek intenzitása – testi megvonási tünetek,
9. biológiai következmények mértéke (polycarentia, fertőzések, HIV, Hepatitis-C),
10. személyiségi következmények(személyiségzavarok),
11. szociáliskövetkezmények (izoláció, családszétesés, lecsúszás, kriminalitásmértéke),
12. halálozás,
13. a szer elterjedtsége, használóinak száma.

Fentiek alapján táblázatunk a következő szereket jellemzi:

Ecstasy (Ec)
Ephedrin (Eph)
Feketepiaci Methadon, Codein, Hydrocodin (Fmeh)
Feketepiaci OrvosiMorphin-keszitmenyek, (Fm)
Feketepiaci, (vagy gyűjtött) altató- es nyugtatóhasználat (Fhs)
Hallucinogénngombák es mescalin (Ha)
Heroin (He)
Ketamin (Ke)
Kokain– Crack (Ko-Cr)
LSD (Lsd)
Marijuana (Thc)
PCP (Pcp)
Oat (0)
Speed (Sp)
Szerves oldószerek– egyébként a listára nem helyezhető! (Sz)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
He	xxx	xxx	xxx	xxx	x	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	x
Ko-Cr	xxx	x	xx	xx	xxx	xxx	xxx	xx	xxx	xxx	xxx	xxx	x
Sp	xxx	xxx	xx	xxx	xxx	xx	x	0	x	xx	x	x	xxx
Ko	xxx	xx	x	xx	xx	x	xxx	xx	xxx	xxx	xxx	xx	x
Ec	xxx	xx	xx	xxx	xxx	x	x	x	xxx	xx	x	x	xxx
Ke	xxx	xxx	xxx	xx	x	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx	?
Pcp	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	xx	x	x	xx	x	x	?
Fm	xxx	xxx	xxx	xx	x	?	xxx	xxx	xx	xxx	xx	x	?
Fmc	xxx	xxx	xx	x	x	?	xxx	xxx	?	xxx	xx	?	xx
Sz	x	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	x	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Ha	xx	xxx	xxx	xxx	xxx	x	x	0	?	?	?	?	xx
Lsd	xx	xxx	xxx	xxx	xxx	0	0	0	?	x	?	?	xxx
Fhs	0	xxx	xxx	xxx	xx	x	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	xx	xxx
Eph	xx	x	xx	x	x	x	x	x	x	x	?	?	?
Q	x	xxx	xxx	x	?	?	xxx	x	xx	xx	?	?	?
Thc	xxx	xxx	xxx	xx	xxx	?	xx	x	x	xxx	xx	?	xxx

Összegezve:

A fentiek alapján a két Kollégium kategorikusan elutasítja azt az állítást, miszerint az ún. könnyű drogok nem okoznak egészségkárosodást, sőt arra hívja fel a figyelmet (bőséges szakirodalom alapján), hogy a szubklinikus károsodások miatt (pl. reakcióidő megnyúlása, ítélőképesség csökkenése) kifejezett veszélyt jelenthetnek környezetükre, mivel szinte valamennyi drog kedvezőtlenül befolyásolja a mindennapi életben olyan fontos figyelemműködést, reakció-időt valamint a rövid és hosszú távú memóriát. A fogyasztók a közlekedés aktív/passzív résztvevőjeként, veszélyes gépek irányítójaként közvetlen (akár súlyos) veszélyt jelenthetnek a társadalomra. A veszélyt fokozza, hogy az akut fogyasztói állapot diagnosztizálása sokkal nehezebb, mint az alkohol esetében (alkoholszonda, véralkohol).

A büntetőjog olyan cselekedeteket is szankcionál (ld. bukósisak viselés elmulasztása, a biztonsági öv használatának elmulasztása), melyekkel elvileg csak saját magát veszélyezteti az illető személy. Ehhez képest az ún. „könnyűdrog” fogyasztása jóval súlyosabb esemény, hiszen a fogyasztó megváltozott kognitív teljesítményei miatt nemcsak saját magára, hanem a társadalomra is veszélyt jelent (ld. közlekedés, disco-balesetek).

Az ún. „kemény drogok” (heroin, kokain) nemcsak azért sorolhatók a legveszélyesebb kategóriába, mert súlyosabb egészségkárosodást okoznak, hanem a szorosabb függőség miatt társadalmi veszélyességük még nagyobb (a drog megszerzésére irányuló kriminalitás stb.).”[64]

5.2.2. A Társaság a Szabadságjogokért Egyesület álláspontja

A Társaság a Szabadságjogokért nevű szervezet (TASZ) polgári pert indított a fenti jelentés nyilvánosságra hozatala érdekében. A pert megnyerték, az Egészségügyi Minisztérium az állásfoglalást így megküldte részükre.

A szervezet a két szakmai kollégium jelentését nem fogadta el. Kommentáruk szerint maga az állásfoglalás csalódást keltett mind szakmai színvonalában, mind tartalmában. A TASZ egyik munkatársa ismerte fel a szöveget, ami az abszolút tiltáspárti, ortodox álláspontot képviselő svéd *Thomas Lundqvist* egyik szaklapban publikált cikke.[65] Az egészségügyi tárca által saját hivatalos állásfoglalásaként közzétett anyagnak az a része, amely a kábítószerek kockázatairól szól, gyakorlatilag szó szerinti fordítása a svéd klinikai pszichológus írásának. A svéd orvos az enyhébb szerek legalizálását, az ártalomcsökkentő szemléletet elutasító szakember, az Európa a Drogok Ellen nevű szervezet tanácsadója. A TASZ úgy véli, az állásfoglalás nem alkalmas arra, hogy a jogalkotók számára iránymutatásként szolgáljon, ezért önálló tanulmánya kritikai elemzést nyújtott a kollégiumi állásfoglalásról és áttekinti a témával kapcsolatos nemzetközi szakirodalom eredményeit.

A TASZ- választanulmány legfontosabb megállapításai

- *Kannabisz és memóriaromlás:* Nem bizonyított, hogy a marihuána hosszú távú használata a gondolkodás, érzékelés és memória hasonlóan súlyos és maradandó károsodásával járna együtt, mint például a hosszú távú, intenzív alkoholfogyasztás;
- *Kannabisz és amotivációs szindróma:* bár előfordul, hogy a rendszeresen marihuána hatása alatt lévő személyek kevésbé motiváltak hétköznapi feladatok teljesítésére, a marihuánának nincsen olyan krónikus hatása, amely hosszú távon a motiváció és energia elvesztését okozná;

[64]A NeurológiaiSzakmaiKollégium és a Pszichiátriai Szakmai Kollégiumegyeztetett lláspontjaazEgészségügyi Minisztérium megkeresése alapján a különböző illegális pszichoaktív szerek egészségre való veszélyességét illetően. http://drogriporter.hu/files/drogriporter/pdfs/kollegium.pdf[Letöltés ideje: 2015. február 12.

[65] Lundqvist, Thomas: Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, vol. 8, no. 12, 2005, pp. 319–30.

- *Kannabisz és agyvérzés:* bár a kutatások száma ezen a területen csekély, rendkívül valószínűtlen, hogy a marihuána használata statisztikailag jelentős módon hozzájárulna az agyvérzés kialakulásához;
- *Ecstasy és agykárosodás:* az MDMA alkalmi használata nem vezet idegkárosodáshoz, a rendszeres használók körében is csupán rendkívül csekély károsodást lehet kimutatni a kognitív funkciókban;
- *Kockázat és veszély:* a droghasználat veszélyességét csakis a használat módjának és társadalmi környezetének, illetve a használó egészségügyi és szociális tulajdonságainak ismeretében lehet meghatározni: a különféle kockázati tényezők együttesen alkotják az adott szer használatának veszélyességét;
- *Szer- és rendszerspecifikus kockázat:* meg kell különböztetni a szer használatára önmagában jellemző kockázatot a szer használatának társadalmi és jogi szabályozásával összefüggő kockázattól;
- *Érzékelt és valós veszély:* a társadalom által észlelt és a tudományosan igazolható valós veszély között gyakran nagy különbség mutatkozik: számos olyan legális rekreációs tevékenység van, amely jóval veszélyesebb a legtöbb illegális szer használatánál;
- *Legális és illegális szerek:* a legnépszerűbb legális és illegális tudatmódosító szerek szerspecifikus ártalmainak tudományos színvonalú összehasonlító vizsgálatai rámutatnak, hogy a társadalmi kontroll formái és a drogok veszélyessége nincsenek összhangban;
- *Veszély és büntetés:* a szerhasználattal összefüggő ártalmak jelentős részét a represszív intézkedések nem csökkentik, hanem inkább növelik, a legális, kontrollált hozzáférhetőség minimalizálhatja az ártalmakat.

A TASZ- választanulmány konklúziói

Az egyes pszichoaktív szerek jogi szabályozása jelenleg nem az adott szer veszélyességének reális felmérésén, hanem a társadalomban élő, sokszor torzított veszélyképen alapul, így gyakran a drogpolitikai szabályozás önmagában is hozzájárul a szerhasználat veszélyességének fokozásához. Bár az állam jól felfogott érdeke, hogy minél kevesebb állampolgár vállaljon magas kockázatot, ezzel egyidejűleg életvédelmi kötelességei közé tartozik egy olyan szabályozási keret biztosítása, amely a már kockázatvállaló magatartásformát folytató személyek károsodásának minimalizálását szolgálja. Az illegális szerek használatától való büntetőjogi elrettentés helyett a korlátozott és kontrollált legális

hozzáférhetőség kialakítása jelent optimális jogalkotási opciót az illegális drogkereskedelem felszámolásához – és ezáltal a szerhasználat ártalmainak csökkentéséhez.

A TASZ- választanulmány javaslatai

Amennyiben az állam szükségét érzi annak, hogy a nagyobb kockázattal járó pszichoaktív szerek illegális terjesztői ellen a büntetőjogi szigor magasabb fokát alkalmazza, akkor gondoskodnia kell arról, hogy a szert rendszeresen használó népesség számára széles körben hozzáférhetőek legyenek egyrészről a szerhasználat felfüggesztését vagy minimalizálását célzó szolgáltatások, másrészt a szerhez vagy pótlékaihoz való legális hozzáférést biztosító fenntartó programok. Az illegális környezetben valóban igen veszélyesnek minősülő heroinhasználat esetében ez a Nyugat-Európában és Észak-Amerikában széles körben elérhető metadon fenntartó programok lefedettségének növelését, illetve a sikeresen és költséghatékonyan működő heroin fenntartó programok átvételét jelentené.[66]

5.2.3. Az egészségügyi miniszter reakciója a kollégiumi állásfoglalásra

Az ügyben pikáns részlet, hogy dr. Molnár Lajos egészségügyi miniszter levelet írt az eredeti jelentés készítőinek az alábbiak szerint.[67]

„Egészségügyi Minisztérium
Miniszter
1492-1/2007-0003 EGP
Prof. Dr. Bitter István úrnak
elnök
Pszichiátriai Szakmai Kollégium
SE Pszichiátriai és Pszichotherápiás Klinika
Budapest
Balassa út 6.
1083

Tisztelt Elnök Úr!

Ezúton tájékoztatom, hogy az előző egészségügyi miniszter kérésére készített, az egyes kábítószerek egészségügyi károsító hatására vonatkozó Pszichiátriai és Neurológiai Szakmai Kollégiumi állásfoglalást elfogadhatatlannak tartom. Véleményem szerint az állásfoglalás szakmailag erősen kifogásolható, és minősíthetetlen, hogy az külföldi szakértői anyagok szószerinti felhasználásával készült, mely akár szerzői jogokat is sérthet. Megengedhetetlennek tartom továbbá, hogy a jövőben a szakmai grémiumok a kérdést ne a társadalmi súlyának megfelelő komolysággal kezeljék.

[66] Sárosi Péter – Takács István: *Kockázatos szerek és veszélyes drogpolitikák*.TASZ Drogpolitikai Füzetek 8. TASZ, Budapest, 2007
[67] *Döbbenetes dokumentum! – Molnár Lajos miniszter levele egy szakmai kollégium elnökének.* http://www.gondola.hu/cikkek/52685 [Letöltés ideje: 2015. március 5.]

A fentiek alapján kérem a kiadott állásfoglalás haladéktalan írásbeli visszavonását, illetve az attól történő teljes elhatárolódást, és egyúttal kérem egy olyan új állásfoglalás kialakítását, amely illeszkedik a probléma társadalmi súlyához, erkölcsi, szakmai tartalma igazodik az európai normákhoz, és ami alkalmas az egészségügyi tárcához méltó drogstratégia kialakítására.

Budapest, január 19.

Tisztelettel:
Dr. Molnár Lajos”

5.2.4. Új szakértői vélemény

Végül Kéri Szabolcs, a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika munkatársa készített a Pszichiátriai Szakmai Kollégium (PSZK) elnökének felkérésére egy összefoglalót a tudományos eredményekről, amelyek a Kollégium és a TASZ között kialakult ellentét megértését, esetleg feloldását lehetővé teszik.

A munka két fő területre összpontosít:

1. Módszertani minőség szempontjából megvizsgált és ellenőrzött közlemények szisztematikus áttekintése és meta-analízise.
2. Agyi képalkotási és molekuláris biológiai vizsgálatok.

1. A „rekreációs” drogok hatása a kognitív működésekre: szisztematikus áttekintések és meta-analízisek

A kannabiszhasználat hosszú távú kognitív következményeinek áttekintése során a vizsgálatok 55%-a számolt be valamilyen szignifikáns neuropszichológiai eltérésről, a leggyakoribb a figyelem/munkamemória zavara volt (45%), ezt követték a motoros funkciók (38%) és a fokozott felejtés (35%). A szerzők legfontosabb következtetése az volt, hogy a rendelkezésre álló irodalom minősége nem teszi lehetővé a kannabisz reziduális neuropszichológiai deficitet okozó hatásának egyértelmű megállapítását. Ennek viszont az ellenkezője is igaz: a gyenge minőségű adatok miatt nincs lehetőség a károsító hatás egyértelmű kizárására sem.

A publikációk áttekintése után a szerző arra jut, hogy nem lehet tudományos pontossággal nyilatkozni a kannabiszhasználat hosszú távú neuropszichológiai következményeiről.

Az MDMA esetében a rövidtávú memória esetében jelentős deficitre utal az MDMA használók körében. A hosszú távú memória esetében és az információfeldolgozás sebességénél és a figyelemnél szintén volt szignifikáns eltérést, de ez a memóriánál

tapasztaltaknál kisebb mértékűnek bizonyult. Lehetséges, hogy az MDMA károsító hatása lépcsőzetesen függ az elfogyasztott adagtól.

Úgy tűnik, hogy az intenzív MDMA fogyasztók klinikailag szignifikáns memóriadeficitet mutatnak.

Egyesek szerint a kannabisz és az MDMA együttes használata fokozza a kognitív deficitet, mások ezt nem tudták megerősíteni, sőt állatkísérletekben a kannabinoidok blokkolták az MDMA neurotoxikus hatását. Az MDMA kognitív deficitet okozó hatása viszont konzisztens adatnak tűnik, különösen olyan személyek estében, akiknek a személyiségét impulzív vonások jellemzik. A World Psychiatric Association (WPA) pszichoneurobiológiai szekciójának állásfoglalása szerint az MDMA valóban negatív hatást gyakorol a memóriára és a végrehajtó funkciókra, amely absztinencia esetén is megmaradhat. Kannabisz esetében a hosszú távú hatások kevésbé egyértelműek, de elektrofiziológiai módszerekkel figyelemzavar kimutatható.

A szerző által ismertetett egyik vizsgálatban arról számoltak be, hogy bizonyos kognitív funkciók hosszú távú, gyakori kannabiszhasználat esetén hanyatlást mutatnak. Rövidtávú kannabiszhasználóknál (átlagos időtartam: 6,95 év, legalább a hét négy napján történő kannabiszfogyasztás) deficit mutatkozott a verbális memória, a szemantikus gördülékenység, a pszichomotoros sebesség és a végrehajtó funkciók terén. Hosszú távú használat esetében (15,6 év) a szerzők szerint a memóriadeficit kifejezettebb volt. Számszerűen ez valóban így van: a Rey-teszt késleltetett előhívási fázisában a kontrollszemélyek átlagosan 12,1, a rövidtávú kannabiszhasználók 9,3, a hosszútávú kannabiszhasználók 6,6 szót voltak képesek felidézni. Ez a mindennapi élet szempontjából is jelentős deficit, hiszen a krónikus használók a kontrollok teljesítményének csak 54%-át voltak képesek teljesíteni. A rövid- és hosszútávú használók között viszont nem volt szignifikáns különbség. Azt is figyelembe kell venni, hogy a vizsgálat résztvevői igen masszív kannabiszhasználónak minősültek, így ezek az adatok nehezen általánosíthatóak az alkalmi fogyasztókra.

2. A marihuána fogyasztás hatásának és kockázatának nyomon követése agyi képalkotási és molekuláris genetikai módszerekkel

Kutatások nem találtak egyértelmű bizonyítékot arra, hogy a marihuána strukturális agyi elváltozásokat okozna. A funkcionális vizsgálatok viszont az agyi aktivitás eltéréseit igazolták: krónikus kannabiszhasználóknál az absztinencia időszaka alatt a cortex globális aktivitása csökkent, a szer fogyasztását követően viszont fokozódott. Ez különösen érdekes, mert a szkizofrénia kognitív diszmetria elméletében pontosan ezek a területek szerepelnek: a

fronto-cerebellaris körök fontos szerepet töltenek be az információfeldolgozás koordinálásában.

Kognitív feladatok alatt kannabiszhasználóknál az agyi aktiváció kisebb volt a nem használókhoz viszonyítva, sőt néhány vizsgálatban az agyi aktivitás mintázata különbözött a szerhasználók és a kontrollszemélyek között. Ez ismételten hasonlít a szkizofréniában tapasztaltakhoz. Kimutatták például, hogy a figyelmi szabályozást végző agyi hálózat reorganizálódik kannabiszhasználóknál, különös tekintettel a fronto-parietalis rendszerre és a cerebellumra. A megváltozott agyi aktivitásmintázat valószínűleg adaptív jellegű.

Átfogó vizsgálatok meta-analízisei szerint az fiatalkori marihuánafogyasztás mintegy kétszeresére növeli a szkizofrénia kialakulásának kockázatát, amely egyike a legsúlyosabb mentális zavaroknak. Egyesek szerint a kannabisz által okozott és a szkizofréniát kísérő kognitív eltérések hasonlóak. Más kutatók fiatal személy (15–18 év) prospektív vizsgálatát végezték el. Huszonhat éves korra a szkizofreniform zavar előfordulása a teljes mintában 2–5% között változott. Ezzel szemben a val158val COMT genotípusú személyek közel 15%-ánál volt a betegség megállapítható abban az esetben, ha fiatalkori marihuánahasználat is jelen volt. E nélkül a betegség előfordulása 2% körülinek bizonyult. Az önbeszámolón alapuló hallucinációk és téveszmék gyakorisága a val158val COMT genotípusban marihuánafogyasztás esetében 30–40% között változott, amely kb. négy-hatszorosa a marihuánát nem fogyasztók értékének. Az adolescenskori marihuánafogyasztás tehát genetikai sérülékenység esetében jelentősen fokozza a későbbi pszichózis kialakulásának kockázatát. A vizsgálat erőssége a nagy és gondosan dokumentált minta, a magas színvonalú statisztikai analízis, valamint a molekuláris genetikai tényezők figyelembe vétele.

Más kutatók a marihuánafogyasztás következményeit vizsgálták 33 pszichiátriai betegség miatt kezelt egyetemistánál. Tizenheten legalább heti egy marihuánás cigarettát elszívtak az elmúlt fél év során. A rendszeres marihuánafogyasztók magasabb pontszámot értek el a szkizotípiás jegyeket vizsgáló skálán, vagyis esetükben több bizarr gondolati tartalom, viselkedési és kommunikációs anomália, szociális deficit és érzéktorzítás volt megfigyelhető. Nagy felbontású EEG-mapping technika segítségével azt találták, hogy a marihuánafogyasztók esetében az idegsejtek koherens működése károsodott volt. Szignifikáns korreláció mutatkozott a szkizotípiás jegyek súlyossága, az agyi oszcillációk zavara és a marihuánafogyasztással töltött évek száma között. A vizsgálat erőssége a magas szintű technika, a marihuánafogyasztás, a pszichopatológiai eltérések és az agyi deficit közötti összefüggés kimutatása, és a minta gondos kiválasztása. E tekintetben a munka mintaértékű, ezért is került ismertetésre. A vizsgálat hátránya a kis esetszám.

3. A pszichoaktív szerek hatása a motiváció és a jutalomérzékenység szabályozásában részt vevő agyi régiók sejtjeinek génexpressziójára

A géneket hajlamosak vagyunk statikus entitásként kezelni, amelyek determinisztikusan vonásokat határoznak meg. Ez azonban nem így van. A gének kifejeződését számos környezeti tényező befolyásolja, amelyek közül a pszichoaktív szerek különös jelentőséggel bírnak: az agy motivációval és jutalomérzékenységgel kapcsolatos régióiban és a tanulásban fontos központokban számos gén átírását drasztikusan megváltoztatják. Ezek a változások hozzájárulhatnak a függőség, a tolerancia, a szenzitizáció és a sóvárgás jelenségeihez.

A VTA dopaminerg szignálja szerepet játszik a jutalmazással és a motivációval kapcsolatos folyamatokban. A kokain és az amfetamin-származékok dopamin felszabadulást váltanak ki a VTA-accumbens szinapszisokban, de a dopaminerg jelet modulálja a kannabisz és a nikotin is.

A krónikus kokain- és ópiát-adagolás anhedoniához, a motiváció csökkenéséhez vezet. Különösen érdekes a krónikus szerhasználatot követően a drog elhagyását követő elégedetlen, nyugtalan, szorongó hangulattal és sóvárgással állhat kapcsolatban.

4. Zárszó: a klinikus megjegyzései

Mintegy hat éven át, a dél-magyarországi régióban olyan fiatalokkal foglalkoztam, akik súlyos mentális zavarok tekintetében nagy kockázatúnak minősültek, például a szkizofrénia prodromális fázisának tüneteit mutatták. Egy év alatt a páciensek közel 40%-ában alakult ki a szkizofrénia teljes tünettana. A páciensek 34%-a heti rendszerességgel fogyasztott „rekreációs” drogokat, főleg marihuánát és Ecstasy-t. Ebben a prodromális tünetek öngyógyító kísérlete szerepet játszhatott, mivel egyes személyeknél a drogok valószínűleg képesek oldani a szkizofrénia negatív tüneteit. Sajnos azonban a drogfogyasztóknál sokszor váratlanul és különös intenzitással tört ki a pszichózis, hallucinációk, téveszmék és súlyosan dezorganizált viselkedés formájában, elindítva a szkizofrénia kórfolyamatát, amely sokszor visszafordíthatatlan törés, egzisztenciális tragédia egyénnek és családnak.

Aki a drog mellett dönt, kockázatot vállal: a függőség, a társadalmi elidegenedés és perifériára sodródás, a testi betegségek, sőt a súlyos pszichózis kockázatát. A biztonságos drogpolitikának a döntést kell segíteni odafordulással, megértéssel, támogatással és az információ elérhetővé tételével. Érdekes módon az egyik legmeggyőzőbb tudományos bizonyíték, amely még a szigorú Cochrane elvárásait is teljesítette, ezen a téren érhető el. A

drogfogyasztás megelőzésének, illetve az alkalmi fogyasztóból függővé válás megakadályozásának egyik leghatékonyabb módszere az iskolai felvilágosítás és készségfejlesztés: hogyan álljunk ellen a társak csábításának, mit kell mérlegelni a döntések meghozatalakor, milyen hatásai is vannak a drogoknak. A módszer tehát magában foglal készségfejlesztést, affektív áthangolást és tudásmegosztást is. Reményemet tudom kifejezni azzal kapcsolatban, hogy a közeljövőben hazánkban is hasonló szisztematikus programok elérhetőek lesznek, és ezek színvonala és hatékonysága el fogja érni az európai normákat.[68]

5.2.5. Prof. Dr. Rácz József Szakértői véleménye a Neurológiai és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2005. október 13-án kelt állásfoglalásáról

„ … Ad 1. Bár a fenti szempontok figyelembevétele után nem szükséges hangsúlyozni, mégis érdemes megemlíteni, hogy a felkérés nem szakirodalmi összefoglalás (review) készítésére szólt. A szakirodalmi összefoglaló műfaja merőben más, mint egy döntés-előkészítést szolgáló anyagé. Legjobban azzal lehet a különbséget jellemezni, hogy míg a szakirodalmi összefoglalás megengedi, sőt sok esetben megköveteli a „ha", „lehetséges" és a „további kutatásokra van szükség a kérdés megválaszolásához" típusú kijelentéseket, addig egy döntés-előkészítést szolgáló anyagnak olyan állításokat kell tartalmaznia, melyek alapján a döntés megszülethet. Egy feltételes módban megszületett állásfoglalásra nehéz döntést alapozni. Ugyanakkor a szakértői anyag meghatározhat olyan időintervallumot, ami után a kérdés ismételt áttekintését javasolja – ahogy ez a szakmai protokollok esetében is jól bevált szokás.

Ad 2. A kábítószerekkel kapcsolatos kockázatelemzés inherens módon tartalmaz egy „torzítást" (bias): a súlyosabb – bár, esetenként ritkább – következmények felülértékelését. Ha kockázatokról van szó, akkor előnyt élveznek azok a publikációk, melyek kockázatokat megállapítanak, míg azok, melyek ilyet nem állapítanak meg, a súlyozásban hátrébb kerülnek. Ha egy kábítószer kockázatát kell megítélni, akkor a kockázatot tartalmazó, kísérletes, klinikai vagy epidemiológiai kockázat nagyobb hangsúlyt kap, mint az a publikáció, ahol ilyet nem találtak, vagy ilyet kizárható módon nem állapítottak meg. Nem szabad elfeledkezni arról sem, mint azt a hivatkozott WHO (2000) és EMCDDA (1999) dokumentumok is tartalmazzák új vegyületek esetében, hogy a kontrollálásnak is vannak kockázatai.

[68] Kéri Szabolcs: *Tudományos evidenciák a pszichoaktív szerek hatásaival kapcsolatban: biztonságos drogpolitika és kockázatos drogfogyasztás*. Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest, 2007. Elérhető: http://drogriporter.hu/files/drogriporter/A_pszichoakt__v_szerek_Keri.doc [Letöltés ideje: 2015. március 6.]

Ad 3. A bizonyítékok összegyűjtése minimálisan lektorált (peer-reviewed) folyóiratokban megjelent, meta-analízist vagy szisztematikus szakirodalom-elemzést tartalmazó publikációk figyelembevételével kell, hogy történjen (lásd a hivatkozott ESZCSM, é.n. dokumentum).

Az előzőek előrebocsátásával tartom lehetségesnek az Állásfoglalás szakmai értékelését!

Az Állásfoglalás szakmai tartalma, döntéselőkészítő szerepe

Az állásfoglalás négy oldal terjedelmű, amit 83 szakirodalmi hivatkozás egészít ki. Az Állásfoglalás alapvetően a dokumentum elkészítésének évében publikált szakirodalmi összefoglalóra épít (Lundqvist, 2005), amely a „*Pharmacology, Biochemistry and Behavior*" című, lektorált, 1,97 impakt faktorú lapban jelent meg. A folyóirat többek között szerepel a Medline, az EMBASE és a BIOSIS adatbázisában. A folyóirat scientometriai jellemzői nagy garanciát adnak arra vonatkozóan, hogy a benne közölt tanulmányok a nemzetközi tudományos közösség tudományos elvárásainak megfelelnek. A szakirodalomban azonban a hivatkozott műveknél magasabb evidencia-szintű tanulmányok is találhatók a kannábisz-használat vonatkozásában, igaz, igen kis számban (Gonzalez és mtsai, 2002; Grant és mtsai, 2003). Az Állásfoglalás kialakításakor célszerű lett volna ezek eredményeit is beemelni a diszputált tapasztalatok közé.

Véleményem szerint a 83 irodalmi hivatkozást felsorakoztató Állásfoglalás alkalmas arra, hogy a kábítószerek (esetenként egyes pszichoaktív anyagok) egészségkárosító és egyéb kockázati hatását komplex módon érzékeltesse. Megítélésem szerint az Állásfoglalásból kiviláglik, hogy a kockázatelemzés – miként azt a WHO (2000), az EMCDDA (1999) vagy az amerikai kockázatelemző szisztéma (College on Problems of Drug Dependence, 2003) is megállapítja – komplex, több diszciplinát érintő feladat, aminek a két kollégium csak kompetencia körében képes állást foglalni. Ezt a kollégiumok Állásfoglalása is leszögezi. Ez a döntéshozó számára azt jelenti – bár nem feladatom ennek értelmezése -, hogy más szakmák képviselőit is fel kell kérnie a kérdéssel kapcsolatos végleges állásfoglalás kialakítására.

Néhány megjegyzés az Állásfoglalásban idézett vizsgálatok interpretációjához. Az Állásfoglalásban a neuropszichológiai kutatási adatok dominálnak, sokkal kisebb teret engedve a pszichiátriai, addiktológiai, agy akár népegészségügyi, szociológiai vonatkozásoknak. Háttérbe szorul a kábítószerek abúzust és dependenciát okozó hatása. Ebből adódóan elég furcsa helyzet áll elő; példaként nézzük a következőket: „A krónikus kokain használat is károsítja a figyelmi funkciókat, valamint a tanulás hatékonyságát. Megváltozik a reakcióidő és a kognitív flexibilitás." Bizonyára így van, a kokain-használat mégsem ezek miatt a – talán – leginkább kockázatos droghasználat. Vagy ezt az idézetet is tekinthetjük: „A heroin függőség negatív hatással van többek között az impulzus kontrollra."

Ez is biztos, hogy így van, de nem ez a heroin-használat legerősebb „ellenérve". A heroin-használatnak pusztán csak a pszichiátriai vonatkozásai (abúzus, függőség, kockázati magatartások) messze meghaladják az impulzuskontrollra kifejtett hatás következményeit, hogy a népegészségügyi kockázatokról ne is beszéljünk. Ugyanakkor, az Állásfoglalás is hangsúlyozza, hogy „Az un. 'kemény drogok' (heroin, kokain) nemcsak azért sorolhatók a még veszélyesebb kategóriába, mert súlyosabb egészségkárosodást okoznak, hanem a szorosabb függőség miatt társadalmi veszélyességük még nagyobb".

Az Állásfoglalás kockázatelemzésének konceptuális háttere

Mint a szakértői véleményem elején is hangsúlyoztam, a kockázatelemzés a kockázatokkal foglalkozik, nem hagyva figyelmen kívül a kontrollálás kockázatait sem. Az Állásfoglalás miközben elutasítja az egy szempontra redukált kockázatelemzést (fiziológia vagy biológiai hatás), a felsorakoztatott vizsgálatok azt a képet sugallják, mintha mégis e hatások felelnének kizárólagosan egy-egy szer – illetve szerhasználat - kockázatosságáért. Könnyen támadhat az olvasóban az a benyomás is, hogy ami illegális, az kockázatos is: holott a kontrollált (és nem „tiltott") szerek közé az Állásfoglalásban is emlegetett morfin is beletartozik, sőt egyes országokban a heroin is (lásd heroin-fenntartó kezelések), hogy csak néhány példát idézzek. Ezért nehezen értelmezhető az Állásfoglalás „feketepiaci" (orvosi morfin, metadon, kodein, hidrokodin, altató- és nyugtatóhasználatra vonatkozó) kitételei: az olvasó azt hiheti, hogy e szerek csak a „feketepiacon" rendelkeznek ilyen tulajdonságokkal, egyébként azonban nem. Pontosabb lett volna a megfogalmazás, ha orvosi indikáció és kontroll nélküli használatról esett volna szó. Nem szerencsés a „kemény" és a „könnyű" szer még idézőjeles használata sem.

Nehezen értelmezhető a kannabinoidok orvosi felhasználásáról szóló rész, pontosabban a „cannabis származék" kifejezés. Miközben több gyógyszer tartalmaz szintetikus THC-t vagy ilyen aktív hatóanyagtartalmú kivonatot (Marinol – Unimed/Solvay, Sativex - GW Pharmaceuticals/Bayer), amelyek forgalomban vannak pl. az Egyesült Államokban (csak a Marinol, Sativex: kísérleti fázis), Kanadában, Angliában és Spanyolországban, az igaz, hogy a kannábisz (THC) medicinális felhasználása nem közvetlenül a kannábisz-növény fogyasztását, vagy füstjének belégzését jelenti. Tehát, ténylegesen nem a növényt, hanem a hatóanyagot alkalmazzák. Az Állásfoglalás ugyanakkor az irodalomjegyzékben megemlíti a „Cannabis-based medicines" címszó alatt a Sativexet gyártó GW Pharmaceuticals-t. A Cochrane Library is tartalmaz egy összefoglalót a kannabisz medicinális használatáról (Lutge, 2003). Véleményem szerint ebben semmi különös nincs, hiszen jó néhány kábítószer orvosi alkalmazása is jól ismert.

Az Állásfoglalás értékelése a bizonyítékokon alapuló medicina szabályai alapján

A pszichoaktív-szerek kockázataival kapcsolatos, magas evidencia-szintű közlemények száma csekély (PubMed, BMJ Clinical Evidence, Cochrane Library). Ezért nehéz feladat a sok közleményből a nagy esetszámú és vagy megfelelően szigorú módszertanú publikációk kiválogatása; minden válogatásból kimarad valami. Ezért is tartottam fontosnak elöljáróban leszögezni, hogy az Állásfoglalás műfaja nem a szakirodalmi összefoglalás (különösen nem a szisztematikus összefoglalás), hanem egy döntés-előkészítést segítő, a szakterület jeles művelőinek véleményét tükröző dokumentum.

Az Állásfoglalás 83 irodalmi hivatkozás, köztük szakirodalmi összefoglalások (review-k) alapján széleskörűen áttekinti – elsősorban neuropszichológiai vizsgálatok alapján – a kábítószerek által okozott kockázatokat. Az Állásfoglalás végén közölt táblázat kitér a szerek többtényezős kockázataira, amint azt a WHO (2000) is ajánlja.

A táblázat összeállításánál azonban célszerű lett volna irodalmi hivatkozásokat szerepeltetni. A felsorolt kábítószerekkel (és más, pszichoaktív szerekkel) kapcsolatban az irodalomjegyzékben – a címek alapján – három olyan közleménnyel találkoztam, melyek a hosszútávú pszichiátriai (pl. függőség!), népegészségügyi, szociológiai vagy kriminológiai következményekkel foglalkoztak, miközben a táblázat 13 szempontja közül 7 foglalkozik ezekkel (4., 5., 6., 10., 11., 12., 13.). Ez alapján feltételezem, hogy itt a két kollégium tagjai klinikai tapasztalatait vették figyelembe – amit megkérdőjelezni nincs jogom, csak jelzem, hogy a bizonyítékokon alapuló megközelítés szempontjából ennek az evidencia szintje nem túl magas. A táblázattal ugyanakkor sikerült bemutatni a kábítószerek (és egyes más, pszichoaktív szerek) hatásainak komplexitását, elkerülve az Állásfoglalás bevezetőjében is felemlített leegyszerűsítést, hogy pusztán a fiziológiai hatások alapján lehetséges lenne a szerek osztályozása, egészségkárosító hatásuk megállapítása."[69]

5.2.7. További tudományos vizsgálatok eredményei

A legfrissebb kutatások a marihuánafogyasztás rövid- és hosszútávú károsító hatásaival kapcsolatban eléggé ijesztő képet festenek. Egy magyar többségű nemzetközi kutatócsoport a *Nature Neuroscience* tudományos folyóiratban tette közzé kutatásának eredményeit. Eszerint a rendszeres füves cigizés, szemben az orvosi célú marihuánafogyasztással, drámai módon csökkenti az agy finom szabályozását biztosító molekulák mennyiségét: a kutatókat sokkolta, ahogyan a THC valósággal lesöpörte a kulcsfontosságú fehérjéket az idegvégződésekről.

Az utóbbi években kiderült, hogy az úgynevezett endokannabinoid jelmolekulák – amelyek hatásukban a marihuána aktív hatóanyagához, a THC-hoz hasonlítanak – kulcsfontosságúak

[69] Rácz József: Szakértői vélemény a Neurológiai és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2005. október 13-án kelt állásfoglalásáról. Kézirat, Budapest, 2005.

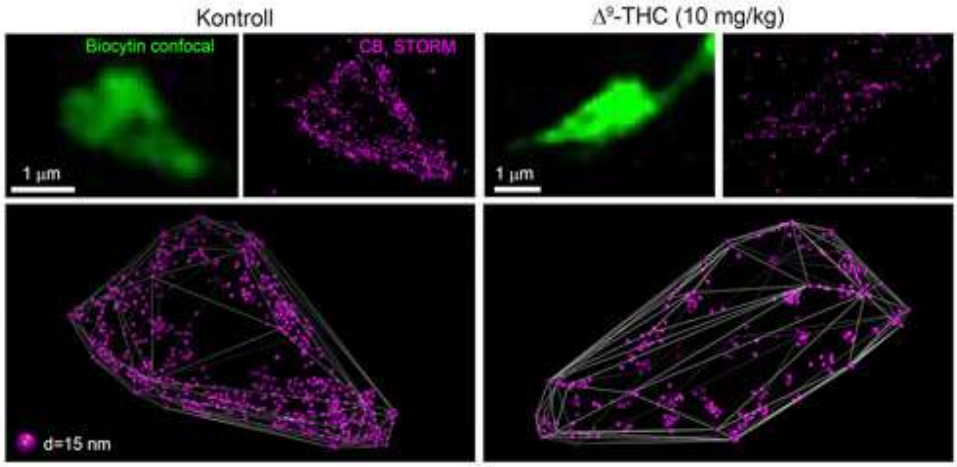
az idegsejtek közötti kétirányú kommunikációban. *Katona István* és kollégáinak legújabb eredménye szerint a füves cigi igen durván avatkozhat bele az idegsejtek kommunikációjának szabályozásába.
Katonáék minden korábbinál részletesebb mikroszkópos felvételein látható, hogy 6 napig tartó THC-kezelés hatására drámai módon, kb. 85 százalékkal csökkent az endokannabinoid molekulákat fogadó antennák (CB_1receptorok) száma az idegsejtek kapcsolódását biztosító úgynevezett szinapszisokban.

A receptorok száma csak meglepően lassan áll vissza. A hatnapos, élvezeti szinttel (100 ng/ml) történő kezelés után 11 napnak kellett eltelnie az 50 százalékos javulásig, de a teljes helyreállás 6 hetet vett igénybe. Katonáék ezt – tekintve a legnépszerűbb európai fesztiválok hosszát – rockfesztivál-paradigmának nevezik.
Az amerikai Egészségtudományi Kutatóintézet (National Institute of Health) munkájának köszönhetően néhány éve ismert, hogy a tartósan nagy THC-koncentrációjú füvet szívó emberekben tapasztalható káros mellékhatások, például a tanulási képességek romlása mögött a CB_1 receptorok szintjének általános csökkenése áll.

Az új mikroszkópos módszerek nélkül azonban eddig nem volt rá lehetőség, hogy kiderítsék, pontosan honnan tűnnek el a receptorok, azaz melyik idegsejtekről és az idegsejtek melyik részéről, illetve azt sem tudták, mennyi receptor tűnik el. Ez azért fontos, mert ezek az információk segítenek megérteni, hogy mely élettani folyamatok károsodhatnak a krónikus marihuánafogyasztókban, és milyen jelenségekre kell az orvosoknak felkészülniük, hogy a sajnos egyre nagyobb mennyiségű THC-t tartalmazó kannabisz-származékok terjedésével párhuzamosan egyre gyakrabban kórházba kerülő pácienseket – például pszichózis miatt – kezelni tudják.

Katona István szerint őket és külföldi kollégáikat is sokkolta, hogy ilyen erőteljes hatást találtak molekuláris szinten: korábban senki nem számított rá, hogy ez a szakirodalomban standard modell, amely igazából még a ’90-es években volt jellemző, mindössze 3-4 százalékos THC-tartalmú termékekre lett optimalizálva, és szinte teljesen lesöpri a kulcsfontosságú szabályozó fehérjéket az idegvégződésekről. Szerinte az egyre terjedő legalizáció során – amely a szabályozás lehetőségével talán kordában tud tartani egyes negatív folyamatokat – rendkívül komolyan kellene venniük a döntéshozóknak, hogy milyen THC-tartalommal engedélyezik a kannabisz-származékok használatát.

7. számú ábra: **A receptorok eltűnése a THC kezelés hatására**



Az agy hippocampus nevű, többek közt az emléknyomok rögzítésében nélkülözhetetlen szerepet betöltő területén jelöltek meg egyedi idegsejteket, ezek idegvégződései zöld színnel tűnnek fel az ábrán. A végződések felszínén STORM szuperrezolúciós mikroszkópiás eljárással vizsgálták a kannabinoidreceptor-fehérjék elhelyezkedését olyan egerekben, amelyek a kísérletet megelőző 6 napon kontroll-, illetve THC-tartalmú injekciókat kaptak. A THC a marihuána legfőbb pszichoaktív komponense, az injekciókban alkalmazott koncentráció elegendő volt a vér emberi marihuána fogyasztásnak megfelelő THC-szintjének eléréséhez. Ismert, hogy ez a dózis hozzászokást és a kognitív képességek csökkenését váltja ki mind kísérleti állatokban, mind emberekben. A 3 dimenzionális ábrázolásban megfigyelhető, hogy míg a kontrollmintákban az 1-es típusú kannabinoid receptorok (lila pontok) nagy mennyiségben borítják az idegvégződés felszínét, a THC-injekciók után a receptorok mennyisége drámai módon lecsökkent, és a megmaradó receptormolekulák is az idegvégződés felszínéről a sejten belüli térbe vándoroltak. Ebből arra következtetnek, hogy a kezelés hatására nem marad elegendő receptor az agy saját, belső kannabinoid jelátvivő rendszerének normális működéséhez, és ez a jelenség állhat a csökkent kognitív képességek hátterében.

A kannabisz több ezer éves gyógynövényünk, és számos betegség, például multiplex szklerózis esetén néhány országban kis dózisban már engedélyezik a terápiás célú THC-fogyasztást. Katonáék ezért megvizsgálták a tízszeres hígítású, azaz terápiás koncentráció (10 ng/ml) hatását is. Ebben az esetben a receptorok száma csak 16 százalékkal csökkent, ami

összhangban áll azzal a megfigyeléssel, hogy ekkora dózisban a kannabisz-fogyasztásnak általában nincsenek pszichotikus mellékhatásai.[70]

4.3. Marihuána függőség következményei a párkapcsolatokban

A függőségek miatt leginkább az intimitás sérül a kapcsolatban, mert a függő érzelmileg sokszor nem hozzáférhető a párja számára: időnként testileg és lelkileg is kivonul a kapcsolatból. Mivel teljesen más tudatállapotban van, mint „józan" társa, így az összehangolódás, egymás megértése szinte lehetetlenné válik. Az esti együttlétek és jóleső beszélgetések így elmaradnak. Erős indulatokat ébreszt, ha valaki ennyire hozzáférhetetlennek érzi párját.

A beszerzés fontossága a függő számára szintén központi kérdés. Ennek érdekében akár képes lehet az egész családot háttérbe helyezni, bárhonnan bármikor elindul a beszerzésre, legyen az családi program vagy nyaralás. A család többi tagja úgy érezheti, hogy cserbenhagyták őket. Mintha a fű beszerzése is azt szolgálná, hogy kivonuljon a családból, is saját független időre tegyen szert.

A szívás rítusa során a függő ismét kivonul a saját kis szertartásával a családi életből. 15-20 perces eltűnések szabdalják a napot, ezalatt fokozódnak a józan partnerben a negatív érzelmek és indulatok. Már tudja, mire számíthat, ha visszajön.

A használat és nem használat közötti hangulatingadozásokat nehéz elviselni. Hol agresszív, hol kedves és közeledik, egyszer pörög, másszor elcsendesedik. Napi szinten is elég változó és kiszámíthatatlan lehet a hangulat. Hosszú távon felismerhető lesz a ismétlődő mintázat, ettől azonban nem válik könnyebbé a hullámzás elviselése.

A fű aszexuális életre is kihathat negatívan: vagy elalszik a szívó, mielőtt a párja ágyba kerül, vagy máskor szeretné, vagy egyszerűen „nem működik" az ágyban.

Hogyan tudna kapcsolódni egy gyerekhez? A gyerekeknek arra van szükségük, hogy a szülő észrevegye és kielégítse a szükségleteiket, figyeljen rájuk. Kérdés, hogy kettesben lehet-e

[70] Katona, István et al.: Cell-specific STORM super-resolution imaging reveals nanoscale organization of cannabinoid signaling. *NatureNeuroscience*, no.18, 2015, pp. 75–86.

hagyni őket, mikor beszívott. Ahogy a gyerekek egyre nagyobbak lesznek, az is felmerül, hogy mit tudhat a gyermek a szülő szerhasználatáról: mi van, ha meglátja, megérzi, rákérdez? Nehezíti a helyzetet, hogy a füvezés illegálisnak számít Magyarországon, ezért kevésbé lehet róla nyíltan beszélni, mint például az alkoholról.

A szívás a függőséggel kapcsolatos játszmákat is aktiválhatja, ahol a szerepek leosztódnak Üldözőre, Megmentőre, Balekra és Összekötőre. Ezekről a szerepekről *Eric Berne* alkoholistajátszma-leírása kapcsán olvashatunk, de a marihuána-függőség esetében is megállják a helyüket. A párok különböző módon próbálják megoldani a helyzetet, ezért könnyen belecsúsznak ezekbe a szerepekbe, melyeknek a hatékonysága azonban csekély.

- *Üldöző:* szidja, fenyegeti, számon kéri, elkobozza, eltiltja. Ezzel azonban gyerekszerepbe helyezi, ráadásul erősíti a szívóban a „rossz vagyok" sémáját és a szégyent, aminek hatására fokozódhat a fogyasztás.
- *Megmentő:* kimenti, babusgatja, kifizeti az adósságait, betelefonál a munkahelyére, átvesz tőle szerepeket, esetleg együtt szív vele. Ezzel átvállalja a függőtől a felelősséget, aki nem szembesül tettei következményeivel. Az együtt-szívás a „megmentőt" is bajba sodorhatja.
- *Balek:* mindent eltűr, a durvaságokat is, pénzt ad a drogra, a helyzetért önmagát vádolja. Ezzel sajnos feljogosítja társát olyasmire, ami nem elfogadható, és önmagát is veszélyezteti.
- *Összekötő:* beszerzi az anyagot, ezzel próbálja szabályozni a fogyasztást. Csakhogy valójában nem tudjuk kontrollálni a másik fogyasztását, bármennyire is szeretnénk.

Érdemes arra törekedni, hogy kiszálljunk ezekből a szerepekből, és az egész függő-játszmából. A függőség megértése és a megbocsájtás hatására képessé válhatunk arra, hogy szeretetteljesen szembesítsük párunkat a helyzettel. Végül pedig el kell fogadnunk, hogy mi nem tudunk segíteni, de mellette lehetünk, anélkül, hogy átvállalnánk a felelősséget vagy elfogadnánk, ami elfogadhatatlan. Erősítsük pozitív énképét, a szeretetteljes oldalát.[71]

[71] Pintér Judit Nóra – Cserny Virág: *A füvezés kikezdi a párok intimitását.* http://tarsam.blog.hu/2015/01/28/a_fuvezes_kikezdi_a_parok_intimitasat [Letöltve: 2015. március 23.]

6. Keresletcsökkentés

A kábítószerek iránti kereslet csökkentése az a terület, ami talán hosszútávon a legtöbb eredménnyel kecsegtet drogterületen. A kínálatcsökkentés szükséges tevékenység, nélküle vélhetően méginkább elharapózna az illegális szerekkel való visszaélés, azonban valódi, kézzel fogható eredményt kár várnunk tőle. Minden elfogott terjesztő helyére új áll, minden lefoglalt szállítmányt pótolnak. A kábítószer bűnözés, ahogyan a szervezett bűnözés más ágai is, idomul a bűnüldözéshez. Az ártalomcsökkentés során a legtöbb esetben már olyan fogyasztókat látnak el a szakemberek, akik soha nem fognak megszabadulni a kábítószer okozta rabságból.

Így a keresletcsökkentés az a terület, ahogy valódi eredményeket érhetünk el. Hosszú távon mindenképpen.

6.1. A korábban kialakult megközelítés a drogprevenció [72] kapcsán

Megelőzés három fő vetülete:

1. Kínálatcsökkentés /a drogok hozzáférhetőségének korlátozása/
2. Keresletcsökkentés /fogyasztók, vagy lehetséges fogyasztók körében a kábítószerek iránti igény csökkentése, vagy az elutasítás erősítése/

---

[72] Tág értelmezésben a prevenció olyan tervezett beavatkozás, melynek célja a drog- és alkoholfogyasztás társadalmi és környezeti befolyásoló tényezőinek megváltoztatása, beleértve a droghasználat elkezdésének megakadályozását és a gyakoribb használat kialakulásának megelőzését a veszélyeztetett populációkban. A prevenciós beavatkozások irányulhatnak az átlagpopulációra, mint például az általános tájékoztató és oktató jellegű tömegkommunikációs kampányok, közösségi kezdeményezések, és iskolai programok, melyek általánosan a diákságot, fiatalokat célozzák meg. Emellett a prevenciós programok irányulhatnak veszélyeztetett csoportokra is, mint például az utcagyerekek, iskolából kimaradó fiatalok, droghasználók gyermekei, bűnelkövetők,stb. A prevenciós tevékenység lényegében a következő elemekre koncentrál: Figyelemfelhívás, információátadás/oktatás a drogokról és a droghasználat káros egészségügyi és társadalmi hatásairól, a drogellenes normákat és a droghasználatot ellenző szociális magatartás támogatása;

Képessé tenni az egyéneket és csoportokat, hogy olyan személyes és életvezetési készségeket sajátítsanak el, melyek segítségével drogellenes attitűdöt alakítanak ki és elkerülik a droghasználó magatartást; Támogató környezet és egészségesebb, produktívabb, drogoktól mentes életstílus elősegítése.

FORRÁS: DEMAND REDUCTION: A GLOSSARY OF TERMS (ODCCP STUDIES ON DRUGS AND CRIME: GUIDELINES) KÉZIRAT, NEW YORK, 2000. AZ ENSZ KIADVÁNYA

3. Ártalomcsökkentés /a már kialakult kábítószer-használat, vagy hozzászokás mellett a különféle ártalmas következmények elhárítása/

A megelőzés három szintje:

- Elsődleges – valamilyen betegség vagy kóros állapot keletkezését, oki kialakulási feltételeit igyekszik megakadályozni;
- Másodlagos – azoknál, akik már a betegség vagy kóros állapot felé haladnak, kockázati tényezőket hordoznak, veszélyeztetettek;
- Harmadlagos – a már megbetegedettek állapotának stabilizálása, további romlás megakadályozása, szövődmények kialakulásának meggátlása/rehabilitáció.[73]

6.2. A legújabb megközelítések

Jelenlegi drogprevenciós megközelítések Európában A drogprevencióval kapcsolatban széles körben élő feltételezés (elsősorban a laikusok körében), hogy az nem jelent mást, mint a fiatalok tájékoztatását (általában figyelmeztetését) a droghasználat (többnyire káros) következményeiről. A prevenciót gyakran egyenértékűnek tartják a (tömegkommunikációs) kampányokkal. Ugyanakkor jelenleg semmilyen bizonyíték nem támasztja alá azt, hogy az egyszerű információátadás bármilyen hatást gyakorolna a szerhasználati szokásokra, vagy, hogy a tömegkommunikációs kampányok költséghatékonyak lennének. Valójában a prevencióval kapcsolatos legnagyobb kihívás a fiatalok segítése abban, hogy hogyan alakítsák viselkedésüket, képességeiket és jóllétüket egy olyan rendkívül bonyolult hatásrendszer közegében, amely magában foglalja a társadalmi normákat, a kortársakkal való interakciót, az életkörülményeket, valamint saját személyiségük jellemvonásait. Ez a nézet tükröződik a jelenlegi drogprevenciós megközelítésekben is.

Prevenciós megközelítések:

1. az általános prevenció a készségeket, a kortársakkal folytatott interakciókat és a társadalmi életet;
2. célzott prevenció a szociális– és életkörülményeket;
3. javallott prevenció az egyéni, személyes jellemvonásokat és a pszichopatológiai folyamatokat állítja a középpontba;

[73] Buda Béla: A drogmegelőzés elméleti alapjai, NDI, KEF módszertani anyagok, A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet kiadása, Budapest, 2002. 25. o.

4. Ezen felül vannak ún. környezeti prevenciós stratégiák, amelyek a legális és illegális szerek fogyasztását meghatározó társas, kulturális és formális (pl. jogi) normákkal foglalkoznak; [74]

A prevenciós stratégiák jelenlegi osztályozása a beavatkozás célcsoportjának veszélyeztetettségén alapul. Az általános, célzott és javallott prevenció külön csoportokba sorolásának alapját a célpopuláció veszélyeztetettségének becsült mértéke adja.
Az általános prevenció esetében az a feltételezés, hogy a populáció egésze ugyanannak az általános kockázatnak van kitéve, jóllehet, ez a kockázat valójában egyénenként jelentősen különbözhet.

A célzott prevenció esetében a szocio-demográfiai indikátorok alkalmasak arra, hogy megközelítőleg jelezzék az adott csoport kitettségének magasabb mértékét. Ez teszi lehetővé olyan célcsoportok definiálását, mint a marginalizált etnikai csoportok, a leromlott lakókörnyezetekben élő fiatalok, fiatal (kábítószeres) bűnelkövetők, veszélyeztetett családok, vagy bizonyos színterek megcélzását, mint pl. az éjszakai szórakozóhelyek. Jóllehet a fent felsorolt indikátorok alkalmasak azoknak a helyeknek vagy csoportoknak az azonosítására, ahol a droghasználat nagyobb valószínűséggel fordul elő, azonban azt nem teszik lehetővé, hogy egyértelműen megállapítható legyen, hogy ez a veszélyeztetettség milyen mértékben van jelen az egyén szintjén az egyes csoportokban.

A javallott prevenció esetében egy szakember által felállított diagnózis, szűrések, értékelés útján kerülhet meghatározásra az egyénnek egy olyan jellemzője (figyelemzavar, magatartászavar), amely növeli a szerhasználat kockázatát.

6.2.1. Általános prevenció – az általános populáció számára biztosított beavatkozások

Az általános prevenció egy populáció (helyi közösség, lakóközösség, iskolás populáció) egészét célozza meg. Ezen beavatkozások célja, hogy megakadályozza, vagy késleltesse a droghasználat kialakulását oly módon, hogy rendelkezésre bocsájtja az összes releváns információt és elsajátíttatja az összes lehetséges készséget. Az általános prevenciós beavatkozások nagy csoportokat szólítanak meg, minden előzetes, a szerhasználatnak való kitettségre vonatkozó szűrés nélkül. Abból a feltételezésből indulnak ki, hogy a célpopuláció

[74] Mrazek, Patricia J. – Haggerty, Robert J.: Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Institute of medicine, Washington, National Academy Press, 1994.

valamennyi tagja azonos mértékű kockázatnak van kitéve a droghasználat szempontjából. Az iskolai prevenciós programok valamennyi európai országban jelen vannak, azonban tartalmuk és lefedettségük eltérő. Az iskolai prevenciós programok (általános prevenció) hatékonysága újra és újra megkérdőjeleződött az utóbbi időben [75], [76].

A közelmúltban napvilágot látott irodalmi hivatkozások tükrében azonban elmondható, hogy az ilyen programok, illetve azok bizonyos komponensei – mint a normatív hiedelmek, életvezetési készségek – eredményesek lehetnek. Az Európai Unióban utóbbi időben zajló kutatások némelyike egyértelműen bizonyítja, hogy ezek a programok alkalmasak a droghasználat bizonyos mintázatainak mérséklésére. [77] , [78]

A rendelkezésre álló monitoring információ azonban továbbra is azt mutatja, hogy számos országban az iskolai prevenció során a nem bizonyítékalapú beavatkozások (kizárólag információátadás a szerekről, droginformációs napok, külső szakember iskolai látogatása, színházi műhely-munkák) kerülnek a legnagyobb gyakorisággal alkalmazásra. Néhány bizonyítékokon alapuló beavatkozás meglehetősen elterjedt az európai országokban (szociális és személyes készségek fejlesztése), viszont valóban megalapozott, számos bizonyítékkal megtámogatott programok (strukturált beavatkozási protokollok (’programok’), adekvátan megvalósított kortársprogramok, főleg fiúkat célzó beavatkozások) csak nagyon kevés országban kerülnek alkalmazásra. Az ilyen bizonyítékokon alapuló programok arra törekednek, hogy javítsák a célpopuláció kommunikációs készségeit, konfliktus-, stressz- és frusztrációkezelő képességeit, vagy helyreállítsák a kábítószerekkel kapcsolatos téves percepciókat. Ez az úgynevezett normatív nevelés nagyon kezdetleges állapotban van a kedvező tapasztalatok ellenére. A családokat megcélzó általános prevenciós beavatkozások szintén széles körben használatosak. 2007-ben 11 európai uniós tagállam jelentette az EMCDDA-nek, hogy teljes körű, vagy jó lefedettségű a családi prevenciós programok biztosítása országukban. Azonban hasonlóan az iskolai színtéren tapasztaltakhoz, a családi

[75] Coggans, N.: Drug education and prevention: has progress been made? Drugs: Education, Prevention and Policy, 2006. 13 (5), 417-422.
[76] Gorman, D. M. – Conde, E. – Huber, J.C. (2007) The creation of evidence in “evidencebased” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation. Drug and Alcohol Review, 26, 585-93.
[77] Faggiano, F. et al. (2010) The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, 108 (1-2), 56-64. http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T63-4Y648DM-1/2/a33c4c53bc9065ae a7bcf0489e259b46
[78] Lammers et al. (2011) Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health 11, 126. http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-126.pdf

drogprevenciós programok zöme is az egyszerű információátadáson alapul, viszonylag ritkán kerül sor intenzív felkészítésre és családi tréningekre, annak ellenére, hogy azok eredményességét konzisztensen tanúsítják kutatások.[79]

Az utóbbi szolgáltatások jó lefedettségéről mindössze 7 ország számolt be. [80]

6.2.2. Célzott prevenció – (veszélyeztetett) csoportok számára biztosított beavatkozások

A célzott prevenció olyan csoportok számára nyújt beavatkozásokat, amelyek veszélyeztetettsége lényegesen nagyobb az átlagosnál akár a közeljövőre nézve, akár egy egész életen át. Ez a nagyobb fokú veszélyeztetettség eredhet a társadalmi kirekesztettségből (fiatal bűnelkövetők, teljesítményzavaros fiatalok, iskolából kimaradók). A veszélyeztetett csoportokra való fókuszálás nagy előnye, hogy azok már azonosításra kerültek számos egyéb helyen és kontextusban. Azonban a veszélyeztetett csoportba tartozók (mint pl.: fiatalkorú bűnelkövetők, hajléktalanok, iskolakerülők, hátrányos-helyzetűek, kisebbségbe tartozók) kockázati tényezői ritkán kapnak figyelmet, annak ellenére, hogy ennek fontossága egyre nagyobb politikai hangsúlyt kap. 2004 óta számos drogpolitikai stratégia az ilyen csoportokat tartja a prevenció elsődleges célcsoportjának, ennek ellenére a beavatkozások lefedettsége nem emelkedett az elmúlt időszakban. Csak néhány ország számol be arról, hogy az alkalmazott beavatkozások a szociális hátrányokat is megcéloznák (pl. munkanélküliség), vagy segítséget nyújtanának a büntető igazságszolgáltatással összeütközésbe kerülőknek, illetve az etnikai kisebbségeknek és/vagy a mentális problémákkal küzdő marginalizált családoknak. Noha 13 olyan ország van, amelyek azt jelentették, hogy a családokra irányuló prevenciós programjaik a célzott prevenció kategóriájába tartoznak, mindössze hét olyan volt, amelyek teljes körű vagy sokakat elérő beavatkozásokról számoltak be a családon belüli droghasználatra vonatkozóan. Mindez annak ellenére történik így, hogy a legkülönbözőbb tanulmányok számolnak be a veszélyeztetett családok számára nyújtott beavatkozások bizonyított eredményességéről. [81]

[79] Petrie, J.; Bunn, F. & Byrne, G. : Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children, Oxford Journals, Medicine & Health, Health Education Research , 2007. 177-191. o.
[80]EMCDDA Best Practice Portal: http://www.emcdda.europa.eu/best-practice A letöltés ideje: 2015. április 19.
[81]Petrie, J.; Bunn, F. & Byrne, G. : Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children, Oxford Journals, Medicine & Health, Health Education Research , 2007. 177-191. o.

Mivel nehéz bevezetni kísérleti értékelési eljárásokat, viszonylag kevés bizonyíték áll rendelkezésre az egyéb, Európában végzett célzott prevenciós beavatkozások hatásossága tekintetében. A tagállamok által jelentett adatok bemutatják a prevenciós beavatkozások hozzáférhetőségét és lefedettségét – azaz mennyiségi mutatókkal bírnak az egyes célcsoportokban végzett beavatkozásokra vonatkozóan. Ugyanakkor arról, hogy mi történik a prevenci-ós beavatkozások során, érdemi információ jelenleg még nem áll rendelkezésre, mivel az összehasonlíthatóságot is biztosító monitoring rendszerek még nem léteznek. Ez azonban egy nagyon fontos kérdés, ugyanis ezen beavatkozások hatásossága valójában azon múlik, hogy bizonyítékokon alapuló programok kerülnek-e megvalósításra – amely jelen esetben a motivációra, készségfejlesztésre, döntéshozatali technikákra fókuszáló programokat jelenti –, vagy pedig egyszerű információs anyagok terjesztéséről van szó.[82]

6.2.3. Javallott prevenció – (veszélyeztetett) egyének számára biztosított beavatkozások

A javallott prevenció elsősorban azokat az egyéneket célozza, akik olyan sajátosságokat mutatnak, amelyek nagy valószínűséggel együtt járnak a droghasználat egy későbbi életszakaszban történő kialakulásával (pszichiátriai rendellenességek, iskolai sikertelenségek, antiszociális viselkedés), illetve, akik a problémás droghasználat korai jeleit mutatják (bár klinikailag nem diagnosztizálhatóak kábítószer-függőnek). A javallott prevenciós beavatkozások célja nem szükségképpen a droghasználat, a drogok kipróbálásának megakadályozása, hanem a (gyorsan kialakuló) függőség megakadályozása, a droghasználat gyakoriságának mérséklése, illetve a még ártalmasabb szerhasználati mintázat kialakulásának megakadályozása (pl. intravénás használat).

A megnövekedett egyéni kockázatot az alábbi jelek indokolhatják:

- romló iskolai teljesítmény,
- elidegenedés a szülőktől, iskolától, a pozitív mintákat hordozó kortárs csoportoktól.

A magatartászavaros gyerekek (figyelemzavar, viselkedészavar, hiperaktivitás) szintén nagy kockázatnak vannak kitéve a szerhasználat és ebből fakadó problémák kialakulása

[82] Sussman, S.; Earleywine, M.; Wills, T.; Cody, C.; Biglan, T.; Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004) The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of Drug Abuse Prevention. Substance Use & Misuse, 39 (10), 1971-2016.

szempontjából. Ezen csoportok körében folytatott beavatkozások folyamatos együttműködést tesznek szükségessé a helyi közösségben működő egészségügyi, szociális és ifjúságsegítő intézmények/szolgáltatások részéről a gyermekkortól kezdődően. Ez a megoldás viszonylag ritkán kerül alkalmazásra, eltekintve néhány példától Németországban és Írországban, ahol a gyerekekkel foglalkozó gondozók és szülők részére nyújtott tanácsadás, az orvosi, a pszichoterápiás és a pszichoszociális támogatás, valamint az óvodai vagy iskolai nevelési támogatás kombináltan kerül alkalmazásra. E területen a beavatkozások viszonylag korlátozott mértékben állnak rendelkezésre, mindössze hat ország számolt be olyan programokról, amelyek figyelemhiányos/hiperaktív vagy diszruptív magatartású gyerekekkel foglalkoztak, további tíz ország jelentette, hogy korai beavatkozást és tanácsadást nyújtott olyan egyének számára, akik már használtak valamilyen szert. Összességében megállapítható, hogy a javallott prevenciós programok – bár csekély számban állnak rendelkezésre – felépítése és értékelése jobb, mint az általános, vagy célzott prevenciós programok esetében, és egyben hatásosságuk is magasabb szintű. (EMCDDA 2009). Például egy diszruptív magatartású fiatalok körében végzett holland beavatkozás (8-13 éves) sokkal jobb eredményeket mutatott az utánkövetéses vizsgálat során dohányzás és kannabisz-használat tekintetében, mint egy átlagos kezelés.[83]

A javallott prevenció jelenthet például a szülők számára egy felkészítést a diszruptív viselkedésproblémákkal küzdő gyerekek kontingencia menedzsmentjére. Például a svéd ‘Komet för föräldrar’ módszert az ország tartományainak 30%-ában alkalmazták externalizációs problémákat mutató és pozitív kortárs kapcsolatok kiépítésére kevésbé alkalmas gyerekek szüleinek a körében. Egy randomizált kontrollált vizsgálat (RCT) eredményei szerint, mely 159 család bevonásával valósult meg, szignifikánsan javultak a szülői kompetenciák a részt vevő szülők körében, valamint a gyerekek körében jelentősen csökkent a magatartás problémák előfordulási gyakorisága. [84]

Mind a célzott, mind pedig a javallott prevenció alkalmas lehet arra, hogy enyhítse a korai fejlődési szakaszban kialakult hátrányosságokat, azok társadalmi elszigeteltségbe, és később droghasználatba történő átfordulását. Számos kutatás és tanulmány alátámasztja azt, hogy az

[83]Zonnevylle-Bender, M. J. S.; Matthys, W.; van de Wiel, N. M. H. & Lochman, J. E. (2007) Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46 (1), 33-39. o.

[84]Kling, A.; Forster, M.; Sundell, K. & Melin, L. (2010) A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support. Behavior Therapy, 41 (4), 530-542. http://www.sciencedirect.com/science/article/B7XMW-514R6H6-3/2/17522cc84879451 a13b7dbeb25e052be

iskola első éveiben lebonyolított, a társadalmi kirekesztettséget csökkentő, illetve az oktatási környezetet kedvezőbbé formáló programoknak szintén van a későbbi droghasználat kialakulása szempontjából mérséklő hatása, noha ezek nem tartalmaznak szerhasználat specifikus elemeket. [85]

6.2.4. Környezeti prevenciós stratégiák – a társadalomra (és rendszerekre) irányuló beavatkozások

A környezeti stratégiák azt a közvetlen kulturális, szociális, fizikai és gazdasági környezetet kívánják befolyásolni, amelyekben az emberek szerhasználatra vonatkozó döntéseiket meghozzák. Ez a megközelítés abból indul ki, hogy az emberek drogokkal kapcsolatos viszonya nem pusztán személyes jellemvonásaiknak a függvénye. Hanem, az embereket mindig a környezetben fellelhető komplex tényezők befolyásolják, minthogy: mit várnak el és mit fogadnak el abban az adott közösségben, ahol élnek; milyen szabályozások és adórendszer van érvényben nemzeti szinten; milyen médiaüzenetek hatnak rájuk; illetve, hogy miként alakul az alkohol, a dohánytermékek és az illegális szerek hozzáférhetősége. Ennél fogva a környezeti stratégiák gyakorta népszerűtlen, de hatékony elemeket tartalmaznak, pl. adó rendelkezések, reklámkorlátozás, korhatár, dohányzástilalom. Az iskolai színtéren ezek a stratégiák az iskolai szabályozó rendszereken keresztül valósulnak meg, pl. dohányzás és alkohol-fogyasztás szabályozása a diákok, a tanárok és az iskolát látogató felnőttek tekintetében is. Szinte valamennyi tagállam az iskolai közegben a dohányzási tilalomról számol be, és a legtöbb tagállamban létezik mindenhol vagy a legtöbb helyen iskolai drogstratégia. Minthogy ezek a beavatkozások egy védő és normatív társadalmi környezet megteremtésére törekednek, hatással lehetnek a fiatalok droghasználattal kapcsolatos döntéseire. Ezeket ki lehet egészíteni nem korlátozó intézkedésekkel, pl. olyanokkal, amelyek az iskolai környezet és az iskolai élet minőségét javítják. A fentiekben röviden jellemzett prevenciós beavatkozás jelenleg elsősorban a legális szerhasználatra fókuszál, azonban a környezeti stratégiák fontosak a drogprevenciós szakterületen is, mert a korai, elterjedt és

[85] Toumbourou, J. W.; Stockwell, T.; Neighbors, C.; Marlatt, G. A.; Sturge, J. & Rehm, J. (2007) Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. Lancet, 369 (9570), 1391-1401. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2960369-9/ppt A letöltés ideje: 2015. április 17.

elfogadott alkoholfogyasztás és dohányzás sok országban kapcsolódik az illegális szerhasználathoz.[86]

6.3. Irányzatok a drogprevencióban[87]

A következőkben a Rácz József által elemzett, Botvin, Botvin és Ruchlin (1998)[88]összegzése alapján készült munkája nyomán mutatom be az egyes lényeges drogprevenciós irányzatokat, a mögöttük meghúzódó teoretikus feltevéseket és a fontosabb vizsgálatok tapasztalatait.

6.3.1. Információnyújtó programok

A legtöbb iskolai drogprevenciós programnak egyetlen fókusza és célja van: információkat szolgáltatni a drogokról és azok veszélyes következményeiről. Sokszor ténybeli információkat közölnek, máskor ezt félelemkeltő stratégiákkal egészítik ki.

A programok hátterében legtöbbször az a megközelítés áll, hogy ha a serdülők megfelelő információkkal rendelkeznek a drogokról, akkor úgy döntenek, hogy nem használják azokat. Az ezen a megközelítésen alapuló programok nem hatékonyak. A serdülők nem pusztán racionális alapon döntenek (hogy használnak drogokat vagy nem), nem érdekli őket a drogok farmakológiai hatása – vagy még inkább a kíváncsiságukat kelti fel. Az pedig, hogy valaki miért használ drogokat, szintén a droghasználatról, és nem a nem-használatról szól. A programok megbízhatóságát úgy próbálták javítani, hogy külső szakértőket vontak be: orvosokat, rendőröket, jogászokat, vagy akár volt droghasználókat, akik „hiteles", gyakorlati információkkal tudnak szolgálni. Az elvégzett kutatások és metaanalízisek azonban arra utalnak, hogy ezek az erőfeszítések nem javították a programok hatékonyságát, az megmarad

[86]Európai drogprevenciós minőségi standardok, a Nemzeti Drog Fókuszpont kiadványa, 2012, http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/prevencios_minosegi_standardok_HU.pdf A letöltés ideje: 2015. április 17.

[87] Az alfejezet nagy részben két tanulmány felhasználásával készült:
Rácz József: Iskolai drog prevenciós programok eredményessége In.: Kapocs, 2005. (4. évf.) 18. sz. www.ncsszi.hu/download.php?file_id=1241A letöltés ideje: 2015. április 17. és Rácz József: A droghasználat megelőzése – prevenciós modellek és programok. In: Demetrovics Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai. I. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. 417-447. o.

[88]Gilbert J. Botvin, Elizabeth M. Botvin, and Hirsch Ruchlin: School-Based Approaches to Drug Abuse Prevention: Evidence for Effectiveness and Suggestions for Determining Cost-Effectiveness http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph176/059-082_Botvin.pdf A letöltés ideje: 2015. április 17.

a zéró közelében. Ez annak ellenére így történt, hogy a programok hatására esetleg növekedett a fiatalok tudása a drogokról és azok negatív következményeiről, esetleg még az attitűdjük is megváltozott velük kapcsolatban – jobban elutasították azokat. De mindezek a változások a viselkedésben nem nyilvánultak meg.

6.3.2. Érzelmi nevelés/fejlesztés felőli megközelítések

Az 1970-es években – éppen az információalapú programok eredménytelensége láttán – változások következtek be az iskolai drogprevencióban. A változás lényege, hogy a drogokról a hangsúly a fiatalok pszichoszociális igényeire tevődött át. A mögöttes elképzelés az volt, hogy a fiatalok bizonyos jellemzőkkel rendelkeznek, melyek a droghasználat tekintetében veszélyeztetetté teszi őket. A megoldás az érzelmi nevelés, fejlesztés. Ez az irányzat az egyéni és a szociális fejlődést állította előtérbe, melynek eredményeképp a fiatalok legyőzhetik a drogok iránti igényüket, illetve ki- vagy továbbfejleszthetnek olyan készségeket, tulajdonságokat, melyek megtartják őket a drogmentes életvitelben. Ilyen pl. a magas fokú önértékelés, a belátás képessége, az asszertivitás. Az igényes elméleti háttér ellenére a programok a gyakorlatban nem működtek, pontosabban ha a várt pszichoszociális hatások be is következtek, a droghasználatra gyakorolt hatásuk csekély vagy nulla volt. Az eredménytelenséget többek között olyan okokkal magyarázták, hogy túl hangsúlyosak voltak az osztálytermi „általános” foglalkozások, amiket sokszor nem megfelelő képzettségű szakember tartott. A szakemberek képzése külön problémát jelentett, hiszen esetenként a csoportpszichológiában jártas programvezetőket igényeltek a programok; néhány száz órás foglalkozásokat, hiszen pozitív csoportatmoszférának kellett kialakulnia, ami aztán facilitálta (volna) a változásokat. Tehát a programok nemcsak eredménytelenek, de költségesek is voltak.

6.3.3. Társas hatás felőli megközelítések

Ezeket a programokat szintén az előzők eredménytelensége hívta életre. Kifejlesztésükben nagyobb szerepet kapott a szociálpszichológia: a feltevés szerint a serdülőkori droghasználat kialakulásában döntő szerepe van a társas – elsősorban a kortárs és a média – hatásoknak. Ennek megfelelően a prevenció egyfajta „beoltás”, immunizálás e hatásokkal szemben, másrészt az ellenállási készségek fejlesztése és a normatív elvárások (tehát az, hogy

„mindenki drogozik”, vagy hogy „a fiatalok többsége drogozik”) megváltoztatása. Az első időben inkább az „immunizáláson” volt a hangsúly, majd pedig az ellenállási készségek fejlesztésén. Az „immunizálás” azon alapult, hogy a fiatalok úgyis találkoznak majd dohányzásra felhívó reklámokkal, tehát már korán mintegy immunizálni kell őket ezekkel szemben, hogy később ne reagáljanak az ilyen felszólító ingerekre. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy pl. „gyengített” formában mutattak nekik cigarettareklámokat, amelyeket kielemeztek (hol vezetnek félre, hol manipulálnak). Más esetekben arra készítették fel a fiatalokat, mit tegyenek, ha cigarettával vagy éppen kábítószerrel kínálják őket: legyen a helyzetről és az adandó válaszokról előzetes elképzelésük. A hangsúly itt inkább a kognitív tényezőkön van, s nem annyira azon, mit csináljanak egy ilyen helyzetben. A normatív elvárások korrigálására az említett okok miatt volt szükség; a fiatalok között gyakori az a „téves konszenzus”, hogy mindenki cigarettázik, vagy hogy kortársaik többsége kipróbálta már a kábítószereket. Megfelelő statisztikák bemutatásával bizonyítani lehet, hogy ez nem igaz. Az ellenállási készségek fejlesztése pedig a média és a kortárs hatások kivédésére irányul. Ezek valójában az asszertív készségek közé tartoznak; hogyan tudja felismerni egy fiatal, hogy manipulálni, befolyásolni akarják egy általa nem kívánt irányba, és mit tud tenni ennek elkerülése vagy kivédése érdekében. Például mit mondjon, milyen hangsúllyal, milyen testtartással stb., hogy a visszautasítás hiteles, meggyőző és eredményes legyen. Az eredményességvizsgálatok szerint, melyek elsősorban a cigarettázásra terjedtek ki, a programok hatékonyak. Egyes vizsgálatokban a dohányzás 30-50%-kal csökkent a kontrollcsoporttal összehasonlítva (ahol nem történt prevenció). Az új dohányosok megjelenése is 30-40%-kal csökkent. A követéses vizsgálatok tanúsága szerint az eredmények még 3 év után is megfigyelhetők voltak. A hosszabb követéses vizsgálatok azonban arról árulkodtak, hogy a hatás idővel „kimosódik” a prevencióban részt vett populáció tagjaiból. Bizonytalanságot hagytak a vizsgálatok abban a tekintetben is, hogy a program melyik része hat igazából. Az sem derült ki, hogy pontosan milyen hosszúnak vagy milyen struktúrájúnak kell lenni egy programnak, hány éves korban a legjobb végezni, mikor van szükség egy „követő”, felelevenítő foglalkozásra. Végül, a legtöbb vizsgálat kortárs segítők részvételével zajlott, de arról nincs elegendő információ, hogy vajon a kortárs segítők tényleg eredményesebbek-e, mint a felnőtt szakemberek.

6.3.4. Integrált szociális hatást/kompetenciát növelő megközelítések

E megközelítések teoretikus hátterében olyan kutatási tapasztalatok húzódnak meg, melyek szerint a fiatalok azért kezdenek legális vagy illegális drogokat használni, mert ebben az irányban befolyásolják őket (kortársaik vagy a média), illetve hiányoznak azok a készségeik, melyekkel ellent tudnának állni a droghasználatnak. Ezek az átfogó, komprehenzív megközelítések egyesítik a korábbiak előnyeit, de nagyobb hangsúlyt fektetnek a készségfejlesztésre, illetve az intraperszonális kompetencia fejlesztésére. Felteszik továbbá, hogy a droghasználat kialakulása nem egyetlen tényező függvénye, és fordítva, a személyiségfejlődésben szerepet játszó tényezők segítésével nemcsak a droghasználat terén érhetünk el kedvező eredményeket. A kutatások szerint az átfogó, a nem egy-egy tényezőt megcélzó prevenciós programok az igazán hatékonyak. Tehát az általános és a specifikus személyes és társas készségeket kell fejleszteni, és ez a fejlesztés nem pusztán emocionáliskognitív, hanem gyakorlati tréning-elemekből épül fel. A konkrét elméleti hátteret a szociálistanulás-elmélete[89], valamint a problémaviselkedések kutatása[90] jelentette. A droghasználat ezek szerint tanult viselkedés, ami valamilyen adaptív cél teljesítése érdekében történik. Kialakulásában és fennmaradásában jelentős szerepük van a környezeti megerősítő és hátráltató ingereknek, valamint a serdülő hiedelmeinek (beliefs). A fő különbség az előző megközelítésekkel szemben azonban leginkább a prevenciós program kivitelezésében, felépítésében mutatkozik meg: kiemelt hangsúlyt kapnak az olyan technikák, mint a dramatikus elemek, helyzet- és szerepgyakorlatok, a visszajelzés, az ismétlés, a próbálkozás, az osztályon kívüli gyakorlás (pl. viselkedéses házi feladatok formájában), a problémamegoldó és döntéshozó készségek fejlesztése, az önértékelés fejlesztése, a stresszel való megbirkózást elősegítő technikák gyakorlása, a kommunikációs és társas készségek fejlesztése (hogyan lehet pozitív és negatív érzéseket kifejezni, hogyan lehet ismerkedni és barátkozni). Sok olyan gyakorlati elemet tartalmaznak ezek a programok, melyek segítenek a serdülőknek abban, hogy a mindennapi életben felmerülő problémákkal megküzdjenek. Láthatjuk, hogy az irányzat fókuszában tulajdonképpen nem is a drog, vagy a droggal kapcsolatos viselkedések állnak. Az irányzat művelői feltételezik, hogy ha a serdülő segítséget kap mindennapi problémái megoldásához, megtanulja ezeket a technikákat, akkor nem fog drogokhoz nyúlni. Ezért speciálisan a drogokkal csak jóval kisebb óraszámban kell

[89]Albert Bandura: Social Learning Theory. Englewood Cliffs, New Jork: General Learning Press., Prentice Hall, 1977. 20. o.

[90] Jessor R és Jessor SL (1977): Problem Behavior and PsychosocialDevelopment: A Longitudinal Study of Youth. New York:Academic Press.

foglalkozni, mint az előző irányzatok esetében. Az irányzattal kapcsolatos kutatások zöme 13-17 éves fiatalokkal, általában a középiskolai korosztályhoz tartozó diákokkal készült, és zömük 40-80%-os droghasználat-csökkenést demonstrált. A legkomolyabb kritika ezekkel a látványos eredményekkel kapcsolatban az, hogy általában a kísérletező, kipróbáló, alkalmi jellegű droghasználat csökkent. Egyes vizsgálatok szerint a programok – melyek „felelevenítő", ismétlő alkalmakat is tartalmaztak – a dohányzók számát (a dohányzást elkezdők száma) akár 87%-kal is csökkentették a kontrollcsoporthoz képest (ahol nem történt prevenció). Vannak olyan vizsgálatok is, melyek a rendszeres cigarettázók számának csökkenéséről számolnak be a program egyéves alkalmazását követően. Ugyanez a kutatócsoport a prevenciós program jelentős hatását még hat évvel a beavatkozás után is ki tudta mutatni. Az Egyesült Államokban komoly problémát jelent a kisebbségi csoportok gyerekeinek (akár legális, akár illegális) droghasználata. Bár ezekkel a csoportokkal kapcsolatban kevesebb vizsgálat készült, az átfogó megközelítés esetükben is eredményesnek bizonyult.

6.3.5. Átfogó egészségfejlesztő programok

Az Egészségügyi Világszervezet 1986-os Ottawai Kartája[91] fontos kiindulópontokat fogalmaz meg az egészségfejlesztés tekintetében. Az egészségfejlesztés „jó gyakorlat"- tapasztalatainak terjesztésére szólít fel ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet 1997-es Jakartai Nyilatkozata. Ezek a dokumentumok – egyebek mellett – a tapasztalatcserén alapuló egymástól való tanulás segítségével az értékelés nemzetközi kultúrájának kialakulásához is hozzájárulhatnak.

Egészségfejlesztés (health promotion) – holisztikus egészség

Az életstílust (és a viselkedést) befolyásolják

1. prediszponáló tényezők: a személy vagy az adott populáció tudása, attitűdje, hiedelemrendszere, értékei;
2. lehetővé tevő tényezők (enabling): készségek, erőforrások hozzáférhetősége, szolgáltatások elérhetősége, szabályok, törvények, készségek;

[91] World Health Organization: *The Ottawa Charter for Health Promotion.* http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ A letöltés ideje: 2015. április 17.

3. megerősítő tényezők: a viselkedésváltozással kapcsolatos jutalmak, megerősítő tényezők – fontos személyek (szülők, kortársak stb.) attitűdje és viselkedése az egyénnel szemben.

Az irányzattal kapcsolatos, megbízható eredményességi mutatók még váratnak magukra. A megközelítés előnye, hogy nem csupán egy kockázati magatartással (nevezetesen a droghasználattal) foglalkozik, hanem egy sor más, nemkívánatos vagy nem egészséges magatartással is (mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás stb.). Az irányzatot az „egészségfejlesztő" kifejezéssel szokták illetni; itt most a drogprevenciós hatásukat emelem ki.

6.4. A drogprevenció egyes színterei

6.4.1. Család

A rendszert célzó prevenciós programokat meg lehet valósítani a veszélyeztetettség előzetes vizsgálata után vagy a veszélyeztetettség vizsgálata nélkül. Ez utóbbi típusba tartoznak azok a beavatkozások, amelyek általában minden családnak szólnak, míg az előbbiek kifejezetten azokat a családokat célozzák, amelyeknél fenn áll a kockázata szerhasználathoz kapcsolódó problémák kialakulásának. Habár nincs egységes európai definíció, veszélyeztetett családnak tekinthetjük azokat a családokat, amelyeknél a család egy vagy több tagjának alkohol és/vagy szerhasználati problémája van, és/vagy ahol a szülők között sok a konfliktus és az erőszak, ahol a kapcsolatok szegényesek, ahol valamilyen törés volt a családban (pl.: válás, halál) és/vagy ahol komoly anyagi problémákkal küzdenek.

A gyermekek szerhasználatában leggyakrabban a következő faktorok játszanak szerepet: a szülők alkoholfogyasztása illetve szerhasználata, idősebb testvérek szerhasználata, szülői felügyelet hiánya, rossz családi kapcsolatok, törések a családi életben és nehéz anyagi körülmények. Az európai és nemzetközi kutatások azt mutatják, hogy a függő szülők gyermekei veszélyeztetettebbek, nagyobb eséllyel fognak kipróbálni valamilyen szert, válnak szerhasználókká vagy függőkké késő kamaszkorukban. Az is ismert, hogy a családok kockázati jellemzői – problémás szerhasználat, konfliktus, elhanyagolás, szülői felügyelet hiánya, kevés interakció a fiatal és családtagjai között, szociális hátrányok – növelik a problémás szerhasználat kockázatát a gyermekeknél. Bár a szülői felügyelet hiánya

előfordulhat egyedülálló szülőknél és tehetős családoknál is, a szülői fegyelmezés és ellenőrzés, a családi kohézió egyaránt fontos védő tényezők.

6.4.2. Iskola

Mivel a kamaszkor önmagában kockázati tényező, és az illegális szereket használók többsége iskolás korban kezdi el, így az iskola hatékony színtere az általános prevenciónak. Továbbá az iskolába járó fiatalok nagyobb célcsoportján belül vannak különösen veszélyeztetett csoportok, mint például az iskolából kimaradók, a társas vagy tanulmányi problémákkal küzdők (ugyanígy a fiatalkorú bűnözők, gyermekotthonokban nevelkedők, az olyan környéken élő fiatalok, ahol a szerhasználathoz kapcsolódó problémák és kockázati tényezők halmozottan vannak jelen). Természetesen lehet átfedés ezek között a csoportok között, például egy olyan fiatal, aki sokat hiányzik az iskolából vagy rossz az iskolai teljesítménye, lehet, hogy családi problémákkal is küzd vagy érintett a fiatalkori bűnözésben. Ráadásul, ha több veszélyeztetett csoporthoz is tartozik, azok hatásai összeadódhatnak, és így még nagyobb a szerhasználat valószínűsége.

Az iskolai programokat össze lehet állítani úgy, hogy a szerek fizikai és pszichés hatásairól adjanak át ismereteket, mint a szerekkel kapcsolatos negatív attitűd kialakításának módját; hogy növeljék az egyén önbecsülését és tudatosságát, olyan pszichológiai tényezőkkel dolgozva, amelyek hozzájárulhatnak az egyén kitettségéhez; hogy a visszautasításhoz és a társas élethez szükséges készségeket tanítsanak meg; hogy a prevalenciával (vagy informális normákkal) kapcsolatos percepciókat megváltoztassák; vagy hogy a szerhasználattal szemben ösztönözzék a részvételt olyan alternatív tevékenységeken, amelyek egyben a kontroll képességet is növelik.

Az iskolák tanulóinak szóló beavatkozásokat a következő csoportokba sorolhatjuk:

- készségekre fókuszáló beavatkozások, amelyek célja, hogy fejlesszék a tanulók általános készségeit, a visszautasítás és a biztonságra törekvés képességét.
- affektív beavatkozások, amelyek célja, hogy a belső tulajdonságokat alakítsák át: az olyan személyiségjellemzőket, mint az önbecsülés és önhatékonyság, illetve az olyan motivációs tényezőket, mint a szándék a szerhasználatra)
- tudás fókuszú beavatkozások, amelyek célja, hogy növeljék a szerekkel, azok hatásaival és következményeivel kapcsolatos ismereteket

Az itt bemutatott beavatkozások között olyan családokra vagy közösségre irányuló programok is felsorolásra kerülnek, amelyeknél az iskolai színtér volt a hangsúlyos.

6.4.3. Lakosság

Feltételezhető, hogy a népesség minden tagja a szerhasználat vonatkozásában ugyanolyan általános kockázatnak van kitéve, ugyanakkor az egyéni kockázat nagyon eltérő lehet.
Az egyének nem kerülnek kapcsolatba a szerekkel kizárólag a személyes jellemzőik miatt. Sokkal inkább a környezeti tényezők komplex rendszere befolyásolja őket, mint például az, hogy mit tekintenek normálisnak, elvártnak vagy elfogadottnak abban a közösségben ahol élnek, a szabályok vagy rendeletek és adók az adott országban, a médiában megjelenő üzenetek, amelyeknek ki vannak téve, illetve, hogy mennyire lehet hozzáférni alkoholhoz, cigarettához vagy illegális szerekhez. A szerhasználatra tehát a rendszer egészének eredményeként tekinthetünk.

A legfőbb eszközök a tömegmédiában megjelenő kampányok, valamint az olyan beavatkozások, mint a piac szabályozása vagy a különböző korlátozó intézkedések (életkorra vonatkozó korlátozások, vagy a dohányzás betiltása bizonyos helyeken). Ezek a beavatkozások a kényszerítésen és korlátozáson kívül tartalmazhatnak pozitív elemeket is, például amikor megteremtik a változtatáshoz szükséges lehetőségeket, támogatást és biztatást. Az általános népességnek szóló stratégiák döntően a legális szereket célozzák meg, mégis fontosak a teljes prevenciós terület szempontjából, mert a korai, széles körben jellemző és intenzív alkoholfogyasztás és dohányzás sok országban összefüggést mutat az illegális szerhasználattal.[92]
Az illegális drogok iránti kereslet csökkentése ésszerűnek látszik. Ugyanakkor a tudatállapot megváltoztatásának vágya, és a pszichoaktív drogok használata ezen cél elérése érdekében szinte univerzális jelenség – és a legtöbbször nem okoz problémát. Gyakorlatilag egyetlen társadalom sem volt drogmentes, és évről évre egyre több drogot fedeznek fel és hoznak létre.
Azok a keresletcsökkentési erőfeszítések hasznosak lehetnek, amelyek az őszinte tájékoztatáson és a droghasználat pozitív alternatíváin alapulnak, kivéve, ha irreális, zéró-tolerancia politikává válnak.

[92] Drogfókuszpont, Bevált gyakorlatok portálja http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/ A letöltés ideje: 2015. április 19.

A szexhez hasonlóan a drogok esetében is a teljes absztinencia a legjobb út a problémák elkerülésére, ugyanakkor szükségünk van egy alternatív stratégiára azok számára, akik nem tudnak vagy nem akarnak felhagyni szokásukkal.

A zéró-toleranción alapuló szabályozás elrettent ugyan egyeseket a drogok használatától, emellett azonban drámaian növeli az ártalmakat és költségeket azok számára, akik nem engedelmeskednek neki. A drogok potensebbé válnak, a droghasználat veszélyesebb lesz, a drogokat használó emberek pedig olyannyira marginalizálódnak, ami senkinek sincs hasznára.

A legtöbb prevenciós tevékenység az általában vett szerhasználatra koncentrál, illetve esetenként az ezzel járó problémákra, például az erőszakra és a kockázatos szexuális magatartásra is; csak korlátozott számú program foglalkozik külön az egyes anyagokkal, például az alkohollal, a dohányzással vagy a kannabisszal.

7. Kínálatcsökkentés – harc a kábítószerek ellen

7.1. Bevezetés

A kínálatcsökkentés olyan tevékenységeket jelent, amelyek a kábítószerek előállítását, termelését és terjesztését hivatottak megállítani. A termelés csökkenthető a termés megsemmisítésével, vagy nagy, alternatív fejlesztési programokkal. Az illegális előállítás visszafogható közvetlenül az illegális laborok felszámolásával és/vagy a prekurzorok ellenőrzésével, míg a terjesztés csökkenthető a rendőrség és vámhatóság munkája által, illetve néhány országban katonai beavatkozással. A kínálat kontroll gyakran használt kifejezés, amely a rendőrség és a vámhatóság tevékenységére utal.[93]

7.2. A rendvédelmi szervek kínálatcsökkentésben betöltött szerepe, feladata

A rendvédelmi szervek fő felelőssége, hogy a rendelkezésükre álló törvényes lehetőségekkel mindent kövessenek el az illegális drogok termesztése és előállítása, az országhatáron történő átjuttatása, valamint a forgalomba hozatala és a kereskedése ellen. Azt nem lehet célul tűzni, hogy hazánkat és polgárait a kábítószerektől teljesen mentesítsék, mert általános a tapasztalat, hogy a szigorú tiltás és represszió mellett, illetve ellenére is fennmarad a drogfogyasztás. A kínálatcsökkentésre irányuló hatósági munka évről évre szakszerűbb és eredményesebb, azonban – éppen mert maga a célpontban lévő jelenség gyorsabban fejlődik, hiszen olyan erők mozgatják, amelyekre a rendvédelmi szervek természetszerűleg nem képesek hatást gyakorolni – szervezeti felépítésük, kiképzésük, anyagi-technikai ellátottságuk, de mindenekelőtt az egész kínálatcsökkentési intézményrendszer, ezen belül kiemelten az együttműködésük, fejlesztésre szorul.

„A kínálatcsökkentési szektornak az elnevezése is arra utal, hogy a törvényben tiltott drogokhoz való hozzájutás lehetőségeit, esélyeit kell célba venniük. A drogot fogyasztó egyén

[93] Demand Reduction: A Glossary of Terms (ODCCP Studies on Drugs and Crime: Guidelines) Kézirat, New York, 2000. Az ENSZ kiadványa

a keresletcsökkentési szféra felelősségi körébe tartozik. A csupán fogyasztó ember büntetőjogi megközelítése még elméletileg is inkább a további kriminalizáláshoz vezet, mintsem a probléma kiküszöböléséhez, de gyakorlatilag is nyilvánvaló, hogy már a bűnüldöző apparátus is kénytelen szembesülni saját létének hatástalanságával, ebből eredően folyamatos frusztrációt kell átélnie. A fogyasztóval kapcsolatban lekötött bűnüldözői kapacitást tehát helyesebb volna kizárólag az előállítói-kereskedői körre koncentrálni."[94]

A Btk-ban megfogalmazott büntetőjogi felelősség érvényesítésében – a büntető igazságszolgáltatás rendszerében elfoglalt helye nyomán, mert elsőként találkozik a jelenséggel – a rendőrség, illetve a többi rendvédelmi szerv szerepe meghatározó. Az ügyész azt vádolja meg, a bíró pedig azt ítéli el, akivel szemben a nyomozó hatóság a kábítószerrel kapcsolatos gyanút feltárja és bizonyítja, gyakorlatilag akivel a rendőrségnek van ereje és kapacitása foglalkozni. Elsősorban a rendőrségnek a kábítószeres bűnözésre fordítható személyi, technikai és anyagi ereje ugyanis messze elmarad a valós droghelyzettől. Ennek következtében komoly szerepe van a véletlennek abban, hogy valaki ellen eljárás induljon, miközben a törvényi tilalom elértéktelenedik. Egyébként a rendszer többi eleme sem tudna teljesíteni, közismert a bíróságok túlterheltsége, az irracionálisan hosszú ítélkezési időtartam, a büntetési rendszerünk differenciálatlansága, valamint a büntetés-végrehajtási intézetek túlzsúfoltsága. Ezért a kínálatcsökkentési aktivitásnak a kábítószerek előállítóira és terjesztőire kell elsősorban irányulnia.

A kínálatcsökkentést megvalósító rendvédelmi szervek a szigorú törvények nyomán a saját szerepüket hajlamosak túlértékelni, ennélfogva nem törekszenek egyenrangú partneri kapcsolatokra a drogszíntér más szereplőivel: orvosokkal, drogambulancián dolgozó szakemberekkel, pedagógusokkal, szociális munkásokkal és civil szervezetekkel. Pedig ennél is többre van szükség, tudomásul kell venniük, hogy a betegnek tekintett drogfogyasztó gyógyulásához fontosabb társadalmi érdek fűződik, mint az állam büntetőigényéhez velük kapcsolatban. Az együttműködés lényege az, hogy a rendőrség elsősorban mint jelzőrendszer működjön a fogyasztók vonatkozásában, sőt vegyen részt abban, hogy eljussanak a segítő-gyógyító szolgáltatásokhoz. Ezen túl azt is el kell várni a rendvédelem közreműködőitől, hogy törekedjenek alkalmazni a célszerűség elvét, azaz ne akadályozzák a keresletcsökkentő szféra törekvésit, valamint az ártalomcsökkentési erőfeszítéseket.

[94] Korinek László: *77 kérdés a kábítószerről*. In.: Gönczöl Katalin – Kerezsi Klára (szerk.): *Tanulmányok Szabó András 70. születésnapjára*. Magyar Kriminológiai Társaság, Budapest, 1998.

A rendvédelmi szervek szakirányú munkája rendkívüli jelentőségű, mással nem helyettesíthető, más azt nem végezheti el, ám mégsem a legnagyobb fontosságú. A bűnüldözési érdek nem helyezhető a gyógyuláshoz, a sikeres szocializációhoz, az egyén integrációjához fűződő társadalmi érdek elé, csak amennyiben azt a törvények megengedik és az Magyarország alkotmányos jogrendjének szellemével összhangban van.

A kínálatcsökkentő tevékenységnek szigorúan csak a kereskedés (valamint az ezt megelőző előállítás, termesztés és az országba csempészés) megakadályozására kell irányulnia. A tapasztalat nem igazolja, hogy a kereskedőhöz a fogyasztón át lehet eljutni, ellenben – immár itthon is elterjedt – felismerés, hogy a fogyasztót fenyegetéssel és büntetéssel nem lehet távol tartani a veszélyes anyagtól, ellenkezőleg, a bűnüldözés tárgyává téve a kriminalitás, az alvilág felé taszítjuk. A fogyasztóval szembeni bűnüldözési aktivitás csupán pótcselekvés, szinte kizárólag káros következménye van, itt most azt kiemelve, hogy feleslegesen leköti a terjesztőre, a valódi feladatra fordítandó erőket.

A rendvédelmi szervek munkatársainak kötelessége és első számú érdeke, hogy bízzanak a drogszíntér más szereplőinek kompetenciájában, szakértelmében és tisztességében. A kábítószer-problémában érintett hatóságokkal, társadalmi és civil szervezetekkel minden lehetséges módon együtt kellene működniük. Az együttműködés fő tartalmának azt kell tekintenünk, hogy a bűnüldözés során birtokukba került információkat a drogozás jelenségéről, valamint a drogozás tünetét produkáló – és így vélhetően bajban lévő – egyénről, a személyiségi jogokat és a titoknak minősített adatokat védve, de egyébként feltétel nélkül tovább kell adni. Tudomásul kell venni ugyanakkor, hogy cserébe nem követelhetnek ki még a bűnüldözést esetleg megkönnyítő információkat sem. Mindez nem jelenti azt, hogy megalapozott és ellenőrzött adatok birtokában ne volna kötelességük az is, hogy büntetőeljárás keretében tisztázzák a fent említett „más szereplők” jogsértéseit.

Az együttműködés a kínálatcsökkentésben érdekelt rendvédelmi szervek között sem látszik zökkenőmentesnek. A cél közös, sokszor az elhárítandó terület vagy a célba vett személyek is (pl. az országhatáron a vámos és a határrendész egyaránt ellenőriz). Nincs közös adatbázis, sokszor párhuzamos intézkedések futnak vagy éppen fordítva, nem tudnak építeni egymás

munkájára, nem ritka az sem, hogy az eredményes munkát a közöttük lévő rivalizálás nehezíti meg.[95]

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény jellegzetessége, hogy a nyomozások a tettenérésen, illetőleg az előzetes titkos vagy nyílt információk alapján indulnak, így a fel nem tárt esetek látensek maradnak, a le nem foglalt kábítószerek pedig végül a fogyasztókhoz kerülnek. Ebből következik az is, hogy ennél a bűncselekménynél a felderítés-eredményességi mutató használhatatlan, mivel 98–99%-os eredményt mutat. Az esetek kis százalékában hazánkban is, de jórészt külföldön egy-egy kábítószer-szállítmány célba érkezése a kábítószer-kínálat növekedésében, az ár csökkenésében, a túladagolások számának növekedésében, illetve egyes bűnözői csoportok megerősödésében materializálódik.

„A kábítószerrel visszaélés miatt indult büntetőeljárások jellemzően sokszereplősek, idő- és munkaigényesek, ezen túlmenően több szakértő bevonását igénylik (vegyész, toxikológus, elmeorvos). Mindezekből következően meglehetősen költségesek, és a szakértői vizsgálat időbeni elhúzódása értelemszerűen a kábítószerrel kapcsolatos nyomozások időszerűségét is jelentősen befolyásolja."[96]

Az Amerikai Egyesült Államokban a szigorú fellépés kétségkívül jelentős mértékben visszaszorította a középosztály, illetve a felső-középosztálybeli kábítószer-fogyasztók számát. Mert sokat veszíthetnek. A büntetőjogi következményeken túl elesnek az ösztöndíj lehetőségektől, nem kerülhetnek jó állásokba. Ezek egy közép- vagy felső-középosztálybelinek nagyon fontosak, ezért az intézkedések hatottak. A náluk alacsonyabb társadalmi rétegekre viszont nem. Volt még egy jelentős nem kívánt utóhatás: míg a „drogháború" előtt a kábítószer-használathoz jellemzően vagyon elleni bűncselekmények társultak, a „drogháború" óta viszont az erőszakos bűncselekmények. A drogszíntéren az értelmetlen, differenciálatlan szigor mindig visszaüt.[97]

[95]Németh Zsolt: *A magyar rendőrség lehetséges stratégiája a kábítószer-bűnözés ellen*. In: Irk Ferenc (szerk.): *Kriminológiai és Kriminalisztikai Tanulmányok 35*. OKRI, Budapest, 1998, 346. o.
[96]*A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2010. november 2-i ülésének 4. napirendi pontjához. Tájékoztató a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájának megvalósulásáról.* Előterjesztő: Országos Rendőr-főkapitányság, 7. o.
[97]*Sereg András interjúja Dr. Lévay Miklós alkotmánybíróval*. Jogi Fórum, 2013. november 22. http://www.jogiforum.hu/interju/114 [Letöltés ideje: 2014. július 3.]

„Egyértelmű, hogy a kínálati oldal elleni küzdelem az, amelyik célravezető lehet. Ez kizárólag a rendvédelmi szervek rendészeti és bűnüldözési munkájával valósítható meg. Felmerül az a kérdés, hogy mennyire érdekeltek a rendvédelmi szervek. Három elfogott fogyasztó esetén pont kettővel több eredményes statisztikai lap keletkezik, mint akkor, ha egy elfogott forgalmazót sikerül kézre keríteni. Mindenki tudja, hogy sajnos a gyakorlatban előfordul az iratok tologatása, az illetékesség és hatáskör hiányát állapítják meg sokszor még úgy is, hogy másként értelmezik, másként adják össze az elfogyasztott mennyiséget csak azért, hogy másnak kelljen foglalkoznia vele. Azt gondolom, hogy ez nemcsak kizárólag jogszabályi módosítás, hanem szintén olyan probléma, ami nemcsak ezen a területen jelentkezik. Pozitív példaként kell megemlíteni, hogy amikor a Vám-és Pénzügyőrséget bevonták az ilyen jellegű bűncselekmények nyomozásába, egyből megugrott az a határon elfogott nem kis mennyiségű kábítószer-behozatali statisztika, ami azelőtt nem volt olyan mértékű."[98]

A szakirodalom néhány nem kívánt következményt is tulajdonít az elsősorban kínálatcsökkentést favorizáló nemzetközi drogkontroll-rendszernek, ezek a következők:

1) bűnszervezetek által irányított feketepiac alakult ki;
2) a politika súlypontja a rendészetre helyeződött, az egészségügy háttérbe szorult;
3) ha az egyik régióban sikerül felszámolni a drognövények termesztését, az mindig más földrajzi régiókba helyeződik át (ún. léggömb-effektus);
4) folyamatosan megújul a kínálat a piacon, eddig ismeretlen drogok fogyasztása terjed el;
5) a társadalom kirekeszti és marginalizálja a droghasználókat/-függőket.[99]

[98]Topolánszky Ákos: A Nemzeti Drogstratégia, mint az együttműködés kerete. In: Németh Zsolt – Miletics Marcell: A segítő szféra és a rendészet együttműködése az ártalomcsökkentő drogpolitika megvalósításában. A *...miért kell, hogy így legyen...* című, 2006. november 22-én tartott képzés zárótanulmánya. Budapest, 2007, 13. o.

[99]Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának Jelentése Az AJB 1092/2011 számú ügyben

7.2.1. A rendőrség feladata a kínálatcsökkentésben

- **A 4/2014. (II. 21.) ORFK utasítás a Rendőrség Drogellenes Stratégiájáról**

A rendőrség drogellenes stratégiája rögzíti a rendőrség helyzetképét a kábítószer-területen, illetve hogy milyen feladatok ellátásával tud megfelelni a Nemzeti Drogellenes Stratégiában foglaltaknak. Az utasítás rendelkező része mintegy négy oldal, ami rögzíti a szervezet rövid, közép- és hosszú távú céljait, amit a kínálatcsökkentés területén be kell töltenie. A rövidtávú célok között találjuk az eljárások terjesztői típusú magatartások felé való elmozdulását, az illegális pénzeszközök felderítésének növelését, rendőr-kapitányságonként kettő, illetve esetenként három speciálisan kiképzett nyomozó munkába állítását, a rendőrség oktatási programjainak aktualizálását. Rövid távú cél továbbá a kábítószer-élvező személyekkel elsőként kapcsolatba kerülő állomány továbbképzése a szerhasználat jeleinek felismerése céljából, a BSZKI technikai és személyi feltételeinek javítása, a csomagküldő szolgálatok, a postai úton való kézbesítés, illetve az interneten történő kábítószer-vásárlás fokozottabb ellenőrzése.

A középtávú célok között szerepel a titkos információgyűjtés és a kábítószer-rendészeti tevékenység fokozása, az állatgyógyászat szakirányú ellenőrzése, a nemzetközi bűnügyi együttműködés javítása.

A hosszú távú célok között a nyomozások terjesztői tevékenységek felé való további (25%-os) elmozdulását, illetve az illegális kábítószer-kereskedelmet folytató bűnszervezetek gazdasági hátterének felderítéséből és felszámolásából származó tapasztalatok módszertani útmutatóban történő összefoglalását találjuk.

Az utasítás folyamatosan végrehajtandó célokat is tartalmaz, melyek között van a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet technikai és személyi jellegű igényeinek biztosítása, azok folyamatos fejlesztése, az új ismeretek rendőrképzésben való megjelenítése, a vonatkozó jogszabályok folyamatos nyomon követése, a változtatási javaslatok megtétele, továbbá a rendőrség drogmegelőzési oktatási programjainak propagálása, a rendőrök iskolai oktatásba való további bevonása.

A Rendőrség Drogellenes Stratégiáját az utasítás melléklete tartalmazza. A stratégia felsorolja a vonatkozó nemzetközi egyezményeket, majd helyzetértékeléssel folytatja az alábbiak szerint:

”

Kábítószerrel történő visszaélés bűncselekménye miatt évente 4000-8000 eljárás fejeződik be Magyarországon. Ez a szám 2005-ben volt a legmagasabb (7600 fölötti eljárás), 2003-ban pedig a legalacsonyabb (3378 eljárás). 2012-ben 5219 rendbeli kábítószerrel való visszaélés bűncselekményt és 4805 elkövetőt regisztráltak, mely számok a korábbi évekhez képest csökkenést jeleznek. Ezek közül 4584 eset (87,8%) fogyasztói típusú, 570 eset (10,9%) pedig kereskedői bűncselekmény volt. Az elkövetők 79,8%-a 30 év alatti volt, ezen belül nőtt a fiatalkorúak aránya (17,9%-ra). A kábítószerrel visszaélést elkövetők közel háromnegyede büntetlen előéletű volt. 2012-ben tovább csökkent a vádemeléssel végződő eljárások aránya (a 2011. évi adatokhoz viszonyítva mintegy 42%-ról 36,2%-ra). Az elterelés alkalmazása következtében a nyomozások 58,3%-a fejeződött be bírósági eljárást nem eredményező módon.

A vádemelést nem eredményező lezárások között 2007 óta folyamatosan nő a „büntethetőséget megszüntető egyéb ok” címen történő befejezések aránya. A bűncselekmények elkövetésének helyét vizsgálva, az országon belül tovább nőtt a közép-magyarországi (Budapest és Pest megye) dominancia: itt követték el a regisztrált bűncselekmények 32%-át.

Az előző évekhez hasonlóan a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények túlnyomó többségét 2012-ben is kannabisszal követték el (75,2%, 3925 eset). Ugyanakkor a megelőző évhez képest csökkent a kannabisszal elkövetett visszaélések száma (17,1%-kal) és aránya is a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között (5,0%-kal). 2012-ben az amfetamin az esetek 14,1%-ában (738 eset) szerepelt az elkövetés tárgyaként, 2011-ben ez az arány 8,1% volt, mintegy 6 százalékponttal nőtt a szerrel elkövetett, regisztrált bűncselekmények aránya, az előző évhez képest a heroinnal elkövetett visszaélések a bűncselekmények mindössze 1,4%-át tették ki (72 eset).

A kábítószergyanús anyagok lefoglalási adatai alapján a hazai piacon leggyakrabban előforduló anyag – mind a lefoglalások számát, mind a mennyiségét tekintve – a marihuána. A lefoglalások száma alapján a kokain, az amfetamin, a metamfetamin és az LSD feketepiaci részesedése évek óta

hasonlónak tekinthető. A heroin lefoglalásainak száma, illetve a lefoglalt anyag mennyisége a 2010-ben tapasztalható kismértékű csökkenés után 2012-ben jelentősen visszaesett, a fogyasztási és lefoglalási adatok arról tanúskodnak, hogy a heroin lényegében eltűnt a piacról. Ezzel egyidejűleg folytatódott az új pszichoaktív anyagok előző két évben kezdődött térnyerése, a tiltólistára került mefedron helyét különböző – azóta szintén tiltólistára került – katinon vegyületek (4-MEC, MDPV), továbbá szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi törmelékek vették át.

Kábítószer-csempészet tekintetében Magyarország továbbra is tranzit- és célország egyben. A legtöbb kábítószertípus külföldről jut hazánkba, a belföldi előállítás egyedül a marihuána esetében játszik egyre meghatározóbb szerepet. A kábítószerek ára 2009-hez képest lényegében nem változott, a heroin ára kismértékben, hatóanyagtartalmának csökkenésével párhuzamosan mérséklődött. Az elmúlt két év legjelentősebb kábítószerpiaci fejleménye a szintetikus szerek piacának átalakulása, az ecstasy tabletták újbóli feltűnése és új, sok esetben még listán sem lévő hatóanyagot tartalmazó porok és tabletták megjelenése, illetve szokatlanul gyors terjedése.

Ezt követően az új pszichotróp anyagok piaci jelenlétét, veszélyeit elemzi az utasítás. A „Szervezeti feltételek” című rész elején a szükséges szervezeti megerősítésekről olvashatunk, a második részben a kínálatcsökkentés fontosságát elemzi a stratégia:

”Mindezek alapján a kínálatcsökkentés legfőbb stratégiai célja bármely visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyag Magyarországra történő bejutásának és a hazánkban megjelenő szerekhez való hozzáférés megakadályozása, illetve ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési vetület érvényesítése. A kínálatcsökkentő munka jogszabályokban foglalt kötelezettség, amely védi a társadalom tagjait, és a különböző közösségek (család, köznevelési intézmény, munkahely stb.) biztonságát szolgálja. Tevékenységi területe a jogi szabályozást, a bűnüldözést, az illegális kábítószer-termelés felszámolását és az úgynevezett kábítószer-prekurzorok és pre-prekurzorok, kábítószerek, pszichotróp és új pszichoaktív anyagok szigorú ellenőrzését egyaránt érinti. A kábítószer-kínálat visszaszorítása– függetlenül a kábítószerek egyes típusaitól – a jogszabályok által évtizedek óta folyamatosan megkövetelt zéró tolerancia elvén alapul, és ez a tevékenység a

kábítószer-kereskedőkre és -termelőkre összpontosul. A kábítószerek között a tekintetben sincs különbség, hogy az egyes kábítószerek termeléséhez és kereskedelméhez kapcsolódó büntetőjogi felelősség alól sem függőség, sem más indok nem mentesíthet. A Rendőrség tevékenysége a kábítószerekkel kapcsolatos bűnözés visszaszorítását célozza, ami megfelel a társadalom elvárásainak is. A büntetőpolitikával kapcsolatos társadalmi elvárás az is, hogy a bűncselekmények egyéni és közösségi következményeivel kapcsolatos beavatkozások rendszere is rendelkezésre álljon. A kábítószereket előállítók, termelők, forgalmazók, üzletszerűen kínálók által elkövetett bűncselekmények esetén a szigorú szabadságelvonás mellett a kábítószerekkel összefüggésben keletkezett vagyon elvonását is biztosítaniuk kell a jogszabályi kereteknek. Az elkobzás alá eső vagyon esetében cél, hogy az a megelőzés, a kezelés-ellátás, illetve a kínálatcsökkentés fejlesztésére fordítható legyen.

Ezután a stratégia az európai kábítószer-kereskedelmet elemzi, majd áttér az egyes kábítószerekre. Bemutatja a kannabisz vezető szerepét, a heroin csökkenő tendenciáját, illetve újra elemzi az új pszichoaktív anyagokat.

Az ezt követő alfejezet a Rendőrség egyes szakterületeinek felépítéséről és feladatáról szól. Legelőször a bűnügyi tevékenységet mutatja be, ezen belül is az ügyek hatáskör és illetékesség szerinti elosztását. Központi szinten az ORFK Bűnügyi Főigazgatóság Bűnügyi Főosztály látja el a visszaélés kábítószerrel és visszaélés új pszichoaktív anyaggal kapcsolatos bűncselekmény felderítésének, nyomozásának szakirányítását. Központi szerepet játszik a jogszabályváltozások kezdeményezésében. Elemzi a KR NNI speciális illetékességi szabályait. Területi szinten a rendőr-főkapitányságok szervi járnak el minden, a Btk. szerint „súlyosabban minősülő” visszaélés kábítószerrel bűncselekmény esetében, ha a bűncselekményt bűnszövetségben, hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként, e minőséget felhasználva követik el. A vonatkozó jogszabályok alapján a városi, kerületi rendőrkapitányságok beosztottai járnak el minden, a korábbiakban fel nem sorolt minősítésű visszaélés kábítószerrel bűncselekmény gyanújának esetében.

A következőkben a stratégia a rendőrség bűnmegelőzési tevékenységét, a drogprevenciót mutatja be. Utal a jelenleg is futó programokra, illetve hivatkozik a Nemzeti Drogellenes stratégiára, miszerint a kábítószer-problémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek

valamennyi színtéren és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia. Másrészt ugyanebben a szellemben utal a drogmentesség elérésének és megtartásának kiemelt céljára.

A stratégia beszámol az igazgatásrendészeti szolgálati ághoz tartozó feladatokról, elsősorban a kábítószer-rendészet feladatkörébe tartozó tevékenységekről.

„A rendőri szervek egymás közötti együttműködése" című rész a belső kommunikáció fontosságát elemzi, majd kiemeli ennek jelentőségét a terjesztő hálózatok felderítésében.

A harmadik fejezetben a stratégia a BSZKI szerepét, jelentőségét, feladatait elemzi. Az Intézet kizárólagos hatáskörrel végzi a nyomozó hatóság által lefoglalt kábítószer-gyanús anyagok vizsgálatát, továbbá az új pszichoaktív szerek azonosítását.

A stratégia negyedik fejezete a rendőrség bűnügyi szolgálati ágának prioritásait, a kábítószer-probléma kezeléséből adódó speciális feladatokat elemzi. Ezen belül a „Kínálatcsökkentés" című alfejezet hitet tesz amellett, hogy

> A Rendőrség kábítószer-probléma kezelésével összefüggésben lévő kínálatcsökkentési feladatai rövid távon a kábítószer-fogyasztók, -terjesztők számának behatárolása, a negatív tendenciák lassítása, míg hosszú távon a Nemzeti Drogellenes Stratégiában meghatározott cél az, hogy 2020-ra a kereslet- és a kínálatcsökkentés egyensúlyának biztosítása mellett a rendelkezésre álló eszközök széles körű alkalmazásával a lehető legteljesebb mértékben visszaszoruljon kábítószer-fogyasztás mértéke Magyarországon.

Az idézett mondat egyrészt feleslegesen hosszú, girbegurba gondolatmenetű, nehezen követhető, de nem ez a legnagyobb baj vele. Hanem a terjengős sorok közé rejtett idea a drogmentes társadalomról. A második alfejezet a kábítószer hazai illegális előállításának akadályozását elemzi. Itt a stratégia a kannabisz termesztést, illetve az illegális laboratóriumokat, illetve ezek felszámolását emeli ki.

Az ötödik fejezet első alfejezetében a rendőrségi drogstratégia felsorolja a Nemzeti Drogellenes Stratégia szerinti feladatokat a kínálatcsökkentés területén:

”” *a)* A nyomozati munka támogatása és az eljárások felgyorsítása érdekében tovább kell fejleszteni a szakértői háttér személyi állományát és technikai felszereltségét.

b) A nemzetközi és európai uniós folyamatoknak megfelelően elő kell segíteni a kábítószer-vizsgáló laboratóriumi hálózat szakmai, tudományos fejlődését és technikai fejlesztését, kapacitásuk igény szerinti bővítését.

c) A kábítószer-bűnözés elleni rendőri egység fejlesztése során a multidiszciplináris (gazdaságvédelem, informatikai környezetben megvalósuló) fellépést lehetővé tévő képességek további bővítése, a rendelkezésre álló technikai eszközök és felszerelések fejlesztése, a helyi-területi rendőri szervek felé a szakirányítás erősítése szükséges.

d) Növelni szükséges a hazai rendészeti szervezetek közötti információcsere hatékonyságát.

e) A sikeres és kellően elrettentő, megfelelő visszatartó erőt képviselő büntetőeljárások érdekében javítani kell a rendészeti szervek és az igazságügyi hatóságok együttműködését, elsősorban az ügyészek és bírák új elkövetési formákról, magatartásokról való megfelelő tájékoztatása és képzése révén.

f) Meg kell vizsgálni a szigorúbb, a kábítószerekre vonatkozó szabályozáshoz jobban közelítő, illetve egy önálló, a gyógyszerekről szóló törvény keretein kívül, az illegális droghasználatról szóló önálló jogszabály szükségességét is.

g) Mivel a kábítószer-bűnözés a nemzetközi szervezett bűnözés része, amelyben jellemző a határon átnyúló elem, a hatékony és aktív rendészeti fellépéshez elengedhetetlen a két- és többoldalú nemzetközi kapcsolatok kialakítása, fenntartása és folyamatos fejlesztése. Biztosítani kell a kábítószer-bűnözés elleni rendőri egységek számára a napi szintű nemzetközi kapcsolattartást. Ebben a vonatkozásban meghatározó az Európai Unió

2014-2017-es súlyos és szervezett bűnözés elleni szakpolitikai ciklusában való aktív rendőrségi részvétel. Ezen időszakra szóló uniós prioritások előírják, hogy csökkenteni kell az EU-ban a szintetikus kábítószerek előállítását, akadályozni kell a szintetikus kábítószerekkel való kereskedelemben részt vevő szervezett bűnözői csoportok tevékenységét, csökkenteni kell az EU-ba irányuló kokain- és heroin-kereskedelmet, valamint akadályozni kell az EU-n belüli terjesztés elősegítésével foglalkozó szervezett bűnözői csoportok tevékenységét. Ennek

végrehajtása a hazai bűnüldöző szervek számára is nemzeti szinten leképezendő és végrehajtandó kiemelt fontosságú feladat.

h) Gyakoribbá kell tenni az európai uniós kezdeményezések alapján létrejövő operatív együttműködésben való részvételünket, valamint a határon átnyúló információcserét. Fokozni kell az Europol felé történő információ-szolgáltatást, és aktívan igénybe kell venni a rendelkezésre álló európai elemző-értékelő kapacitásokat. Növelni kell a közös bűnfelderítő és nyomozócsoportok számát. Minden rendelkezésre álló nemzetközi információs csatornát (Interpol, SELEC, PCC SEE, kétoldalú kapcsolatok) és a jogszabályok alapján adott együttműködési formákat maximálisan ki kell használni az érdemi együttműködés további javítása érdekében.

i) Aktív és kezdeményező fellépésre van szükség a nemzetközi színtéren a kábítószerek, pszichoaktív anyagok és ehhez kapcsolódó termékek, technológiák országba áramlásának megakadályozása érdekében.

j) A schengeni külső határszakaszokon (ideértve a légi határt is) fokozni kell a kábítószer-bűnözéshez kapcsolódó csempészjellegű elkövetési magatartások elleni fellépést olyan integrált metodika révén, amelyben Rendőrség bűnügyi és határrendészeti szolgálati ága, valamint a NAV is megfelelően együttműködik. Emellett, tekintettel a meglévő és tovább bővülő schengeni belső határszakaszokra, fokozni szükséges a vonatkozó mélységi ellenőrzési tevékenységet.

k) A legális nemzetközi áruforgalom szerepe növekszik, mivel a postai és csomagküldő szolgáltatásokat a csempészek egyre intenzívebben veszik igénybe. Ennek érdekében javítani kell a bűnüldöző szervek és ezen ágazat szereplői közötti együttműködést tapasztalatcsere, képzés, együttműködési megállapodások, rendszeres egyeztető fórum létrehozása révén.

l) A társadalmi bűnmegelőzés eszközrendszerére, jelenlegi és majdani kapacitásaira mind a kereslet-, mind a kínálatcsökkentés kapcsán támaszkodni kell.

m) A visszaélések lehetőségének csökkentése és az illegális felhasználás elleni hatékony fellépés érdekében tovább kell fejleszteni a hatósági ellenőrzés személyi állományát és technikai felszereltségét.

n) Elő kell írni az elektronikus adat ideiglenes hozzáférhetetlenné tételét (blokkolás) a büntetőeljárás nyomozati szakaszában a kábítószer-kereskedelem, a

kóros szenvedélykeltés, a kábítószer készítésének elősegítése, továbbá az új pszichoaktív anyaggal visszaélés bűncselekmények megalapozott gyanúja alapján indított nyomozati eljárások esetén is.

o) A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése érdekében fokozni kell a célzott közúti ellenőrzéseket, és meg kell teremteni a balesetet okozó gépkocsivezetők szűrésének lehetőségét.

Miután a rendőrségi drogstratégia ezt részletesen felsorolja, a következő több alfejezetben igyekszik a fentiekben foglalt információkat aprópénzre váltani, rövidített formában összefoglalni.

A Rendőrség Drogellenes Stratégiájának értékelése

- A stratégiában deklarálva van a kereslet-, illetve a kínálatcsökkentés mint cél, azonban szó sem esik az ártalomcsökkentésről. Ez még akkor is kritizálható, ha az ártalomcsökkentés nyilvánvalóan nem elsősorban a rendőrség feladata.
- A stratégia duplán tárgyal egyes témákat. Például a bűnügyi szolgálati ág feladatai legalább két fejezetben is deklarálva vannak.
- Nem arányosak a fejezetek, alfejezetek, nem egységes a szerkesztés. Nyilvánvaló, hogy effajta stratégiát több szakember készít. Azonban érdemes lenne egy szerkesztői, lektori munka a felesleges ismétlések és a szerkesztési eltérések, aránytalanságok kiküszöbölésére.
- Különböző szakmai minőségű részek találhatóak a stratégiában. Egyes fejezetekben – mint például a helyzetértékeléssel foglalkozóban– nagyon magas szakmai színvonalon, az információk egy részét tekintve hiánypótló jelleggel, igényesen fogalmazott adatokat olvashatunk. Más fejezetek, alfejezetek sokkal inkább pusztán helykitöltésre, az ezer éve ismert(en nem működő) lózungok kifejtésére használhatók.
- A stratégia nagy hiányossága, hogy nem ír elő elvárt magatartást a rendőrség munkatársai számára a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban (KEF) való részvételt illetően. A korábbi stratégia még tett említést erről, a helyzetet természetesen kiválónak értékelve. A kérdés új stratégiából való kimaradása mutatja a téma valódi prioritását a szervezeten belül.
- A stratégia egyértelmű pozitívuma annak több helyütt való deklarálása, hogy a rendőrség célja a terjesztői tevékenység felé való fordulás, ami támogatható cél, másrészt egyértelmű nemzetközi tendencia. Ehhez hozzá kell tenni, hogy a 15 és 20

százalékban megfogalmazott arány, mely a terjesztői típusú magatartások részesedését tűzi ki a jövőben lefolytatandó eljárásokban, eléggé illuzórikusnak tűnik, ugyanis ehhez megvalósítási terv nem kapcsolódik. Másrészt a kitűzött cél tovább erősíti a szervezetre továbbra is nagymértékben ránehezedő statisztikai szemléletet, újabb „trükközési kényszert" telepítve az egyes rendőri vezetői szintekre.

- **A 26/2009. (OT 15.) ORFK utasítás**

A szakirányítás keretében az ORFK Bűnügyi Főosztályán a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény nyomozása során a rendőrség szerveire háruló feladatokról 26/2009. (OT 15.) számon ORFK utasítást készítettek.

Az utasítás egyebek mellett meghatározza a rendőrség szervezeti egységeinek a kábítószerrel visszaélés bűncselekmény felderítésével, illetve nyomozásával kapcsolatos feladatait, a kábítószer gyanúját keltő anyagok lefoglalásának szabályait, a kábítószer gyanúját keltő anyagok megtalálása során az elkobzás, a tárolás, a bűnjelkezelés, a megsemmisítésés a szállítás részletes menetét.

- **A 32/2014. (VIII. 29.) ORFK utasítás**

Ez az utasítás a bódító hatású szertől befolyásolt állapotú járművezetőkkel, valamint a kábítószerrel összefüggő bűncselekmény elkövetésével gyanúsítható személyekkel szemben alkalmazandó rendőri intézkedésekről szóló előírásokat tartalmazza.

7.2.2. Kábítószer-rendészeti tevékenység

A kábítószer-rendészeti feladatokat – kisebb megszakításokkal – 1989-től az ORFK-n az Igazgatásrendészeti Főosztály látja el. A feladat 1991. szeptember 1-jétől 1992. március 31-ig a Bűnügyi Főigazgatósághoz, majd 1992. november 23-tól 1993. április 30-ig a BM Rendészeti Főosztályához lett telepítve, de a szervezetidegen szakmai környezetekben a feladat végrehajtása végképp megszűnt. 1994. január 1-jével erősödött meg a rendőrség központi szintjén a kábítószer-rendészeti tevékenység végzése az ORFK Közbiztonsági Főigazgatóság Igazgatásrendészeti Főosztály Rendészeti Osztály keretein belül.

A központi feladatok ellátása mellett jelenleg egy stabil kábítószer-rendészeti területi hálózat működik.

Ismereteink szerint az EU országainak zömében a bűnüldöző szervek berkein belül nem folyik – a hazánkhoz hasonló jellegű – kábítószer-rendészeti tevékenység. A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrzési Bizottság (INCB) több esetben is pozitív példaként hozta fel a magyar kábítószer-rendészeti rendszert.

A rendőrség központi és területi szerveinél dolgozó kábítószer-rendészek feladatait a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) Kormányrendelet, a kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapításáról szóló 159/2005. (VIII. 16.) Kormányrendelet, valamint a kábítószer-bűnözés elleni rendőri rendészeti tevékenység során végrehajtandó feladatokról szóló 43/2009. (OT 26.) ORFK utasítás határozza meg.

Ezen normák alapján az ORFK RFI IFO Rendészeti Osztálynak, valamint a megyei rendőr-főkapitányságok igazgatásrendészeti osztályainak és a BRFK Közbiztonsági Szervek Igazgatásrendészeti Főosztály Rendészeti és Fegyverengedélyügyi Osztálynak kábítószer-rendészeti feladatkörben különösen a következő tevékenységeket kell ellátniuk:

- a kábítószer kémiaiprofil-meghatározásához szükséges minták;
- a visszaélés szempontjából veszélyes új szer mintái kivitelének és behozatalának engedélyezése;
- állatgyógyászati intézmények, állatgyógyászati készítmények kiskereskedelmi forgalmazóinak és a magánállatorvosok kábítószerekkel kapcsolatos tevékenységének nyilvántartásba vétele;
- kábítószerekkel és a kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos tevékenységek, illetve az ipari mákkal és magas THC-tartalmú kenderrel végezhető egyéb tevékenységekkel kapcsolatos engedélyek kiadásában szakhatóságként közreműködés;
- a kábítószerekkel folytatott valamennyi engedélyes (gyógyszergyárak, gyógyszer-nagykereskedők, galenusi laboratóriumok, kutatóhelyek) és az egészségügyi szolgáltatók (gyógyszertár, kórház, állatorvos) tevékenységének felügyelete és rendészeti vonatkozású ellenőrzése;
- a kábítószer-prekurzorokkal folytatott gyártási (előállítási, regenerálási), feldolgozási, felhasználási, forgalmazási és tárolási (raktározási) tevékenységek felügyelete és rendészeti vonatkozású ellenőrzése.

A központi szerv szakreferensei évente több mint száz közigazgatási hatósági ügyet (engedélyezés, szakhatósági állásfoglalás, nyilvántartásba vétel) intéznek. A 2010. év első félévében – jogszabályi módosulást követően – több mint nyolcszáz állatgyógyászati intézményt, kiskereskedelmi forgalmazót és magánállatorvost vettek hatósági nyilvántartásba. A kábítószerekkel, pszichotróp anyagokkal és a kábítószer-prekurzorokkal folytatott legális tevékenységek rendőri ellenőrzése hatékony eszköze a bűnmegelőzésnek, mivel megnehezíti a legálisan tevékenykedőktől ezen anyagok átkerülését az illegális csatornákba, és ezzel kínálatcsökkentést valósít meg.[100]

7.2.3. Vámhatósági feladatok

A kábítószer-prekurzorok harmadik országok tekintetében megvalósuló behozatala és kivitele, egyes esetekben újra kivitele engedélyköteles. Az engedélyeket a Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal (a továbbiakban: MKEH) Kereskedelmi Hatósága állítja ki a Magyarországon letelepedett gazdálkodók részére.[101] Az eljárásokhoz más uniós tagállam engedélye is elfogadható. Az MKEH a kábítószer-prekurzorokat érintő behozatali és kiviteli engedélyek kiadásáról – a NAV és az MKEH közti együttműködési megállapodás alapján – az egyablakos adatcsere-forgalom keretében tájékoztatást ad a vámhatóság részére. A vámhatóság az így érkező adatok felhasználásával ellenőrizheti a váminformatikai rendszerben a kiállított engedélyek felhasználását, nyomon követheti az eljárások befejeződését. A kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Kormányrendelet (továbbiakban: Kábítószer Korm. rendelet) hatálya alá tartozó anyagok harmadik országokat érintően bonyolódó behozatala, kivitele, illetve Európai Unión belüli szállítása (a továbbiakban: transzfer) szintén engedélyhez kötött, melyet hazánk területén az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (a továbbiakban: EEKH) Kábítószerügyi Főosztálya állít ki.[102] Az EEKH az engedélyeken minden esetben feltünteti a vámhatóságnak az adott eljárás (behozatal, beléptetés, kivitel, kiléptetés, transzfer) elvégzésére kijelölt vámszervét. Alapesetben az eljárást csak a kijelölt vámszerv végezheti el, e szabálytól csak különösen indokoltesetben, az EEKH engedélyével lehet eltérni. Az EEKH az engedélyek kiadására

[100] *A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2010. november 2-i ülésének 4. napirendi pontjához… i. m.*
[101] A kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapításáról szóló 159/2005. (VIII. 16.) Korm. rendelet 1. § (1) bekezdése szerint.
[102] A Kábítószer Kormányrendelet 13. § (1) és 15. § (1) bekezdése szerint.

vonatkozó adatszolgáltatást – eltérően a kábítószer-prekurzorokhoz kapcsolódó engedélyezési mechanizmustól – az egyablakos adatcsere keretében nem végez.

- **Az egyes termékköröket érintő vámhatósági ellenőrzés**

A vámhatóság a kábítószer-prekurzorok, illetve a kábítószerek, pszichotróp és új pszichoaktív anyagok harmadik országok vonatkozásában bonyolódó kivitelét, behozatalát, valamint tranzitját, továbbá utóbbi termékkör transzferjét ellenőrzi.[103] A vámhatóság alapvetően az eljárás alá vont termékek azonosságát, a két termékkör szállításához kiállított engedélyek meglétét, azok adattartalmát és érvényességét ellenőrzi, majd hitelesíti azokat. Emellett a kábítószer-prekurzorok esetében a vámhatóság vizsgálja a behozatal törvényes felhasználási célját, valamint a gazdálkodói tevékenység MKEH általi nyilvántartásba vételét igazoló határozat meglétét.[104] A vámhatóság a kábítószerek, pszichotróp és új pszichoaktív anyagok behozatalához, kiviteléhez, illetve transzferéhez, továbbá – ha a szállítmány hazánk területén keresztül hagyja el az Európai Unió vámterületét – a kábítószer-prekurzorok kiviteléhez kiállított engedélyeket bevonja, majd elszámolásuk érdekében megküldi az engedélyezést végző hatóságok részére. A vámhatóság mindkét termékkör tekintetében jogosult minden olyan szállítmányt feltartóztatni, amelyek ellenőrzése során alaposan feltételezhető az eredeti rendeltetéstől eltérő felhasználás (eltérítés) gyanúja. Ha az eljárások során a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvényben foglalt, a kábítószer-területtel kapcsolatos törvényi tényállások valamely elkövetési magatartása megvalósul, a vámhatóság megteszi a szükséges intézkedéseket a büntetőeljárás lefolytatása iránt. A gyakorlati tapasztalatok szerint büntetőeljárások keretében foganatosított intézkedések során a vámhatóság és a rendőrség együttműködése megfelelő.

- **Az AEO tanúsítvány jelentősége a kábítószer-szakterület ellenőrzésében**

A kábítószer-szakterület tekintetében érintett anyagok szállítása során pozitív megkülönböztetésben részesülnek a Közösségi Vámkódex létrehozásáról szóló 2913/92/EGK tanácsi rendelet (a továbbiakban: Közösségi Vámkódex) végrehajtására vonatkozó rendelkezések megállapításáról szóló 2454/93/EGK bizottsági rendelet (a továbbiakban: bizottsági rendelet) 14a. cikk b)–c) pontjai szerinti engedélyezett gazdálkodói (AEO)

[103] A kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapításáról szóló 159/2005. (VIII. 16.) Korm. rendelet 6. § (1) bekezdés c) pontja, valamint a Kábítószer Korm. rendelet 26. § (1) bekezdés b) pontja alapján.

[104] A Közösségi Vámkódex létrehozásáról szóló 2913/92/EGK tanácsi rendelet 7. cikk (1) és 8. cikk (1) bekezdései szerint.

tanúsítványokkal rendelkező gazdasági szereplők. Az AEO tanúsítvánnyal rendelkező gazdálkodók vámeljárásai során a vámhatóság nem tart rendszeres fizikai vizsgálatokat, illetve azokat elsőbbséggel végzi el a bizottsági rendelet 14b. cikk (4) bekezdésében írtaknak megfelelően. Fontos kiemelni, hogy a legkésőbb 2016. május 1-je után kötelezően alkalmazandó – és egyúttal a Közösségi Vámkódexet felváltó –, az Uniós Vámkódex létrehozásáról szóló 952/2013/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: Uniós Vámkódex) az AEO tanúsítványhoz kapcsolódó szabályozást jelentősen átalakítja, illetve kiterjeszti a részükre nyújtható vámjogi egyszerűsítéseket és könnyítéseket. Az új vámjogi szabályozás az engedélyezett gazdálkodói tanúsítványokat már engedélyként határozza meg, és az általuk biztosítható előnyöket – a jelenleginél szigorúbb – követelményrendszer teljesítéséhez köti. A megfelelő felkészülés érdekében már most minden jogalkalmazónak ajánlott az Uniós Vámkódex új rendelkezéseinek tanulmányozása.[105]

7.2.4. Határrendészeti feladatok

A határrendészet területén a közelmúltban nagyon jelentős változások történtek, amelyek a kábítószer-kriminalitással kapcsolatos határrendészeti feladatokra is komoly hatással voltak. Egyrészt jelentős átszervezés történt még továbbá az Európai Unió csatlakozásának évében, amikor is az új típusú környezeti elvárásoknak történő megfelelés érdekében – többek között – a korábban önálló és elszórt határőrizeti és határforgalmi kirendeltségeket részben felszámolták, összevonták őket, s *2004. június 15*-én létrehozták a már *komplex feladatrendszert teljesítő határrendészeti kirendeltségeket, határőrizeti és határfogalom-ellenőrzési feladatok ellátására felkészített hivatásos határrendész állománnyal.* Közel hároméves felkészülési folyamat eredményeként *országunk 2007 decemberében a szárazföldi határok, majd 2008 márciusában a légi határok vonatkozásában is a schengeni övezet teljes jogú tagjává vált.* Ennek következményeként az ország államhatárának megközelítőleg fele úgynevezett belső határként, a másik fele pedig úgynevezett külső határként funkcionál, kerül ellenőrzésre.

2008. január 1-jével az addig önálló szervezetként működő Határőrség integrálódott a Magyar Köztársaság Rendőrsége szervezetébe. Innentől kezdve integrált rendészeti szervezet,

[105] Harnberger György: A kábítószerek vámhatósági ellenőrzése, annak kihívásai. [A tanulmány "Az adó- és vámszervek aktuális kihívásai" című konferencia és tanulmánykötetben fog megjelenni 2015-ben az NKE kiadásában]

a Magyarország Rendőrsége látja el a vonatkozó jogszabályokban számára előírt – így a határrendészeti – feladatokat is, ezen belül az államhatárhoz kapcsolódó kábítószer-csempészetelleni tevékenységet is.

A Schengeni Végrehajtási Egyezmény (továbbiakban: Egyezmény) 2. cikkelye alapján: „A belső határok személyi ellenőrzés nélkül bárhol átléphetők."

A külső határellenőrzés feladatainak jogalapja az Egyezmény 3–8. cikkelyében foglaltak szerint, fő szabályként:

- A külső határok csak a kijelölt határátkelőhelyeken és csak azok nyitvatartási ideje alatt léphetők át.
- Az ettől eltérő, jogsértő átlépést szankcionálják.
- Külföldi beléptetésének feltételei:
    - *érvényes úti okmány*
    - *érvényes vízum (vízumkötelezettség esetén)*
    - *a tartózkodás célját és feltételeit igazolni tudja (okmány, pénzeszköz stb.)*
    - *beléptetési tilalom alatt nem áll*
    - *nem veszélyezteti a közrendet, a nemzetbiztonságot vagy valamely szerződő fél nemzetközi kapcsolatait*

A határforgalom-ellenőrzés minimum- vagy alapos ellenőrzéssel történik állampolgárság, gyanúok, vagy elrendelés alapján. Az alapos ellenőrzés kiterjed személyre, járműre, szállítmányra, csomagra (tárgyra). A külső határokon az azonos szintű ellenőrzésbiztosítása a Schengeni Közös Kézikönyv (SKK) és a Határőrök Gyakorlati Kézikönyve (Schengeni kézikönyv) alapján történik.

- **Mélységi ellenőrzési feladatok**

A belső és külső határok ellenőrzési technológiája közti eltérések kiegyenlítő kompenzációjaként hajtják végre a rendőri szervek által önállóan, illetve az illegális migráció és a kapcsolódó nemzetközi bűnözés elleni harc érintett szervezetei, hatóságai által együttműködve vagy tényleges közös végrehajtással szükséges ellenőrzéseket.

A kábítószer-kutatási feladatokat a határforgalom ellenőrzésében részt vevő valamennyi hivatásos, szolgálatteljesítési helyre beosztott és szolgálati feladatot ellátó határrendész, rendőr jogosult végrehajtani. Ugyanakkor a kutatás tényleges végrehajtására a legmegfelelőbb szakmai felkészültséggel a kábítószerkeresőkutya-vezetők (KKAV-k) rendelkeznek. Az útlevélkezelőnél „csapódnak le" azok a *fiziológiai és metakommunikációs jelek* is, amely alapján az ellenőrzött személy, jármű esetében felmerül a kábítószer-csempészetgyanúja, ezért azt alapos ellenőrzésre kell irányítania. A határátlépő adatainak *Schengeni Információs Rendszerben való ellenőrzésekor elért találat esetén* lehetséges, hogy visszaigazolást nyerhet, hogy pl. a beutazási és tartózkodási tilalom elrendelésének oka az átlépésre jelentkező személy által elkövetett vagy gyanítható kábítószer-csempészetvolt. Így már van gyanúok a célirányos alapos ellenőrzésre. Nagyon fontos felfedési, beazonosítási lehetőség az ún. *útvonalkövetés*. Az útlevélkezelő az ellenőrzésre átadott útlevélben, annak vizsgálata során, be tudja azonosítani a felhasználó által látogatott országokat. Egyéb bejegyzések vizsgálatával megállapítható lesz az adott országban történő tartózkodás időtartama, annak célja, a határátlépéseknél használt átkelőhelyek, közlekedési eszközök. Ezen információkat össze tudja vetni azokkal a szakmai háttér információkkal, amelyek klasszikusan a kábítószer termesztő/-készítő államra, ismert és alkalmazott határátkelőhelyekre, csempész útvonalakra utalnak. Ha ennek a „kockázatelemzésnek" a végeredményébe belefér az utas, akkor már szintén felmerülhet az útlevélkezelőben a kábítószer-csempészet gyanúja, kezdeményezheti az alapos ellenőrzést. Szintén elsődleges gyanúra utaló jeleket fedhet fel az útlevélkezelő *az utas által használt jármű ellenőrzése* során. Attól függetlenül,hogy minimum- vagy alapos ellenőrzés hatálya alá tartozik a személy,az általa használt jármű vonatkozásában jelentkeznek ellenőrzési kötelezettségei az útlevélkezelőnek.

- **Kábítószerkereső kutya-vezető (KKAV)**

Ezeknek a kollégáknak a zöme az 1990-es évek közepe óta lát el szakterületén szolgálatot. Az esetleges kiválásokat követően folyamatosan pótolták őket, és a szakmai kiképzések, felkészítések, szintentartó képzések, minősítő vizsgák, hazai és nemzetközi versenyeken való részvételek mellett a kollégák többéves, napi szintű szakmai tapasztalatot, gyakorlatot alkalmazva látják el szolgálati feladataikat, nimmár az integrált rendészeti szervezeten belül, a határrendészeti kirendeltségeken. Az alkalmazásuk óta eltelt időszakban realizált kábítószer-csempészési kísérletek felfedései azt igazolják vissza,hogy ennek az állománynak és a

szolgálati keresőkutyáknak az alkalmazására a jövőben is szüksége van a schengeni normáknak megfelelő,már integrált rendőrségnek.[106]

7.3. Kínálatcsökkentés a büntetés-végrehajtás területén

A világ összes börtönében rosszabbak az életkörülmények, mint a szabad világban, legalábbis egy átlagos fogvatartott számára. Ezért a fogvatartottak az ingerszegény környezetben élményt fognak keresni, élménydús környezetben pedig nyugalmat próbálnak találni. A bűnözői személyiségre egyébként is jellemző az élménykeresés. Az élménykeresés jellemző formái a börtönben a tiltott tevékenységek, mint a verekedés, a zárkán belüli edzés, a tetoválás, a drogfogyasztás és így tovább. A börtönben jelenlévő drog tehát egyfajta szabadságot ad a fogvatartottaknak élményszinten. A börtönök rossz állapota növeli a tiltott tárgyak elrejtésének és csempészésének lehetőségeit is. A rosszul kiépített börtönökbe könnyebben jut be a drog (pl. be lehet dobni a sétaudvarra), vagy a zárkán belül könnyebben el lehet rejteni. Olyan börtönökben például, ahol a berendezési tárgyak helye vagy jellege rögzített, szinte rutinszerűen lehet tudni, hogy melyek a legjellemzőbb elrejtési helyek, míg olyan börtönökben, ahol megengedik a saját bútor használatát, már jóval kevésbé. A börtön személyzete, a fogvatartottakkal dolgozók személyi állománya a feladatához mérten rendelkezik kötelező és az elhivatottságtól függő ismeretekkel. Egy kábítószer-kereső kutyát vezető őr például több információval rendelkezik a drogokról, mint egy átlagos körletfelügyelő, de ugyanígy egy börtönorvos is más információkkal bír. Ez a tudásanyag gyakran átfedi egymást, de mégis több helyen hiányosság tapasztalható. A börtönök személyi állománya nem kiképzett kábítószer-szakértő, azaz a drogproblémát nem képes átfogóan kezelni. Ebből számos gond adódhat. A hiányosságokat a fogvatartottak természetesen kihasználják.

A drogok elsődleges funkciója a börtönben az „átutazás”. A kábítószer hatásának köszönhetően a börtön könnyebben elviselhető. A börtönbeli rossz társaság, a hanyag, nem odafigyelő személyzet, a letartóztatási sokk tehát a lehet a drogfogyasztás oka. A drogfogyasztás eredménye a fertőző betegségek terjedése vagy a rosszabb reintegrációs esély

[106]Éberhardt Gábor: *Határrendészeti kérdések*. In: Rácz József (szerk.): *Rendészeti ismeretek a kábítószer-problémával kapcsolatban*. Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Igazgatóság–Országos Bűnmegelőzési Bizottság, ETO-PRINT Kft, Budapest. 2009, 364–410. o.

lehet. Ezek azonban nem fedik le azt, hogy a drog szerepe a börtönben a „menekülés”. A zárt fizikai és társas közegből ezt a késztetést nem lehet kigyomlálni, hiszen minden rab elemi érdeke és célja, hogy kikerüljön a börtönből. Az átutazás-jelenség erélyesen indokolja a börtönbeli keresletcsökkentési stratégiákat. A drog ugyanakkor az agresszió melegágya is. Zárt térben, ahonnan nem lehet elmenekülni, ahol nem lehet a támadás elől elbújni, más módszert kell találni a védekezésre vagy a támadásra. A drog esetleg beindítja az agressziót, aminek következtében tér keletkezik. A börtön sok esetben növeli a fogvatartottak addikcióját, ugyanis esetleg más drogra váltanak bent a börtönben, vagy olyan szereket próbálnak ki, amelyeket addig nem ismertek. A börtön környezete kitermeli a maga sajátos drogját. Ezek hazánkban korábban a szerves oldószerek voltak, manapság pedig a könnyen hozzáférhető benzodiazepinek. Az utóbbiakhoz éppen olyan könnyű hozzászokni, mint az illegális drogokhoz.

7.3.1. Kezelési kategóriák a kábítószer-probléma függvényében

A börtönbeli kábítószer-probléma kezelése szempontjából kiemelten fontos, hogy a problémával szembesülő fogvatartottakat a probléma szempontjából klasszifikáljuk. Az EMCDDA[107] az alábbi négy fogvatartotti kategóriát vázolta fel a kábítószer-probléma szempontjából.[108]

[107] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

[108] Fliegauf Gergely: *Kábítószer-probléma a börtönben – rövid áttekintés*. In: Csáki Anikó – Mészáros Mercedes (szerk.): *Drogprevenció és kezelés a büntetés-végrehajtásban.* Szakkönyv. Készült a Nemzeti Erőforrás Minisztérium támogatásával (KAB-ME-10-IM-0033). Váltó-sáv Alapítvány, Budapest, 2011, 8. o.http://www.valtosav.hu/szakmai_anyagok/VSA-tanulmany-KAB-IM.pdf [Letöltés ideje: 2015. február 5.]

8. számú táblázat: **Szenvedélybeteg fogvatartottak kezelésének lehetőségei**[109]

Kategória	Probléma	Ideáliskezelés
1	A szenvedélybetegséghez még számos olyan más pszichoszociális probléma társul, ami miatt ezek a fogvatartottak kihívást jelentenek a börtön-személyzet számára: – fertőző betegségek, – hajléktalanság, – aluliskolázottság, – áldozattörténet, – dependens személyiség. Ezek a személyek a börtönben lassan az átlagos fogvatartott szerepét kezdik játszani Európa börtöneiben. Alkalomszerűen fogyasztanak kábítószert a börtönökben. (A börtönnépesség 30–90%-a)	*Kábítószermentes körlet:* – rendszeres, véletlenszerű vizeletminta-szolgáltatás, – progresszív (átjárható) rezsim, – munkáltatás, oktatás, képzés – pártfogás.
2	Ezek a személyek súlyos szenvedélybetegek, akik végső elkeseredésükben követték el az általában vagyon elleni bűncselekményüket. Nem életvitelszerű bűnözők. Ők a börtönben nagy valószínűséggel fogyasztók maradnak, vagy szubsztitúciós kezelésre, detoxifikációra szorulnak. A börtönben ezek a személyek ki vannak szolgáltatva a többi fogvatartottnak.	*Kábítószer-szubsztitúciós körlet*: – rendszeres orvosi ellátás, – elkülönült, nyitott rezsim, – terápiás foglalkozás, – utógondozás.
3	A kábítószer-bűncselekmények elkövetésének irányítói és szervezői. Befolyásos, nagy hatalmú bűnözők. A börtönben a kontraszelekció következtében kábítószer-problémás fogvatartottakként privilégiumokat élveznek. Mivel tehetősek, képesek a személyzetet manipulálni és korrupcióra késztetni.	*Különleges biztonságú körlet:* – kábítószerkínálat-csökkentési ellenőrzés, – egyénre szabott, folyamatosan felülvizsgált rezsim, – munkáltatás, – agresszió kezelés, – kötelező kognitív terápia,
4	Teljesen amorf, stratégiailag egységesen nem kezelhető kategória. A fenti három csoport tagjaiból tevődik össze.	– kockázatelemzés, – rezsimkialakítás, – kezelésdifferenciálás.

[109] Fliegauf G. (2011): i. m. 18–19. o.

7.3.2. Európai áttekintés

2006-ban és 2007 elején hat ország vizsgálta felül a fogvatartottak kábítószer miatti kezeléshez való jogaira vonatkozó szabályozás kereteit és iránymutatásait.

Belgiumban az igazságügyi miniszter 2006-os irányelve kimondta, hogy a fogvatartottaknak joguk van a kezelési lehetőségek ugyanazon skálájához, mint ami a börtönön kívül elérhető.
Írországban eközben a börtönszolgálatra vonatkozó új iránymutatásokban hangsúlyozták, hogy a kezelési szolgálatok által nyújtott egészségügyi ellátás színvonalának összemérhetőnek kell lennie a közösségben elérhetővel, ugyanakkor igazodnia kell a börtönkörülményekhez.
Dániában egy törvénymódosítás 2007 januárjától a bebörtönzött kábítószer-használókat feljogosítja a kábítószer-használatuk ingyenes kezeltetésére. A törvény kimondja, hogy a kezelést rendes esetben 14 napon belül kell megkezdeni, attól a naptól számítva, amikor a fogvatartott a dán börtön- és pártfogó szolgálatnál azt kérelmezte. Ez a jogosultság azonban nem áll fenn, ha az elkövetőt várhatóan három hónapon belül szabadon bocsátják, illetve ha úgy ítélik, hogy a kezelésre alkalmatlan vagy nem motivált.
Romániában az igazságügyi, a közegészségügyi és a közigazgatási és belügyi miniszter együttes rendeletével (a fogvatartottaknak szóló integrált orvosi, pszichológiai és szociális támogató programok folytatásáról) 2006 májusától új jogalapot teremtettek a helyettesítő kezelés létrehozásához a börtönökben.
Norvégiában az igazságügyi minisztérium és az egészségügyi és szociális minisztérium 2006-os körlevele megerősítette a két szektor közötti együttműködést, hogy jobb utókövetést tudjanak biztosítani a büntetőítéletek letöltése alatt és után.
Konkrétabb fejlemény, hogy *Szlovákiában* egy 2006. évi törvény engedélyezte a pszichológiai szolgáltatásokat a megvonási tünetektől szenvedő, vizsgálati fogságban lévő kábítószer-használók számára. Ez a törvény akkor kívánja biztosítani e szolgáltatásokat, amikor a legjobban rá vannak szorulva, azaz az őrizetbe vétellel azonnal bekövetkező kényszerű megvonás idején. A törvény létrehozta a jogalkotási kereteket is az elítélt kábítószer-használókat segítő, meglévő speciális kezelési egységek támogatására.

A fogvatartott-populáció drogérintettségével kapcsolatosan, az EMCDDA számára készült országjelentések Európa más országaiban 2000 és 2007 között összesen 51 kutatásról számoltak be (EMCDDA jelentés, 2008). A különböző országokban a börtönpopulációról

rendelkezésre álló adatok azonban meglehetősen heterogének, így a becsült drogérintettségi adatok komparatív elemzésével óvatosan kell bánni.

Az EMCDDA kiemelt témái között megjelenő, „Drogfogyasztás a börtönben" című jelentése (2002) szerint az egyes országokban az életük során valaha valamilyen tiltott szert használók aránya a fogvatartottak körében meglehetősen széles sávban – 29% és 86% között – mozog (a legtöbb országban 50% feletti). Az átlagpopulációhoz hasonlóan a börtönpopuláció körében leggyakrabban használt szer a kannabisz, azonban több országban szintén magas fogyasztási ráta figyelhető meg a heroinhasználatra vonatkozóan is. Egyes országok jelentései szerint a börtönpopuláció körében az átlagnépességhez képest nagyobb számban fordulnak elő intravénás szerhasználók, rendszeresebb a szerhasználat, továbbá több problémás szerhasználó figyelhető meg. A különböző országokban a fogvatartottak kinti életében átlagosan jellemző prevalencia értékeket összehasonlítva az Európai Unió országaiban az általános populációban mért átlagértékekkel (EMCDDA jelentés, 2008) kapcsolatban azt mondhatjuk, hogy a fogvatartott-népesség mind érintettsége, mind a droghasználatának jellemzői alapján az általános populációhoz képest nagyobb kockázatú csoportnak tekinthető.[110]

A más európai országokban tapasztaltakhoz hasonlóan a fogvatartott-populáció drogérintettsége a börtönbe kerülést megelőzően Magyarországon is jelentősen meghaladja a társadalomban átlagosan jellemző érintettséget, azaz a börtönökben nagyobb arányban vannak jelen droghasználók, mint az általános népességben. A magyarországi fogvatartottak drogérintettségi adatait összehasonlítva a18–64 év közötti általános populációra vonatkozó adatokkal megállapíthatjuk, hogy a börtönpopuláció körében három és fél, négyszeres azok aránya, akik a civil életük során kapcsolatba kerültek tiltott drogokkal. A hazai fogvatartott-népesség a normál populációhoz képest értelmezett relatív kockázata kifejezetten magasnak tekinthető.

Ez európai kontextusban is hasonló, mivel az Európai Unió országaiban a fogvatartott-populáció drogérintettsége a kannabisz-származékok esetében átlagosan két és fél, háromszorosa az általános populációban jellemzőnek. A rövidebb idejű prevalencia értékek tekintetében – szintén az európai tendenciákkal összhangban – a fogvatartott-népesség nagyobb érintettsége még fokozottabban megjelenik, ennek következtében a fogvatartott-fogyasztókon belül a folyamatos, illetve aktuális használók aránya is többszöröse az általános

[110] Paksi Borbála – Arnold Petra: A jogerősen elítélt fogvatartottak droghasználata. *Börtönügyi Szemle*, 2010/1., 10. o. [Letöltés ideje: 2015. február 5.]

populációban jellemző értékeknek, azaz a drogfogyasztásból való kilépés esélye is kisebb. A fogvatartottak körében az utóbbi években zajló – az általános populációhoz képest – kedvezőtlen elmozdulások nem a fogvatartottak társadalmi összetételének, hanem a nagyobb érintettségű társadalmi csoportok felé való elmozdulásnak a következményei. A fogvatartottak esetében egy olyan speciális populációról van szó, melyben az utóbbi években zajló kedvező társadalmi változások egyelőre nem éreztetik hatásukat. Ugyanakkor, ha hosszú távú tendenciákat vizsgálunk,úgy tűnik, hogy a lineáris görbék párhuzamosan haladnak, a fogvatartott-populációban zajló változások összességében az általános népességben történt változásokat időben elnyújtva leképezik.[111]

7.3.3. Magyarországi gyakorlat és tapasztalatok

Alapvetően három irányzat létezik a börtönökben a kábítószer-probléma szempontjából: a kereslet-, a kínálat- és az ártalomcsökkentés. Ezek közül az első kettő közgazdasági, mikroökonómiai színezetű, azon a tételen nyugszik, hogy egy bizonyos termék (a drog) a piacon (a börtönben) való jelenléte a kereslet és a kínálat közötti egyensúly függvénye. A termék ára akkor stabil, ha a kereslet és a kínálat kiegyensúlyozódik. Vegyük példaként, hogy a magyar börtönökben egy darab *Rivotril* [112] tabletta ára egy csomag dohány vagy két doboz cigaretta. Ha a kínálatot csökkentjük (pl. zárkaellenőrzéskor a fogvatartottaktól elkobozzuk a tiltott tárgynak minősülő Rivotrilt), növelni fogjuk a keresletet (a rabok nem jutnak hozzá a Rivotrilhoz, és mivel az függőséget okoz, egyre nagyobb lesz a vágyuk, hogy szerezzenek), ennek következtében a drog ára nő a börtönben. Ha a keresletet csökkentjük (pl. felvilágosító előadásokat tartunk, mondjuk a benzodiazepinek börtönbeli használatának ártalmairól), elérhetjük, hogy a kínálat stagnáljon, és lemegy a gyógyszer ára, de ennek köszönhetően több rab juthat a Rivotrilhoz. A két iménti példa miatt rendkívül körültekintően kell eljárni. A két példához nagyon hasonló okokra vezethető vissza az ártalomcsökkentés elemi igénye a büntetés-végrehajtás intézetekben. Láthattuk, hogy mind a kínálat-, mind pedig keresletcsökkentés önmagában a drogfogyasztás növekedésével, a drog árának ingadozásával jár, és mivel a börtön alapvetően zárt rendszer, egyre inkább a börtön illegális csatornáit (droginflux a börtönbe) nyitja ki a külvilág felé. Ezzel maga a börtön lényegi funkciója, az

[111] Paksi B. – Arnold P. (2010): i. m. 19–20. o.
[112] A Rivotril hatóanyaga a klonazepám, amely a benzodiazepinek gyógyszercsoportjába tartozik. Görcsgátló, nyugtató, izomlazító és szorongásoldó hatása van. A következő betegségek kezelésére alkalmazzák: epilepszia, szorongásos állapotok és ezekhez kapcsolódó tünetek.

izoláció gyengül. Az ártalomcsökkentés a börtönben azt a jelenséget célozza meg, hogy a börtönben van droghasználat, amelyből egészségügyi ártalmak keletkeznek, és ezeket nem csak egészségügyi úton lehet orvosolni. A megoldás a valódi szociális munka. Ezt a hazai börtönökben – és jellemzően Kelet-Európában – visszatartja az adminisztráció, amely a porosz-orosz katonai börtönmodell hagyományai alapján működik. Ennek lényege a szabályzatelvűség, a piramidális szervezeti struktúra és a tekintélyelven alapuló szervezeti kultúra. Ezek természetesen egy-egy kontinuum szélsőséges pólusai, és a magyar börtönöket sem kizárólag ez jellemzi, mégis túlsúlyban vannak ezek a vezetési elvek. Az ilyen rendszerekről Irving Janis [113] óta tudjuk, hogy sérthetetlennek tartják magukat, ezért nagyon nehezen kommunikálnak a rendszeren belül és kifelé a rendszert aláásó és veszélyeztető jelenségekről, mint például a börtönbeli kábítószer-probléma. A drogpolitika egyetlen lehetséges iránya a kereslet-, a kínálat- és az ártalomcsökkentés összehangolása.
Erre megvannak a szabályaink, különböző rezsimjeink (23 hazai intézetben van kábítószer-prevenciós részleg, jóval több helyen, mint a régebbi „stílusú" gyógyító-nevelő csoport), azonban ezektől önmagukban nem lehet csodát várni, ha a szabályzatelvű normák rögzültek.

Számos kutatás bizonyítja, hogy a börtönviseltség és a kábítószer-probléma között szoros, egymást támogató kapcsolat van. Ezek nagyjából a következő irányvonalak mentén foglalhatók össze:

1. A kábítószert használják a börtönben. Nem elégséges az a kifejezés, hogy a kábítószer jelen van a börtönben. Ez azzal jár, hogy a börtön ideális terep arra, hogy a kábítószer-fogyasztási szokások finomodjanak az egyén életében, hiszen a rabok összezárva élnek a börtönben, megvonásos helyzetben, és ezért ingereket fognak keresni.
2. Mivel a börtönben a drog „tiltott tárgy", ezért használata szabályokba ütközik, amelyeknek az érvényesülése látszólag sokkal erősebb, mint kint a társadalomban. Ennek következtében az egyébként is kockázatkereső bűnöző életvitelű személyek a börtönben még több kockázatot vállalnak. (Például megosztják a tűt.)
3. A drogfogyasztás a kinti életben is számos egészségügyi ártalommal jár. Ilyenek a fertőző betegségek, mint a hepatitisz, a TBC vagy az AIDS. Szükségtelen kifejteni, hogy ezek az egészségügyi gondok mekkora a biztonsági kockázatot jelentenek a börtönökben, és hogy a fertőzések esetleges terjedése miatt milyen szélesebb társadalmi problémákat okoznak.

[113] Janis, Irving L. : *Crucial decisions: leadership in policymaking and crisis management*. New York: Free Press, 1989.

4. Illegális drog a börtönbe jogi szempontból csak bűncselekmény útján juthat be. Sőt: ehhez a tevékenységhez szervezett bűnözői struktúra szükséges. Mint ahogy korábban kitértünk rá, a bekerülést a rossz stratégiai lépesek éppen generálják, mintsem csökkentik. Ez egy rendkívül kényes, önvizsgálatot követelő kérdés.
5. A kábítószer-probléma és a börtön abban azonos, hogy a társadalom szegényebb rétegeit egyre inkább szegregálja. Gondoljunk itt a szociális hálóból való egyre súlyosabb kirekesztettségre, ami jelenleg az ország számos, etnikai szempontból is terhelt területén megfigyelhető, valamint a börtönártalmakra.
6. A kábítószer-fogyasztó családban felnevelkedett, vagy oda születő gyermekeknek jóval nagyobb az esélye a börtönbe kerülésre.

Problémák a kábítószer börtönbeli jelenlétével kapcsolatban:

- A börtönben a legnagyobb kábítószer-probléma az, hogy „nincs drog”, azaz kereslet van a drogok iránt.
- Sokan rászoknak a börtönben a kábítószerre és a nyugtatószerekre.
- A probléma a börtönben nyomorhoz vezet: egyes fogvatartottak meggazdagodnak, azonban a többségük elszegényedik.
- Alapvető bizalmatlansághoz vezet a drog a börtönben. Senki sem tudja, hogy kiben lehet megbízni.
- A börtönben jelenlévő drog üzleti érdekeltségeket szül.
- A börtönbeli kábítószer-prevenciós kezelés nem hatékony.
- A probléma kiszolgáltatottságot okoz.
- A drog lehetővé teszi a zsarolhatóságot.
- A drog kifejezetten veszélyes hellyé teszi a börtönt.
- A drog miatt a börtön veszít a hatékonyságából minden szinten: nevelés, biztonság, egészségügy, gazdaság.
- A probléma miatt a börtönben hiányt szenvednek a pozitív pótcselekvések (például a fogvatartotti programok).
- Az igazán drogbeteg személyek kikerülnek az egészségügy látóköréből.[114]

A törvénysértést elkövető szerhasználók különböző pontokon (pl. letartóztatáskor, vádemeléskor, bíróságon, börtönben, szabaduláskor) kerülhetnek kapcsolatba kábítószer-

[114] Fliegauf Gergely: A drogpolitika lehetséges irányai a büntetés-végrehajtásban. *Börtönügyi Szemle*, 2010/3., 13. o.

kezelésekkel és/vagy társadalmi reintegrációt segítő beavatkozásokkal, illetve különféle szervezetek (rendőrség, bíróság) irányíthatják őket ilyen tevékenységet végző intézményekhez. A büntető- és igazságszolgáltatási rendszerekben komplex eljárásokat alkalmaznak, ezek országonként eltérőek, de általánosságban a bűnelkövetőknek szóló programok két típusát különböztethetjük meg: a közösségi alapú, és a börtönökben végzett beavatkozásokat.

A büntető igazságszolgáltatás rendszerén belül végzett beavatkozások segíthetnek csökkenteni az újbóli bűnelkövetést, így indirekt módon növelhetik az egyének foglalkoztathatóságát. Különösen azok a programok nyújtanak lehetőséget arra, hogy a kliensek komplex igényeit megfelelő módon lehessen kezelni, amelyek igyekeznek a bűnelkövetőket a börtön helyett a kezelés felé terelni. Az olyan beavatkozások, amelyekkel a börtönbüntetések elkerülhetőek vagy csökkenthetőek, megelőzhetik például a lakás/lakhatás elvesztését, illetve a családi és egyéb társas kötelékek megszakadását is.

7.3.4. A társadalmi integráció akadályai

- **Egyéni szint**
  - Kevés vagy hiányzó végzettség – beleértve az írás, az olvasás, illetve a számolás alacsony szintjét;
  - csekély munkahelyi tapasztalat; bizonyos szakmákból (pl. rendőr, tanár, gyermekekkel foglalkozó szakmák, pénzügyi intézményeknél vállalható munkák) kizáró ok a büntetett előélet;
  - krónikus mentális ill. fizikai betegségek; bizonytalan lakhatási körülmények;
  - korlátozott készségek a személyközi kapcsolatok terén; komplex személyes igények; önbizalomhiány;
  - kaotikus életvitel (pl. késés, rossz időkezelés);
  - családi problémák;
  - alacsony elvárások (önmagával és általában az élettel kapcsolatban).

- **Strukturális szint**
  - Napi szintű kezelésen való megjelenés követelménye;
  - a kezelőhelyek nem megfelelő, munkaidővel nem összeegyeztethető nyitvatartási ideje; szervezetek közötti koordináció hiánya;

- stigmatizálás, diszkriminatív nézetek, cselekedetek és eljárások;
- a fizetéshez szükséges folyószámla nyitásának nehézségei;
- megnövekedett esély ideiglenes vagy bizonytalan munkahelyre;
- megfelelő foglalkoztatási lehetőségek hiánya;
- a „segélycsapda" mint tévhit (azaz az a hibás előfeltevés, hogy a munkába kerüléssel elveszített járulékok, segélyek többet érnek, mint amit egy esetleges munkaviszonnyal megkereshetne); a munkáltató által kért erkölcsi bizonyítvány.[115]

7.3.5. Beavatkozási lehetőségek külföldön

- **Szerhasználókra szabott kezelés a fogvatartási helyeken**

Ahogy a közösségben, úgy a büntetés-végrehajtási intézményekben végzett szerhasználóknak szóló kezelések is fontos elemei a társadalmi integráció folyamatának – különösen akkor, ha a börtönben zajló oktatási, képzési programokhoz kapcsolódnak. A börtönökben elérhető, szerhasználathoz és az abból fakadó problémákhoz kapcsolódó kezelések sokfélék lehetnek a szermentes programoktól az ópiát-szubsztitúciós terápiáig.

- **Börtönökben végzett szakképzés, képzés és utógondozó programok**

A börtönökben elérhető szakképzések és képzések olyan beavatkozások, illetve olyan beavatkozások részelemei, amelyek segítségével a fogvatartottak – beleértve a problémás szerhasználókat is – szabadon bocsátásuk után munkát szerezhetnek. Ugyanakkor azt is kimutatták, hogy a munkahely a legfontosabb tényező, ami megelőzi a bűnismétlés előfordulását. Az utógondozó (vagy a bent megkezdett kezelés folytatását segítő – „throughcare") programok célja, hogy azokat a szolgáltatásokat, amelyeket a problémás szerhasználók a börtönben igénybe vettek, összekössék a közösségben elérhető programokkal a kikerülést követően. Emellett eljuttatják a volt fogvatartottakat a megfelelő kezelőhelyekre és olyan további szolgáltatásokhoz, amelyek segítenek a kezelésben maradásban és a társadalmi reintegrációban, mint például a lakhatást támogató, képző, álláskeresési tanácsadást nyújtó, családegyesítő, érdekérvényesítést segítő és általános egészségügyi szolgáltatások.

[115] Coviello DM, Zanis DA and Lynch K.: Effectiveness of vocational problem-solving skills on motivation and job-seeking action steps, Substance Use & Misuse, 2004. 2309–2324. o.

- **Feltételes szabadlábra helyezés támogatása**

A feltételes szabadlábra helyezés támogatása („parole management") speciális szakemberek bevonásával történik, gyakran a szabadlábra helyezéshez kapcsolódó programok részeként, ahol a büntetőügyben elítélt problémás szerhasználók a feltételes szabadlábra helyezéssel kábítószer-használók számára kezelést nyújtó intézményekbe kerülnek. Ilyenkor az értékeléseket és ajánlásokat speciálisan képzett, szabadlábra helyezéssel foglalkozó tisztek/ügyintézők készítik el, mintha esetkezelés folyna. Az ilyen ügyintézők jellemzően alacsonyabb kliensszámmal dolgoznak, és együttműködnek egy sor, kezelést illetve szakképzést végző szakemberrel.

- **Közösségben zajló kezelésekbe irányítás**

Az ilyen beavatkozásoknál közösségben zajló kezelések kísérik vagy helyettesítik a szabadságvesztést (mint például az „elterelés" esetében). Ez az „átirányítás" lehet önkéntes vagy kötelező jellegű, és általában kábítószerhez kapcsolódó bűncselekmények esetében választják, illetve olyan esetekben, amikor a bűncselekmény elkövetésének hátterében a szerhasználat vagy a függőség áll, és így a kezelés feltehetően csökkenti az újabb bűnelkövetést.

Megjegyezendő. hogy gyakran hívják az ilyen, közösségi kezelőhelyekre irányítást „elterelésnek", valójában azonban nem minden ilyen tevékenység elterelés, mert sor kerülhet rá a börtönbüntetésen felül is. Ezen kívül a tágabb értelemben más színtereken zajló kezelések is idetartozhatnak (pl. fekvőbeteg ellátás), amelyeket jellemzően nem a „közösségi" beavatkozások közé sorolnak.[116]

7.3.6. Beavatkozások a magyar büntetés-végrehajtási intézetekben

A magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben a drogérintett fogvatartottak számára biztosított leggyakoribb csoportos kezelési formák az ún. „drogelterelés" foglalkozások, illetve a drogprevenciós körletrészeken zajló terápiás programok. A civil szervezetek által működtetett programok jelenlétére jóval nagyobb szükség volna, mint amekkora igényt a jelenben kielégítenek. Egyes hazai intézetekben a „drogelterelés" csoportot külső munkatársak vezetik; a Budapesti Fegyház és Börtönben havi rendszerességgel zajlanak NA-

[116]Rossman, Shelli B. – Roman, John K. – Zweig, Janine M. – Rempel, Michael – Lindquist, Christine H. (Eds.): *The Multi-Site Adult Drug Court Evaluation: The Impact of Drug Courts.* Final Report. Urban Institute Jusice Policy Center, vol. 4, 2011.[Letöltés ideje: 2015. február 5.]

ülések (*Narcotics Anonymus: Névtelen Anyagosok*); olykor találkozhatunk civilek által vezetett, néhány hónapos strukturált programokkal is, azonban a kábítószer-élvező fogvatartottak arányához viszonyítva ezek száma elenyésző.[117]

A büntetés-végrehajásban járatosak számára a magyar börtönökben folyó – a dolgozatban már említett – Rivotril-probléma sok kérdést vetett fel. A rabok fogyasztási szokásai, illetve egyes őrök érintettsége a dologban egyértelmű volt, ami a legnagyobb kérdést vetette fel, hogy honnan szerzik be az éves szinten egészen biztosan többszázezres számban fogyasztott gyógyszert. Már a gyógyszergyárakat is ellenőrizték a hatóságok, hogy a forrást megtalálják, de nem jártak sikerrel. 2014. október 25-én aztán megjelent egy hír, ami részben választ adott erre a kérdésre.

> ”A Budapesti Rendőr-főkapitányság Felderítő Főosztálya egészségügyi termék hamisítása bűntett elkövetésének megalapozott gyanúja miatt indított eljárást – őrizetbe vétele mellett – L. Lajos 45 éves budajenői lakos ellen.
>
> A Budapesti Rendőr-főkapitányságra bejelentés érkezett arról, hogy egy férfi feltehetően kábítószert fog vásárolni 2014. október 21-én egy Budapest III., Szentendrei úti telephelyen. A BRFK Felderítő Főosztályának munkatársai megjelentek a bejelentett címen, ahol igazoltatták az ott tartózkodó két férfit.
>
> Az ellenőrzés során a rendőrök L. Lajos autójában – amely mellett a nyomozók megérkezésekor a két férfi állt – több száz darab, „Rivotril” feliratú gyógyszeres üveget és benne, feltehetően hamis gyógyszert, felirat nélküli zacskókban további tablettákat, több száz címke nélküli üveget, bontatlan kartondobozban lévő címkézett „gyógyszert”, határidőnaplót, mobiltelefonokat, SIM kártyákat és tasakban lévő ismeretlen összetételű fehér port találtak.
>
> A Felderítő Főosztály munkatársai megállapították, hogy a gyanúsított egy másik telephelyhez is rendelkezik kulccsal, így ott is házkutatást tartottak.
>
> A nyomozók a Budapest XXII., Nagytétényi úti pincében egy gyógyszergyárhoz hasonló üzemet találtak annak minden szükséges kellékével együtt. A pincéből ipari mennyiségű „Rivotril 2 mg” feliratú matricát, üres üvegeket, fel nem használt zárókupakot, vattát, a tabletták készítésére, szárítására és portalanítására

[117] Fiáth Titanilla: Addiktológiai problémák kezelése a börtönben – terápiás lehetőségek. In: Csáki Anikó – Mészáros Mercedes (szerk.): *Drogprevenció és kezelés a büntetés-végrehajtásban*. Szakkönyv. Készült a Nemzeti Erőforrás Minisztérium támogatásával (KAB-ME-10-IM-0033). Váltó-sáv Alapítvány, Budapest, 2011„ 35–80. o.

alkalmas eszközöket, matricázó készüléket, fehér porral szennyezett szitákat, edényeket, maszkokat digitális mérlegeket és védőszemüvegeket foglaltak le.

A nyomozók a férfit bűncselekmény gyanúja miatt előállították, majd bűnügyi őrizetbe vették.

L. Lajossal szemben a további eljárást a BRFK Felderítő Főosztálya folytatja le, egyben előterjesztést tettek előzetes letartóztatásának indítványozására, amelyet az illetékes bíróság 2014. október 24-én elrendelt.[118]

2007–2010 között sor került egy kutatásra Magyarországon, ami a *„CONNECTIONS – Integrated responses to drugs and infections across European criminal justice systems”*című nemzetközi együttműködés keretében került megvalósításra. A nemzetközi program célja a tagállamok büntetés-végrehajtási intézményeinek HIV/AIDS és egyéb kábítószer-használattal kapcsolatos fertőző betegségekre adott válaszainak fejlesztése volt. A Connections program magyarországi együttműködő partnere a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) Egyesület volt, amely megbízta a Drogprevenciós Alapítványt a börtönkutatás elvégzésével. A kutatás célja a büntetés-végrehajtási intézményekben a droghasználat, illetve a vér útján terjedő betegségek kockázati tényezőinek feltárása, valamint az ártalomcsökkentő információ-átadás volt. A kutatás nem reprezentatív, hanem kvalitatív vizsgálat keretében történt, egy kockázatos magatartást folytató csoport zárt intézménybeli tapasztalatainak összegzéseként.[119]

A tapasztalatok alapján a következőket foglalták össze:

1. A hazai börtönökben létezik pszichoaktív szerhasználat. Legelterjedtebb a gyógyszerek visszaélésszerű használata (többnyire a Rivotrilé). A fogvatartottak nagy mennyiségű kávét és cigarettát fogyasztanak.
2. A börtönökben létezik kábítószer-használat, legelterjedtebb a kannabisz. Kapcsolatoktól és pénztől függően minden kábítószer beszerezhető.

[118] *„Forgalomból kivonva”*(BRFK). http://www.police.hu/hirek-es-informaciok/legfrissebb-hireink/bunugyek/forgalombol-kivonva-kepekkel [Letöltve: 2015. március 18.]

[119] A kutatási jelentést lásd Takács István Gábor: *Börtön és kockázatok. A „vérrel és szexuális úton terjedő fertőzésekhez kapcsolódó kockázati magatartások, kábítószer-használat és a rájuk adott válaszok a magyar büntetés-végrehajtási intézményekben” című kutatás eredményei*. Társaság a Szabadságjogokért–Drogprevenciós Alapítvány, Budapest, 2010. Megtekinthető: http://drogriporter.hu/files/drogriporter/imce/tasz_borton_es_kockazatok.pdf[Letöltés ideje: 2015. március 18.]

3. Létezik intravénás használat is, de ez – bár közülük többen is használtak így bent – az interjúalanyok véleménye szerint ritka jelenség. Az interjúalanyaink maguk nem osztották meg mással tűiket, de láttak olyan helyzeteket, ahol ez megtörtént.
4. Léteznek a vérrel és szexuális úton terjedő betegségek szempontjából az intravénás használaton túl kockázatos helyzetek és viselkedések, ezek pedig a következők:
    - Tetoválás – igen gyakorinak mondták a kutatás résztvevői.
    - Testékszerek behelyezése (péniszgolyó, vazelin a pénisz bőre alá) – gyakorinak mondták a kutatás résztvevői.
    - Verekedések – gyakorinak mondták a kutatás résztvevői. A börtönök zsúfoltsága megnöveli a verekedések előfordulását.
    - Szexuális kapcsolatok – Az interjúalanyok nem tartják gyakorinak, egy részük szerint óvszer használata jellemző, mások szerint nem. A nemi erőszakot szintén nem tartják gyakorinak, és inkább a fiatalabb rabokra tartják jellemzőnek. Nemi erőszak esetében óvszer használatát nem gondolták jellemzőnek az interjú alanyok.
5. Az interjúalanyok a büntetés-végrehajtási intézetek egészségügyi ellátását intézményfüggőnek tartják. Az egészségügyi ellátást gyakran nagyon rossznak ítélik meg, főleg a tököli rabkórház esetében. Többen panaszkodtak arról, hogy nem mondják meg nekik, hogy mi az a gyógyszer, amit kapnak, nem hiszik el nekik, ha betegek, illetve hogy különféle betegségekre is ugyanazt a pár gyógyszert kapják, vagy nem megfelelőgyógyszert kapnak.
6. Az interjúalanyok elmondása szerint a bekerüléskor nem kaptak megfelelő orvosi ellátást elvonásuk vagy függőségük kezelésére. A WHO és az ENSZ által is javasolt, a létfontosságú gyógyszerek listáján szereplő és a nyugati országokban problémamentesen és hatékonyan alkalmazott metadonasszisztált detoxikáció vagy fenntartó metadonkezelés nem elérhető a magyar büntetés-végrehajtási intézetekben . Volt olyan interjúalany, aki akkor sem kapta a metadont tovább, ha kint korábban metadonkezelésben részesült. Egy olyan kinti civil szervezetről tudunk, ahova bv.-intézményből kiszállították a rabot metadonkezelésre. Egy interjúalanyunk számolt be róla, hogy szabadulás előtt Suboxone-kezelést ajánlottak fel neki.
7. Az interjúalanyok közül volt, aki részt vett önkéntes HIV-, HCV- és egyéb nemibetegség-szűrésen, volt aki nem, az alapján, hogy felajánlották nekik vagy sem. Volt olyan interjúalany, aki kapott interferon-kezelést HCV-fertőzésére, és voltak olyan alanyaink, akik nem. A vérrel és nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatban

az interjúalanyaink nem kaptak személyes felvilágosítást, volt aki semmilyen információt nem kapott, más olvasott erről szóló szórólapot vagy faliújságot látott.

8. A HIV-pozitív fogvatartottakat elkülönítik a többi fogvatartottól, egy külön erre létesített intézményben, Tökölön.
9. A hepatitis C-pozitív interjúalanyok arról számoltak be, amikor elmondták, hogy HCV-pozitívok, akkor elkülönítették őket és indokolatlan biztonsági intézkedéseket foganatosítottak velük szemben. Később az elkülönítés megszűnt.
10. A büntetés-végrehajtás a kábítószer-használók számára úgynevezett „prevenciós körleteket" létesített, amelyek a magukat kábítószer-használónak mondott személyek egy részének az átlag börtönviszonyokhoz képest komfortosabb körülményeket teremt, információs és segítő foglakozásokat nyújt számukra, mellyel célja a kábítószer-használattal való felhagyás, a társadalomba történő reintegráció.
11. Az interjúalanyok meg tudtak nevezni több olyan szolgáltatást, amely a szabadulás utáni időszakra készíti fel őket. A pszichológusok, lelkészek és civilek benti segítségét hasznosnak ítélték meg.
12. A kutatás idején számunkra hozzáférhető civilek közül 2007-ben összesen két civil vagy egyházi intézményt tudtunk azonosítani, amely végzett felvilágosítást a szexuálisan és vérrel terjedő betegségekről, és csak egy szervezetnek volt az AIDS-ről összeállított szóróanyaga.
13. Az interjúalanyok szerint szükség lenne több pszichoaktív szerrel és vérrel és nemi úton terjedő fertőzéssel kapcsolatos felvilágosításra a börtönökben.
14. Az interjúalanyok szerint a börtönben az egyik legfőbb probléma az unalom, több elfoglaltsággal és munkalehetőséggel az unalomból fakadó szerhasználati és egyéb kockázatokat is csökkenteni lehetne.

7.4. Összefoglalás

A rendészeti szervezetek a szigorú törvények nyomán hajlamosak a saját szerepüket túlértékelni, ennél fogva nem törekszenek egyenrangú partneri kapcsolatokra a drogszíntér más szereplőivel: az orvosokkal, drogambulancián dolgozó szakemberekkel, pedagógusokkal, szociális munkásokkal.

Jelzőrendszerként kellene működniük a fogyasztók vonatkozásában, sőt segíteni abban, hogy eljussanak a segítő-gyógyító szolgáltatásokhoz. Nem szabad akadályozniuk a keresletcsökkentő szféra törekvéseit, valamint az ártalomcsökkentési erőfeszítéseket.

Nem igaz, hogy a kereskedőhöz kizárólag a fogyasztón át lehet eljutni, ellenben – immár itthon is elterjedt – felismerés, hogy a fogyasztót fenyegetéssel és büntetéssel nem lehet távol tartani a veszélyes anyagtól. Sőt, mindezzel őt a bűnüldözés tárgyává téve a kriminalitás, az alvilág felé taszítjuk. A fogyasztóval szembeni bűnüldözési aktivitás csupán pótcselekvés, szinte kizárólag káros következménye van, feleslegesen leköti a terjesztőre, a valódi feladatra fordítandó erőket.[120]

„A legális és illegális drogok használata egyaránt nagy veszélyt jelent. Minden erőfeszítést meg kell tennünk, hogy csökkentsük a droghasználatból származó károkat. De még nagyobb baj lesz, ha a bűnüldöző apparátust a drogfogyasztóra küldjük. A tömeges drogfogyasztás visszaszorítására a büntetőjog alkalmatlan, ráadásul leértékeli önmagát, hisz nem tudja teljesíteni a feladatot. Tudományosan bizonyított tétel és a gyakorló rendőrök is tapasztalják, hogy a rendőri erőfeszítések fokozódása inkább gerjeszti a célba vett jelenséget, mintsem semlegesíti. De a legnagyobb kárt azzal okozzuk, ha a drogügybe sodródott gyermek életét továbbnehezítjük: az egyetlen eredmény, amire számíthatunk, hogy kriminalitásba vagy más deviációba sodródik, de legalábbis kirekesztve érezvén magát a szerencsés többségi társadalomból, valóban és menthetetlenül jövőtlen lesz– vagy végleg elveszíti a társadalom,vagy egész életében beilleszkedni képtelen és valóban károkozó ember lesz. A rendőrség tehát semmiképpen nem lehet meghatározó szereplője a drogos bajok kezelésének.”[121]

A rendvédelmi munka, a „policing”, vagyis a rend fenntartása az ország területén belül, még soha nem állt ennyire a politika befolyása alatt, mint korunkban, abban az értelemben, hogy a közéletet – ha gyakran nem is közvetlenül, ám valójában mégiscsak – a politikusok formálják. A közjónak pedig – ugyancsak napjainkra érvényesen – egyik legjelentősebb eleme a közbiztonság, régies szóval a közbátorság, vagyis az országlakók ún. szubjektív közbiztonságérzete. Az emberek igényeire, így a bűnözési félelmére is, gyorsan kell reagálni és látványos eredményeket kell elérni, ez egyszerűen egzisztenciális kérdés a rendvédők számára. A drogkérdés kezelése, csakúgy, mint a gyermek- és ifjúságvédelem, amelynek voltaképpen a része az előbbi, hisz a drogozás a fiatal korosztályok „műfaja”, nem kínál gyors

[120] *Németh Zsolt „Tudat-módosítás”* címmel elhangzott előadása „A kábítószer-probléma kezelése az Európai Unióban” című konferencián, 2004. május 6-án, a Parlament Felsőházi termében.
[121] Lásd *Németh Zsolt* írását a Fundamentum című folyóirat Fórum rovatában. Topolánszky Ákos – Németh Zsolt – Frech Ágnes – Rácz József – Funk Sándor – Kály-Kulai Károly – Hoyer Mária: Drogpolitika Magyarországon. *Fundamentum*, 2001/1., 79–84. o.

eredményeket, ráadásul hosszú távú és jelentős befektetéseket követelő feladat. Ebből következően nincs semmi rendkívüli abban, ha a rendvédelmi testületek – tulajdonképpen a kor követelményeivel összhangban – a lakosságot közvetlenül irritáló jelenségekre (gépkocsi lopások, rablások, betörések, lakásmaffia stb.) reagálnak elsősorban. Az tény, hogy a rendőrségi bűnügyek több mint 80%-a fogyasztók ellen irányul, és a feltárt ügyekben bizonyított terjesztői elkövetői magatartások is zömmel az alsóbb szintekhez tartoznak. A komolyabb terjesztői hálózatok felderítése nyilvánvalóan rendkívüli idő-, munka- és pénzigényes feladat. A rendszerváltás óta eltelt közel huszonöt év bűnüldözői tevékenysége a drogjelenségre érzékelhető hatást nem gyakorolt, a megismert bűncselekmények dinamikája példátlan, egyetlen bűncselekmény kategóriában sem tapasztalható növekedést mutat. A látenciára vonatkozó becslések a hazai drogfogyasztás méreteire vonatkozóan arra utalnak, hogy ekkora mennyiségű anyagot piacra dobni csak szervezetten lehet. Ugyanakkor a drogterjesztői ügyekben rendre elmarad a pénzmosási tevékenység feltárása, pedig nyilvánvalóan működniük kell ilyen technikáknak a drogkereskedésből származó extraprofit érvényesítésében. A tömegesen megvalósított magatartások kezelésére a büntetőjog maga is alkalmatlan, ráadásul devalválja, nevetségessé teszi önmagát, hisz nem tudja teljesíteni a küldetését. A végrehajtásban résztvevők állandó frusztrációt élnek meg, ennek további súlyos következményei is vannak: kiégés, hatalommal való visszaélés stb. Tudományosan bizonyított tétel és a gyakorló rendőrök is tapasztalják, hogy a rendőri erőfeszítések fokozása inkább gerjeszti a célba vett jelenséget, mint semlegesítené. De a legnagyobb kárt azzal okozzuk, hogy a drogügybe sodródott gyermek életét tovább nehezítjük, az egyetlen eredmény, amire számíthatunk, hogy a kriminalitásba vagy más deviációba lökjük, de legalábbis kirekesztve érezvén magát a szerencsés többségi társadalomból, valóban és menthetetlenül jövőtlen lesz: vagy korán elpusztul vagy egész életében beilleszkedni képtelen és tényleg károkozó emberré válik.[122]

Abból kiindulva, hogy a büntetőjogi büntetés ultima ratio, a drogozás sajátos elkövetési magatartása – jelesül a fogyasztás – vonatkozásában mindig fel kell tenni a kérdést, hogy bizonyosan nincs-e más, büntetőjogon kívüli eszköz, amivel hatékonyabban lehetne élni, illetve hogy lehet-e a büntetőjogi eszköztárral, amely a garanciákkal erősen korlátozott hatókörű, az adott normaszegéssel szemben eredményesen beavatkozni.[123]

[122]Németh Zsolt: A kínálatcsökkentés helyzete. *Magyar Rendészet*, 2004/4., 100-111. o.
[123] Irk Ferenc: *Társadalom – gazdaság – büntetőjog*. In:Irk Ferenc (szerk.): *A bűnözés jövője. Pusztai László emlékkönyv*. OKRI, Budapest, 1997, 91–92. o.

Feltétlen egyetértés van abban, hogy a drogfogyasztás veszélyes és káros lehet, egyénnek és közösségnek egyaránt. Mindenképpen valami nagyon rossz közérzetről árulkodik, az ember önmaga és helye keresésének a kudarcáról. Nyilvánvalóan sokkal értékesebb a létnek az a formája, ahol a nyugalomhoz és a biztonsághoz nincs szükség semmilyen „vegyszerre", ha a világgal és az önmagammal való békét a másokkal való társas viszonyban, a zenével, az irodalommal, a sporttal vagy a természettel való érintkezés révén képes vagyok elérni. Tudnunk kell azonban, hogy meglehetősen sok embernek nem volt szerencséje olyan helyre születnie, ahol az ilyen örömforrások eléréséhez megfelelő készségek fejlődhettek volna ki benne. A drogok ellen tehát küzdeni kell, de emeljük ki még egyszer, a drogok ellen, és nem a velük visszaélő embert kell ellenségnek tekinteni. […] Világszerte nagy a pánik, sokak szerint az emberiség minden vívmánya szertefoszlik, ha a járvány ilyen ütemben terjed. De valóban járványról van-e szó, és kiket veszélyeztet, mit is kell csinálnunk magánéletünkben vagy a szakmánkban, ha belebotlunk? A rendőrlét, ez a különleges foglalkozás ad-e többletfelelősséget vagy tennivalót számunkra? Ha valaki utánanéz a tényeknek, azok változásainak és oksági mechanizmusuknak, akkor, feltéve hogy nem akarja becsukni a szemét, arra a következtetésre kell jutnia, hogy a drogjelenség leküzdésére világszerte elköltött elképzelhetetlenül nagy mennyiségű pénzt az ablakon dobják ki. Sőt maga a büntetőjogi üldözés önmagában is kriminalizáló tényező. Ez persze más devianciák tekintetében is igaz. Az átlagtól elérő magatartást, életvitelt történelmileg először mindig tiltani akarták, veszélyesnek érezvén a közviszonyokra, és e tiltást rendszerint büntetéssel nyomatékosították. Okról és következményéről felgyülemlett tapasztalatok nyomán utóbb a büntetést fokozatosan elhagyták, aztán medikalizálták a kezelést, sokszor ezt is erőszakosan, végül a társadalom megszokta a furcsaságot, elkezdett vele „együtt élni" és ezzel tényleg megszűntek a bajok. De addig zaklatott közösség, jóvátehetetlenül megbolygatott egyéni sorsok szegélyezték az utat. A kriminalizálás nem elég, nemhogy megoldást nem hoz az elrettentő büntetéssel, de stigmatizál, alvilágot és szubkultúrákat teremt, gerjeszti a bűnözést.

A rendvédelmi szervek szakirányú munkája rendkívüli jelentőségű, mással nem helyettesíthető, más azt nem végezheti el, ám mégsem a legnagyobb fontosságú. A bűnüldözési érdek nem helyezhető a gyógyuláshoz, a sikeres szocializációhoz, az egyén integrációjához fűződő társadalmi érdek elé, csak amennyiben azt a törvények megengedik és az a Magyar Köztársaság alkotmányos jogrendjének szellemével összhangban van. A rendvédelmi szervek munkatársainak kötelessége és első számú érdeke, hogy bízzanak a drogszíntér más szereplőinek kompetenciájában, szakértelmében és tisztességében. A

kábítószer-problémában érintett hatóságokkal, társadalmi és civil szervezetekkel minden lehetséges módon együtt kell működniük. Az együttműködés fő tartalmának azt kell tekintenünk, hogy a bűnüldözés során birtokukba került információkat a drogozás jelenségéről, valamint a drogozás-tünetet produkáló – és így vélhetően bajban lévő – egyénről, a személyiségi jogokat és titoknak minősített adatokat védve, de egyébként feltétel nélkül továbbítani kell. Tudomásul kell venniük az érintett szervezeteknek ugyanakkor, hogy cserébe nem követelhetnek ki még a bűnüldözést esetleg megkönnyítő információkat sem. Mindez nem jelenti azt, hogy megalapozott és ellenőrzött adatok birtokában ne volna kötelességük az is, hogy büntetőeljárás keretében tisztázzák a fent említett „más szereplők" jogsértéseit.[124]

[124] Dénes Balázs:*A tiltás gyümölcsei: 3 szigorú drogpolitikai év*. TASZ, Budapest, 2002, 2. o.

8. Ártalomcsökkentés

Az Európai Unió monitorozási központja honlapján az összes országra vonatkozólag, amely ilyennel bír, láthatóak az adatok, hogy milyen a költségvetési szerkezet a drogpolitikában. Háromnegyed rész a kínálat-csökkenésre megy, a bűnüldözésre, a büntetés-végrehajtás költségvonzataira, ennek egyharmada, egynegyede, ami kifejezetten egészségi költségként van jelen és ez a rész, ami a kábítószerügyi koordináció költségkerete Magyarországon.

A Magyarországra vonatkozó költségbecslések szerint 4,5–5 milliárd forint a kínálatcsökkentési terület támogatása, ami pl. a nyomozati költségben, büntetés-végrehajtási költségben jelenik meg. 1,2 milliárd forint az egészségügyi költség támogatása és egymilliárd forint viszonylag aktív pénz.

7616 volt az ismertté vált (kábítószeres) bűncselekmények száma 2005-ben, ehhez képest, 20-30-40 millióra tehető a tényleges elkövetések száma. Ez annyit jelent, ha 1 méter az ismertté vált, akkor jelenleg 12 Eiffel-torony tetején van a tényleges elkövetés mértéke.

A kábítószer-bűncselekmények területén minden ötezredik válik ismertté, ez az adat mutatja, hogy csak nagyon kis részben eredményes a felderítés. Éppen ezért a jelenség és a jelentés elválik egymástól, van egyrészt egy kábítószer-probléma, amiről nem tudunk igazán sokat, de van egy jelentésvilága, ami befed bennünket, és általában arra mozdulunk. Éppen ezért nagyon nagy provokáció a kábítószerügy számunkra eredménytelenségi, sikertelenségi, eszköztelenség érzés. Persze azért, mert magunkat hajszoljuk bele sok mindenbe, például a drogmentes társadalomnak a víziójába, vagy az addikciós modellbe, ami azt mondja, hogy mindenki, aki kábítószert fogyaszt, szükség szerint beteg, vagy az lesz. Éppen ezért erre nagyon felfokozottan reagálunk, és kevés eszközünk van a nagyon szolidáris, vagy személyközi viszonyok kialakítására. Pár jogi dilemma. A kereslet-csökkentés tekintetében a büntetőjognak alig, vagy semmilyen hatása nincsen. A rendőrség saját eszközével nem tudja befolyásolni sem a kábítószer fogyasztás mértékét, sem a mintázatát.[125]

[125]Topolánszky Ákos A Nemzeti Drogstratégia, mint az együttműködés kerete A segítő szféra és a rendészet együttműködése az ártalomcsökkentő drogpolitika megvalósításában …miért kell, hogy így legyen… címû2006. november 22-én tartott képzésének zárótanulmány, a Szerkesztők: Dr. Németh Zsolt és Miletics Marcell Budapest, 2007 február 13-15. old.

8.1. Az ártalomcsökkentés szerepe, helye

8.1.1. Az ártalomcsökkentés meghatározása

A morális/büntetőjogi-, illetve a betegség-modell *közegészségügyi alternatívája,* amely:

1. elismeri az absztinenciát, mint végső célt a droghasználók kezelésében, de elfogadja azokat az *alternatívákat,* melyek a droghasználathoz kapcsolódó ártalmakat csökkentik;
2. „filozófiája" alulról fölfelé, a gyakorlati szakemberek felől indult el, „*felhasználóbarát*" megközelítés, az *alacsony-küszöbű* programok iránti elkötelezettség;
3. az *alacsony-küszöbű szolgáltatások* preferálása a magas-küszöbűek mellett;
4. a „szenvedélyes" pragmatizmusra épül a moralizáló idealizmus helyett: a stigmatizációt kerülő fogalomhasználat, pl. nem droghasználó betegről vagy kliensről, hanem a szolgáltatás „használóiról" (user, consumer) beszél.

8.1.2. Az ártalomcsökkentés elvei

1. *Humanisztikus értékek*: a droghasználót ugyanazok a jogok illetik meg (pl. az egészségügyi kezelés, szociális ellátások), mint a nem-használót.
2. *Középpontban az ártalom*: az egyén, a közösség és a társadalom szintjén jelentkezhet. Az ártalomcsökkentés nem mond le a droghasználó kezeléséről, és nem zárja le az absztinenciához vezető utat sem.
3. Figyelembe veszi a drogpolitikai intézkedések *költség–haszon-elemzéseit*: a büntetés jóval drágább, mint az ártalomcsökkentés; az alacsony-küszöbű szolgáltatások kevesebb pénzből több droghasználóhoz jutnak el, mint a magas-küszöbűek.
4. *A célok hierarchiája*: elsősorban a legártalmasabb droghasználati szokásokat veszi célba (pl. cél a steril tűhasználat), majd ha ezt elérte, akkor jön a következő, kevésbé ártalmas vagy veszélyes forma. [126]

[126] Az ártalomcsökkentésről lásd Rácz József előadását *Definíciók, az ács-t alakító legalapvetőbb filozófiai és szemléleti szempontok címmel*, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. május 19–20-án megrendezett *„Alacsonyküszöbű ellátások"* című képzésen. http://www.kef.hu/ProfDocs.aspx?ID=8554c912-5385-4f0d-a44d-a03954a200e3&sel=DOCS [Letöltés ideje: 2015. január 22.]

8.1.3. Az alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatások típusai

- Metadonfenntartó-kezelés
- Heroinfenntartó-kezelés
- Tűcsere-programok
- Többkomponensű HIV prevenciós program + tűcsere
- Biztonságosabb injekciózás programok: oktatás, tanácsadás és információ
- Megkereső és utcai munka: sorstárssegítőkkel
- Biztonságos partizás, biztonságos táncolás
- Közösségi programok
- Használók bevonása a programokba
- Felügyelt használói helyiségek
- Használói szövetségek
- Alkohol és ártalomcsökkentés
- Dohányzás és ártalomcsökkentés

8.2. Az ártalomcsökkentés módjai

Amióta a HIV-vírus több mint huszonöt évvel ezelőtt megjelent a kábítószer-használók között, Európában jócskán kibővült és megerősödött a kábítószer-használatra adott ártalomcsökkentő válaszok száma, és ezeket egyre inkább összevonják a különféle más egészségügyi, kezelési és szociális gondozási szolgáltatásokkal. Az ártalomcsökkentés mára a problémás kábítószer-használók, különösen a társadalomból kirekesztett réteg átfogó egészségügyi és szociális szükségleteinek kezeléséről szól. Az ártalomcsökkentés magatartásformák és ártalmak széles körével foglalkozik, az alkoholhoz és a rekreációs kábítószer-használathoz köthetőket is beleértve. Az Európai Tanács 2003-ban különféle politikákat és beavatkozásokat javasolt az EU tagállamainak a kábítószer-függőséggel járó egészségügyi jellegű ártalmak kezelésére. Az Európai Bizottság 2007-ben egy nyomon követő jelentésben megerősítette, hogy a kábítószer-használattal összefüggő egészségkárosodás megelőzése és csökkentése valamennyi tagállam nemzeti szintű közegészségügyi célkitűzése. A nemzeti drogpolitikában egyre inkább helyet kaptak az uniós kábítószer-ellenes stratégiában meghatározott ártalomcsökkentési célkitűzések, és az országok között mára már általános az egyetértés a tekintetben, hogy fontos a fertőző betegségek terjedésének, a

túladagolással kapcsolatos megbetegedéseknek és halálozásnak és más ártalmaknak a csökkentése. Az ártalomcsökkentési politika az elmúlt két évtizedben támogatta a bizonyítékokon alapuló módszerek elfogadását, és elősegítette a szolgáltatáshoz való hozzáférés akadályainak megszüntetését. Ennek eredményeképpen Európában jelentősen megnőtt az egészségügyi szolgálatokkal kapcsolatba kerülő és kezelés alatt álló kábítószer‑használók száma. A kábítószer-használóknak szóló ártalomcsökkentő beavatkozások most már minden uniós tagállamban léteznek, és bár helyenként csak most kezdődött a szolgáltatások kiépítése, a legtöbb országból magas szintű szolgáltatásról és lefedettségről számoltak be. Az ártalomcsökkentő beavatkozások ugyan hozzájárultak a HIV felügyeletéhez az európai intravénás kábítószer‑használók körében, mivel a bejelentett új fertőzések száma jelentősen visszaesett, de a HIV továbbra is fontos közegészségügyi probléma, sőt, új járványkitörésekről is érkeztek jelentések. Az EMCDDA az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtal (ECDC) együtt útmutatót adott ki a kábítószerek és a fertőző betegségek területén dolgozó politikai döntéshozók részére, és ebben összefoglalta a prevencióra és a fertőző betegségek intravénás szerhasználók körében való ellenőrzésére vonatkozó aktuális tényanyagot. A közös útmutató célja, hogy Európa jobb esélyekkel törekedjen az intravénás használattal összefüggő HIV-fertőzések – akár teljes körű – megelőzésére.[127]

8.2.1. Megkereső és utcai munka

A marginalizált és nehezen elérhető kábítószer-használók számára sokszor az előítéletek,a rendőrségtől való félelem, a drogpiac kiszámíthatatlan mozgása, a fogyasztási mintázat változásai vagy a hektikus életmód miatt nem elérhetőek vagy nem elég vonzóak a meglévő egészségügyi és szociális szolgáltatások. Éppen ezért sok ártalomcsökkentő program inkább úgy döntött, hogy maga viszi el a célcsoporthoz szolgáltatásait. A WHO–UNAIDS–UNODC definíciója szerint a megkereső munka (outreach) célja, hogy a kábítószer-használókat abban a közösségben érje el, ahol élnek, drogot használnak és gyülekeznek, és ellássák őket információval a HIV megelőzését és egyéb, a kábítószer-használattal kapcsolatos egészségügyi és szociális károk kivédését illetően. Leggyakrabban a megkereső munkások ártalomcsökkentő információt és eszközöket adnak át, úgy mint tűket, fecskendőket és egyéb injektáláshoz szükséges felszereléseket. Ahol a tűcsere nem megoldható, ott részt vehetnek a

[127]Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja: *A kábítószer-probléma Európában*. Európai Unió Hivatala, Luxembourg, 2012, 36. o.(továbbiakban: EMCDDA jelentés).

hypo terjesztésében (bár ez nem nyújt százszázalékos védelmet). Crack használók számára kis pipákat (hogy ne osszák meg egymással a pipát) oszthatnak, míg bármely utcai populáció esetében szükséges lehetaz óvszer, étel, ital, vitaminok vagy éppen ruha biztosítása. Általában információval szolgálnak egészségügyi és szociális, jogi ügyekről, begyűjtik a köztéren eldobált fecskendőket, sebeket gondoznak, HIV- és egyéb vérrel és szexuális úton terjedő betegséggel kapcsolatos szűrést és tanácsadást végeznek; helyben vagy beutalással. A megkereső munka tehát sokkal inkább a meglévő alacsonyküszöbű szolgáltatások *célba juttatásának,* a kapcsolatfelvételnek egy módját jelenti, mintegy szolgáltatást magát. A WHO 2004-es áttekintő tanulmánya szintén azt állapította meg, hogy a megkereső munka hatékonyan képes kapcsolatot létesíteni az egyébként nehezen elérhető, rejtett intravénás droghasználó csoportokkal,és segítséget tud nyújtani abban, hogy ezek az intravénás droghasználók csökkenteni tudják kockázati viselkedésüket. A megkereső munkával kapcsolatba került intravénás droghasználók jelentőshányada csökkenti a droghasználattal, injektálással és szexualitással kapcsolatos kockázatos viselkedéseket, és ez a csökkenés a HIV-fertőzés terjedésének csökkenését eredményezi. A megkereső munkát végezheti professzionális személyzet (szociális munkások vagy egészségügyi dolgozók) és kortársak vagy sorstársak is (peers). A kortársak természetesen lehetnek maguk is aktív vagy volt használók, akik jól ismerik a célpopulációt. Nem csoda, hogy bár mindkét modell hatékonynak bizonyulta kutatások szerint, a legsikeresebb modell a kortársakat, sorstársakat alkalmazómegkereső munka volt. Az aktív használók adott esetben a szcéna véleményformálói (opinionleaders) lehetnek, s egyúttal a célcsoport hálózatainak szélesebb körét tudják elérni, és nagyobb viselkedésváltozást tudtak generálni, mint a hagyományos típusú megkereső munkások. Azok a programok, amelyek járművekkel voltak felszerelve a teszteléshez, hatékonyabbnak bizonyultak, mint azok, amelyeknek nem volt járműve. Hasonlóképp a helyszíni tesztelés egy fix helyen hatékonyabbnak bizonyult, mint az, amelyik csak beutalt tesztelésre. A megkereső munka további előnye a WHO szerint, hogy költségei alacsonyak, így a szegényebb régiókban is hatékonyan alkalmazhatók a HIV-megelőzés terén. A közösségi megkereső munka hatékonyságáról 15 évnyi bizonyíték áll a rendelkezésre, mégsem jut el annyi felhasználóhoz, mint amennyihez kellene. Hazánkban alacsonyküszöbű szolgáltatások ritkán végeznek megkereső munkát

8.2.2. A közösség-alapú megkereső-modell

9. számú ábra: **A háromlépcsős közösség-alapú megkeresési modell**

Három lépcsőben:
1. közösségi-alapú megkeresés, elérés
2. HIV, HCV stb. tanácsadás és kockázatcsökkentő edukáció (preteszt)
3. HIV, HCV stb. tanácsadás és kockázatcsökkentő edukáció (poszttteszt)

Komponens	Forma	Tevékenységek	Személyzet	Helyszín
megkereső alapkontaktus	közösségi-alapú, face-to-face, 5-20 perc	1. célcsoport tagjainak elérése 2. alapvető kockázatcsökkentés (kockázat-hierarchia) 3. kockázatcsökkentő eszközök (tűcsere) 4. beutalás tesztelésre, kezelésre, más szolgáltatásba 5. kapcsolódás a projekt más pontjaihoz	a közösségi megkereső program munkatársai, helyi vezetők, sorstárs véleményformálók, droghasználó network-ök	utca, park, tűcsere várakozó kliensei, shooting gallery-k, hajléktalan-ellátás intézményei
1. foglalkozás	egyéni foglalkozás, röviddel az előző után, 20-30 perc	1. specifikus kockázatcsökkentő információk (HIV, HCV, HBV) 2. kockázatcsökkentő készségek, szerepek, modellek, elpróbálás 3. preteszt tanácsadás	megkereső munkatársak, egészségügyi felvilágosítók	rendelő vagy utca
HIV, HCV tesztelés	bizalmas vagy anonim tesztelés	tesztelés vagy beutalás tesztelésre	egészségügyi szakszemélyzet	rendelő vagy utca
2. foglalkozás	egyéni foglalkozás, a tesztelés után 2-3 héttel, 25-30 perc	1. kockázatcsökkentés áttekintése 2. viselkedésváltozás vagy annak szándékának a megerősítése 3. drog, HIV, HCV kezelésbe utalás	megkereső munkatárs	rendelő vagy utca

8.2.3. „Bennszülött", helyi megkereső munkatárs

E modell előnyei:

- növeli a program legitimitását;
- a technikai információkat lefordítja könnyen érthető nyelvezetre;
- érti a csoporttagok normáit és értékeit és segít azonosulni a hasznos viselkedésváltozási stratégiákkal;
- megérti azokat a tényezőket, melyek a kockázatcsökkentés ellen hatnak;
- bizalmi kapcsolatot tud kialakítani a célcsoport tagjaival;
- javítja a team követő (follow-up) kapacitását annak érdekében, hogy megerősítsék a viselkedésváltozást;
- hozzáfér nagykockázatú helyszínekhez;
- elősegíti a nagyobb közösségi elfogadást;
- ismeri a környéket, tudja, hol érdemes véghezvinni a megkereső munkát.

WHO, UNAIDS, ODC 2004: policy (ajánlás)[128] az alábbi tapasztalatokat összegezte a megkereső munkával kapcsolatban, 15 év tapasztalatai alapján.

- HIV prevenció injekciós droghasználók között:
- injektálás abbahagyása, ritkább szúrás;
- több tű-fertőtlenítés (nem volt tűcsere), kevesebb közös használat;
- gyakoribb óvszerhasználat;
- többen kerültek kezelésbe, mint a megkeresés előtt;
- hatékony megkeresés, ha lehetőség van a beutalásra HIV-kezelés, illetve drogproblémák miatt;
- HIV, HCV, tbc, nemi betegségek prevenciója, drogproblémák kezelése hatékonyabb, ha megkereső szolgálatot is működtetnek;
- mobil megkeresés: nyolcvanhatszor (!) hatékonyabb;
- bizonyos közösségeknél a sorstársak által végzett (peer-driven) megkeresés hatékonyabb (több nagykockázatú injekciós droghasználót érnek el);
- a megkereső munka költséghatékony.[129]

8.2.4. A kortárs- és a sorstárs-segítés módszere

A kortárs-segítés (vagy kortárs-tanácsadás, kortárs-konzultáció, kortárs-támogatás) azonos vagy hasonló korcsoportba tartozó személyek (általában fiatalok) között megvalósuló segítség- és támogatásnyújtás, illetve a másik személyre irányuló aktív figyelem. A kortárs-segítés nem feltételez magasan képzett segítőt, hanem a természetes segítségnyújtás fogalmából indul ki. Egyszerűbb megfogalmazásban: a kortárs-segítés olyan program, ahol a serdülők megtanulják, hogyan tudják korrigálni és pozitívan támogatni egymást. Az angolban a „peer" az életkori hasonlóság mellett a hasonló csoportba tartozást is jelenti, pl. egyaránt droghasználókról, HIV-fertőzöttekről, prostituáltakról van szó – vagy ugyanezen csoportok korábbi tagjairól: volt droghasználók, volt prostituáltak stb. Nem minden esetben különíthető el, hogy kortársról vagy sorstársról van-e éppen szó, de az esetek nagyobb részében igen.

[128] Report on the global epidemic 4th global report AIDS 2004. UNAIDS kiadvány, http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2004/GAR2004_en.pdf A letöltés ideje: 2015. február 14.

[129] dr. Rácz József előadása a *Definíciók, az ács-t alakító legalapvetőbb filozófiai és szemléleti szempontok címmel*, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. május 19–20-án megrendezett *„Alacsonyküszöbű ellátások"* című képzésen http://www.kef.hu/ProfDocs.aspx?ID=8554c912-5385-4f0d-a44d-a03954a200e3&sel=DOCSA letöltés ideje: 2015. január 22.

Néha megkülönböztetik a „bennszülött”, „helyi lakos”sorstársakat, ezzel hangsúlyozva, hogy a segítő ugyanabból a – többnyire – veszélyeztetett, vagy a segítő szolgáltatások által nehezen elérhető csoportból kerül ki, ami az intervenció célja. Szerencsés, ha ilyen esetekben a sorstárs-segítő a közösség elismertebb tagjai közé tartozik. A sorstárs-segítőmindenek felett álló előnye, hogy ismeri a szóban forgó közösséget – és az is őt –, tehát könnyebben tud, sőt, egyes esetekben csakis ő az, aki ki tud alakítani e közösségek tagjaival segítő kapcsolatot (a segítést igen tágan értelmezve). A sorstárs-segítőkkel kapcsolatban időről időre megjelenő dilemma, hogy vajon csak a volt droghasználó, a volt prostituált stb. tud-e segíteni, vagy a jelenlegi droghasználó, a jelenlegi prostituált is. Egy másik meghatározás szerint a kortárs-segítés az aktív figyelem és a problémamegoldó készségek használata, párosulva az emberi fejlődéssel és mentális egészséggel kapcsolatos ismeretekkel, annak érdekében, hogy konzultáljunk társainkkal, akik hozzánk hasonlóak életkorban, státusban vagy tudásban. A kortárs-segítés abból az alapelvből indul ki, hogy az emberek képesek a mindennapi életben előforduló legtöbb problémájukat megoldani, ha erre kapnak esélyt. A kortárs-segítő így nem a társa problémáját oldja meg, hanem segíti társát, hogy megtalálja a saját megoldását. A kortárs-segítő tehát gondolatai és érzései tisztázásában segíti társát, és abban, hogy különbözőlehetőségeket és megoldásokat próbáljon ki.

Végül a szóhasználatról: A kortárs-tanácsadás összefoglaló kifejezés, melyet különböző kortársorientált programokra (pl. kortárs-oktatás és -facilitálás, kortárstanulási-segítés) és kortárs intervenciókra (pl. kortárs-segítés, kortárs-krízisintervenció, kortárs-tanácsadás) alkalmaznak.[130]

8.2.5. Biztonságos drogfogyasztói szoba

A biztonságosabb kábítószer-használói szobák vagy felügyelt használói helyiségek (a köznyelvben gyakran „belövő szobák” vagy „szúrószobák”) olyan professzionálisan felügyelt, nem elítélő atmoszférájú egészségügyi intézmények, ahol kábítószer-használók az utca és a sikátorok helyett biztonságosabb, higiénikus körülmények között tudnak általuk előre beszerzett kábítószert használni. Az ilyen szobák általában a tágabb segítőrendszer részei, és többnyire már meglévő kábítószer használók vagy hajléktalanok számára létesített intézményekhez kapcsolódnak,elkülönített helyiségekben. A szobákat szociális munkások,

[130]Rácz József – Szabó Gabriella: *A kortárs és a sorstárs segítés módszere*. In: Rácz József (szerk.): Az esélyteremtés új útjai: *Kortárs és sorstárs segítéssel szerzett tapasztalataink*. L’Harmattan Kiadó, Budapest, 2008, 12. o.

nővérek, orvosok, vagy más, elsősegély és szociális segély nyújtására kiképzett személyzet felügyeli. Általában olyan városokban nyitnak ilyen szobákat, ahol egyrészt jelentős kábítószer-kereskedelem zajlik (pl. nagy kereskedelmi útvonalak mentén, mint Frankfurt vagy Hamburg), így ott sok kábítószer-használó él, másrészt jelentőssé vált az intravénás droghasználók körében a HIV-járvány, sokan halnak meg kábítószer-túladagolásban, és látványossá vált a probléma, vagyis sok intravénás droghasználókat lehet az utcán, pályaudvarok környékén, parkokban, vagyis közterületen látni.

Ezekben a városokban sokszor úgynevezett nyílt drogszcénák alakultak ki, ahol az emberek rendszeresen, mások szeme láttára injekciózták be magukat. Az intravénás droghasználók parkokban gyűltek össze,ahol folyamatosan jelen voltak, zajlott a drogkereskedelem, ott injektáltak sterilfelszerelés híján, gyakran ott adagolták túl magukat és ott is haltak meg.

Ez a helyzet és ez a látvány zavarta a lakosságot és az egyéb segítő, szociális és rendőri intézkedések nem voltak képesek a problémát megoldani.

A biztonságok drogfogyasztói létesítmények azokat az embereket tekintik kiemelt célcsoportjuknak,akik különlegesen sérülékenyek szociális értelemben: marginalizáltak; rossz az egészségi állapotuk vagy hajléktalanok; nem megfelelő a táplálkozásuk és a higiénés körülményeik; a drogsegély-szervezetekkel pedig nincs kapcsolatuk. Néhány szoba még specifikusabb célcsoportokat céloz meg: női szexmunkásokat, emigránsokat, esetleg kizárólag hajléktalanok számára létesültek.

- **A biztonságos drogfogyasztói létesítmények egészségügyi (és közrendvédelmi) céljai**
  - *Rövidtávú egészségügyi cél:* Biztonságos környezettel biztosítani az alacsonyabb kockázatú,higiénikus kábítószer-fogyasztást. A hely stresszmentes és elfogadó, nem kell félni a letartóztatástól, a fertőzések megelőzése érdekében a környezetés a felszerelés higiénikus, az esetleges túladagolások esetén pedig a személyzetidőben közbe tud avatkozni.
  - *Középtávú egészségügyi cél:* Csökkenteni a célcsoport mortalitását és megbetegedéseit, ártalomcsökkentő oktatás, egészségfejlesztő tanácsadás, példamutatás révén. Önmagában az, ha a kliensek látják, amint a személyzet nap mint nap szakszerű elsősegélynyújtást végez, már tanulási eredménnyel járhat.
  - *Hosszú távú egészségügyi cél:* A szolgáltatást igénybe vevők egészségi állapotának stabilizálása és javítása, az orvosi és drogterápiás/ambuláns intézményekbe valófelvétel

elősegítése. A szobáknak a közrend védelmével kapcsolatos célja is vannak. Idetartozik a közterületen történő drogfogyasztás és a vele járó kellemetlenségek csökkentése,valamint a bűnözés növekedésének megelőzése az intézményeken belül és környezetükben. A különböző országok, a drogszíntér sajátosságainak megfelelően,illetve attól függően, hogy mely csoport kezdeményezte a szobák megnyitását,eltérő hangsúlyt helyeztek e fenti célkitűzésekre. Hollandiában a legtöbb ilyen intézmény megnyitását a helyi lakosok, illetve a rendőrség indítványozták, leginkábba közrend helyreállítása érdekében. Más intézményekben, amit pl. szociálismunkások szorgalmaztak, az egészségügyi szempont a domináns. A többi országban nagyjából egyenlő hangsúllyal szerepelnek a különböző célok.[131]

8.2.6. Ún. „Party service" programok

Az alábbiakban bemutatom a Londoni Drogpolitikai Fórum állásfoglalását [132] a biztonságosabb szórakozásról.

- *Biztonság*: a lehető legteljesebb mértékben biztosítani, hogy a rendezvényen a drogok ne legyenek hozzáférhetők.
- *Környezeti tényezők*: szellőztetés, korlátozás nélküli és ingyenes hideg ivóvíz, pihenésre szolgáló helyiség, ahol egyben a drogokkal kapcsolatban információt és tanácsot kaphatnak a klubba járók.
- *Személyzeti tréning*: felkészíteni a személyzetet, hogy különbséget tudjon tenni a részegség, paranoia és más kóros állapot között; hogy felismerje a drogfogyasztás jeleit (különösen a túlmelegedést, hőgutát); hogy azonnal tudjon cselekedni, illetve értesíteni tudja a megfelelő szakembereket.
- *Több szervezetet érintő együttműködés*: különösen a rendőrség, a helyi önkormányzat, a klubüzemeltetők és drogsegítő szervezetek bevonásával biztonságos környezet kialakítása a klubon belül.
- *Droginformáció és -tanácsadás*: hiteles és megfelelő információk biztosítása a klubba járóknak, valamint olyan tanácsadás, hogy mit kell tenniük, ha biztonságosabban akarnak

[131] i. m.
[132] Russell Webster: Clubbing safer Guidance for licensing authorities, club managers and promoters, a Drug Prevention Advisory Service kiadványa, http://www.popcenter.org/problems/rave_parties/PDFs/saferclubbing.pdf A letöltés ideje: 2015. április 15.

szórakozni. Ezeket az információkat drogsegítő szervezeteknél dolgozó, képzett személyzet biztosítsa.

Bármilyen intézkedéseket is tesznek az engedélyt kiadó hatóságok vagy a klub tulajdonosai, hogy csökkentsék a drogfogyasztást, bizonyos mértékű droghasználat mindig előfordul. Ezért a Londoni Drogpolitikai Fórum a következő ajánlásokat fogalmazta meg parti-szervezőknek:

- Biztosíts ingyen hideg vizet a parti egésze alatt!
- Gondoskodj megfelelő szellőzésről, lekondicionálásról!
- Legyen gyors és biztonságos ruhatárad!
- Rendezz be nyugodt, szeparált „chill-out termet", kényelmes ülőhelyekkel!
- Ne engedj be több embert a buliba, mint ahányan kényelmesen elférnek!
- Mindig legyen kéznél legalább egy embered, aki képzett és gyakorlott elsősegélynyújtó!
- Ötszáz főnél nagyobb partikon gondoskodj orvosi készenlétről, lehetőleg elkülönített szobában, sátorban!
- Engedd, hogy az ártalomcsökkentő (partiszervíz-szerű) szolgáltatások végezzék munkájukat (víz, szőlőcukor, szóróanyagok osztása)!
- Előzetesen gondoskodj, illetve. tájékoztasd a partizókat a biztonságos éjszakai közlekedési lehetőségekről!
- Mindig emlékezz arra, hogy partiszervezőként az emberek kulturált szórakoztatása az elsődleges célod, a pénz csak utána jön![133]

8.3. A letartóztatási továbbirányítási rendszer (Arrest Referral, AR) bemutatása Angliai és Walesi példa nyomán

Ez az alfejezet egy bűnmegelőzési és bűnismétlést csökkentő beavatkozással foglalkozik, amely kísérletet tesz a letartóztatottak körében a droghasználók azonosítására és kezelésbe irányítására.

[133]dr. Rácz József előadása a 2008. május 19-20-án megrendezésre került "Alacsonyküszöbű ellátások" című képzésenhttp://www.kef.hu/ProfDocs.aspx?ID=8554c912-5385-4f0d-a44d-a03954a200e3&sel=DOCSA letöltés ideje: 2015. január 22.

Börtöncellákban (fogdán) vagy bíróság területén zajlik, erre kiképzett szociális munkások végzik. Minden felmerült tény, amelyek a kezelés során a személyzet tudomására jut, orvosi–szociális titok. Az eljárásra a kihallgatást végző tiszt tesz ajánlást, az őrizetbe vételi folyamat elején. Igénybevétele önkéntesen választható.

8.3.1. Célja, jelentősége

- Az érintettek mind nagyobb arányban és minél korábban vegyék igénybe a rendelkezésre álló szolgáltatásokat, csökkenjen az általuk elkövetett bűncselekmények száma.
- Fókuszban elsődlegesen a droghasználók, kibővített változat esetén alkoholfüggő személyek is.
- Egyedülálló lehetőség korai beavatkozásra, segítő kapcsolat létesítésére.
- Átmenet a kaotikus életvitelből a kezelés irányába.
- Az elért szolgáltatások sorozata segíti egy alternatív életstílus kialakítását.

8.3.2. A Skót Nemzeti Drogstratégia néhány kulcsfontosságú célja[134]

- Gyakori letartóztatások – jelentős anyagi vonzat.
- Akiknek pénzbe kerül: rendőrség, szociális munka, bíróság és börtön, közösségnek okozott károk, elveszett üzleti lehetőségek, emelkedő árak, egyéb szociális költségek.
- Kezelés csökkenti a bűnözői viselkedést.
- Bizonyított 1 font AR költséggel 3 fontot spórolnak meg a társadalomnak.
- Nem mindenkit ítélnek el rögtön, sokáig várni kell. Ebben az időszakban sokan nem keresnek még segítséget a drogproblémájukra –így folytatódik a bűnözői életmód.

Kutatások azt mutatják, hogy

- a kezelés csökkenti a droghasználatot
- csökkenti a belövéseket
- javítja az egészséget
- javítja a szociális viselkedést

[134] Az alfejezethez lásd Bull, Melissa: *Arrest Referral: A Guide to Principles and Practice*. International Journal of Drug Policy. The Scottish Government Publications, August 2005, 223–234. o.

- javítja a munkavállalási szándékot
- csökkenti a bűnügyekben való részvételt

Három modell:
Információnyújtás: a rendőrség vagy a bírósági hivatalnokok információt adnak a letartóztatott személyeknek AR szolgáltatóról. Nincs kezelés, nincs tanácsadás.
Proaktív/leghatékonyabb: tanácsot és segítséget ad ellátással, kezeléssel kapcsolatosan.
Önkéntes részvétel: Belegyezés esetén ARW felméri az igényeket, felveszi a kapcsolatot megfelelő szervezettel. Állandó jelenlét v. telefonos hívás.
Kényszerítő részvétel: hivatalos kapcsolat az eltereléssel. Kényszerítő vagy ösztönző elem, bár alapvetően önkéntes.

A program résztvevői:
Rendőrség: szervezeti szinten biztosítja a kapcsolat kialakítás lehetőségét, időt, helyet, cellába való belépést, helyiséget az interjúhoz, biztonságos környezetet privát beszélgetéshez.
Bírósági hivatalnokok: ha az ellátás a bíróság területén van, operatív és stratégiai kérdések.
Kezelést végrehajtó szervezetek: elfogadják a hozzájuk irányított klienseket és egy sor szolgáltatást biztosítanak.

Szolgáltatások köre:
- Információ az ártalomcsökkentésről
- Háziorvos/ vények felírása
- Tanácsadás- egyéni vagy csoportos
- Detoxikálás – Rehabilitáció
- Közösségi programok
- Információ szociális segélyekről
- Oktatás, képzés és munkalehetőségek
- Gyermekgondozás – gyermekvédelmi ellátások
- Mentális egészségügyi csoport
- Adóssággal kapcsolatos tanácsadás
- Ügyvédek – Jogi tanácsadás
- Női egyesületek

Amikor a gyanúsítottat beviszik a rendőrállomásra, a rendőrök ismertetik a jogait, majd elhelyezik a cellájába. Ezután bemegy hozzá a drogmunkás és felajánlja az emberi viszonyainak rendezésével kapcsolatos segítséget. (Ebben a fázisban a rendőr a háttérben marad, mert a kliensek nem bíznak az egyenruhásokban.) Ha a kezdeményezésre pozitív választ ad a megszólított, kihozzák a cellából és egy kényelmesebb helyiségben folytatják vele a beszélgetést. 2001-ben az előállított személyek 60%-a igénybe vette a szolgáltatást, ha sokan nem is az első kapcsolatfelvételnél, hanem másnap, a kijózanodás után, amikor elvonási tünetek és a jövőtől való félelem kínozza őket.(Tapasztalat szerint az ópiát-megvonás nem öl meg senkit: ha rosszul van a páciens, vizet kell hozni neki, nyugtatgatni stb.)

A fogdában működő drogmunkás a nagy országos civilszervezet, a COMPASS munkatársa, munkája teljesen független a rendőrségtől. Alapvető szabályuk, hogy csak a kliens személyéről kezdeményeznek beszélgetést, a konkrét ügyről egyáltalán nem bocsátkoznak tárgyalásba, általában a bűnügyi vonatkozású információkat is elhárítják. Titoktartást ígérnek a kliensnek és azt szigorúan be is tartják, ha mégis tudomásukra jut valamely bűnügyileg releváns ismeret. Ez alól három kivétel van, ha az adat:

- öngyilkossági gondolatot, vagy
- nagyon súlyos (pl. emberéletet érintő), illetve
- gyermekkel kapcsolatos bűncselekményről szóló információt tartalmaz.

Az ilyen jellegű információt a drogmunkás főnökén át eljuttatják a rendőrökhöz, de ennek a tényét közlik a klienssel.

Nem fordult még elő, hogy az eljárás alá vont ember valamiféle illegális közreműködést kért volna a drogmunkástól. A kapcsolat elején egyértelműen világossá teszik, hogy a számára való segítés módját akarják megtalálni vele közösen és semmi mást. A drogmunkásnak van gyakorlata abban, hogy a beszélgetés irányát megérezze, és ha kényes terület felé haladnak, figyelmezteti a kliensét: ha tovább mondja, nem tarthatja titokban, ezáltal az információ nyilvánosságra kerülése a kliens felelőssége lesz. Másik megoldásként azt tanácsolják a terheltnek, hogy inkább a rendőröknek mondja el azt a bizonyos titkot: jobb, ha a drogmunkás nem vállal ilyen közvetítő, hírvivő szerepet.

A behozottak általában 24 órát töltenek a fogdában: addigra vagy bíró elé kerülnek, aki a hosszabb fogságukról dönt, vagy feltételesen elengedik őket, ha vállalják az együttműködést a

COMPASS szakembereivel. A 24 óra (indokolt esetben 72 óra) során (6+9+9 óra hosszabbítási szakaszokkal) a rendőrség összegyűjti a bizonyítékokat.

Amennyiben a fogoly vállalja a reintegrációját célzó kooperációt a drogmunkással, részletes kikérdezése következik. Az alapos és részletes interjú célja az, hogy érezze a kliens, hogy nem felületesen foglalkoznak vele, továbbá a droghelyzetről (fogyasztási szokások, módszerek, mennyiségek és drogárfolyamok) hiteles információkat szerezni, amelyeket aztán országos helyzetkép felvázolásához adnak segítséget. Megválaszolandó kérdések például:

- biztonságos-e a lakókörnyezete,
- milyen anyagot használ (általában, nem a konkrét bűnügyében!),
- mennyi pénzt és honnan szerez mindehhez stb.

A kikérdezés során különféle nyomtatványokat töltenek ki, a lényeg az, hogy megtörténjen a kapcsolatfelvétel, megkezdődjék az együttműködés. Fontos, hogy mindez a fogvatartás ideje alatt menjen végbe, ugyanis miután elengedik a rendőrségről, már nem fogja igényelni a segítséget.

A kapcsolatfelvételi beszélgetés íve: az állapotfelmérés során kialakul egy megbízható kép a kliensről, amely majd a tényleges segítő beavatkozás alapja lesz. A drogmunkás a kezdő beszélgetés során bemutatja a terhelt személyes lehetőségeit, felvázolja hogyan alakulhat a sorsa. (A továbblépés egyik lehetősége a COMPASS, ám ha más típusú problémája van, más cég [NGO] is szóba jöhet.) Akinek már drogos előzménye is volt, hosszú távú programra (6, 9, 12 hó) kap javaslatot. Ha szükséges, megszervezik hogy bejusson valamelyik egészségügyi intézménybe,esetleg pénzt szereznek a kiválasztott program végrehajtásához. Összegezve: általában véve szervezik, összehangolják a segítő kapacitásokat. Folyamatos tanácsadást, hosszú távú konzultációt nem vállalnak a fogdaprogramban, csak elindítják a dolgokat.

A fogdaprogram buktatója lehet, hogy nincs idejük mindenkit elvinni a kiválasztott program helyére (noha szerintük is jó lenne), ám kudarc esetére további (B és C) variációkat előre kidolgoznak és azonnal váltanak. Meglehetősen sok a visszaeső, aki újra bekerül a fogdába. A drogmunkások ezeket sem hagyják magukra, deklarált céljuk, hogy a drogkarrier folyamatát megtörjék.

A nottinghami fogdaprogram költségeit fele részben a rendőrség fedezi. A rendőrség korábban ellenállt a gondolatnak, hogy drogmunkások (civilek!) bemenjenek a rendőrségi fogdába és foglalkozzanak bent lévőkkel. Öt évvel ezelőtt kezdődött a program szervezése, a mai formájában több mint két éve megy, de még most sem tekintik teljesen kiforrottnak. A rendőrök kezdeti gyanakvását és idegenkedését gondos előkészületekkel kell eliminálni. Szükség van arra is, hogy a rendőrség lássa a program sikerét, konkrét – a rendőr munkájára is kiható – hasznát. Különösen fontos, hogy kidolgozott legyen:

- az állapotfelméréshez használt kérdőív,
- az intézmények széles skálája, ahova a kliens küldhető,
- felkészülés az esetleges kudarcokra, a visszatérő kliensekre.

Mindezeken túl építeni kell arra, hogy a rendőrök látják a gondjaikra bízott terület súlyos helyzetét, hogy megtapasztalják, csak bűnüldözéssel és „rendészkedéssel" nem képesek úrrá lenni a helyzeten. Mindehhez elengedhetetlen a drogmunkások nyílt személyisége, kommunikációs készsége és mindenekfelett, hogy a szerepkörök pontosan be legyenek határolva, világos szabályokkal. Kiváló ötletnek bizonyult, hogy a civil szervezet bevonta a résztvevő rendőröket a drogmunkások kiválasztásába. Ma már az is előfordul, hogy drogmunkásként olyan ember dolgozik a rendőrségi fogdában, aki néhány évvel korábban maga is fogvatartott volt.[135]

Ezen alfejezetben vázolt példa sajnos nem működik ma Magyarországon.
Ez egy tipikus helyi szintű együttműködés, ott működik, ahol helyi fogdák, bv. intézetek vannak. Kifejezetten jó tapasztalatok vannak arra, hogy ez mennyire hatékony azokban az országokban, ahol már létrejött. Számos kísérlet történt a bevezetésre, konzultációk történtek rendőri vezetőkkel, konferenciákat szerveztek, de végül mégis mindig elutasítást kapott. Ennek biztos vannak szervezeti és kulturális okai, de az is, hogy nyomozati érdeket láttak benne sérülni, noha véleményem szerint ez a veszély nem áll fenn.

[135] Németh Zsolt: *Rendőrség és szociális munkások (drogmunkások) angliai együttműködése a drogfogyasztók kezelésében. Tanulmányút Angliában*. Kézirat. Budapest, 2001. április 22–29.

8.4. Szubsztitúciós terápiák

A szubsztitúciós terápiák célja a fentiekben tárgyalt ártalmak csökkentése azáltal,hogy a heroin (illetve egyéb ópiát – pl. máktea, metszett mák – intravénás használata, illetve házi heroin – pl. az úgynevezett „lengyel kompót" – használata, kodein stb.) alternatívájaként orvosi ellenőrzés mellett biztosítanak kontrollált minőségű és mennyiségű ópiátot a drogfüggő számára. A legelterjedtebben alkalmazott szubsztitúciós szer a *metadon*, de lehetséges alternatívájaként egyre több országban felmerül a vegyes agonista/antagonista hatású *buprenorfin*, illetve újabban a buprenorfin és az antagonista hatású naloxon kombinált használata.

A hosszú hatású ópiát-antagonista *LAAM* (*levo-alpha-acethylmethadol*) alkalmazása korábban előfordult, azonban használatával kapcsolatosan olyan szövődmények merültek fel, amelyek miatt kivonták a forgalomból. Az egykor több országban szubsztitúciós célra is használt *dihydrokodein*, illetve lassú felszívódású *morfin* alkalmazása ma már nem jellemző; a metadon gyakorlatilag teljes mértékben leváltotta ezen szerek használatát (morfint Ausztriában ma is alkalmaznak). Néhány országban folynak azonban kísérleti programok heroin (*diamorfin*) alkalmazásával, míg máshol már gyógyszerként regisztrált módon alkalmazzák a heroint.[136]

A szubsztitúciós terápiák bevezetése jellemzően nagy társadalmi ellenállást vált ki:a nagyközönség számára ugyanis a drogfogyasztás támogatásának, drogfogyasztásra való buzdításnak tűnik. Ebben az esetben azt a kérdést kell feltennünk, hogy milyen hatása van a szubsztitúciós terápiának? Miért adjunk „drogot" a drogfogyasztónak?

Először is azért, mert bármennyire is nehezen elfogadható ez a társadalom többsége számára, a drogfogyasztók egy részre nem akar, illetve nem tud leszokni a szerfogyasztásról, bármit teszünk is vele. Fenyegethetjük halállal, börtönnel, egyéb szankcióval, amíg fizikailag képes hozzájutni, fogyasztani fogja a szerét. A másik alapvetés, hogy az intravénás drogfogyasztók szinte kivétel nélkül elveszítik a jövedelemszerző képességüket, tehát elesnek a legális jövedelemtől. A tudatmódosító szer ellenben pénzbe kerül. Így kerül be sok fogyasztó a

[136]Takács István – Demetrovics Zsolt (2010): i. m. 412. o.

kriminalitásba. Leginkább két út áll előttük: vagy utcai árussá (pusher) válik, így teremtve meg a fogyasztását, vagy vagyon elleni bűncselekményeket követ el.

Rendőrségi vélemények szerint a Budapesten elkövetett gépjármű-feltörések jelentős részéért az intravénás drogfogyasztók a felelősek. Ezekkel a bűncselekményekkel az elkövetők óriási károkat okoznak. Egy autóból ellopott hifi berendezésért a fogyasztó 5–10 ezer forintot kap, amivel esetleg kétnapi szerigényét fedezi. Azonban a cselekménnyel –a lopással, illetve a bejutáskor elkövetett rongálással – okozott összkár biztosan többszázezer forintra fog rúgni. Ehhez képest, ha az állam odaadja a kábítószert a függőnek, az legfeljebb pártízezer forintjába fog kerülni a társadalomnak. És ez csak az anyagiakra vonatkozó számítás.

Az emberek biztonságérzetét is értéknek tekintjük. Igenis van jelentősége annak, ha nem törnek össze autókat, nem rántanak ki emberek kezéből táskákat. A függő oldalán ennél sokkal nagyobb előny is keletkezik. Azzal, hogy ellenőrzött, bevizsgált anyagot fogyaszt, a szervezetére gyakorolt károk is csökkenthetőek. Nem beszélve arról, hogy nem kell egész nap bűnalkalmat keresnie. Azt az időt a családjára, illetve munkavégzésre fordíthatja. Ezáltal a társadalomba való reintegrációjának az esélye is megnyílik. Fontos dolog, hogy megszabadul a kriminalitástól, ezáltal megszűnik a feje felett lebegő állandó fenyegetés, hogy a rendőr bármikor beviheti, őrizetbe veheti, a bíró szabadságvesztésre ítélheti. A nemzetközi trendeket elemző fejezetben részletesen bemutatom, hogy mely országokban milyen formái vannak jelen a szubsztitúciós terápiáknak.

8.5. Tűcsere-program

Az intravénás drogfogyasztók számát 16 millióra becsülik a világon, körükben az átlagos népességhez képest átlagosan mintegy tízszer nagyobb a morbiditás és a mortalitás előfordulása. Ezért túlnyomó részt a vér útján terjedő fertőzések és a túladagolások felelősek. A tűcsere-programok elsődlegesen abban segítik az intravénás droghasználókat, hogy ne kelljen megosztaniuk egymással felszerelésüket, így megvédhessék magukat, illetve szexuális partnereiket a fertőzésektől. Ez az intravénás droghasználók egészségének megóvása mellett jelentős társadalmi költségektől kíméli meg az adófizetőket.
A gyógyszertárban a drogfogyasztókat gyakran nem szolgálják ki. Még ha elérhetők is a patikákban a tűk és fecskendők, az ingyenesség és az anonimitás miatt gyakran előnyben részesítik a tűcsere-programokat a droghasználók. A programok társadalmi haszna abban is

megnyilvánul, hogy begyűjtik és megsemmisítik a potenciálisan fertőző fecskendőket. A tűcsere-programok általában még egy sor olyan szolgáltatást is nyújtanak, amivel a droghasználók egészsége megőrizhető és javítható, így például orvosi ellátást, szűréseket, oltásokat, oktatást biztosítanak, de megszervezik a kezelésre és terápiára jelentkezést is, így bizonyítottan elősegítik a peremhelyzetre kényszerült emberek társadalomba való visszailleszkedését is. A tűcsere-programok nem propagálják a droghasználatot. Az elterjedt kritikákkal szemben, nem akadályozzák a leszokás sikerességét, ellenkezőleg, növelik a rehabilitáció esélyét: mivel hozzájárulnak ahhoz, hogy a drogfogyasztók ellátásba jussanak, hosszútávon csökkentik az illegális szerhasználat előfordulását, és hozzájárulnak az egészséges környezet kialakulásához.

Ezen felül a tűcsere-programok, más ártalomcsökkentő programokhoz hasonlóan, a bizonyítékon alapuló szociálpolitikai rendelkezések közé tartoznak, amelyek a drogfogyasztók alapvető jogait tiszteletben tartva nyújtanak ellátást és segítséget. A tűcsere-programok működésének biztosítása azt is jelenti, hogy az állam tiszteletben tartja a polgárok önrendelkezési jogát, de még sem hagyja őket magukra. Emellett az egészséghez való jog érvényesülését is segítik a tűcsere programok, amikor csökkentik a drogfogyasztás káros hatásait és a fogyasztók jogainak tiszteletben tartása mellett járulnak hozzá a leszokás segítéséhez.

A WHO 1998-ban tette közé „A HIV-fertőzés megelőzésének alapelvei az intravénás drogfogyasztók körében” című jelentését, ami a steril injektáló felszerelés elérhetőségét növelő programok bevezetésére és lefedettségének növelésére hívta fel a tagállamokat.

> ”
>
> Ebben felhívta a figyelmet, hogy *az intravénás drogfogyasztók közötti HIV-terjedést meg lehet és meg kell előzni. Elegendő adatunk van arra vonatkozóan, hogy mi hatékony és mi nem hatékony a HIV-prevenció vonatkozásában. Életfontosságú, hogy ezt a tudást gyakorlattá tegyük azokban az országokban, ahol kialakulóban van a HIV-járvány az intravénás droghasználók között, valamint azokban is, ahol az intravénás droghasználók közötti HIV-rizikó viselkedésprevalenciája magas.*
>
> Az ajánlás szerint*[a] drogfogyasztók közötti HIV-prevenció közegészségügyi probléma. Ily módon a drogpolitikai szakembereknek, közegészségügyi*

hatóságoknak és egyéb döntéshozóknak megfelelően fel kell készülniük annak érdekében, hogy olyan döntéseket tudjanak hozni ezen a területen, melyek a közegészségügy és jólét javára lesznek.

A WHO a tűcserékről született mintegy kétszáz kutatást áttekintő 2004-es összefoglaló tanulmánya[137]a következő konklúziókra jutott:

> Egyértelmű bizonyítékok igazolják, hogy a sterilinjektáló felszerelés elérhetőségének növelésével jelentősen csökkenthető a HIV/AIDS fertőzés előfordulása az injektáló droghasználók körében. [...] Majd húsz év kutatásainak fényében még mindig nem létezik meggyőző bizonyíték arra, hogy a tűcsere-programok növelnék a kábítószer-használat vagy az intravénáskábítószer-használatelőfordulását, időtartamát és gyakoriságát.

A tanulmányok kerestek, de nem találtak bizonyítékot arra, hogy a tűcsere-programok növelnék az injektálás gyakoriságát, növelnék a kábítószer-használatot, növelnék a tűk megosztását, új intravénás droghasználókat toboroznának, szociális hálókat alakítanának, növekedne hatásukra az eldobált fecskendők száma, csökkentenék a leszokásra való motivációt a kliensekben, vagy növelnék azok számát, akik az egyéb drogfogyasztási módokról intravénás használatra térnének át.

A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) 2004-es szakirodalmi áttekintőjében[138] szintén megállapítja, hogy a legfontosabb áttekintő kutatások szerint a tűcsere-programok a HIV és hepatitisz előfordulását az intravénás szerhasználók körében egyharmaddal vagy többel is csökkenteni képesek anélkül, hogy növelnék az intravénás fogyasztók számát. A tanulmány idézi Hurley és társai1997-es kutatását, amelyben 81 város intravénás szerhasználóinak HIV-pozitivitását hasonlította össze,52 városból ahol volt, és 29 városból, ahol nem volt tűcsere-program. Azt találták, hogy az átlagos éves HIV-

[137] Effectivenessof sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drog users , A World Health Organization kiadvány, 2004. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9782940395002_eng.pdf A letöltés ideje: 2015. április 15.

[138] Wit, Ardine and Jasper Bos, "Cost-Effectiveness of Needle and Syringe Programmes: A Review of the Literature," in Hepatitis C and Injecting Drug Use: Impact, Costs and Policy Options, Johannes Jager, Wien Limburg, Mirjam Kretzschmar, Maarten Postma, Lucas Wiessing (eds.), European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2004. http://href.hu/x/2ldy A letöltés ideje: 2015. április 15.

pozitivitási gyakoriság 11%-kal alacsonyabb volt azokban a városokban, ahol volt ilyen program.

Az ártalomcsökkentő beavatkozásokról szóló monográfiájában az EMCDDA kimutatja,hogy azokban a nyugat-európaiországokban, ahol a HIV-járvány kezdeti szakaszában, a 90-es évek elején a döntéshozók felkarolták az ártalomcsökkentő beavatkozásokat, a HIV-járványt sikerült megfékezni a drogfogyasztók körében. Ellenben azokban a kelet-európai országokban, ahol az ártalomcsökkentést elutasították, vagy legfeljebb megtűrték, jelentős HIV-járványt tört ki.

Az Európai Bizottság „AHIV/AIDS elleni küzdelem az Európai Unióban és a szomszédos országokban (2009–2013)" című közleménye[139] szerint „a nemi úton történő HIV-vírus átadás megelőzésének még mindig a helyes és következetes óvszerhasználat a leghatásosabb módja, míg a HIV-fertőzés intravénás kábítószer-használattal történő átadásának leghatékonyabb megelőzésére a steril tűk és fecskendők biztosítása, valamint a szubsztitúciós kezelés szolgál."
A Bizottság a tűcsere-programok lefedettségének növelését ajánlja a tagállamok számára: Kelet-Európában a HIV-fertőzés átadása főként az intravénás kábítószer-használatra vezethető vissza, ez okozza az összes új fertőzés kétharmadát. A kábítószer-függőség integrált orvosi és társadalmi megoldást igényel. A steril tűk és a bizonyítékokon alapuló addikciós terápia – ezen belül a szubsztitúció és más ártalomcsökkentő intézkedések –elérhetősége bizonyítottan nagyon hatásos, többek között a nagy előfordulási gyakoriságú területeken vagy különleges körülmények között, például börtönökben. Az intravénás kábítószer-használók átfogó egészségügyi ellátásába történő beruházás minden bizonnyal segít csökkenteni a kábítószer-használók között előforduló új HIV-fertőzésekszámát,illetveakábítószer-használattalösszefüggőterheket."
A dokumentum hangsúlyt fektet a társadalomperemére szorult csoportok emberi jogainak érvényesülésére, különös tekintettel a HIV-prevenciós szolgáltatásokhoz való hozzáférések biztosítására.

[139]Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries (2009-2013) http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/sp0016_en.htm A letöltés ideje: 2015. április 15.

Az Európai Unió drogstratégiája (2013–20) [140]előírja a tagállamok számára „a HIV/AIDS, hepatitisz, egyéb fertőzések és betegségek, valamint a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi károk megelőzésével és kezelésével foglalkozó szolgáltatások elérhetőségének”javítását.

Az elégtelen tűcsere-szolgáltatások és a fertőzésveszély növekedésére az Európai Unión belül a legszemléletesebb és legfrissebb, az EMCDDA által dokumentált bizonyítékot Görögország és Románia szolgáltatja. Romániában a gazdasági válság körüli megszorítások miatt 2009-ben még két-millió, majd 2010-ben már kevesebb, mint egy-millió steril fecskendőt osztottak szét. Ez az új pszichoaktív szerek injektálásának tömeges terjedésével megegyező időszakban a fecskendők megosztási gyakoriságának növekedéséhez vezetett. Ennek eredményeként HIV-járvány tört ki az országban, ahol korábban évekig nulla körül mozgott az új fertőzéses esetek száma. Míg 2007-ben négy, 2012-ben már 231 új HIV-esetet regisztráltak.
Görögországban a közelmúltig szintén alacsony volt a HIV előfordulása a drogfogyasztók körében, a prevalencia a korábbi 1%-ról 2012-re 9 százalékra nőtt. A járvány mindkét országban elsősorban a marginalizált, hátrányos helyzetű nagyvárosi intravénás szerhasználók körében terjed a leggyorsabban.

Magyarországon az első tűcsere-programot1993-ban hozták létre, eleinte mindjogi háttér, mind módszertani útmutatás nélkül, a rendőrséggel való gyakori konfliktusok jellemezték működésüket. A helyzetük 2000-ben normalizálódott, mikor a Pszichiátriai Szakmai Kollégium kiadta „A tűcserélés szakmai irányelvei”című módszertani ajánlást.

Az Országgyűlés 2000-ben teljes pártközi konszenzussal hagyta jóvá az első Nemzeti Drogstratégiát [96/2000.(XII.11.) OGY határozat].

> ”A dokumentum elismerte az ártalomcsökkentő programok létjogosultságát és szükségességét, és kinyilvánította, hogy *az ártalomcsökkentő módszerek a HIV- (és hepatitisz) fertőzésnek kitett intravénás droghasználó csoportokban lényegében az egyetlen hatásos és költséghatékony megelőző módszert jelentik: speciális beavatkozások a krónikus, leszokásra nem motivált droghasználók esetében életmentők, súlyos, az életre veszélyt jelentő betegségeket lehet így*

[140]The EU drugs strategy (2013–20) http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/eu-drugs-strategy-2013-20 A letöltés ideje: 2015. április 15.

megelőzni, miközben nem mondunk le a teljes drogmentesség hosszú távú céljáról sem.

A stratégia az állami célkitűzésszintjére emelte a steril injektáló felszerelés elérhetővé tételét és az egyéb ártalomcsökkentő beavatkozásokat, megteremtette az alacsonyküszöbű szolgáltatások (idetartozik a tűcsere is) állami finanszírozásának kereteit.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet által kiadott, a Nemzeti AIDS Bizottság által készített Nemzeti AIDS Stratégia (2004–2010) szintén előírta a tűcsere-programok, illetve az egyéb „felvilágosító és anonim szűrési programok" elérhetővé tételét az intravénás szerhasználók számára. Budapesten 2003-ban két utcai megkereső tűcsere-program indult be. Az egyik program beindulása utána rendőrség többször megjelent a tűcsere-busznál is, igazoltatta a klienseket. A civilszervezetek megkeresésére az adatvédelmi ombudsman állásfoglalásában elítélte ezt a rendőri gyakorlatot, megállapítva, hogy a tűcsere-program tevékenységével kapcsolatban bűncselekmény nem állapítható meg, így a rendőrségnek nincs jogalapja az igazoltatáshoz. 2004-ben a budapesti tűcsere-programok és a Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) közötti megállapodás rendezte a rendőrség és az alacsonyküszöbű programok viszonyát is. Ebben a rendőrség vállalta, hogy tolerálja a tűcsere-programok működését, illetve az intravénás droghasználóknál talált steril, vagy használt fecskendők esetén a rendőrség nem indít eljárást, hanem lehetővé teszi, hogy a fecskendők akadálymentesen visszakerülhessenek a tűcsere-programba.
Ezzel a jogalkalmazó hatóság egy része elismerte, hogy bár a kábítószer-fogyasztás Magyarországon bűncselekménynek minősül (2003 és 2013 között a megszerzésen és tartáson keresztül, azóta a fogyasztás önálló tényállás), az államnak kötelessége a droghasználók önrendelkezéshez és egészséghez való jogát is biztosítani. Másrészt elismerte azt is, hogy az állam közegészségügyi érdekét és a polgárok egészséges környezethez való jogát inkább szolgálja, hogy a drogfogyasztó steril felszereléshez jusson, illetve használt felszerelését visszajutassa a tűcsere-programba, mint, hogy büntetőeljárást indítson a fogyasztó ellen.[141]

8.5.1. A tűcsere-programok fajtái

- Állandó telephelyű tűcsere-programok;

[141] Az alapvető jogok biztosának Jelentése az AJB-1131/2013. és AJB-7541/2013. számú ügyben, 16–18. o.

- Mobil tűcsere-programok (tűcsere-busz);
- Utcai megkereső tűcsere-programok (szociális munkáson keresztül);
- Tűcsere automaták;
- Gyógyszertári tűcsere.

Magyarországon a gyógyszertári tűcsere kivételével mindegyik fent említett programtípus elérhető.

8.5.2. A tűcsere-program szolgáltatásai, céljai

- A drogfogyasztók és közvetetten a társadalom ártalmainak (fertőzések, halálesetek, egészségügyi többletköltségek stb.) megelőzése, csökkentése;
- A droghasználók egészségmagatartásának megváltoztatása (biztonságosabb szerhasználat, biztonságosabb szex stb.);
- A kerületekben életvitelszerűen vagy átmenetileg tartózkodó szerhasználó személyek elérése;
- Magas kockázatú csoportok, akik intézményi ellátással szemben bizalmatlanok, illetve információhiány vagy szigorú szabály- és elvárási rendszer miatt más programokból, szolgáltatásokból kiszorulnak;
- Steril eszközök és konzultációs lehetőség biztosítása, információ-átadás;
- További ellátóhelyekre történő beirányozás és a teljes perifériára sodródásuk megakadályozása.

8.5.3. A tűcsere-program megvalósulási helyszínei

- Közterek;
- Iskolák környéke;
- Környékbeli házak, padlások, pincék;
- Lebontásra váró házak, lakások, amelyeket átmenetileg használatba vettek a szerhasználók lakhatási és szerhasználati céllal.[142]

[142]Lásd Gyékiss Roland előadását *Kálvária tér, VIII. kerület, tűcsere-program*címmel, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. május 19–20-án megrendezett „Alacsonyküszöbű ellátások*”* című képzésen. http://www.kef.hu/ProfDocs.aspx?ID=8554c912-5385-4f0d-a44d-a03954a200e3&sel=DOCS [Letöltés ideje: 2015. január 22.]

8.5.4. A tűcsere-programokban elérhető szolgáltatások

- Pszichoszociális segítségnyújtás képzett személyzet által;
- Ingyen, vagy alacsony áron nyújtott ruha, étel, ital és vitamin;
- Mosási, fürdési, tisztálkodási lehetőség;
- HIV, hepatitisz és egyéb vér illetve szexuális úton terjedő betegségek szűrése, vagy szűrésre irányítás, tanácsadás és vakcináció például hepatitisz B vírus ellen;
- Orvosi ellátás, sebkezelés;
- Fertőzőbetegségekkelésbiztonságosabbhasználattalkapcsolatostanácsadás;
- Utcai megkereső munka;
- Pihenési, beszélgetési lehetőség;
- Szűrés;
- Óvszerbiztosítása;
- A stigmatizáció csökkentése;
- Fertőtlenítő szerek osztása;
- Gyógyszertári hozzáférés megkönnyítése;
- Tűcsere-automaták létesítése.[143]

8.5.5. A Kék Pont Tűcsere-program bezárása

Egy érdekes jelenség a témában a józsefvárosi tűcsere-program bezárása, és az azt övező jelenségek.

A tűcsere-program a Kék Pont Alapítvány egyik projektje, ami 2001-ben indult a Balázs Béla utcában, a XI. kerületben. Ez egy alacsony hatékonyságú program volt, amely pár intravénás kábítószer-használót érintett. Közben útszéli munka során cseréltek tűt a IX. kerület marginalizálódott részén, a „Dzsumbujban". A Dzsumbujban tapasztaltak és egy kutatás alapján feltételezték egy nagyobb rejtett intravénás droghasználó szcéna létét a VIII. kerületben. 2006-ban hozták át a tűcsere-programot a VIII. kerületbe, a Kálvária térre. Ekkor a Kálvária téri programban hirtelen megjelent körülbelül 1500 intravénás droghasználó. Nagyjából egy 2–3 ezer fős intravénás droghasználó populációt feltételeztek a VIII.

[143] Lásd Takács István előadását *Kálvária tér, VIII. kerület, tűcsere-program* címmel, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. május 19–20-án megrendezett *„Alacsonyküszöbű ellátások"* című képzésen. http://www.kef.hu/ProfDocs.aspx?ID=8554c912-5385-4f0d-a44d-a03954a200e3&sel=DOCS [Letöltés ideje: 2015. január 22.]

kerületben, akik akkor már becslésük szerint szerhasználók voltak tíz éve. Az intravénás droghasználó populáció körülbelül 70 százaléka heroint, míg a maradék 30 százaléka amfetamint használt. A Kék Pont Alapítvány munkatársai körülbelül 75 százalékos hepatitis fertőzöttséggel számoltak. Az Alapítvány együttműködési megállapodást kötött a Józsefvárosi Önkormányzattal. A megállapodás keretei között a Kék Pont Alapítvány minden évben írt egy jelentést az önkormányzat számára, amiben javaslatokat és kéréseket fogalmaztak meg a kerületi drogstratégiát illetően. Majd miután nem történt semmi,2009-ben konferenciát szerveztek *Narkógettó* címen. A konferencia sajtóvisszhangot keltett, több internetes portál is foglalkozott vele. Több cikk is élesen bírálta az önkormányzatot. „Játszótereken eldobált fecskendők, fekáliával és háztartási szeméttel súlyosbított nyíltszíni szúrás, az országos arányszámokat sokszorosan meghaladó hepatitis C-fertőzés jellemzi a több ezer józsefvárosi intravénás droghasználót. A Kék Pont Drog-konzultációs Központ ebben a súlyos közegészségügyi problémában vár segítséget a kerület és a főváros döntéshozóitól, egyelőre hiába. December elsején, az AIDS világnapján számoltak be a Józsefvárosban kialakult narkógettó helyzetéről és a lehetséges megoldásokról. A helyi önkormányzat egyszerűen ignorálja a problémát, a kerületi ÁNTSZ vezetője szerint pedig „csupán egy elszigetelt kisebbség bajáról van szó.” A józsefvárosi tűcsere-program 2011-ben költözött át a jelenlegi Magdolna utca és Lujza utca sarkán álló épületbe. A Kálvária téri ingatlan állami ingatlan volt, amit a Semmelweis Orvostudományi Egyetemtől béreltek. A jelenlegi ingatlan pedig önkormányzati tulajdon, amit a Józsefvárosi Önkormányzattól bérelnek, a civil szervezetek számára szokásosan kedvezményes áron. Ezt követően az együttműködési megállapodás keretében az önkormányzat szedette össze a használt injektorokat a Közterület-fenntartó Zrt.-vel. Ezt a megállapodást bontotta fel az önkormányzat 2013. szeptember 18-án. (Az együttműködési megállapodás felbontása nem jár együtt a bérleti szerződés felbontásával, amire a Kék Ponttal 2016-ig szerződése van.)

Az önkormányzat saját honlapján tudatta az együttműködési megállapodás felmondását 2013. december 31-i hatályba lépéssel, de úgy fogalmazott, hogy 2014-től megszűnik a tűcsere-program a Magdolna utca és a Lujza utca sarkán.

> ”Az önkormányzat saját honlapján található leírás szerint az önkormányzat érvei a következők voltak: Azért vannak itt az eldobott tűk, mert itt működik a Kék Pont. Józsefvárosnak meg kell szabadulnia a kábítószer-fogyasztás következményeitől. A kerületi helyzet tarthatatlanná vált, feldühödött szülők százai követelik, hogy

tüntessék el a tűket az utcákról, amelyek a Kék Pont szolgáltatása miatt kerülnek oda. Egyáltalán nem kell tűcseréket létrehozni, mert a környezet életminősége a programtól jelentősen csökken.

A tűcserének köszönhetően a Kék Pont főként más kerületek drogosait szolgálja ki, akik aztán itt dobálják el a tűket. Ha minden kerületben lenne Budapesten ilyen program, akkor az itteni tűcsere is rendben lenne, de ha nem alakul ki Budapesten legalább 30 tűcsere-pont, akkor nem kér a Józsefváros sem ebből a szolgáltatásból. A kerület drogproblémájának megoldásában helyt tudnak állni, de más kerületek problémáját nem tudják felvállalni és nem is akarják.

A játszótereken, köztereken kint lévő használt tűk rendkívüli veszélyt jelentenek a lakosság számára. Józsefváros 80 ezer polgárának érdeke áll szemben 1600 drogos érdekével. Józsefváros eddig is túlterhelt volt a leszakadó rétegek problémáival, a tűcsere okozta problémát nem vállalhatja már fel.

Nem akkor lesz közegészségügyi katasztrófa a kerületben, ha a Kék Pont programja megszűnik, hanem most van az, hogy itt vannak. A Kék Pont víziója arról, hogy komoly HIV/AIDS veszély alakulhat ki a tűcsere-program megszűnése esetén, alaptalan, hiszen az évi kb. 1200 HIV-fertőzött között jelenleg egy sem intravénás úton kapta el a vírust. Ezért, e helyett a mantra helyett, az alapítvány inkább óvszert osztogasson!

A tűcsere program működtetőinek érvei tipikusan álhumánus érvek, amelyek tulajdonképpen a droghasználatot támogatják, tehát a tűcsere a drogfogyasztás elősegítése. Amennyiben a droghasználat is büntetendő, felmerülhet a kérdés, hogy valójában egy jogszerű állapotot tartottak-e eddig is fenn.

A programban elenyésző számban folyik valós tűcsere, sokkal inkább tűosztás történik. Ha a drogosoknak akad napi több tízezer forintjuk is drogra, akkor talán tíz forint is juthat fecskendőre.

»A tett halála az okoskodás!« – tehát nem szociológiai felméréseket kell olvasgatni meg hatásvizsgálatokat kérni, hanem cselekedni!

Az önkormányzat bejelentésére a Kék Pont saját honlapján és több sajtóorgánumban is reagált. Konstruálódott egy diskurzív tér, melybe az önkormányzat saját érvrendszerével és retorikájával lépett be, a honlapján kiadott közleménnyel, majd reagált rá a Kék Pont saját, ettől eltérő érvrendszerével és retorikájával. A sajtóorgánumok pedig ezt követően vagy az

önkormányzati érvrendszerrel és retorikával, vagy pedig a Kék Pont érvrendszerével és retorikájával léptek be ebbe a diskurzív térbe.

> ”Így például az önkormányzat érvrendszerével és retorikájával lépett be a Magyar Nemzet Online: Használt fecskendők tízezrei kallódnak most is Józsefváros utcáin – a felelős ezért a Kék Pont Alapítvány, amely bevallottan nem képes betartani vállalását, a drogszemét eltakarítását. A veszélyes hulladék fellelhetősége arra is rámutat, hogy a VIII. kerületben nem tűcsere-program, hanem tűosztás zajlik. […] A »felületi kezelés«, vagyis a fertőzésveszélyes használt fecskendők eltüntetése egy megállapodás értelmében a józsefvárosi önkormányzattal eddig együttműködő Kék Pont Alapítvány dolga lett volna. Az utóbbi hónapokban túlnőtte őket a feladat, csak idén több mint 2000 fecskendőbe botlottak a járókelők, amelyeket aztán az önkormányzat városüzemeltetési szolgálatának munkatársai gyűjtöttek be.

Ebben a cikkben már megjelenik a Kék Pont legitim szakértését bíráló hangnem is. Nem csak a Kék Pont céljait és erkölcsiségét támadják, hanem a hozzáértését is. Valamint megjelenik az az érv, hogy a Kék Pont nem tett eleget a megállapodásnak, tehát gyakorlatilag ő rúgta fel az együttműködést az önkormányzattal. Retorikáját tekintve a cikket végigkísérik a hangulatkeltő szavak: *fecskendők tízezrei, felelős, kallódnak, nem képes, fertőzésveszély, veszélyes, sötétedés, drogszemét, fertőzött, veszélyes hulladék* stb., amik teátrálisan egy tarthatatlan állapotot festenek le. Tetten érhető a morális pánik konstruálása. Az önkormányzati retorika lényegi elemei, hogy a Józsefváros 80 ezer polgárának érdekét védje az 1600 „drogos” érdekével szemben, és hogy a Kék Pont munkatársait „álhumánusnak” tüntesse fel, akik a drogfogyasztást elősegítik, a szerződést pedig megszegik. A Kék Pont ezzel szemben fogalmazta meg érvrendszerét. Bizonyos értelemben a Kék Pont védekező retorikára volt kényszerítve, aminek alapja a másik fél állításai igazságtartalmának negálása, illetve a másik fél legitim szakértésének a megkérdőjelezése, valamint a párbeszédre kész, szakmai és logikai érvekkel tárgyaló szakértői homlokzat fenntartása. Hangsúlyozták, hogy az önkormányzat és a Magyar Nemzet Online valótlanságot állít, mikor azt állítja, hogy a megállapodás értelmében a használt injektorok közterületről való összeszedése a Kék Pont Alapítvány feladata lett volna.

> Nem szegtünk megállapodást. A drogszemét begyűjtésére vonatkozó hármas együttműködés a jelenlegi aljegyző koordinálásával jött létre, a Közterület-fenntartó, a Józsefvárosi Városüzemeltetési Iroda és a Kék Pont bevonásával. Mi kezdettől fogva a rejtett droghasználó csoportok felkutatását vállaltuk, és a nem közterületre vonatkozólakossági bejelentésekre történő kiszállást. […] Tisztelettel kérjük a Magyar Nemzet Online szerkesztőségét, hogy az újságírói etika szabályainak megfelelően a fenti cikkben tett valótlan állításokat korrigálják, a civil lakosság elfogulatlan tájékoztatása érdekében!

Hangsúlyozták, hogy munkájuk elsősorban a HIV- és hepatitis-járványok megelőzése. A tűcsere-program feladata a HIV- és hepatitis-fertőzések és -járványok kialakulásának megelőzése, elsősorban steril tűk, eszközök biztosításával és a fertőző betegségek szűrésén keresztül. A tűcsere-programok hatékonyságát nem a drogszemét-begyűjtés mértékében mérik, hanem a kiadott tűk számában. A többször idézett román és görög példák arra utalnak, hogy kialakulhat HIV-robbanás.

Kiemelték továbbá, hogy ők többször felhívták a drogszemét problémájára az önkormányzat figyelmét, és hogy az valóban probléma, ám elsősorban esztétikai probléma.

> Az utcákon megnövekedett drogszemét problémájáról magunk írtunk 2013 nyarán levelet a helyi kábítószerügyi egyeztető fórum társelnökének, Balog István Szilveszter önkormányzati képviselőnek, és kértük, hogy hívja össze a drogszemét-gyűjtésben érdekelt partnereket. Az éves beszámolókban is jeleztük a drogszemét problémáját. […]Az eldobált tűk elsősorban a közhangulat szempontjából riasztóak. A tűszúrásos kockázat – a HIV-fertőzés szempontjából – elhanyagolható járványügyileg.

Végül hangsúlyozták, hogy az önkormányzat honlapján megjelent állítás, miszerint véget ér a kerületben a tűcsere-program, valótlan állítás.

> Az »év végén véget ér a tűcsere-program Józsefvárosban« záró mondattal szemben nem zár be a tűcsere-program. Érvényes szolgáltatási finanszírozási szerződésben a magyar állammal állunk, a szükséges hatósági engedélyek birtokában, melyek értelmében szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi

ellátását végzik a kerületben. A Kék Pontnak sem korábban nem volt, sem jelenleg nincs olyan támogatási szerződése az Önkormányzattal, amelynek felmondásával az Önkormányzat megszüntethetné az alapítvány tűcsere szolgáltatását."

A Kék Pont honlapján megjelenő zárónyilatkozat pedig részükről lezárta a diskurzust, a másik fél inkompetenciájára és tárgyalás- képtelenségére hivatkozva.

> A jövőben itt nem cáfolunk ezredszerre is, a józanész itt már nem segít. Mindent leírtunk, mindent elmondtunk már ebben az ügyben, minden érvünk ott van a blogbejegyzéseinkben, minden adatunk és tapasztalatunk szerepel a nyilvános és az önkormányzat által egyhangúan elfogadott szakmai beszámolónkban. Aki kíváncsi, az olvassa el. Aki kérdez minket, annak válaszolunk, aki meghív minket, ahhoz elmegyünk. Dolgozunk tovább.

Ez utóbbi bejegyzés jól mutatja a Kék Pont retorikáját kulcsszavaiban: *józan, érv, adat, tapasztalat, nyilvános, szakmai*. Láthatjuk, hogy két érvrendszer és retorika áll szemben egymással.

Az elmúlt öt év sajtócikkeiből arra lehet következtetni, hogy Józsefváros marginalizálódottabb területein folyamatos a lakosság kábítószer-használóktól való veszélyeztetettség-érzete. A sajtóban körülbelül 2011-ig a drog más deviáns magatartásformákkal együtt megjelenő„járulékos devianciaként" jelent meg. 2011-től ír a sajtó arról, hogy kábítószeres csoportok befészkelik magukat üresen álló bérlakásokba, 2012-től pedig arról, hogy a kábítószer-használó csoportok a helyi lakosság ellen követnek el bűncselekményeket.

> Egy hírportál a következő interjúrészletet közölte:„A kábítószeresek továbbra is hangoskodnak, dorbézolnak, buliznak, elszállnak, jönnek és mennek kényükre-kedvükre. Egyre pofátlanabbak, a lépcsőházvizeletben és szemétben úszik, és ami a legnagyobb baj, már nem csak egymással kötekednek – mondja a Hír24-nek nyilatkozó lakó. Az egyik szomszédjához például szellőztetés közben surrant be az egyik »szállóvendég« valamilyen zsákmány reményében, míg hozzá egy másik egyenesen bekéredzkedett,vagy legalábbis próbált.

„Az általam készített interjúk összevágnak az idézett sajtóanyaggal. Ezek szerint a lakosság folyamatosan veszélyeztetve érzi magát, mivel a kábítószer-használók bejutnak a bérházakba és a lépcsőházakban injektálják a kábítószert. Székletet és vizeletet hagynak maguk után, a fém eszközöket eltulajdonítják, és sok esetben megfélemlítik a lakókat vagy vagyon elleni bűncselekményt követnek el ellenük. Ugyanakkor az eldobált injektorokat egyik interjúalanyom sem hozta fel magától, amikor pedig rákérdeztem, nem tekintették súlyos problémának, ahogy egyikük fogalmazott:»ez más kerületben is előfordul«."[144]

Az Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése rögzíti, hogy „mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez",az állam ennek a jognak az érvényesülését – többek között – „az egészségügyi ellátás megszervezésével" segíti elő. Az Alkotmánybíróság joggyakorlata szerint az egészséghez való jog azt az alkotmányos kötelezettséget rója az államra, hogy a nemzetgazdaság teherbíró-képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez.

Az alkotmánybírósági gyakorlat értelmében az egészséghez való jog önmagában alanyi jogként nem, kizárólag az állam egészségvédelmi, intézményvédelmi kötelességének kontextusában értelmezhető, „kivételes, szélsőséges ellátatlanságot" jelentő helyzetekre vonatkozóan.

Egy már meglévő szolgáltatás működésének ellehetetlenítése egy olyan kerületben, ahol nagy számban élnek marginalizált intravénás szerhasználók, és ahol a szerhasználati minták átalakulása miatt járványveszéllyel is számolhatunk, értelmezhető úgy, mint szélső eset, amelynél „egyértelmű, hogy a rendszer eleve alkalmatlan az államot terhelő kötelezettségek alkotmányosan még elfogadható minimumának teljesítésére".

Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy a VIII. kerületi önkormányzat határozata nyomán megszűnt program a magyar állam kábítószerügyi stratégiai célkitűzéseihez (Nemzeti Drogellenes Stratégia) illeszkedő, bizonyított hatékonyságú szolgáltatás. Megszüntetése anélkül,hogy a szolgáltatás biztosítását, mint célt az Önkormányzat megvizsgálta,vagy

[144]Csányi Gergely: A Kék Pont esete az önkormányzattal és a „fantom civilszervezettel".*Civil Szemle*, XI. évfolyam, 2. szám, 77–80. o.

esetleges pótlásáról gondoskodott volna, sérti az egészséghez való jog fokozatos érvényesítésének elvét. Nyilvánvaló, hogy a határozat-előterjesztésben szereplő megoldás, amely szerint az egyébként a szomszédos kerületben székhellyel rendelkező Kék Pont így is elérhető lesz a józsefvárosi droghasználók számára, a meglévő súlyos szociális-közegészségügyi és helyi drogpolitikai probléma exportálását jelentené a szomszéd, IX. kerületbe.

Fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy a ténylegesen meglévő járványveszély (hepatitis), és a tűcsere-program megszűnése folytán annak hatványozott kockázata (HIV/AIDS) nem korlátozható kizárólag az intravénás szerhasználókra, hiszen szexuálisúton átterjedhet a népesség más rétegeire is. A drogfogyasztás ártalmai nem csak az egyéni drogfogyasztó, de a környezet szintjén is jelentkeznek (beszerzési bűncselekmények, drogszemét, rendőri munkaórák).

A tűcsere-programok nem csupán a fertőző betegségek megelőzésében lehetnek hatékonyak, hiszen mivel az ellátórendszer első lépcsőfokát képezik, kezeléshez juttatják a szerhasználókat, csökkentik az utcai drogfogyasztást és az önkormányzattal való kölcsönös, megfelelő együtt működés esetén hozzájárulhatnak az egészséges környezet biztosításához.

Fentiek alapján megállapítom, hogy Józsefváros Önkormányzatának a Kék Pont Alapítvánnyal szemben megtett intézkedései, a tűcsere-program megszűnése kiemelt szociális és egészségügyi kockázatainak nem megfelelő szakmai érvek alapján történő mérlegelése, együttesen teremtették meg az egészséghez és az egészséges környezethez való jog sérelme bekövetkeztének közvetlen veszélyét.[145]

Az Emberi Erőforrások Minisztériumának szociális ügyekért és társadalmi felzárkóztatásért felelős államtitkára, Czibere Károly az alapvető jogok biztosát egyebek között arról tájékoztatta, hogy a Nemzeti Drogellenes Stratégia az Európai Uniós törekvésekkel összhangban a felépülés-központú megközelítésre alapoz. Megemelt összegű pályázatokkal és folyamatos szakmai segítséggel is támogatja a helyi szintű drogpolitikát, együttműködik az önkormányzatokkal és a helyi kábítószerügyi koordinációért felelős Egyeztető Fórumokkal.

[145]Az alapvető jogok biztosának Jelentése az AJB-1131/2013. és AJB-7541/2013. számú ügyben, 19. o.

A felépülés-központú Nemzeti Drogellenes Stratégia értelmében a minisztérium az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó egyéni és társadalmi károk hatékony megelőzését elsősorban olyan szolgáltatások és programok biztosításában látja, amelyek illeszkednek az egyéni szükségletekhez és körülményekhez, valamint lehetőséget adnak a különböző szolgáltatások kombinációjára is – írta az államtitkár. A drogosok gyógyulásának lehetőségéről a minisztérium nem mond le. Azok esetében viszont, akik nem motiváltak a leszokásra, továbbra is kiemelten fontosnak tartja a különböző ártalomcsökkentő beavatkozások alkalmazását, illetve az olyan szolgáltatásokhoz történő hozzáférés javítását, mint a megkereső tevékenységek, fenntartó kezelések és a steril eszközök biztosítása.

A helyi szintű kábítószer-probléma megelőzése és kezelése érdekében az Emberi Erőforrások Minisztériuma számos beavatkozást is tervez a Nemzeti Drogellenes Stratégiához kapcsolódó, most készülő szakpolitikai programjában – tájékoztatta Czibere Károly államtitkár Székely László ombudsmant.[146]

Tipikusan a jogalkotásnak és a jog alkalmazásának minden problémáját fel lehet vázolni ebben a következő ügyben. Úgy indult a tényállás, hogy egy drogprevenciós alapítvány tűcsere programjának munkatársa egy önfeljelentést tett az ügyészségen, mégpedig az szerepelt a feljelentésben, hogy ő rendszeresen steril inzulinos fecskendőket ad át intravénás drogfogyasztóknak azért, hogy ezzel az eszközzel biztonságosan adagolhassák maguknak a kábítószert és ne fertőződjenek meg HIV, illetőleg egyéb fertőző betegségek vírusaival. Az ügyészség elrendelte a nyomozást, amelynek széleskörű lefolytatása során begyűjtöttek rengetek bizonyítékot, aminek nagy része arra utalt, hogy ez az alapítvány olyan munkát folytat,ami társadalmilag hasznos. Bizonyítékként becsatolta az önfeljelentő a drogprevenciós alapítvány bejegyzésétől kezdve az ÁNTSZ engedélyeket, a BRFK-val kötött együttműködési megállapodásokat. A vallomásában elő is adta azt a tényt, mely szerint olyan mérvű tevékenységről volt szó, hogy a 2005. évben 60 ezer fecskendő került kiadásra és 40 ezer használt fecskendőt gyűjtöttek be biztonságos megsemmisítésre. Nem meglepő, hogy a fiatalembert felelősségre vonták, méghozzá a BTK megfelelő szabályozása szerint bűnsegédként elkövetet kábítószerrel való visszaélés vétségében. Bűnsegédként azért, mert szándékosan nyújtott pszichikai és fizikai segítséget is ahhoz, hogy más személy fogyasztás céljából legalább csekély mennyiségű kábítószert tartson magánál. Az első logikai bukfenc itt

[146] Válasz az ombudsmannak – az EMMI államtitkára a drogpolitikáról. http://www.ajbh.hu/-/valasz-az-ombudsmannak-az-emmi-allamtitkara-a-drogpolitikarol? [Letöltés ideje: 2015. január 20.]

keletkezhet. A jelenlegi jogszabály a fogyasztást nem bünteti. Az, hogy a tartáson és a megszerzésen keresztül a fogyasztó továbbra is büntethető, ez rövid időszak alatt alakult ki. Én is fogtam a kezemben olyan másodfokú bírósági határozatot, amelyben felmentették a terheltet fogyasztás miatt, ez közvetlenül az új BTK módosítás után volt és sajnos a törvényességi felügyelettel kezdeményeznünk kellett azt, hogy ezt a határozatot megváltoztassák és a határozat megváltoztatásra is került. Tény, hogy ez a fajta segítségnyújtás valóban bűncselekmény elkövetésére utal, és a jelenlegi jogszabályok szerint meg is kell állapítanunk, hogy ez a személy elkövette a bűncselekményt. Tény, hogy az ügyészség egy sajátos módon fejezte be ezt az eljárást, mégpedig a cselekmény a társadalomra veszélyességében való tévedés miatt szüntette meg.[147]

8.6. Következtetések

Az ártalomcsökkentő szolgáltatások akkor hatékonyak a társadalmi integrációban, illetve a kliensek kapcsolati tőkéjének növelésében, ha:

- Elérnek egy bizonyos lefedettséget a célpopuláció vonatkozásában;
- Kb. 50% a „jó” eredmény (tűcsere + metadon-fenntartó kezelés) ;
- Rugalmas és bizalmi kapcsolatot ápol a büntető-igazságszolgáltatással;
- Civil részvétel jellemző rá;
- Finanszírozhatósága megoldott;
- Integrált, komplex formában kerülnek megvalósításra;
- Közösségi programokként működnek („asszertív” programok);
- Civil részvétellel zajlanak;
- Társas/társadalmi hálózatokat épít nem-használókkal is;
- Önsegítés jellemzi;
- Sorstárs segítség;
- Túlmutatnak a „szektoriális” szemléleten.[148]

[147]Hipp Katalin:Büntetőjogi korlátok és lehetőségek. In: *A …miért kell, hogy így legyen…* című, 2006. november 22-én tartott képzés zárótanulmánya. Budapest, 2007, 22–23. o.

[148]Az ártalomcsökkentésről lásd Rácz József előadását *Definíciók, az ács-t alakító legalapvetőbb filozófiai és szemléleti szempontok címmel*, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. május 19–20-án megrendezett *„Alacsonyküszöbű ellátások”* című képzésen.http://www.kef.hu/ProfDocs.aspx?ID=8554c912-5385-4f0d-a44d-a03954a200e3&sel=DOCS [Letöltés ideje: 2015. január 22.]

Az intravénás szerhasználat egyik legsúlyosabb közegészségügyi következménye a maradandó egészségkárosodást vagy halált okozó fertőző betegségek (elsősorban a hepatitisz B, C, HIV). Ezen megbetegedések egyik primér rizikótényezője adirekt és indirekt tű- és eszközmegosztás, valamint a kockázatos szexuális magatartásformák.

A magyarországi adatok arra engednek következtetni, hogy a hazai intravénás populációban is jelen vannak jól elkülöníthető magas kockázat viselkedési típusok, mind a tű- és eszközmegosztásra, mind a szexuális magatartásra vonatkozóan. Ehhez adalék, hogy az intravénás használók HIV-, illetve hepatitis-fertőzésekre vonatkozó veszélyérzete, percepciója szintén markánsan jelen van, főként azok között, akik megosztják tűiket. Ami az intravénás használathoz kötődő fertőzési rátákat illeti, Magyarország nemzetközi viszonylatban alacsony HIV-fertőzési rátákkal rendelkezik. A legfrissebb hazai adatok is ugyanezt támasztják alá. Ugyanakkor az intravénás használók hepatitisz C fertőzését tekintve elmondható, hogy a helyzet közel sem ennyire kedvező: korábbi vizsgálatok, illetve országosan végzett szűrések arra mutatnak rá, hogy az injektálói populációban viszonylag magas a HCV-fertőzöttek aránya – a használók negyede. A magas fertőzöttségi ráta különösen veszélyezteti a hosszabb drogkarrierrel rendelkezőket, ami rámutat a kezelői és ellátói rendszer hiányosságaira és gyengéire. A fentieken túl mind a betegstatisztikai adatok, mind a kutatások arra mutatnak rá, hogy a hazai kezelőrendszer – eltérő okok miatt – nem eléggé hatékonyan éri el a meglehetősen rejtőzködő intravénás szerhasználói populációt. Csökken a kezelésbe kerülő intravénás használók száma, míg jól azonosítható tényezők nehezítik a kezelésbe jutást. Továbbá rendkívül alacsony ebben a populációban a szűrésen részt vettek aránya, és úgy tűnik, hogy az ártalomcsökkentési üzenetek is nehezebben jutnak el hozzájuk – elsősorban a hatékony utcai megkereső munka hiánya miatt. Az intravénás szerhasználók kezelésbe segítését, vagy legalább is a kezelőrendszerhez való közelebb juttatását végezni hivatott alacsonyküszöbű szervezetek erőforrásai és lehetőségei végesek. Hiányok tapasztalhatók mind a szervezett, a fertőzések megelőzését célzó egységes, megkeresés alapú programokra épülő tanácsadások szervezett lebonyolításában, mind a szerhasználók „szűrésbe terelésében”, jóllehet utóbbi tekintetében történtek pozitív kezdeményezések (az Országos Epidemiológiai Központujjbegyből történő HIV- és hepatitisz B és C vizsgálata intravénás használók körében 2006 és 2007folyamán). Korábbi kutatásainkból azonban tudjuk, hogy ilyen programok nem léteznek Magyarországon, jóllehet a WHO, UNAIDS, UNODC számos,utóbbi években kelt dokumentuma rámutat a megkereső és a HIV/hepatitisz prevenció fontosságára és szempontokat ad a gyakorlati kivitelezéshez is. Ezen programok lényege tehát nemcsak abban

rejlik, hogy célzott, megkereső munka segítségével, tanácsadási célzattal elérjünk intravénás használókat, hanem abban is, hogy a program sikeresességét – után követés segítségével – ellenőrizhessük, monitorozhassuk.[149]

A tűcsere más intervenciókkal együtt a HIV járvány terjedése megelőzésének egyik alapvetőeszköze lehet, amely a kockázati magatartások és ezáltal a járvány terjedésének csökkentése mellett költséghatékony eljárásnak is tekinthető. Magyarországon ugyanakkor ez a beavatkozási forma még ma sem tekinthető széles körben elfogadottnak. Fontos lenne a társadalom pontosabb, részletesebb informálása erről az intervencióról, szükségességéről, fontosságáról. Feltehetőleg ez hozzájárulhatna ahhoz, hogy más ártalomcsökkentő eljárásokkal együtt a tűcsere-programok szükségességét is reális alapon tudják megítélni, nem csak a szakemberek, de a szélesebb társadalom is. Ezen társadalmi elfogadottság növelése a programok hatékonyságához is hozzájárulhat.[150]

[149] Rácz József – Márványkövi Ferenc – Melles Katalin: Közösség-alapú utcai megkereső modell-program pilotstudy-vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében. *Addiktológia Hungarica*, 2009/3., 219–253. o.

[150] Takács István Gábor – Demetrovics Zsolt: A tűcsere programok hatékonysága az injektáló droghasználók közötti HIV és hepatitisz fertőzés megelőzésében. *Psychiatria Hungarica*, 2009/4., 280. o.

9. Drogstratégiák az Európai Unióban és az azokhoz vezető út

9.1. A kezdetek

Az Európai Közösség első néhány évtizedében az együttműködés területei főként gazdasági kérdéseket foglaltak magukban. A Római Szerződések célkitűzése a vámunió és a közös piac létrehozása volt, az Egységes Európai Okmány pedig az egységes piac megvalósítását tűzte ki célul. Azonban az Európát is nagymértékben érintő gazdasági és társadalmi változások szükségessé tették, hogy a közösség nagyobb figyelmet szenteljen a globális problémák elleni küzdelemnek.

A kábítószer problémájáról és az ellene folytatott küzdelemről sem az Alapító Szerződés, sem az Egységes Európai Okmány nem rendelkezett. Az első igény a drogok elleni fellépésre a Közösség szintjén –az Európában is egyre népszerűbbé váló új szintetikus drogok megjelenésével párhuzamosan – az 1980-as évek végén fogalmazódott meg. 1988-ban az Európai Parlament javaslatára a költségvetésben elkülönítettek egy fejezetet, amit a kábítószerek elleni küzdelemre kívántak fordítani. 1988 októberében a volt francia miniszterelnök, *François Mitterand* javaslatot tett az Európai Közösség állam- és kormányfőinek és az Európai Bizottság elnökének arról, hogy az Európai Közösség tagországai kezdeményezzenek egy hét lépcsős akcióprogramot az egyre inkább növekvő drogprobléma kezelésére. Mitterand javaslatának eredményeként 1989-ben létrejött egy ad hoc bizottság Európai Kábítószerek Elleni Bizottság néven, amely a Közösség tagországainak drogkoordinátorait foglalta magában. 1990 decemberében Rómában elfogadták az első Európai Kábítószer Elleni Fellépés Programját, amely az első következetes drogok elleni akció volt nemzeti és közösségi szinten. A Maastrichti Szerződés meghatározó állomás volt a Közösség drogpolitikájának kialakulásában, hiszen ez volt az első szerződés, amely utalt a kábítószer-problémára. A Szerződés hangsúlyozta a közegészségügy területén a drogok elleni fellépés szükségességére (Maastrichti Szerződés XIII. Cím, Közegészségügy, 152. cikk, 1. bekezdés).

9.2. Az Európai Unió intézményei és a kábítószer-használat

Még 1991 júniusában az Európai Tanács luxemburgi találkozóján jóváhagyta azt a javaslatot, amelyben egy európai drogmonitorozó központ felállításáról rendelkezett.

1993 február 8-án megszületett a Kábítószerek és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) felállításáról szóló Tanácsi Rendelet [(EEC) No, 302/03]. A Központ Igazgató Tanácsa 1994-ben tartotta első találkozóját és 1995-ben kezdte meg teljes működését. Szintén a Maastrichti Szerződésben kezdeményezték a hágai székhelyű Europol (European Police Office) létrehozását, amelynek elődjeként 1994-ben felállították az Europol Kábítószer Egységet. Az Europol Egyezményt végül 1995-ben írta alá a 15 tagállam, de az csak 1998-ban lépett életbe.

Az Európai Unió nem rendelkezik önálló rendszerrel a kábítószerek osztályozására,ezért az ENSZ egyezményekre hivatkozik, bár a „len és kender" rendelet engedélyezi a kannabisz-fajták ipari felhasználását, amennyiben azok THC tartalma nem haladja meg a 0,2%-ot.A kábítószer-használat területén az EU nem rendelkezik túl széles hatáskörrel. A kábítószer-használattal összefüggő büntetőjogi vagy szabálysértési eljárások szabályozása például nem az Európai Unió, hanem a tagállamok hatáskörébe tartozik. Mindamellett az 1997-ben kelt Amszterdami Szerződés az igazságügyi együttműködést és a büntetőügyeket érintő jogközelítéssel megkísérelte csökkenteni a tagállamok közötti különbséget. Ennek eredményeként az Európai Bizottság2001-ben kiadott egy Közleményt, amelyben indítványozta egy kerethatározat kidolgozását a kábítószer-kereskedelemre vonatkozó minimumszabályok megalkotásáról. Az Európai Unió Miniszterek Tanácsa 2003 decemberében végül konszenzusra jutott a szöveget illetően. E tanulmány tárgyára tekintettel meg kell jegyezni, hogy a Bizottság által kiadott közleményvilágosan megkülönböztette a kábítószerek nyereség szerzése céljából történő átruházást, amely kábítószer-kereskedelmet valósítana meg, és a nyereségen kívüli más célból történő átruházást, amelyet ugyanolyan módon bírálnának el, minta személyes fogyasztásnak minősülő cselekményeket. A végleges szöveg szintén alkalmazza ezt a különbségtételt, kivéve minden olyan magatartást a kerethatározat (kábítószerek kereskedelme) hatálya alól, amelyet „az elkövető, a nemzeti jogban meghatározottak szerint kizárólag saját személyes fogyasztása érdekében követ el" [Amszterdami Szerződés 2. Cikk (2) bekezdés].

Az Európai Parlament többször is megvitatta a kannabisz problémáját, különösen azt,hogy dekriminalizálják-e a használatát. Például az 1997. évi D'Ancona Jelentés azt javasolta, hogy szabályozzák a kannabisz és származékainak kereskedelmét és termesztését. 2003-ban a Van Buitenweg Jelentés ajánlása a kábítószerekkel kapcsolatos egyezmények reformját javasolta, amely arra ösztönözte a Tanácsot és az EU tagállamait, hogy „vegyék figyelembe a számos országban elért azon pozitív eredményeket, amelyeket az egyes anyagok használatának dekriminalizálásával, illetve a származékai eladásának részleges dekriminalizálásával értek el. Az Európai Parlament nem fogadta el a két jelentést, valószínűleg a témához fűződő, az EU-ban uralkodó ellentmondások miatt. Nemrégiben az Európai Unió kormányai a Tanács egy határozatának (2004. július) jóváhagyásával aggodalmukat fejezték ki a kannabisz ügyében. A szöveg hangsúlyozza a kannabisz-használat veszélyeit, és mutatja a tagállamok eltökéltségét a kannabisz iránti figyelem fenntartásában. A határozat megerősíti, hogy tagállamok aggodalmát figyelembe veszi az EU új drogstratégiája és cselekvési terve.[151]

9.3. Az Európai Unió drogstratégiái

9.3.1. Az EU 1995 és 1999 közötti drogstratégiája

Az 1995 és 1999 közötti időszakban az EU globális, multidiszciplináris és integrált választ kívánt adni a drogok jelentette kihívásokra. A folyamat négy kulcsfontosságú területe a következő volt:

I. keresletcsökkentés;
II. kínálatcsökkentés és küzdelem az illegális drogkereskedelem ellen;
III. nemzetközi együttműködés;
IV. nemzeti és európai szintű koordináció.

A Bizottság a Cselekvési Tervben hangsúlyozta, hogy a drogok elleni eredményes küzdelemhez átfogó és integratív megközelítésre van szükség. Ez nem azt jelenti, hogy mindenkinek minden területen és szinten egyszerre kell fellépni, sokkal inkább arról van szó,

[151]Varga Orsolya (szerk.): *Kábítószer-használat az Európai Unióban: jogalkotási megközelítések*. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2005. A kiadvány eredetileg angol nyelven jelent meg *Illicit drug use in the EU: Legislative approaches* címmel, 2005-ben az EMCDDA kiadásában, Lisszabonban. A magyar változat elérhető: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/illegalis_kabszer_jogalkotasi_hu.pdf [Letöltés ideje: 2015. április 8.]

hogy a maximális hatékonyság eléréséhez biztosítani kell a résztvevők és megközelítések kölcsönhatását és koordinációját.[152]

9.3.2. Az EU 2000 és 2004 közötti drogstratégiája[153]

A 2000 és 2004 közötti stratégia tizenegy általános célt fogalmaz meg:

- a drogügy kiemelt prioritásként történő kezelésének biztosítása;
- a cselekvések kiértékelésének biztosítása;
- a drogproblémák kiegyensúlyozott módon történő megközelítésének folytatása;
- nagyobb hangsúly helyezése a drogprevencióra, a keresletcsökkentésre, ill. a droghasználat káros következményeinek csökkentésére;
- a kábítószer-kereskedelem elleni harc fokozása, a tagállamok közötti rendőrségi együttműködés megvalósítása;
- az intézmények közötti együttműködés és a civil szféra bevonásának bátorítása;
- az Amszterdami Szerződés által biztosított lehetőségek teljes kihasználása;
- megbízható és összehasonlítható európai drogadatok gyűjtése és disszeminációja;
- a tagjelölt országok progresszív integrációja, ill. a nemzetközi együttműködés erősítése;
- az UNGASS3 alapelveire épülő nemzetközi együttműködés népszerűsítése;
- a stratégia megvalósításához kapcsolódó forrásszükséglet hangsúlyozása.

Az időszak Cselekvési Terve hat fő célra összpontosít:

I. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a kábítószer-használatot, illetve a drogkarrierjüket 18 éves koruk előtt megkezdő személyek számát;
II. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a szerhasználattal összefüggő megbetegedések (HIV, hepatitis B és C, TB stb.) és halálesetek számát;
III. jelentősen növelni az eredményesen kezelt szenvedélybetegek számát;
IV. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a kábítószerek elérhetőségét;
V. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a szerhasználattal összefüggő bűncselekmények számát;

[152] http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law/national/strategies [Letöltés ideje: 2015. április 7.]
[153] Council of the European Union: *European Union DrugsStrategy [2000-2004]*. 12555/2/99 CORDROGUE 64 Rev 2 (1999). Brussels, 1 December 1999; *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the European Union action plan to combat drugs [2000-2004]*. (1999) COM/99/0239 final, Brussels.

VI. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a pénzmosást és a prekurzorok kereskedelmét.

A felsorolt általános célokon túlmenően a Cselekvési Terv a drogokkal összefüggő problémák számos vetületére ad iránymutatást, miközben hangsúlyozza a tudományos információk, a koordináció és az értékelés fontosságát.

- ***Értékelés***

A 2004-ben született európai uniós értékelés szerint kitűzött cselekvési tervek 95%-a megvalósult, vagy folyamatban van a megvalósulása. A tagállamok saját cselekvési terveik megalkotásánál elfogadták igazodási pontként a közösségi stratégiát. Európában a kábítószer-fogyasztás a korábbi tendenciákhoz képest is tovább nőtt. A pszichoaktív hatású gyógyszerek fogyasztása is nőtt a fenti időszakban. A rendvédelmi szervek együttműködése jelentősen javult ebben az időszakban. Komoly erőfeszítések történtek a kábítószer kereskedelemmel szerzett jövedelmekkel kapcsolatos pénzmosás ellen.[154]

9.3.3. Az EU 2005 és 2012 közötti drogstratégiája[155]

Az Európa Tanács által 2004. december 17-én elfogadott, 2005 és 2012 közötti időszakra vonatkozó európai stratégiát nem annyira az innovatív megközelítésmód, inkább a folytonosság fenntartására irányuló szándék jellemzi. A kábítószer-problémát illetően az Unió megközelítésének az alapja a jövőben is a jelenlegi, a keresletnek és a kínálatnak az együttes csökkentésére vonatkozó egységes, multidiszciplináris és kiegyensúlyozott megközelítése marad.

A keresletcsökkentés vonatkozásában a stratégia az alábbi intézkedéseket nevesíti:

- a kábítószer-használat elkezdésének megelőzése;
- a kísérleti használat rendszeres használattá válásának megelőzése;
- korai intervenció a kockázatos fogyasztási minták esetén;
- kezelési programok biztosítása;

[154]*Communication from the Comission to the Council and the European Parliament on the results of the final evaluation of the EU Drugs Strategy and Action Plan on Drugs (2000–2004),* Brussels. http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1338EN.html [Letöltés ideje: 2015. április 8.]

[155]Council of the European Union: *European Union DrugsStrategy [2005-2012]*. 15074/04 CORDROGUE77, Brussels, 22November 2004; Molnár Dániel: *Nemzeti drogstratégiák az Európai Unióban*. Pécs, 2011.www.drogstrategia.hu/download.php?file_id=72 [Letöltés ideje: 2015. április 8.]

- rehabilitációs és a társadalomba való újra beilleszkedést segítő programok biztosítása;
- a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi károk csökkentése.

A kínálatcsökkentés területére vonatkozó prioritások:

1. Az Európai Unió bűnüldözési együttműködésének erősítése mind stratégiai, mind pedig bűnmegelőzési szinten, a kábítószerek terén és a prekurzorok eltérítése terén az előállítással, a(z unión belüli) határokon átnyúló kábítószer-kereskedelemmel, az ilyen tevékenységekben résztvevő bűnhálózatokkal és a vonatkozó súlyos bűncselekményekkel kapcsolatos operációs tevékenységek elősegítése érdekében, egyidejűleg tiszteletben tartva a szubszidiaritás elvét.
2. A tagállamok közötti hatékony bűnüldözési együttműködés fokozása a meglévő eszközök és keretrendszerek használatával.
3. A kábítószerek és pszichotróp anyagok törvénytelen behozatalának és kivitelének megelőzése és büntetése, beleértve a más tagállamok területe felé irányuló forgalmat is.
4. A bűnüldözés, a bűnügyi nyomozás és a kriminalisztikai együttműködés uniós kereten belül történő erősítése azon uniós tagállamok között, amelyeknek azonosak az érdekei, és/vagy ugyanazokkal a kábítószerekkel kapcsolatos problémákkal néznek szembe.
5. A nem uniós országok felé irányuló bűnüldözési erőfeszítések intenzívebbé tétele, különösen a kábítószer-előállító országok és a kereskedelmi utak mentén található régiók vonatkozásában.

A drogstratégiában pontosan mérhető célok bevezetésére nem került sor, a dokumentum alapvetően deklaratív jellegű, ezáltal hatékonyságának megítélése a korábbiakhoz hasonlóan nehézkes.

A 2009 és 2012 közötti időszakra irányuló cselekvési terv két központi témakört – a keresletcsökkentést és a kínálatcsökkentést – határoz meg, amelyeket három átívelő témakör (koordináció, nemzetközi együttműködés és információcsere, kutatás és értékelés) egészít ki.

A stratégia végrehajtását értékelő jelentés kiemeli, hogy a keresletcsökkentés nem ment olyan mértékben végbe, ahogyan azt tervezték. Megállapítja, hogy a keresletcsökkentő programok végrehajtását a gazdasági recesszió nehezítette. Az értékelő jelentésben megjelenik, hogy az adott időszakban a célkitűzéseknek megfelelően javult a koordináció és az információcsere az unión belül. A kínálatcsökkentés területén a tagországok egyre inkább igénybe vették az

integráció adta lehetőségeket, így az Europolt, az Eurojustot, a közös nyomozócsoportokat és a vámügyi együttműködés fórumait. Megnövekedett a bírósági együttműködés is a tagállamok között kábítószeres ügyekben.[156]

9.3.4. Az EU 2013-2020 közötti stratégiája[157]

A stratégia kitűzött célja, hogy 2020-ra jelentős változásokat eredményezzen kábítószer-területen, mind a kereslet-, mind a kínálatcsökkentés szférájában. Nemzeti szakpolitikákat támogató és kiegészítő stratégiai megközelítés kíván lenni, amely keretet biztosít a koordinált és közös fellépéseknek, valamint az Európai Unió e téren folytatott nemzetközi együttműködésének alapjául és politikai keretekül szolgál. Építeni kíván a korábbi stratégiákból levont tanulságokra.

A stratégia felhasználja az elmúlt néhány évben meghatározott új megközelítéseket és kihívásokat, többek között az alábbiakat:

- a politoxikomán kábítószer- használat növekvő elterjedése, ideértve az engedélyezett szerek, így az alkohol és a receptre kapható, ellenőrzött gyógyszerek, valamint a tiltott kábítószerek együttes fogyasztását is;
- a nem opioid szerek használata irányába mutató tendencia, valamint az új pszichoaktív anyagok megjelenése és elterjedése;
- a receptre kapható, ellenőrzött gyógyszerekhez való hozzájutás biztosításának és javításának szükségessége;
- a kábítószer-kereslet csökkentésével kapcsolatos szolgáltatások minőségi javításának, kiterjesztésének és diverzifikálásának szükségessége;
- a vér útján terjedő betegségek, különösen a hepatitis C vírus továbbra is gyakori előfordulása az intravénás kábítószereket használók körében, valamint a HIV-fertőzés

[156] Culley, Deirdre May – Skoupy, Jiri – Rubin, Jennifer – Hoorens, Stijn – Disley, Emma – Rabinovich, Lila: *Assessment of the implementation of the EU Drugs Strategy 2005–2012 and its Action Plans*. [Az EU 2005–2012 közötti kábítószer-ellenes stratégiája végrehajtásának értékelése]. Az Európai Bizottság Jogérvényesülési Főigazgatóság kiadványa, 2012.
Elérhető: http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/rand_final_report_eu_drug_strategy_2005-2012_en.pdf [Letöltés ideje: 2015. április 8.]

[157] *Az Európai Unió Tanácsa által 2012. december 7-én elfogadott, a 2013–2020-as időszakra szóló kábítószer elleni uniós stratégia*. Brüsszel, 2012. december 1. Elérhető: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EU_drogstrategia_13-20_HU.pdf [Letöltés ideje: 2015. április 8.]

és más, vér útján terjedő betegségek újabb kitörésének az intravénás kábítószer-fogyasztáshoz kötődő potenciális kockázata;

- a kábítószerekkel kapcsolatos halálozások továbbra is magas prevalenciája az unióban;
- a kábítószer-fogyasztás integrált egészségügyi megközelítésének a szükségessége, amely megközelítés – többek között – a pszichiátriai komorbiditásra is kiterjed;
- a tiltott kábítószerek piacának dinamikája, beleértve a kábítószer-kereskedelem változó útvonalait, a határokon átnyúló szervezett bűnözést és az új kommunikációs technológiáknak a tiltott kábítószerek és új pszichoaktív anyagok forgalmazása megkönnyítésére történő használatát;
- a prekurzoroknak, a pre-prekurzoroknak és az illegális kábítószer-előállításhoz szükséges egyéb alapvető vegyi anyagoknak a legális kereskedelemből az illegális piacra való eltérítése, illetve bizonyos vegyi anyagok hígítószerként történő felhasználásra való eltérítése megakadályozásának szükségessége.

- ***A kábítószer elleni uniós stratégia célkitűzései***
  - A kábítószer-kereslet, a kábítószer-függőség és a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi kockázatok és ártalmak mérhető csökkenéséhez való hozzájárulás;
  - a tiltott kábítószerek piacának megzavarásához és a tiltott kábítószerek beszerezhetőségének mérhető csökkenéséhez való hozzájárulás;
  - aktív párbeszéden és a kábítószerekkel kapcsolatos fejlemények és kihívások elemzésén keresztül uniós és nemzetközi szintű koordináció ösztönzése;
  - az Európai Unió, valamint harmadik országok és nemzetközi szervezetek között a kábítószerekkel kapcsolatos kérdésekről folytatott párbeszéd és együttműködés megerősítése;
  - a figyelemmel kísérés, a kutatás és az értékelés eredményeinek jobb terjesztéséhez, valamint a kábítószer-jelenség valamennyi vonatkozásának és a beavatkozások hatásának jobb megértéséhez való hozzájárulás annak érdekében, hogy megbízható és átfogó tényalapot nyújtson a szakpolitikákhoz és a cselekvésekhez.

A stratégia *két szakpolitikai területre tagolódik*:

⇨a kábítószer-kereslet csökkentése és

⇨a kábítószer-kínálat csökkentése,

valamint *három átfogó kérdéskörre koncentrál*:

⇨ koordináció,

⇨ nemzetközi együttműködés és

⇨ kutatás, tájékoztatás, figyelemmel kísérés és értékelés.

- ***Prioritások a kábítószer-kereslet csökkentése szakterületen***

1. A kábítószer-kereslet csökkentését célzó legjobb gyakorlatok alkalmazásának és cseréjének az ösztönzése.
2. A megelőzési programok rendelkezésre állásának és a programok hatékonyságának a javítása, valamint a tiltott kábítószerek és az egyéb pszichoaktív anyagok használata kockázatának, valamint az azzal kapcsolatos következményeknek a fokozott tudatosítása,célzott megelőzés;.
3. Az eredményes kábítószerkereslet-csökkentési intézkedések növelése és kidolgozása az olyan kihívások kezelésére, mint például a politoxikomán kábítószer-használat, többek között az engedélyezett és a tiltott szerek kombinált fogyasztása, a receptre kapható, ellenőrzött gyógyszerekkel való visszaélés és az új pszichoaktív anyagok használata.
4. Olyan eredményes intézkedések, amelyek a kábítószer-használathoz közvetlenül vagy közvetve kapcsolódó halálesetek, a kábítószer-használattal összefüggő, vér útján terjedő fertőző betegségek – de nemcsak a HIV és a vírusos hepatitis –, valamint a szexuális úton terjedő betegségek és a tuberkulózis jelentős csökkentését célozzák.
5. A kábítószer-használók hatékony és diverzifikált kezelése rendelkezésre állásának, elérhetőségének és hatókörének a növelése az EU egész területén.
6. A kábítószer-kereslet csökkentését célzó intézkedések kidolgozásának, rendelkezésre állásának és hatályának a bővítése – adott esetben – a börtönök vonatkozásában.
7. Olyan integrált ellátási modellek kidolgozása és kiterjesztése, amelyek a mentális és/vagy fizikai egészséggel kapcsolatos gondokkal, rehabilitációval és szociális támogatással összefüggő igényeket fedezik.
8. Olyan hatékony és differenciált kábítószerkereslet-csökkentési intézkedések kidolgozása, melyeknek célja a kábítószer-használat megkezdésének visszaszorítása és/vagy késleltetése, és amelyek megfelelnek a kábítószer-használók adott csoportjai szükségleteinek.
9. Az Európai Unióban a népegészségügyre esetlegesen veszélyt jelentő, helyi és regionális kábítószer-használati járványok megelőzése koordinált és hatékony közös megközelítés révén.

- ***Prioritások a kábítószer-kínálat csökkentése szakterületen***

1. A bűnüldöző hatóságok közötti együttműködés és koordináció stratégiai és operatív szintű megerősítése.
2. A tiltott kábítószerek unión belüli és határon átnyúló előállításának, csempészetének, kereskedelmének, terjesztésének és árusításának, valamint ezen tevékenységek elősegítésének, továbbá az illegális kábítószer-előállítás során használt kábítószer prekurzorok, pre-prekurzorok és egyéb alapvető vegyi anyagok eltérítésének a csökkentése.
3. A tendenciák alakulására, így például az egyes tiltott kábítószerek hígítószereként alkalmazott bizonyos vegyi anyagok eltérítésére és az új technológiák alkalmazásán keresztül történő kábítószer-ellátásra való eredményes reagálás.
4. Külön figyelmet kell szentelni az új kommunikációs technológiáknak, amelyek jelentős szerepet játszanak a kábítószerek (és ezen belül az új ellenőrzött pszichoaktív anyagok) előállításának, forgalmazásának, kereskedelmének és terjesztésének az elősegítésében.
5. A tagállamoknak továbbra is együtt kell működniük és – adott esetben – cselekvéseiket uniós szinten koordinálniuk kell az érintett uniós és nemzetközi szervekkel és ügynökségekkel.
6. Uniós szinten a hangsúlyt a nagy léptékű kábítószer-előállítást és -kereskedelmet célzó, bűnüldözési operatív információn alapuló bűnüldözésre kell helyezni.
7. Szükség esetén, ad hoc regionális együttműködési kezdeményezéseket vagy platformokat lehet létrehozni az unióban.
8. Az unió kábítószerrel kapcsolatos igazságügyi és bűnüldözési együttműködésének, valamint a meglévő gyakorlatoknak gyorsabb és pontosabb reagálás révén történő megerősítése.
9. Az Európai Unió jogszabályi keretének a szükségletek szerinti célzott megerősítése.
10. A kábítószer-kínálat csökkentése terén az uniónak hatékonyabb szakpolitikákra kell törekednie azok értékelésének és elemzésének a megerősítése révén, a kábítószerpiacok, a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés jobb megértése és a kábítószerrel kapcsolatos bűnüldözési válaszadás hatékonyságának javítása érdekében.
11. Az uniónak ösztönöznie kell a kábítószerrel kapcsolatos szakpolitikák és programok alkalmazását, figyelemmel kísérését és hatékony végrehajtását, ideértve például a kábítószer-használó bűnelkövetők segítő szolgálatokhoz való elirányítását

letartóztatásukkor (arrest referral) és a kényszerítő szankciók megfelelő alternatíváit (mint az oktatás-nevelés, a kezelés, a rehabilitáció, az utókezelés és a társadalmi visszailleszkedés).

A kábítószer elleni uniós politika területén a koordináció célja kettős: egyrészt a szakpolitikai célok támogatását szolgáló szinergiák, a kommunikáció és a hatékony információ- és véleménycsere biztosítása, másrészt a kábítószerrel kapcsolatos aktív politikai párbeszéd, valamint a fejlemények és kihívások elemzésének ösztönzése uniós és nemzetközi szinten.

A nemzetközi együttműködés területén a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy átfogó és kiegyensúlyozott módon tovább erősítse a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekről folytatott párbeszédet és együttműködést az EU, valamint a harmadik országok és a nemzetközi szervezetek között.

A tájékoztatás, kutatás, figyelemmel kísérés és értékelés területén a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy hozzájáruljon a kábítószer-jelenség valamennyi vonatkozásának és az intézkedések hatásának jobb megértéséhez annak érdekében, hogy megbízható és átfogó tényalapot nyújtson a szakpolitikákhoz és a fellépésekhez.

- ***Értékelés***

Az új stratégia óvatosan egyensúlyoz a tiltáspárti és a megengedőbb politikájú országok álláspontjai között. Ártalomcsökkentésről szót sem ejt, maga a szó sem szerepel a stratégiában, de azért a keresletcsökkentés szakpolitikájába beilleszt több ártalomcsökkentő intézkedést, például az egészség fenntartó intézkedéseket vagy a letartóztatási továbbirányítási (arrest referral) rendszert.

Az új pszichoaktív szerek jelentette veszély felismerését fontosnak tartom, azonban véleményem szerint nem jelenik meg eléggé hangsúlyosan az értékelésben. A jelenség 2010 óta ismert Európában, szükségesnek látom egy iránymutatás kidolgozását a tagországok részére a helyzet kezelését illetően.

9.4. Az egyes nemzeti stratégiák összehangolása

A nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek elfogadása az uniós drogpolitika egyik sarokköve és az európai országok bevált eszköze arra, hogy meghatározzák drogpolitikájuk céljait és célkitűzéseit. Vannak különbségek a tekintetben, hogy az egyes országok milyen mértékben mozdultak el a legális és tiltott szerekkel egyaránt foglalkozó szakpolitikai dokumentumok felé.

Öt ország fogadott el olyan stratégiát vagy cselekvési tervet, amelynek a„globális" alkalmazási körébe a legális és tiltott kábítószerek egyaránt beletartoznak, sőt, néhány esetben az addiktív magatartásformák is. A szakpolitikai dokumentumok címei tükrözik az általános szemléletet: *Belgiumnak* „átfogó, integrált drogpolitikája" van; *Franciaországnak* „a kábítószerek és kábítószer-függőség elleni cselekvési terve"; *Németországnak* „a kábítószerrel és a függőséggel szembeni politikára vonatkozó nemzeti stratégiája"; *Svédországnak* „az alkohol, kábítószer, dopping és dohányzás (ANDT) elleni politikára vonatkozó kohéziós stratégiája"; *Norvégiának* „cselekvési terve a kábítószerek és az alkohol területén". A többi legális kábítószerre vagy addiktív viselkedésre a felsorolt országokban nincs külön nemzeti stratégia, Norvégia kivételével, ahol külön stratégia vonatkozik a dohányzásra és a szerencsejátékokra. Tíz országban különálló stratégia vagy cselekvési terv foglalkozik a tiltott és a legális kábítószerekkel. Ezen országok között van különbség a tekintetben, hogy melyik legális kábítószerről szól önálló szakpolitikai dokumentum, és hogy ezek a dokumentumok foglalkoznak-e külön egyes anyagokkal. *Hollandiában* és *Szlovákiában* külön stratégia vonatkozik az alkoholra és a dohányzásra, *Litvániában* pedig közös alkohol- és dohányzásellenes stratégia van. Hét másik országban a legális drogokra vonatkozó stratégiák csak az alkohollal vagy a dohányzással foglalkoznak; *Írországban* és *Portugáliában* most mérlegelik a tiltott kábítószerek és az alkohol elleni stratégiák összevonását. Tizennégy országban csak egy drogstratégia vagy cselekvési terv van érvényben, és ez a tiltott kábítószerekre helyezi a hangsúlyt.

A legális szerekre vonatkozó intézkedések azonban kisebb vagy nagyobb mértékben ezekben a szakpolitikai dokumentumokban is szerepelhetnek. Ezek közül némelyik országban, például *Spanyolországban* határozottan az a tendencia látható, hogy adott esetben igyekeznek az alkoholfogyasztás vagy a dohányzás elleni konkrét intézkedéseket is szerepeltetni. Más országok alkalmanként utalnak a legális szerek vagy gyógyszerek (*Bulgária*, *Málta*), vagy a

kábítószerek és az alkohol elleni intézkedések jobb integrációjára szólítanak fel a jövőre nézve (*Görögország*, *Luxemburg*). Csak egy országnak, *Észtországnak* van olyan stratégiája, amely kizárólag a tiltott kábítószerekkel foglalkozik.

Úgy tűnik, hogy a szerhasználat integrált megközelítése elsősorban az Európai Uniót 2004előtt alkotó tagállamokra jellemző. Ezekben az országokban fogadtak el globális stratégiát, itt van folyamatban a tiltott kábítószerek és az alkohol elleni stratégia integrálása, és itt szerepelnek a legális szerekre vonatkozó célkitűzések a tiltott kábítószerekről szóló stratégiában. Közép- és Kelet-Európában jellemzően vagy különálló stratégiák vannak érvényben, vagy csak a tiltott kábítószerekre vonatkozók, a legális szerek korlátozott említésével. Bár a tendencia a legális és a tiltott szerek szakpolitikai dokumentumokban való integrációja felé mutat, az ezt támogató nemzeti koordinációs és költségvetési struktúrák ennek megfelelő átalakítása nem feltétlenül történt meg.[158]

9.5. Az Európai Unió tevékenységének értékelése

Az 1980-as évek óta jelentős változások történtek az Európai Unió kábítószer elleni tevékenységének területén. Bár jelentős előrelépés történt ezen a téren, mégis számtalan megoldatlan kérdés vár a jövőben az unióra. Az egyik fő problémát az jelenti, hogy a kábítószerügy területének a helye a Közösség pillérekre épülő szerkezetében még mindig nem teljesen tisztázott. Az eleinte a harmadik pillér területébe tartozó ügy ma már az Unió mindhárom pillérében jelen van, ami megnehezíti a területen zajló koordinációt és együttműködést. A Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoport felállításával kísérlet történt a pillérek közötti összehangolás javítására, de még ma sincs egyértelmű felelősség-megoszlás a kábítószerrel foglalkozó tanácsi munkacsoportok között. A Bizottságnak erősítenie és ésszerűsítenie kell a belső koordinációs mechanizmusait: a kábítószer területén működő összes program láthatóbb és operatív összehangolására van szükség. Mindenképpen eredményesnek tekinthető az EMCDDA és a Nemzeti Fókuszpontok munkája az adatok és információk szolgáltatása terén, azonban közösségi szinten ezen a területen is vannak még hiányosságok. A legfőbb gondot az jelenti, hogy nincsen elegendő információ a kábítószerekkel kapcsolatos bűnözésről. Az elmúlt években a keresletcsökkentés területén is jelentős eredményeket ért el az Európai Unió, a Tanács számos állásfoglalást fogadott el a

[158] EMCDDA jelentés 2012., 23. o.

kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatban. Fontos cél a jövőre nézve a keresletcsökkentés területén a megbízható és jó minőségű információk és a legjobb gyakorlatok terjesztése. Kínálatcsökkentés területén az unió fő vívmánya, hogy javult a bűnüldözési szervek uniós szintű együttműködése az Europol és az Eurojust tevékenysége által. Számos uniós projekt valósult meg a szintetikus kábítószerek előállítása és kereskedelme ellen (pl. CASE, EELS, EILCS). A kínálatcsökkentés területén jelentős feladata a tagállamoknak, hogy közös nyomozói csoportokat hozzanak létre a kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatosan. A kábítószer elleni küzdelem területén zajló nemzetközi együttműködés még jelentős kihívásokat tartogat az Európai Unió számára. Az Európai Bizottság munkájának köszönhetően számos projekt valósult meg harmadik országokban illetve régiókban. A jövőre nézve ki kell emelni, hogy a tagállamoknak és a Bizottságnak továbbra is biztosítaniuk kell az EU összehangolt álláspontját a kábítószerekkel foglalkozó nemzetközi fórumokon, különösen az ENSZ Kábítószer Bizottságában.[159]

Ha a leendő magyar drogpolitika kapcsán az EU strandardjait vesszük figyelembe arról kijelenthető, hogy „ nem jelenthet egyetlen igazodási pontot „az Európai Unió". Részben, mert nem létezik a kábítószer-probléma büntetőjogi szabályozása területén uniós standard, részben pedig, mert amint azt a tagállamok büntetőjogi rendelkezéseinek áttekintéséből kitűnt, az egyes tagállamok között jelentős különbségek vannak a differenciálás mértéke és megoldási módjai területén." [160]

[159] Borbély Eszter: *Regionális és globális problémakezelés a kábítószerügy területén*. Szakdolgozat. Budapesti Gazdasági Főiskola, Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Budapest 2004. 23. o.
[160] Lévai Miklós: A kábítószer-probléma büntetőjogi szabályozásának egyes kérdései az Európai Unió országaiban In.: Tanulmányok Szabó András 70. születésnapjára, Magyar Kriminológiai Tűrsaság, Budapest, 1998. 169. o.

10. Drogpolitikai trendek egyes országokban – Nemzetközi kitekintés

Bevezetés

Az alábbi fejezetből kitűnik, hogy nincs egységes trend a világban, de még a világ egyes szegmenseiben sem. Láthatjuk a keményen kriminalizáló Svédországot és a szomszédjában drogfogyasztói szobákat üzemeltető Dániát. Sőt nemcsak az egyes országok között, hanem országokon belül is vannak komoly ellentmondások. És ez nem csak a különböző kormányok eltérő politikai alapállásából következik, akár még egy országon belül egy időben is komoly összeférhetetlenség alakul ki. Az Amerikai Egyesült Államokban például a szövetségi törvények drogpolitikai szempontból szöges ellentétben állnak Washington, Colorado és Alaszka állami törvényeivel. Forrong a szféra. Láthatjuk a mérhetetlen szenvedést okozó mexikói drogháborút és a nemrég feltűnt új pszichoaktív szerek okozta haláleseteket világszerte. Emellett szakadatlanul zajlik a tudósok küzdelme a politikusokkal, szinte valamennyi országban. A tudósnak persze könnyebb dolga van; nem kell kiszolgálni a népakaratot és nem szeretné magát négyévente újraválasztatni. Az érvek és ellenérvek tengerében még a szakember is nehezen találja meg az egyes érdekcsoportok hangos érvelése mögött húzódó tényeket.

10.1. A prohibícióra (büntetésre) alapuló drogpolitikát folytató országok

10.1.1. OROSZORSZÁG

Viktor Ivanov, a Kábítószer-forgalmat Ellenőrző Szövetségi Szolgálat (FSZKN) igazgatója ötmillió drogfüggőről beszél Oroszországban, akiknek többsége heroint fogyaszt. Az igazgató szerint pusztán rendőri intézkedésekkel nem oldható meg a helyzet – bár nem világos, hogy egy rendőr mit tudna kezdeni egy többmilliós heroinfogyasztó populációval –, hanem a rehabilitációt és a gyógyultak reintegrációját is meg kell szervezni. Az orosz helyzet drámaiságát nem csupán a heroinfogyasztók kiugróan magas száma okozza, hanem az ártalomcsökkentő szolgáltatások ellehetetlenítése, továbbá az intravénás droghasználók közötti drasztikusan magas HIV-elterjedtség. Az ötmillió drogfüggő mellett ugyanis nem feledkezhetünk meg arról, hogy 2006 óta a kelet-európai és közép-ázsiai új fertőzések közel 90%-át Oroszországban vagy Ukrajnában jelentették, és ezekben az országokban a fertőzés

mintegy 80 százalékban az intravénás használók között terjed, akiken keresztül pedig a vírus megjelenik a népesség egyéb köreiben is.[161]

Az Orosz Föderáció parlamentjének (Duma) szóvivője, *Borisz Grizlov* bejelentette, hogy totális drogellenes háborúra van szükség ahhoz, hogy megállítsák a kábítószerek terjedését. Ehhez a drogdílereket „sorozatgyilkosként" kell megbüntetni, és Gulág-szerű munkatáborokat kell létrehozni a számukra. A drogfogyasztás Grizlov szerint egyenesen „Oroszország génkészletét veszélyezteti". Oroszországban minden évben százezer ember hal meg az illegális drogokkal kapcsolatban.

> – A kihalás szélén állunk. – jelentette ki Grizlov – Vagy szétzúzzuk a drogfüggőséget, vagy elpusztít minket. –

Dmitrij Medvegyev elnök szerint a drogfüggőség 3 százalékkal csökkentette az orosz GDP-t. Oroszország már eddig is rendkívül szigorú drogpolitikát folytatott, a börtönök jelenleg is többszázezer drogfogyasztóval vannak feltöltve, akik közül többtízezres nagyságrendben becslik a HIV-pozitívok számát. Oroszországban még mindig a szovjet típusú (ún. narkológiai) kezelés az egyetlen elfogadott kezelési forma, amely egy zárt kórházi osztályon való két hetes detoxikációból áll – rehabilitáció nélkül. Az ópiát-helyettesítő gyógyszerek felírása bűncselekmény, a tűcsere-programok pedig nem kapnak állami pénzt – ezért aztán az országban HIV- és TBC-járvány dühöng a drogfogyasztók körében. A járvány nem áll meg az intravénás droghasználó népességnél: a becslések szerint ma már minden százból egy orosz HIV-pozitív.

Nem sokkal jobb a helyzet a büntetés-végrehajtás rendszerén kívül sem: „Harminchét ember fekszik szorosan egymás mellett, személyes nyomorúságában elmerülten. A karanténszobának nevezett helyiségen kívül hatvanan végeznek különböző alantas munkákat a külvilágtól teljesen elszigetelve."A kezelés a központ munkatársai szerint általában egy évig tart. Az egy hónapos karantén-elzártság alatt csak kenyeret és vizet, esetleg zabkását kapnak. „Az emeletes ágyakkal teli helyiségben összezárva az ott lévőknek azonban nincs más választásuk, mint elviselni a megvonás kínjait. És ez csak az első lépése annak a kábítószeresekkel szembeni durva, kényszerítő bánásmódnak, amely széles körű

[161] *MTI: Oroszország: ötmillió drogfüggő, évi 130 ezer halott.*http://hvg.hu/vilag/20101221_oroszorszag_evente_drogfuggoseg[Letöltés ideje: 2015. március 6.]

támogatottságot élvez Oroszországban."[162]A legtöbb, kábítószeresek kezelésével foglalkozó szakember primitívnek, brutálisnak és hatástalannak tartja ezt a módszert. Meggyőződésük, hogy a kábítószer-szenvedély nagyon összetett, nehezen legyőzhető kihívás, és a szervezet kiürítése, megtisztulása a szer maradványaitól önmagában nem eredményez tartós gyógyulást.

A Human Rights Watch (HRW) vizsgálata megállapította, hogy az egyik leghatékonyabb és máshol a legelterjedtebbnek számító módszer, a metadonterápia Oroszországban be van tiltva. A szervezet osztja azt a véleményt, hogy önmagában a kábítószer megvonása „nem sok segítséget ad a kábítószeresnek a tartós gyógyuláshoz." Olyan országban azonban, ahol járványszerűen terjed a kábítószer-fogyasztás és kevés a leküzdését szolgáló kormányzati program, az ilyen durva eljárások élvezik a közvélemény és néhány, a kábítószereseket az utcáról eltüntetni akaró hatósági személy támogatását is.

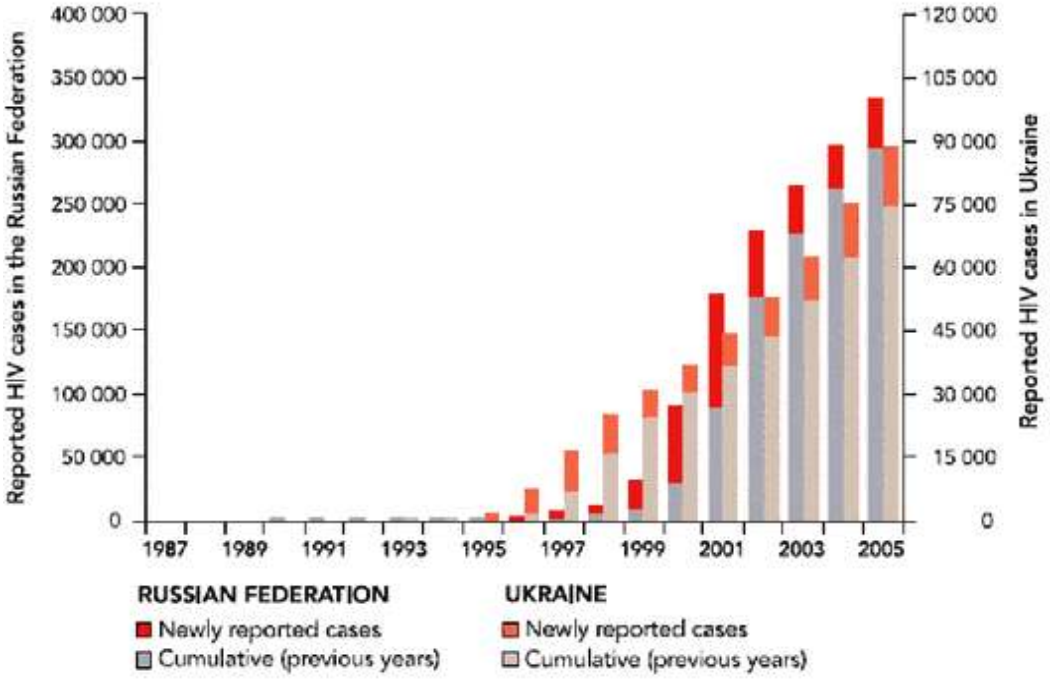
Ma a világ herointermelésének húsz százalékát Oroszországban „szívják fel", ez megegyezik a teljes európai fogyasztással. Az orosz heroinfüggők száma tizenkét év alatt megtízszereződött – áll az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatalának (UNODC) jelentésében.[163]Oroszországba lényegében évi nyolcvan tonna tiszta heroin áramlik akadálytalanul a volt szovjet közép-ázsiai köztársaságokon keresztül, óriási hasznot termelve a kábítószer-maffiának: a Tadzsikisztánban még kilogrammonként ezerdolláros heroin Moszkvában már nyolcvanezer dollárért kel el, 0,1–1 grammos kiszerelésekben. Az országon belül tehát legalább 6,4 milliárd dollárt ér el az illegális piac forgalma, ám a valóságban – a tiszta anyag hígításával – ez még több lehet. Ezt kevéssé befolyásolja a határőrség és a kábítószer-ellenes ügynökség (FSZKN), amely évente a 3,4 tonna heroint foglal le, vagyis a teljes mennyiség alig négy százalékát. Oroszország ma már egyértelműen célország, nem pedig tranzitállomás. Európába az afgán heroin más útvonalon jut, főként Törökország érintésével.

A droghalálok száma már szinte azonos a népességfogyás legfőbb okának kikiáltott alkohollal. (Igaz, az alkoholfogyasztás miatt kialakuló betegségek évente további 400 ezer áldozatot szednek.)

[162]*MTI: Orosz válasz a kábítószer-fogyasztásra*. http://www.dehir.hu/eletmod/orosz-valasz-a-kabitoszerekre/2011/09/28/[Letöltés ideje: 2015. március 6.]
[163] World Drug Report 2011., United Nations New York, 2011. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf A letöltés ideje: 2015. április 13.

Mindkét tényező főként a férfiakat érinti, ezzel is magyarázható, hogy egy átlagos orosz férfi nem számíthat nyugdíjas évekre: míg egy nő átlagosan 74 évig él, addig – a világon egyedülállóan nagy különbséggel egy országon belül – egy férfi születéskor várható élettartama mindössze 59 év, amivel Oroszország a világ 220 országa közül csupán a 185. helyen áll,nem messze a férfiaknak – igaz, a nőknek is – csupán 44 évet adó Afganisztántól.

13. számú ábra: **Illusztráció a HIV-járvány terjedéséről Oroszországban és Ukrajnában**



Forrás: Russian Federal AIDS Centre

Oroszországban rohamosan terjed a dezomorfin, melyet a köznyelv „Krokodilnak” nevez annak tünetei miatt. Hivatalos adatok szerint 2010-ben 0,5–1 millió közé tehető a dezomorfint használók száma.

Oroszország az egyetlen olyan állam, ahol járványszerűen terjed a szer. Hatása a heroinhoz hasonló, viszont sokkal olcsóbb és könnyű elkészíteni. Az interneten számos leírás olvasható, hogyan és milyen összetevőkből állítható össze. A rohamos terjedés oka, hogy a fő alkotóelemnek számító kodein Oroszországban szabadon, vény nélkül kapható, betiltása csak idén novembertől várható.

> – Az elmúlt öt évben eladott kodein-alapú tabletták több tucatszorosára nőttek – mondta Viktor Ivanov, Oroszország Drogellenes Hivatalának elnöke.

– Egészen nyilvánvaló, hogy ennek nem az az oka, hogy hirtelen mindenkinek megfájdult a feje.

Szakértők szerint azonban mindez késő. Egyes körzetekben a kábítószerrel összefüggő halálesetek feléért a „krokodil" a felelős. „Függőségét felfedezni nehézkes, mivel a használók 2–3 éven belül meghalnak. Az injekció helyén a bőr zöldes színűvé és érdessé válik, innen az elnevezése. Az erek szétpattannak, a szövetek elhalnak, így gyakoriak az amputációk."[164] A Time Magazin terjedelmes írása szerint leginkább az ország szegényedő körzeteiben terjed különösen a szer, ahol rosszak a megélhetési és szociális körülmények, a perspektíva hiányától pedig a fiatalok az alkoholhoz és a droghoz menekülnek.

„A hatóanyag a dezomorfin, egy szintetikus ópiumszármazék, ami sokkal erősebb, mint a heroin, és egy sor komplex kémiai reakció után nyerik ki, a függők naponta többször is. Amíg a heroin 6000–12 000 forintba kerül dózisonként, a dezomorfint 600 forintos kodeintartalmú fejfájáscsillapító tablettákból és egyéb olcsó háztartási hozzávalókból »főzik«."

Az osztrák Der Standard arra hívja fel a figyelmet, hogy a világ teljes heroinfogyasztásának ötöde Oroszországra esik. A világ lakosságának 2 százaléka fogyasztja el a legyártott heroin 21 százalékát – mutat rá a magazin az arányokra. Orosz hivatalos adatok szerint az elmúlt öt évben a tízszeresére nőtt a regisztrált kábítószeresek száma az országban, az ENSZ kimutatásából az derül ki, számuk ötmillióra tehető.

Ukrajnai kitérő

Ukrajnában a legújabb felmérések szerint a lakosság 1,7%-a, mintegy 416 ezer ember HIV-pozitív. Az 1987 és 2004 között regisztrált új fertőzések 70%-a a fecskendők megosztott használatából származott. A becslések szerint az országban élő majdnem négyszázezres injekciós droghasználó népesség mintegy 8–9 százaléka HIV-pozitív. Egy ilyen mértékű járvány az egész társadalom és gazdaság szempontjából katasztrofális hatásokkal járhat (hatalmas egészségügyi kiadások, kiesett munkaerő és népességszaporulat stb.) A járványt az

[164] Shuster, Simon: *The Curse of the Crocodile: Russia's Deadly Designer Drug.*http://content.time.com/time/world/article/0,8599,2078355,00.html[Letöltés ideje: 2015. március 13.]
[165]http://www.independent.co.uk/news/world/europe/krokodil-the-drug-that-eats-junkies-2300787.html;http://www.elettanmsc.pminfonet.com/Designer%20drogok.doc [Letöltés ideje: 2015. március 6.]

ENSZ AIDS ellenes szervezete (UNAIDS) szerint viszonylag egyszerű és költséghatékony módszerekkel meg lehetne fékezni: tűcsere, utcai megkeresés, szűrés és tanácsadás, ismeretterjesztés, metadon-program,kondomterjesztés stb.[166]

A Human Rights Watch nemrégen publikált jelentésében[167] arra hívja fel a politikai döntéshozók és a társadalom figyelmét, hogy bár az ukrán kormány az utóbbi időben valóban nagy erőfeszítéseket tett az ENSZ által ajánlott hatékony HIV-prevenciós programok elterjesztésében, mindez hatástalan marad mindaddig, amíg a hatóságok nem veszik komolyan a fertőzés kockázatának leginkább kitett népesség, az injekciós droghasználók emberi jogait. Ukrajnában rendszeresen sérülnek a droghasználók és a HIV-pozitív személyek jogai: diszkriminatív módon kizárják őket a különféle egészségügyi szolgáltatásokból, rendszeresen válnak rendőrségi zaklatás áldozataivá, gyakori a fizikai kínzás.

Rendőrségi túlkapások

A rendőrségtől való félelem távol tartja a droghasználókat azoktól a szolgáltatásoktól, amelyek megmenthetnék saját életüket és mindazokét, akik esetleg rajtuk keresztül fertőződnek meg a jövőben. A rendőrség gyakran csupán a statisztikák szépítése miatt üldözi a droghasználókat, akiket jóval egyszerűbb kézre keríteni, mint a drogkereskedőket. A csekély mennyiségű drog tartását kriminalizáló drogtörvénynek ebben nagy felelőssége van.

Az egészségügyi dolgozók diszkriminatív hozzáállása

Az egészségügyi dolgozók gyakran megtagadják az olyan emberek ellátását, akikről azt gyanítják, hogy HIV-pozitívak vagy injekciós droghasználók. A HIV-pozitív emberek adatait nem kezelik bizalmasan, ezért sokan nem is veszik igénybe a szolgáltatásokat.

A szubsztitúciós terápia hiánya

A heroint helyettesítő szerek (metadon, buprenorfin) csupán a droghasználók töredékét érik el Ukrajnában, a WHO szerint hatvanezer droghasználónak lenne szüksége metadonra.

A drogambulanciák nem védik az adatokat

[166]Sárosi Péter: *Ukrajna: AIDS és emberi jogok*. http://drogriporter.hu/node/93[Letöltés ideje: 2015. március 13.]
[167]Human Rights Watch: *Rhetoric and Risk Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS*. http://www.hrw.org/reports/2006/ukraine0306/[Letöltés ideje: 2015. március 6.]

A drogambulanciák megosztják a klienseik személyes adatait a rendőrséggel és az ügyészséggel. Ez sok droghasználót rettent el a kezelésre való jelentkezéstől.

Antiretrovirális gyógyszerek hiánya

A 416 000 HIV-pozitív személyből jelenleg rendkívül kevesen kapnak hatékony kezelést, bár ezen a téren nagy előrelépés történt (2004 és 2005 között 2600-an kezdték meg az antiretrovirális kezelést). A becslések szerint 17 300 embernek lenne sürgős szüksége ezekre a gyógyszerekre.

Az ukrán kormány 2004-ben mintegy hétmillió dollárt költött HIV-prevencióra és kezelésre, azonban még mindig forráshiányokra panaszkodik. Minden hónapban ezer új HIV-fertőzést regisztrálnak, az esetek 69 százaléka az intravénás droghasználókhoz köthető. A HIV-pozitív embereknek ezenkívül csupán 43 százaléka, mintegy 1800 ember részesül antivirális kezelésben, amely ugyan gyógyítani nem képes a betegséget, azonban elodázhatja a tünetek megjelenését és jelentősen meghosszabbíthatja a várható élettartamot, ezenkívül javítja az életminőséget is. Sajnos úgy tűnik, a volt Szovjetunió utódállamaiban nem lehet mindent a pénzhiány számlájára írni, ugyanis gyakran a politikai akarat hiányzik arra, hogy hatékony prevenciós programokat vezessenek be. Így például a metadonkezelés lehetővé tenné, hogy a heroinhasználók tömegesen hagyjanak fel a fecskendőhasználattal és így a fecskendők megosztásával is, ami fertőzések egyik fő oka. A kormányzatok szerint azonban csak a drogmentes kezelési formák engedhetőek mega drogfüggőség kezelésében. A tűcserétől pedig azért idegenkednek a hatóságok, mivel az szerintük droghasználatra buzdít – annak ellenére, hogy a kutatások ezt nem támasztják alá.[168]

10.1.2. KÍNA

2006-ban legkevesebb 27 kábítószer-kereskedőt végeztek ki, és tizenkettőt ítélték halálra Kínában az ENSZ kábítószer-ellenes világnapja alkalmából.

> ” A dél-kínai Kunming városában tíz, kábítószer-kereskedelem miatt elítélt embert mutattak meg nyilvánosan, mielőtt a vesztőhelyre kísérték volna őket – írta a Jünnan Zsipao (Yunnan Ribao) című lap.

[168] *Az ukrán lakosság 1,4%-a HIV pozitív*. http://drogriporter.hu/node/35 [Letöltés ideje: 2015. március 6.]

> Mivel Kunming az Aranyháromszög közelében fekszik, városunknak vezető szerep jutott országunk kábítószer-ellenes harcában – írta az újság a város polgármester-helyettesét idézve.

A Jünnan tartománnyal szomszédos Mianmar (Burma), Laosz és Thaiföld alkotta Aranyháromszög egyike a világ azon térségeinek, ahol a legtöbb ópiumot – a kokain alapanyagát – termesztik.

Jünnanban négy kábítószercsempészt végeztek ki a laoszi határ közelében fekvő Hszisuangpanna (Xishuangbanna) körzetben és három másikat a tartomány északi részén fekvő Csungkingban (Chongqing). Öt kábítószer-kereskedőt végeztek ki Csöcsiang(Zhejiang) tartomány székhelyén, Hangcsouban (Hangzhou) az Oriental Morning Post című sanghaji (Shanghai) lap szerint.
Ugyanebben az évben az Új Kína Hírügynökség azt jelentette, hogy négy kábítószercsempészt végeztek ki a kelet-kínai Csiangszu (Jiangsu) és egy ötödiket a dél-kínai Kuangtung (Guangdong) tartományban június 23-án. Különböző kínai bíróságok összesen 12 embert ítéltek halálra kábítószer-kereskedelem vádjával.
2005-ben a kínai rendőrség 1500 kábítószer-csempész banda ügyében folytatott nyomozást, 34 kábítószer-laboratóriumot számolt fel, 6,9 tonna heroint, 5,5 tonna amfetaminszármazékot, 2,3 tonna ópiumot és 2,34 millió Ecstasy-tablettát koboztak el.

Az Independent március végén számolt be a kínai bűnüldözés legújabb rémálmáról: a mobil kivégzőbuszról. A Jinguan Auto vállalat által forgalmazott járműben egy hordágy található, erre szíjazzák az elítéltet, aztán halálos adag mérget injekcióznak a vénáiba. A cég szerint ez a kivégzés humánusabb módja, sőt, még az AIDS elleni harcban is segít: hiszen a golyó általi kivégzések során gyakran vér spriccelt az őrökre, akik így megfertőződhettek a HIV-vírussal. A gyomorforgató marketing itt még nem ér véget. A busz egyik másik előnyének azt tartják, hogy az elítélt szerveit még azon melegében eltávolíthatja az egészségügyi személyzet, majd gyorsan elszállíthatja a megrendelőnek. Emberi jogi szervezetek már régen gyanítják, hogy a kivégzések magas száma mögött a szervkereskedelem érdekei állnak, és bár a kínai hatóságok állítják, hogy az elítéltek beleegyeznek szerveik átadásába, erre nincs semmi bizonyíték.[169]

[169] Sárosi Péter: *Az ázsiai módszer*. http://drogriporter.hu/azsia[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

2008 júniusában a kormány szerint „mérföldkőhöz érkezett el a kínai kábítószer-ellenőrzési politika”, ekkor alkották meg az első átfogó kábítószer-ellenes törvényt. A törvény lehetővé teszi a hatóságok számára, hogy bárkit alapos gyanú nélkül előállítsanak vizelet-teszt céljából, illetve hogy bírói ítélet nélkül akár hét évig fogva tartsák az illegális drogok fogyasztásával vádolt embereket. A törvény nem tisztázza sem a fellebbezés, sem a jogorvoslat lehetőségeit a visszaélések áldozatai számára.

A törvény a drogfüggőnek minősített embereket kényszergyógykezelésre kötelezi, és erre egy a közösségtől izolált „rehabilitációs központban” kell sort keríteni – ami gyakorlatilag kényszermunka-tábor. Ezekben a táborokban a drogfüggők semmilyen gyógyszeres kezelésben vagy egyéb orvosi ellátásban, illetve szociális rehabilitációban nem részesülnek, ugyanakkor gyakran kemény fizikai munkát kell végezniük, aki tiltakozik, verést kap. Az ebből származó haláleseteket eltussolják. A kényszermunka persze senkit sem gyógyít ki a függőségéből, aki kikerül, ott folytatja, ahol abbahagyta. Az ENSZ kínzások vizsgálatával foglalkozó különmegbízottja kijelentette, hogy az ilyen típusú fogvatartás kimeríti az „embertelen és megalázó bánásmód” fogalmát, ha nem minősíthető egyenesen „mentális kínzásnak”.

Kínában a szigorú törvények nem hozták meg a kívánt elrettentő hatást: 1990-ben még hetvenezerre, 2004-ben viszont már 1,14 millióra becsülték az intravénás szerhasználók számát az országban. A repressziónak volt egy másik nem kívánt következménye: a HIV-járvány elszabadulása. A mintegy hétszázezer HIV-pozitív 38%-a intravénás droghasználó, egyes területeken a droghasználók HIV-fertőzöttsége eléri a 89%-ot is. Bár az Egészségügyi Minisztérium kevésbé vaskalapos, józanabb vezetői az elmúlt években bevezették az olyan ártalomcsökkentő programokat, mint a tűcsere vagy a metadon, ezekhez még mindig kevesen férnek hozzá. A létező programok működését ugyanis komolyan korlátozza a represszív drogtörvény, amely azonnali kényszer-kezelésre küldi az előállított fogyasztókat. A metadon-programokba csak azok jelentkezhetnek, akik már voltak korábban kényszermunka-táborban. Aki pedig bekerül, túl kevés gyógyszert kap, ezért a pácienseknek csupán 44%-a marad huzamosabban kezelésben.[170]

[170] *China: Drug ‘Rehabilitation’ Centers Deny Treatment, Allow Forced Labor*. http://www.hrw.org/en/news/2010/01/07/china-drug-rehabilitation-centers-deny-treatment-allow-forced-labor; Sárosi Péter: *Ahol a sötétség nem ismer határokat*. http://drogriporter.hu/kenyszermunka[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

Kínai orvosok egy kis csoportja szélsőséges lehetőséget kínál a krónikus heroin- és alkoholfüggőknek: megpróbálják kitörölni az emlékeikből a fogyasztás iránti motivációt. Teszik mindezt a tudományos kutatás nevében és nem foglalkoznak a világszerte kiváltott elutasítással. A beavatkozás során kis lyukakat fúrnak a páciens koponyájába, melyeken hosszú elektródákat vezetnek be az agy magyarul „jutalmazó központ" néven ismert nucleus accumbens régiójába. A dopamin neurotranszmitter itt stimulálja a sejteket, hogy kedvező élményeket váltson ki például zsíros ételek fogyasztása, munkahelyi előléptetés vagy heroin fogyasztása által. A bevezetett elektródákon keresztül áram folyik, ami megöli a régió sejtjeit. Azzal, hogy a függőket megszabadítják a jutalmazó központjuktól, az orvosok azt remélik, hogy egyúttal a függőségüktől is megszabadulnak. A sebészeti beavatkozást a beteg éber állapotában végzik, hogy minimalizálják az érzékelésért, a mozgásért és a tudatosságért felelős területekben előidézett károsodás esélyét.

Bár a Kínai Egészségügyi Minisztérium 2004-ben tudományos bizonyítékok hiányában betiltotta a beavatkozási módszert, a Time értesülései szerint azonban legalább ezer műtétet hajtanak végre évente „kutatási célból". Tudományos elhivatottságuk bizonyítékaként a módszert alkalmazó kínai kutatók tavaly 2012 novemberében publikáltak is egy tanulmányt a beavatkozás hosszú távú hatásairól ópiátfüggők körében. Eredményeik szerint a jutalmazó központ sejtjeinek megölése hatékonyabb a hagyományos módszereknél és az öt év alatt a 60 páciensük 47%-a megszabadult függőségétől, míg 53% esett vissza. A hagyományos terápiák ezzel szemben jó esetben is csak 30–40%-os eredményt tudnak felmutatni.[171]

10.1.3. THAIFÖLD

Yingluck Shinawatra thai kormányfő 2001-ben ígéretet tett arra, hogy amint hatalomhoz jut, új drogellenes háborút indít, és 12 hónap alatt megtisztítja az országot a drogoktól. Thaiföldön az azt megelőző években riasztó mértékben terjedt el a metamfetamin használata, a rendőrség becslése szerint a fogyasztók száma 2011-ben 1,1 millióra nőtt – tehát minden hatvanadik ember használja a helyi nyelven ya ba-ként (dilibogyó) emlegetett drogot. *Atitep Panjamanond*, a rendőrség kábítószer-ellenes osztályának vezetője szerint évente százezer fővel nő a drogfogyasztók tábora. Ezzel indokolja a kormány a radikális lépések szükségességét.

[171]Szalavitz, Maia: *Controversial Surgery for Addiction Burns Away Brain's Pleasure Center*.http://healthland.time.com/2012/12/13/controversial-surgery-for-addiction-burns-away-brains-pleasure-center/; Kardos Tamás: *Agyműtéttel a drogfüggőség ellen*. http://drogriporter.hu/agysebeszet[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

A kormányfő a „drogellenes háború” keretében szigorú büntetést ígért a kereskedőknek, a függőknek pedig kezelést. A társadalomban ugyanis morális pánikot váltott ki az injekciós droghasználat és az azzal együtt járó járványok és bűnözés terjedése. Becslések szerint a thai injekciós droghasználók mintegy 40%-a HIV-pozitív, jelentős részük a börtönben fertőződött meg. A kormányt korábban a HIV ellenes küzdelem „mintaországaként” emlegették: a szexmunkások körében például sikerült felvilágosító és kondomterjesztő programokkal megállítani a járvány terjedését. 2003-ban a modernkor egyik legbrutálisabb kampányába kezdett a kormányfő a drogfogyasztás letörése érdekében: halálbrigádok járták a nagyvárosok utcáit, és több mint 2500 embert végeztek ki statáriálisan. A hivatalos jelentés szerint ők mind felfegyverzett dílerek voltak, akik tűzharcban estek el – a valóságban azonban emberi jogi csoportok számos esetet dokumentáltak, amikor egyszerű drogfogyasztókat végeztek ki például tarkólövéssel. Sőt, olyan eset is volt, amikor egy kilenc éves fiút lőttek le, akinek semmi köze sem volt a drogokhoz.

A drogellenes háború eredményeként nem sikerült tartós csökkenést elérni a drogfogyasztási trendekben: bár a metamfetamin ára ideiglenesen nőtt, néhány hónap után helyreállt a kínálat. 2004 óta a metamfetamin ára felére csökkent, miközben a lefoglalt tabletták mennyisége megduplázódott: 33 millióról 60 millióra nőtt.

> ”Ma lefoglalunk 1 millió tablettát, holnap 2 millió újat gyártanak helyette – jelentette ki a Panjamanond, akinek a kábítószer-ellenes egysége éppen nemrégen foglalt le harmincezer tablettát Nakhon Pathon tartományban.

A rendőrség be is azonosította azokat a szervezett bűnözői csoportokat, amelyek a tablettákat terjesztették – a csoportok főnökeit azonban már mind börtönbe zárták korábban, onnan irányítják most a drogkereskedelmet. A metamfetamint elsősorban Burmában állítják elő és onnan csempészik át a határon az ottani szeparatista gerillacsapatok, különféle hadurak és korrupt tábornokok így fedezik a fegyverutánpótlásuk költségeit.[172]

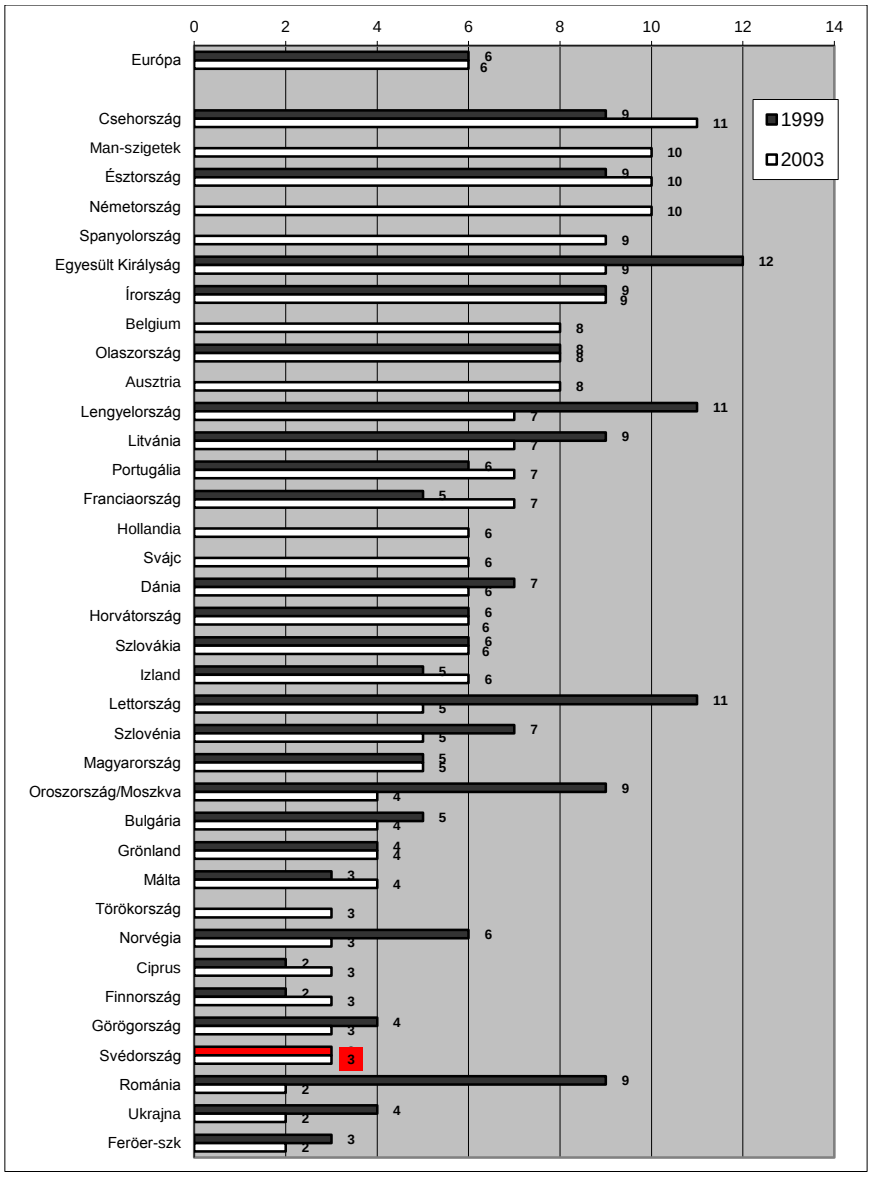
10.1.4. SVÉDORSZÁG

[172] Branigan, Tania: *Rights groups fear wave of deaths as Thailand faces new drugs crackdown*. http://www.theguardian.com/world/2011/jul/10/thailand-war-on-drugs-rights-groups; Sárosi Péter:*Thaiföld: új drogellenes háború készül*.http://drogriporter.hu/thaif%C3%B6ld2[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

Svédországban a kábítószer-használat szintje a diákok körében alacsonyabb, mint az 1970-es években. Az életprevalencia és a rendszeres kábítószer-használat a lakosság körében is lényegesen alacsonyabb, mint Európa többi részén.

Svédország több szempontból előnyösebb helyzetben van más országokhoz képest. Nem a főbb kábítószer-kereskedelmi útvonalak mentén fekszik, továbbá alacsonyak a jövedelmi egyenlőtlenségek, amelyek gyakran kéz a kézben jár bűncselekmények elkövetésével, beleértve a kábítószer-kereskedelmet.
A munkanélküliség, köztük az ifjúsági munkanélküliség is, elmarad az európai átlagtól. Mindez csökkenti a kockázatokat a kábítószer területén.

22. számú ábra: **Életprevalencia a kannabiszon kívüli drogok tekintetében a 15–16 éves diákok körében Európában, 1999 és 2003**



Forrás: Council of Europe and Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2003

Nemzetközi felmérések azt mutatják, hogy a svéd lakosság különösen egészségtudatos, így kevesebb kábítószer-használatra hajlamos személy. Svédországban van elegendő pénz, hogy megfelelő forrásokat fordítsák a kábítószer-probléma csökkentésére.[173]

[173]ENSZ Kábítószer- és Bűnüldözési Hivatala (UNODC): *Svédország sikeres drogpolitikája: a bizonyítékok áttekintése 2007*. http://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control.pdf és http://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control_annex.pdf[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

A svéd modell kialakulása

Mint sok más európai országban, Svédországban is a hatvanas évek közepén számoltak be a marihuána, amfetaminok, kisebb mértékben pedig az LSD és ópiátok növekedő használatáról. Svédországra jellemző, hogy a többi európai országgal szemben a heroin helyett az amfetamin-származékok használata terjedt el.

> A svéd drogpolitika szigorítás felé fordulásában jelentős szerepet játszott egy kísérlet »tudományos elemzése« *Nils Bejerot* rendőrségi orvos által, aki megállapította, hogy a korábbi gyakorlat szerinti heroin- és amfetamin-felírás »jelentősen megnövelte a droghasználat előfordulását«, sőt a »drogfüggők számának masszív növekedéséhez járult hozzá«, hovatovább, maga a kísérlet indította el a »fertőzést az országban«.

Ezzel a korábbi alapvetően ártalomcsökkentő szemléleten alapuló drogpolitikára reagált. Az „elemzés" nem használt kontrollcsoportot, a növekedést pedig a rendőrség által bűncselekmények miatt elfogott embereken található tűnyomok számából (egyszerű korrelációból, egy egyáltalán nem reprezentatív csoporton alapulva) „becsülte meg".
Az elemzés elég volt ahhoz, hogy a „liberális drogpolitika kudarcának" bizonyítékát lássák benne. Bejerot elméletei, valamint a Drogabúzus Kezelés Bizottság javaslata alapján 1968-ban megszületett a Drogtörvény, amely nem tett különbséget szertípusonként, a kisebb kábítószerrel való visszaélésért pénzbírságot szabott ki (a súlyosabbakért börtönt),csekély mennyiség esetén viszont (3 gramm marihuána, 100 db amfetamin tabletta) ejtették a vádat. Bár nincs bizonyíték arra, hogy a drogprobléma nőtt volna a '70-es és '80-as évek során, az ezt körülvevő pánikkeltés, félelem és politika hatására a drogtörvények egyre szigorúbbá váltak Svédországban.

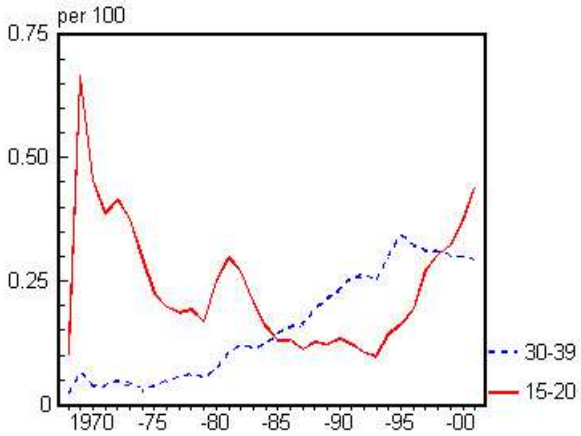
1977-ben a *drogmentes Svédország*ot tűzték ki célul. A nyolcvanas évekig a drogtörvények inkább a kínálat csökkentésére koncentráltak, innentől kezdve az állami beavatkozás hangsúlya a fogyasztókra tevődött át: 1985-tól már hat hónap börtönnel lehetett büntetni a kisebb kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények elkövetőit is. A drogok elleni harc a politikai kampányok egyik kiemelt témájává vált, 1988-ban pedig kriminalizálták magát a „fogyasztást", hogy „megelőzhető legyen a drogok használata a fiatalok körében" (de újra

csak pénzbüntetés lett a kiszabható büntetés). A büntetés helyett alternatívaként bevezették az „elterelés” (kényszergyógykezelés) intézményét.

1993-ban a konzervatív kormány újabb szigorításokat vezetett be: Nagyrészt azért, hogy a rendőrség vizelet- és vértesztet végezhessen a potenciális drogfogyasztókon(hogy „időben, erővel akadályozza meg, hogy a kábítószerek rabjaivá váljanak”), a drogfogyasztás pedig immár hat hónapig terjedő börtönnel lett büntethető. A rendőrség ezentúl jogosulttá vált arra, hogy pusztán gyanú alapján bárkit beszállítson vizelet- és vérvizsgálat elvégzésére. A vér- és vizeletteszteket azóta évente átlag tízezerszer alkalmazzák, többnyire fiatal „elkövetők” ellen (egyharmaduknál negatív eredménnyel) A kilencvenes években megduplázódott a drogra szakosodott rendőrök száma.[174]

Az évek során a rendőrség egyre inkább a kisebb droggal kapcsolatos bűncselekményekre koncentrált, az eljárások jelentős hányadát máig a személyes fogyasztás teszi ki. A hetvenes évektől a kilencvenes évek elejéig a börtönben letöltendő büntetések ideje megduplázódott. Attól kezdve, hogy a fogyasztást is bűncselekménynek nyilvánították 1993-ban, a rendőrség az utcai droghasználóra koncentrált. Az agresszív fellépéssel és a „testfolyadékok” vizsgálatának lehetőségével 1993 és 1998 között 40%-kal nőtt az eljárások száma.

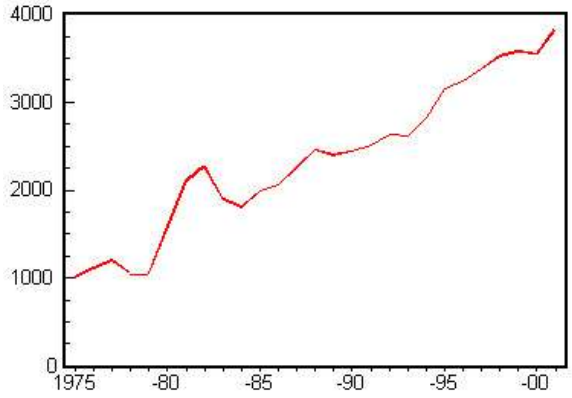
23. számú ábra: **Kábítószerrel való visszaélés miatt elítéltek száma 1968 és 2001 között, a 15–20 és 30–39 éves korcsoportban**[175]



1996-ban az eljárásba vontak több mint felét börtönbüntetésre ítélték.

[174]Tham, Henrik:*Drug policy and trends in problematic drug use in Sweden*. In: Tham, Henrik (Ed.): *Review of Swedish Drug Policy Department of Criminology*. Stokholm University, 2003, 8. o.
[175]Forrás: Tham (2003): i. m. 11. o.

24. számú ábra: **Kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény miatt börtönre ítéltek számának alakulása 1975-2001 között**[176]



A többi elítélt próbaidőt, pénzbüntetést vagy kényszer-gyógykezelést kapott. Fontos megjegyezni, hogy a tiltással párhuzamosan a megelőzésre és terápiára is nagy hangsúlyt fektettek. A drogmentes társadalom svéd víziója széles körben elfogadott a lakosság körében, sem a politika, sem pedig a média nem kérdőjelezi meg racionalitását. Minden politikai oldal támogatja a tiltást, a közvélemény-kutatások szerint a lakosság is. Egyedül a tudósok azok, akik megkérdőjelezik a hatékonyságát, de ezzel karrierjüket kockáztatják.

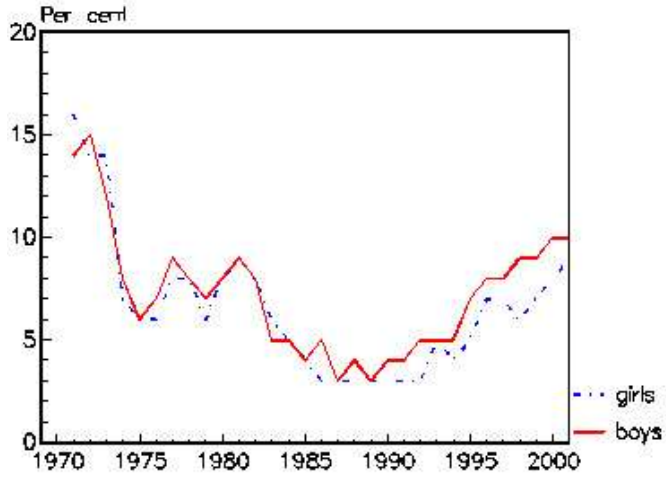
A svéd drogpolitika elméleti alapja az a feltevés, hogy a tiltó üzenettel (és rendőrségi gyakorlattal) megelőzhető a kábítószerek kipróbálása – ha minél kevesebben próbálnak illegális drogot, annál kevesebben lesznek olyanok, akik problémás droghasználóvá, illetve függővé válnak (sőt, mint ahogy az Bejerot után Svédországban is széles körben „elfogadott",mindenki, aki droghoz nyúl, előbb utóbb függőként végzi). Ez a drogpolitika tehát a prevalenciára fog koncentrálni, arra, hogy (bármilyen eszközzel érjék el) minél kevesebben legyenek olyanok, akik életükben akár egyszer is kipróbáltak valamilyen tiltott szert.

A svéd drogpolitika sikerességét ezen az alapon a népesség alacsony droghasználati adataival igazolják. Az adatok fényében a droghasználati trendek alakulása mégsem képes alátámasztani, hogy a drogpolitikának – és a drogpolitikai szigornak – valóban hatása lenne a drogprevalenciára.

[176]Forrás: Uo. 8. o.

Az életprevalencia vizsgálatok (arról, hogy életében legalább egyszer próbált illegális drogot) szerint a 15 éves diákok, és 18 éves katonák körében a drogok kipróbálása a hatvanas évekbeli csúcsról a hetvenes évek elejétől a nyolcvanas éve közepéig folyamatosan csökkent, a kilencvenes évek elejétől viszont egyenletesen emelkedik. Hasonló eredményeket mutatnak az előző évi és havi droghasználati értékek is.

25. számú ábra: **A kilencedik osztályos tanulók, akik valaha használtak illegális szert 1971 és 2001 között, nemenként, százalékban**[177]



Az adatokból látható, hogy az értékek csökkenése az ártalomcsökkentő politika jegyében a „liberális hetvenes években" indult meg, a nyolcvanas évektől pedig, az egyre szigorodó törvények ellenére, folyamatos növekedést mutat.
A büntetőjogi eszközök egyre erőteljesebb használata mellett tehát nem hogy csökkent volna a kísérletező vagy alkalmi droghasználat, hanem folyamatosan növekszik.

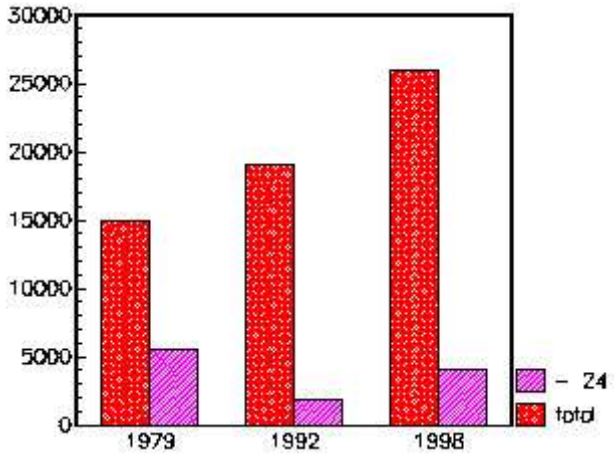
Tanulságos párhuzamot mutat a fiatalok alkoholhasználatának (a részegség előfordulásának) mértéke is, amelynek (szintén) függetlennek kell lennie a drogpolitikától: a nyolcvanas évekre lecsökkent, a kilencvenes évektől pedig növekedést mutat, tükrözve az illegális droghasználat alakulását.

A lakosság körében végzett, kisebb mintájú felmérések szerint a 15–64 éves korosztály 13%-a próbált valaha illegális szereket 2000-ben, leginkább kannabiszt (marokkói hasist).

[177]Forrás: Uo. 10. o.

Azt a csökkenést, amit a kipróbálás és alkalmi használat elterjedtségében láthattunk a hetvenes és nyolcvanas évek Svédországában, a „problémás droghasználat" elterjedtsége egyáltalán nem követte. Ellenkezőleg. A problémás droghasználók számát 1979-ben 12 ezerre becsülték, 1992-ben 17 ezerre, 1998-ra pedig ez a szám elérte a 25 ezret, ami a népességhez (megközelítően 9 millió ember) viszonyítva magasabb, mint Hollandiában (Svédország: 4.5/1000 ember, Hollandia 2.4-3.2/1000 ember, 1998-ban).
A heroinhasználat egyre inkább terjedőben van (leginkább az emigráns csoportok között), mára a kezelt drogfüggők fele heroinhasználó.

26. számú ábra: **A problémás droghasználók száma 1979-ben, 1992-ben és 1998-ban, minden életkorban, illetve 24 év alatt**[178]



A problémás droghasználat elterjedtsége kevésbé függ attól, hogy hányan próbálnak vagy használnak időnként illegális szereket. A drogabúzus kialakulásának alapjai ugyanott keresendők, mint az alkoholfüggőségé. A tanulmányok időről időre azt mutatják, hogy a marginalizáció, a nehéz élethelyzetek, a szegénység és kilátástalanság, a családi konfliktusok és tragédiák, a munkanélküliség, a lelki problémák, a szociális védőfaktorok hiánya az, amely veszélyeztetetté tesz a drogok abuzív, problémás használata iránt.

A városiasodás, a bevándorlók és városi peremvidékek marginalizációja, a munkanélküliség egyre inkább érinti Svédországot is. Az adatok nem támasztják alá, hogy a represszív kontrollstratégiák befolyást gyakoroltak volna a droghasználati mintákra Svédországban. A droghasználat és a problémás droghasználat elterjedtsége a büntető jogszabályoktól, rendőri agresszivitástól, börtönre ítélésektől és terápia-vagy kényszer-gyógykezelési erőfeszítésektől

[178]Forrás: Uo.12. o.

relatíve függetlenül alakult ebben az országban is. Történetét tekintve, és más országokkal összehasonlítva sem vezettek pozitív eredményekre a büntetőszankciók, vagy kényszerterápiák.

> ” Ahogy a skandináv drogpolitikai könyv, az *Alkalmas ellenség* (Den Gode Fiende) megjegyzi: Nem a büntetésen keresztül vezet kiút a nehéz szociális problémákból. A megoldást csak beárnyékolják a büntető jogszabályok. A háború elveszett. Ami most a legfontosabb, hogy ne veszítsük el a civil társadalmat is.

Az egyre szigorúbbá váló svéd drogpolitika nem volt képes csökkenteni a problémás droghasználatot, de a drogmentesség ideájával gátját szabja a nehéz sorsú droghasználók problémáinak és a droghasználattal járó ártalmak csökkentésének.
A droghalálozások (mind a „tű-végi”, mind pedig a közvetett) folyamatosan emelkedtek a 70-es évektől kezdve Svédországban. Az átlagpopuláció halálozási arányának 2–5-szörösét becsülik a „drogfüggők” körében.

27. számú ábra: **A droggal kapcsolatos halálozás (közvetlen és közvetett együtt) 1969 és 2000 között**[179]

A halálozások növekedését nem magyarázza a droghasználók kiöregedése, mindegyik korcsoportban hasonló növekedés tapasztalható.

A heroinhasználók halálozási értékei kétszer magasabbak Stockholmban, mint bármely más európai városban, és kétszer több a svéd amfetaminhasználók értékeinél. A

[179]Forrás: Uo. 1. o.

kényszergyógykezelésre ítélt droghasználók között a legmagasabb a halálozási arány, a „normál populáció” arányának 60-70 szerese!

Svédországban a heroinhasználat emelkedőben van, a fecskendők elérhetőségének korlátozása pedig az egyre nagyobb számú HIV-fertőzések kockázatát hordozza magában. 1996 és 2000 között átlag 19 új HIV fertőzöttet jelentettek az intravénás droghasználók körében, 2001-ben ez a szám 36-ra emelkedett (26 Stockholmban, ahol nincs tűcsere-program). Svédországban összesen 840 HIV-fertőzött embert regisztráltak a mai napig, akik intravénás droghasználat által, vagy droghasználóval létesített szexuális kapcsolat révén fertőződtek meg. Közülük 201-en jutottak el AIDS stádiumba, és 150-en haltak meg.
A fecskendők megosztásának másik jelentős rizikója a hepatitis vírusfertőzés. A 2001-ben regisztrált 3498 új hepatitis-C fertőzés 64%-a intravénás droghasználat (más fertőzött vérének saját szervezetbe juttatása) következménye.

Svédországban nem lehet patikában steril fecskendőhöz jutni. A tűcserét nem támogatja a hivatalos politika, jelenleg csak két városban működik egy-egy tűcsere-program, Lund és Malmö két kórházában, „kísérleti státusszal”. A drogmentes ország víziójába nehezen illeszthető be a tűcsere-programok koncepciója, 1989-ben az országos kiterjesztését leszavazták, attól tartva, hogy „megnöveli az intravénás droghasználók számát”. A két működő programot folyamatos támadások érték a szociális munkások részéről is. 2005 júniusában viszont, az intravénás droghasználók között terjedő fertőzések terjedése miatt, a svéd kormány változtatásra szánta el magát, az egészségügy-miniszter pedig bejelentette, hogy egy új jogszabállyal lehetővé fogják tenni a tűcsere-programok országos kiterjesztését.

Hasonlóan limitált a metadonprogramok elérhetősége is. Svédország volt Európában az első, amely metadonprogramot indított, 1966-ban (Ulleråker Kórház, Uppsala). A nyolcvanas-években a HIV megjelenése több új programot hívott életre. Habár a metadonprogramokat is sok támadás érte (a szociális munkások részéről is), jelenleg négy városban üzemelnek „kísérleti jelleggel”, ezek Malmö, Lund, Stockholm, és Uppsala. Jelenleg körülbelül 800-an részesülnek metadonkezelésben, 2003-ban 1300-an kaptak buprenorfint helyettesítő szerként(2005-ben a buprenorfin-kezelés kritériumainak nagyobb szigorítását vezették be).

A programok használatához sok korlátozás kötődik (magas küszöbűek): húsz évesnél idősebbnek kell lenni, korábbi többszöri sikertelen leállási kísérlettel, legalább négyéves

ópiáthasználattal (HIV-pozitívok esetén enyhébb kritériumokat szabnak). Ha a vizeletvizsgálat során bármilyen más illegális drog nyomaira bukkannak, a klienst kizárják a programból (ez 25%-ukkal megtörténik). A programok hivatalosan absztinencia-orientáltak, a helyettesítő szert legtöbbször idővel csökkentik, a kliens tudta nélkül.[180]

A kábítószer-fogyasztók száma Svédországban úgy tűnik, ma kisebb, mint a jelenlegi drogpolitika előtt. Míg az átlagos életprevalencia a kábítószer-használat előfordulása tekintetében a 15–16 évesek körében Európában elérte a 22 százalékot, ez az arány Svédországban 8 százalék volt, majd 2003-ban 6 százalékra csökkent, miközben Európában a kábítószer-használat növekszik. Svédországban az európai országok között európai összehasonlításban alacsony szinten van az intravénás kábítószer-használattal összefüggő HIV / AIDS fertőzés. A kínálati oldalon a kábítószer-árak Svédországban a legmagasabbak közé tartoznak Európában, ezért nincs kábítószer-turizmus Svédországban.

A svéd drogpolitika nagyon hatékonyan előzi meg a kábítószer-használatot, de úgy tűnik, hogy kevésbé hatékonyan előzi meg a kábítószer-használók drogfüggővé válását. Mindazonáltal nem szabad elfelejteni, hogy a kemény kábítószer-használat szintje Svédországban még mindig elmarad az uniós átlagtól. Ellentétben sok más országgal, széles körű politikai konszenzus van a drogpolitika területén. A drogmentes társadalom eszményképét nem csak az ország határain kívül, hanem azon belül is megkérdőjelezik.[181]

10.1.5. Amerikai Egyesült Államok

Az Amerikai Egyesült Államokban, amióta drogpolitika létezik, a büntető jellegű intézkedések és az utólagos beavatkozás preferálása volt jellemző. Ma is többszázezer ember ül büntetés-végrehajtási intézetekben fogyasztási mennyiségű kábítószer birtoklásáért. Ennek ellenére az Egyesült Államok területén bárhol könnyen beszerezhető gyakorlatilag bármilyen illegális kábítószer. Az utóbbi években ez a megbonthatatlannak hitt tendencia megváltozott, sorra születnek a törvények a marihuána dekriminalizása vagy éppen legalizációja érdekében.

[180] Boekhout van Solinge, Tim: *The Swedish Drug Control System. An in-depth review and analysis*. http://www.cedro-uva.org/lib/boekhout.swedish.pdf; Takács István Gábor: *Sikeres-e a svéd drogpolitika?* http://drogriporter.hu/node/250[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

[181] *Sweden's tough drug laws leave addicts behind*. http://www.thelocal.se/20140410/swedens-strict-anti-drug-laws[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

Az alábbi ábrából kitűnik, hogy az Egyesült Államokban a börtönlakók közel fele droggal való visszaélés miatt kapott szabadságvesztés-büntetést.

28. számú táblázat: **Bűncselekmények megoszlása**[182]

Címke	Bűncselekmény	Fogvatartottak	
		száma	%
a	banki és biztosítási bűncselekmények, hamisítás, sikkasztás	737	0,4
b	betörés, lopás, tulajdont sértő bűncselekmények	7994	3,9
c	bűnszövetkezetban részvétel	475	0,2
d	(bírósági) korrekciós ítéletek	663	0,3
e	kábítószer-bűncselekmények	100 867	49,8
f	zsarolás, csalás, vesztegetés	11 210	5,5
g	emberölés, súlyos testi sértés, emberrablás és más személy elleni erőszakos bűncselekmények	5683	2,8
h	migrációs bűncselekmények	21 057	10,4
i	egyéb bűncselekmények	1598	0,8
j	állam elleni bűncselekmények	77	0,0
k	rablás	7708	3,8
l	szexuális bűncselekmények	12 594	6,2
m	fegyverrel, robbanóanyaggal visszaélés, gyújtogatás	31 791	15,7

Az Egyesült Államokban a szövetségi törvények értelmében a kannabisz használata, értékesítése és birtoklása illegális, de a szövetségi kormány bejelentette, hogy ha az egyes államok akarják, dekriminalizálhatják a kannabisz rekreációs használatát, ha ennek pontos szabályozási rendszerét megteremtik. A szövetségi törvény indoklása szerint a kannabisz használata során nagy a veszélye a hozzászokásnak és nincs orvosi indoka a használatnak.

- 2002-ben Nevadában népszavazást írtak ki abban a kérdésben, hogy törvényes legyen-e akár 3 uncia (85 gramm) marihuana birtoklása 21 évnél idősebbek számára. A támogatók aránya 39% volt, így a kezdeményezés elbukott.2006-ban egy hasonló kezdeményezés történt, szintén Nevadában, ami már legalizálta és szabályozta volna a marihuána-termesztést és -birtoklást, legfeljebb 1 unciáig (28 gramm), a 21 évnél idősebbek számára. Ezen a szavazáson az igenek aránya 44% volt, így a szabályozást most sem vezették be.

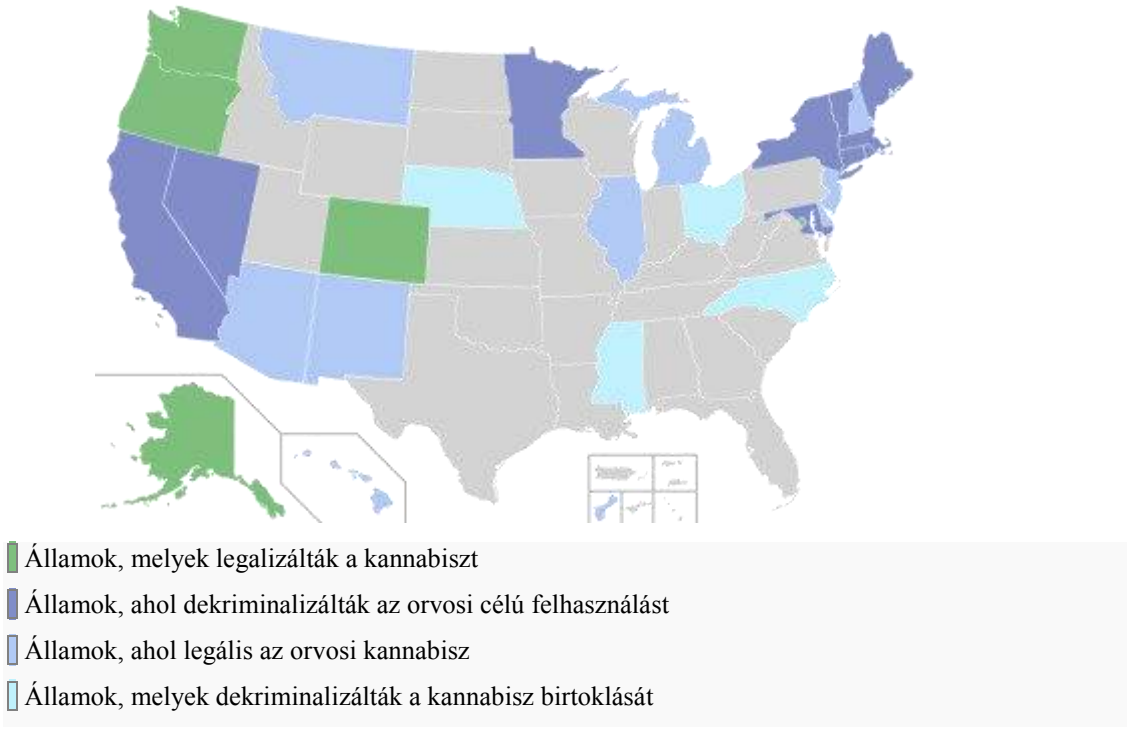
[182] Willams, Rollie: *It's No Longer Hard To Guess Why People Are In The Federal Prison.*http://www.upworthy.com/its-no-longer-hard-to-guess-why-people-are-in-federal-prison (Fordítás: a szerző) [Letöltés ideje: 2015. március 16.]

- 2006-ban Dél-Dakotában is szavaztak a kérdésben. A szavazók számára feltett kérdés az volt, hogy lehetővé tegyék-e az orvosi marihuána használatát, egészségügyileg indokolt esetben, orvos által ellenőrzött körülmények között. A támogatók 48%-kal alulmaradtak az ellenzőkkel szemben.
- 2009 júliusában *Gil Kerlikowske*, a Nemzeti Drogellenőrzési Hivatal igazgatója tisztázta a szövetségi kormány álláspontját, és kijelentette, hogy „a marihuána veszélyes és nincs gyógyászati előnye", és hogy „a legalizálás nem szerepel az elnök szótárában, és az enyémben sem".
- 2012. november 6-án népszavazást rendeztek Colorado és Washington államokban, melynek eredményeképpen legalizálták a rekreációs kannabiszhasználatot.

Ugyanakkor az egyes állami törvények nem mindig felelnek meg a szövetségi szabványnak. Számos állam dekriminalizálta a marihuánát különböző mértékben, más államokban mentességet élveznek a kifejezetten orvosi célú kannabiszhasználók.

Az Amerikai Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága (Supreme Court) kimondta az *Egyesült Államok kontra Oakland Cannabis Buyers' Cooperative* [532 U.S. 483(2001)] és a *Gonzales kontra Raich* [545 U.S. 1(2005)] ügyben, hogy a szövetségi kormány nem adja fel azt a jogát, hogy szabályozza és kriminalizálja a kannabiszt. Továbbá, hogy a szövetségi törvény még mindig elsőbbséget élvez.

29. számú ábra: **Szabályozás az egyes államokban**



10.1.6. Mexikó

2006-ban *Felipe Calderon* egykori mexikói elnök szövetkezett az Egyesült Államokkal a drogkartellek ellen. A megállapodás alapját az a tény képezte, hogy az Amerikai Egyesült Államokban forgalomba kerülő drogok, ezen belül kiemelten a kokain, a heroin, a metamfetamin és a marihuána jelentős része Mexikón keresztül érkezik az országba. A kínálatcsökkentési gondolkodás válasza kézenfekvő: zúzzuk szét a mexikói drogkartelleket, akkor megszűnik a drogok Egyesült Államokba való áramlása, így kvázi a drogprobléma is.

Véleményem szerint maga az alapelgondolás is sántít. Ugyanis, ha ez az eleve kudarcra ítélt vállalkozás sikerrel is járt volna, nyilván az államokban jelentkező jelentős drog iránti igényt más forrásokból elégítették volna ki. Kezdetben a helyi rendészeti és igazságügyi, valamint katonai erőkre támaszkodtak, megerősítve ezeket egyesült államokbeli pénzzel, eszközökkel. Ezekről a szervezetekről kiderült, hogy velejéig korruptak, sőt a korábbi kormányzatokkal karöltve jelentős mértékben felelősek a kartellek kialakulásáért, illetve megerősödéséért. 1995–2011 között a mexikói statisztikák szerint 100 000 (százezer!!!) ember halt erőszakos halált Mexikóban. A becslések szerint ennek 60%-a köthető a kábítószerekhez valamilyen módon.

2012-ben új elnök került hatalomra az országban, *Enrique Peña Nieto*. Ígéretet tett, hogy megfékezi az erőszakot, csökkenti az emberrablások és az emberölések számát, ami regnálásának első évében sikerült is neki. Új jelenség volt megfigyelhető az országban, önvédelmi mozgalmak, polgárőrségek kezdték el civil kezdeményezésre a harcot a kartellek ellen. Ezeket a kormányzat támogatásban részesíti. A nagyrészt helyi gazdákból álló önvédelmi csoportok felvették a küzdelmet a kartellek ellen olyan városokban, ahol ez a kormányerőknek sem sikerült. Ezen mozgalmak némelyike az utóbbi időben elindult az új kartellé válás útján. A legfrissebb hír pedig az Mexikóból, hogy felmerült a coloradoi és washingtoni példa, a marihuána dekriminalizációja és importálása. Az elnök egyelőre a „kapudrog-elmélet"-re való hivatkozással elutasította a kezdeményezést.

30. számú ábra:**Drogkartellek Mexikó területén**[183]

10.1.7. Összegzés

Összefoglalásként elmondható, hogy a kínálatcsökkentésre fordított erőfeszítések egyik országban sem hozták meg a várt eredményt. Ahogyan láthatjuk Mexikó példáján, akár soha nem látott károkat, polgárháború-közeli helyzetet is okozhat. A nyugat-európai példák jól mutatják, hogy a hosszú távú keresletcsökkentő programok és az ártalomcsökkentés valódi,

[183]Forrás: http://www.cfr.org/mexico/mexicos-drug-war/p13689 [Letöltés ideje: 2014. június 29.]

számokban, emberéletekben mérhető eredményt hoznak. Nem véletlenül vált ki óriási társadalmi vitákat bármilyen típusú kábítószer liberalizációja. Az biztos, hogy a jelenlegi helyzet nem tartható. Kijelenthető ez még akkor is, ha tudjuk, hogy a hazai drogfogyasztás nem közelíti meg sem a keleti, sem a nyugati szomszédjainknál tapasztalható mértéket.

Érdekes helyzet, hogy Lévay Miklós 1989-es véleménye a mai napig aktuális a nemzetközi összehasonlítás vizsgálata kapcsán: „ … az egyes országok között a kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika területén nagyon sok az eltérés és ezért nehéz a konszenzusra alkalmas együttműködési koncepció kialakítása. A kutatás legfontosabb eredménye éppen az egység hiányának feltárása. Az egység hiányának tudatosítása azért jelentős tudományos felismerés, illetve mint tény aggodalomra okot adó jellemzője a nyugat-európai kábítószer-problémával összefüggő kriminálpolitikának, mert Nyugat-Európa a nemzetközi drogkereskedelemben egységes hadműveleti területnek számít és az eltérő megítélés J. Meyer [184] szerint azt eredményezi, hogy a „hatályos büntetőjog legitimációja és érvényesítése kétségessé válik, ha az összehasonlító cselekményeket az egyik országban szigorúan büntetik, a másikban pedig tolerálják.” Összehasonlító elemzésében J. Meyer azt javasolja, hogy az eltérő megítélésű kérdésekben (pl. az egyéni fogyasztásra szánt drog beszerzésének és birtoklásának minősítése) az egyes országok kössenek ésszerű kompromisszumot.”[185]

[184] Betaubungsmittelstrafrecht in Westeuropa. Eine rechtsvergeichende Untesuchung im Auftrag des Bundeskriminalamts – with an English comparative analysis. Herausgegeben von Dr. Jürgen Meyr mit einem Vorwort von Professor Dr. Albin Eser. Freiburg i. Br. 1987. 815. o.

[185] Lévay Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika Nyugat-Európában. *Magyar Jog,* 1989. 9. 801. o.

10.2. A DEKRIMINALIZÁCIÓS MEGKÖZELÍTÉSMÓDRA ÉPÜLŐ DROGPOLITIKÁT FOLYTATÓ ORSZÁGOK

10.2.1. PORTUGÁLIA

Portugáliában a kábítószerrel kapcsolatos szabályozás alapja az azóta többször módosított 15/93. számú törvényerejű rendelet, ami a kereskedői és felhasználói elkövetők határozott megkülönböztetésével szabályozza a büntetéseket, receptírási előírásokat, jogosultságokat, felhatalmazásokat és ellenőrzési tevékenységet, valamint a gyógykezelési, megelőzési és nyomozási felelősséget – beleértve a pénzmosással kapcsolatos előírásokat. További jogszabályok határozzák meg a kezelésben közreműködő civil szervezetek felhatalmazásának és ellenőrzésének kérdését, a kábítószerfüggők kezelését és a megelőzést kézben tartó állami szervezetet, a pénzmosás ellenőrzését, valamint a Nemzeti Kábítószer Megelőzési Programot.

A kábítószernek minősülő készítmények felsorolását a fenti törvényerejű rendelet melléklete tartalmazza, hat folyamatosan frissített listában: ópium-, kokain- és kannabisz-származékok; hallucinogének, amfetamin-származékok és barbiturátok; kábítószer-készítmények; nyugtatók és altatószerek; illetve két külön listán szerepelnek a különböző alapanyagok és elővegyületek. A listáknak a kapcsolódó bűncselekmények súlyának meghatározásában van kiemelt szerepe.

Az 1999-ben kezdődött dekriminalizációs folyamatot megelőzően Portugáliában a kábítószer birtoklása és fogyasztása egyaránt bűncselekménynek számított. Ma a 30/2000. törvényben szabályozott módon a kis mennyiségű (átlagos fogyasztó tíznapi adagját meg nem haladó) kábítószer birtoklása esetén az elkövetőt – a kábítószer elkobzása mellett – egy jogászból, orvosból és szociális segítőből álló bizottsághoz irányítják, mely a fogyasztóval, illetve birtoklással gyanúsított személlyel folytatott személyes konzultáció során, személyes élethelyzetének vizsgálatával segít meghatározni a függőség kezelését és a rehabilitáció módját. A büntetés – bár a jogszabályok lehetővé teszik – ebben a szakaszban nem cél. Az üzleti célú kábítószer-kereskedelem visszaszorítása továbbra is a bűnüldöző szervek hatáskörében maradt.
A használt tűk nem megfelelő kezelése bírságot, vagy egy évig terjedő börtönbüntetést von maga után, míg a steril eszközök birtoklása felhasználói körben nem korlátozott.

A jogszabályváltozások napi szinten módosították a rendőrségi és a bírói gyakorlatot, határozottan megkülönböztetve a kereskedőkkel szembeni bűnüldözői fellépést és a kábítószerfüggők gyógykezelését. A gyógykezelés célja a társadalmi és egészségi kockázatok és károk csökkentése a nemzetközi gyakorlatból ismert eszközök széleskörű és összehangolt használatával: szociális és családügyi támogatás nélküli segítőközpontokkal, menekültszállásokkal, melegedőkkel, információs központokkal, mobil fertőzésmegelőző egységekkel, tűcserével, utcai csoportokkal, helyettesítő és ellenőrzött használói programokkal, melyek mindegyike lehetővé teszik a metadon használatát és a rendszeres tűcserét. Utóbbi keretén belül – a fertőző betegségek megelőzése érdekében – intravénás kábítószer használók számára két kísérleti börtönprogramban is engedélyezett a steril eszközök birtoklása.[186]

Amikor a portugál állam szigorú rendészeti módszerekkel próbálta visszaszorítani az illegális szerek fogyasztását, abban reménykedett, hogy ezzel elrettenti a fiatalokat. Nem így történt: a drogfogyasztók rejtőzködőbbé váltak és egyre többen osztották meg a használt fecskendőiket, ami a HIV-járvány rohamos terjedéséhez vezetett. A túladagolásokhoz nem merték kihívni a mentőket, ezért a halálesetek száma is vészesen szaporodott, akárcsak a drogfogyasztáshoz köthető beszerzési bűnözés. A bizottság számos szakembert, szülőt és fogyasztót meghallgatva úgy találta, hogy a fogyasztó büntetésével, megbélyegzésével az állam éppen az ellenkezőjét éri el annak, mint amit elérni akart, ezért azt javasolta a döntéshozóknak, hogy szüntessék meg a fogyasztók kriminalizálását, ellenben fektessenek több pénzt az ártalmak csökkentésére és a függők kezelésére. Így is lett, és ennek immár tíz éve.[187]

10.2.2. SVÁJC

A ’90-es évek elején Svájcban valódi krízishelyzet alakult ki: a nagyvárosok utcái megteltek hajléktalan heroinfüggőkkel, akik tömegével estek áldozatul a túladagolásoknak, a fecskendők

[186] Lásd *EMCDDA jelentés*, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html#; Kalmár Koppány: *Portugália*. http://drogriporter.hu/eurodrog/portugalia; továbbá Domosławski, Artur: *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*. Open Society Foundations, Warsaw, 2011. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-english-20120814.pdf[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

[187] Sárosi Péter: *Portugália: 10 évvel a dekriminalizáció után*. http://drogriporter.hu/node/2258; Greenwald, Glenn: *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies.* http://www.cato.org/publications/white-paper/drug-decriminalization-portugal-lessons-creating-fair-successful-drug-policies; Domosławski (2011): i. m. [Letöltés ideje: 2015. március 11. és március 13.]

megosztása során tömegesen fertőződtek meg HIV- és hepatitis-vírussal, jelentősen növelve a csekélyebb vagyon elleni bűncselekmények számát (ún. beszerzési bűnözés). A nyílt drogfogyasztói szcénák kialakulása valósággal sokkolta a svájci társadalmat, amely – a magyarországihoz hasonlóan – türelmetlenül sürgette a hatóságokat azonnali, látványos megoldásokat követelve. A hagyományos konzervatív drogpolitika – rendőrségi represszió, megelőzés és józanságot célzó kezelés – nem volt képes megfordítani a negatív trendeket. A rendőrségi razziák ugyan látványosak voltak, azonban csak annyit voltak képesek elérni, hogy a drogfüggők a város egyik végéből a másikba költöztek át – a problémákat csupán szőnyeg alá söpörni sikerült, megoldani nem.

Egyes városok önkormányzatai ezért olyan beavatkozásokkal kezdtek el kísérletezni, amelyeket hagyományosan a liberális drogpolitikához kötnek: steril fecskendőket és tűket osztottak a drogfogyasztók között, akiknek felajánlották, hogy az utcai heroin helyett orvos által felírt gyógyszereket szedhetnek. A heroinfüggők változásra leginkább képtelen kemény magjának orvosi heroint írtak fel, ezzel elérve azt, hogy napjaikat ne az illegális droghoz szükséges pénz előteremtésével (értsd: bűnözés) töltsék el. A drogfogyasztókat az utcákról ellenőrzött fogyasztói szobákba terelték be, ahol steril körülmények között adhatták be maguknak a szert, és a túladagolásos esetekben az orvosi személyzet azonnal közbeléphetett. Növelték emellett a nyomozó hatóságok munkájának hatékonyságát és a hagyományos, absztinenciát célzó kezelési formák elérhetőségét, akárcsak az iskolai prevencióra fordított pénzösszegeket.

Svájcban az ártalomcsökkentés és a prevenció nem egymást kizáró, hanem egymást kiegészítő elemek: A hagyományos konzervatív három pillér kiegészült egy negyedik, „liberális” pillérrel, az ártalomcsökkentéssel, amely a fentebb leírt programokat foglalja magában.

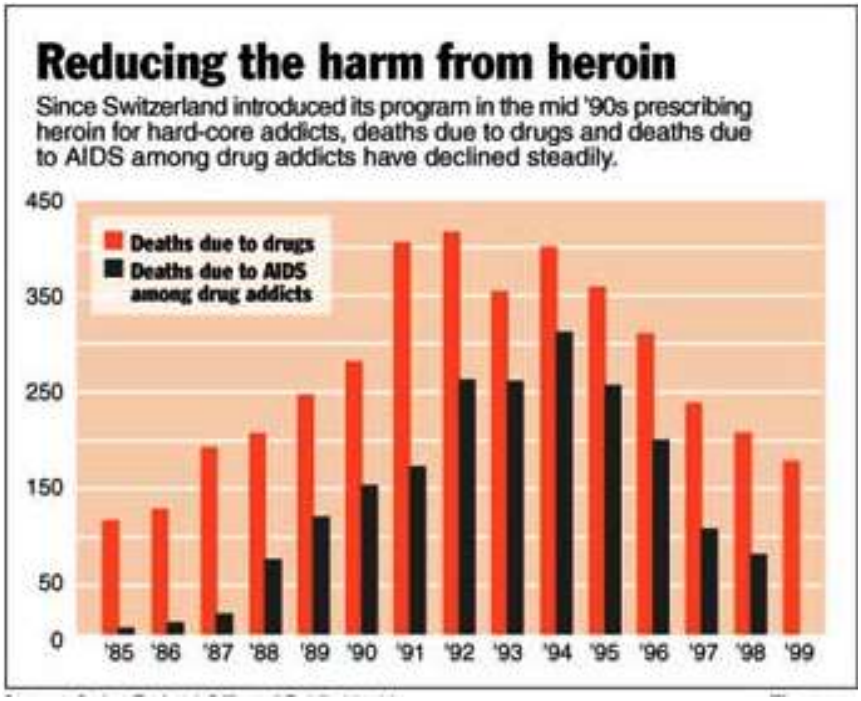
Az így kialakult négypilléres svájci drogpolitika sikereit világosan mutatják az elmúlt húsz év statisztikái. Jelentősen csökkent a túladagolásos halálesetek, a HIV fertőzések száma és a bűnözés. A kezdeti félelmekkel szemben az orvosi heroin-felíró programokon részt vevő függők jelentős része néhány éven belül átiratkozott józanságot célzó terápiára – hiszen közben sikerült konszolidálniuk életkörülményeiket. A nyílt utcai drogszcénák eltűntek,

akárcsak az utcán szétdobált fecskendők, a fogyasztói szobákban pedig azóta sem regisztráltak egyetlen túladagolásos halálesetet sem.[188]

Kutatások szerint az alpesi országban az elmúlt évtizedben alkalmazott úttörő módszerek jelentősen csökkentették a drogproblémákat.

Két zürichi tudós, *Carlos Nordt* és *Rudolf Stohler* a *The Lancet* című rangos egészségügyi folyóiratban jelentette meg annak a kutatásnak az eredményeit, amely 13 év adatai alapján elemezte az ország különféle ártalomcsökkentő programjainak hatékonyságát. Mintegy 7250 zürichi heroinfüggőt vontak be a vizsgálatba, akik 1991 és 2001 között valamilyen fenntartó terápiában (metadon, buprenorfin vagy heroinfelíró programon) vettek részt. Amikor a kilencvenes évek elején Zürichben beindították az első ilyen programokat, akkor az ellenzők azt vizionálták, hogy az ártalomcsökkentés hatására a fogyasztók száma drámaian emelkedni fog. A kutatás eredményei éppen ennek ellenkezőjére engedtek következtetni: a statisztika szerint a heroinhasználat incidenciája (tehát az új használók aránya) évről évre mintegy 4 százalékkal, 1990 óta összesen 82 százalékkal csökkent (1990-ben 850, 2002-ben 150).

17. számú ábra: **A heroin okozta károk csökkentése**



Forrás: Swiss Federal Office of Public Health

[188] Sárosi Péter: *Tanuljunk Svájctól drogpolitikát!*http://ataszjelenti.blog.hu/2011/01/27/tanuljunksvajctol [Letöltés ideje: 2015. március 13.]

Ruth Dreifuss korábbi belügyminiszter – akit az úttörő drogpolitikai intézkedései miatt egyesek a „nemzet dílere” névvel illetnek – a legalizációs kampány egyik kulcsfigurája. Egyik javaslata, hogy egy genfi elképzelés mintájára létesítsenek kannabisz klubokat. Az olyan nagyobb városok, mint Genf, Bern, Basel és Zürich szakmai körben már kidolgozták egy lehetséges mintaprojekt terveit.

> ”Egy új modellel való kísérletezést indítványozunk, hogy bizonyítékokkal támaszthassuk alá a szabályozás feketepiacra, bűnözésre és közegészségre gyakorolt hatását. A Globális Drogpolitikai Bizottságban is tagsággal rendelkező Dreifuss ezt így magyarázta: A mintaprojekt tapasztalatot és tényeket fog nyújtani, amikkel új politikát alkothatunk.

Az elképzelés szerint olyan klubok jönnének létre, ahol a 18 év fölöttiek szabályozott környezetben fogyaszthatnának marihuánát. Az eredeti koncepciót 2005-ben ismertette a 140 civil szervezetet magába tömörítő Európai Civil Szervezetek Tanácsa az Igazságos és Hatékony Drogpolitikáért (ENCOD).

Más európai országokhoz hasonlóan Svájcban is a kannabisz a legelterjedtebben használt illegális szer, amit egy friss felmérés alapján a társadalom 29 százaléka fogyasztott már valamikor az élete során. Körülbelül félmillióan (5,7%) fogyasztottak az elmúlt évben is, amivel szabálysértést követtek el. A tíz grammnál kevesebb kannabisz birtoklását 100 svájci frank (kb. 25 000 forint) bírsággal büntetik. A nemzeti törvények alkalmazásakor azonban a svájci kantonok hatóságai mérlegelhetik a büntetések kiszabását és gyakran eltekintenek a pénzbírságtól. Így a mintaprojekt esetén a kantonokban nem is lenne szükség legalizációra, csupán a marihuána-használat megtűrésére a kannabisz klubokban.

A konzervatív pártok és érdekcsoportok szerint azonban az absztinencia és a szigor az egyedüli megoldás. A nagyobb városok – melyekben napi szinten szembesülhetünk a fűszívó fiatalokkal – egy direktebb megközelítésben gondolkodnak: a piaci szabályozásban és a felnőttek számára engedélyezett kannabisz használatában. A projektek tudományos elemzésnek vennék alá a kannabisz használatát a jelenlegi törvényi keretek között. A coloradói és a washingtoni mintához hasonlóan Svájcban is lokális megoldásokban gondolkodnak, mert a teljes nemzeti szabályozás megváltoztatása valószerűtlennek tűnik a közeljövőben.[189]

[189] Britt, Chantal: *Cannabis legalisation returns to Swiss agenda*. http://www.swissinfo.ch/eng/cannabis-legalisation-returns-to-swiss-agenda/41119824[Letöltés ideje: 2015. március 13.]

”– A helyzet nem kielégítő. Nélkülözhetetlen, hogy javítsunk rajta és megoldást találjunk – fűzte hozzá Teuscher. – Társadalmi szinten kell foglalkoznunk a kérdéssel. Sokat nyerhetünk rajta és nincs vesztenivalónk.

10.2.3. HOLLANDIA

A holland drogpolitikában a kulcsfogalom az ún. ártalomcsökkentő drogpolitika, melynek célja a drogok által kifejtett ártalmas hatások minimalizálása. Ennek a politikának csupán egyetlen láncszeme az a jogi lépés, melyet a holland drogpolitika kapcsán a legtöbbször emlegetnek, nevezetesen a könnyűdrogok „legalizációja”.

Azért áll idézőjelben ez a kifejezés, mivel Hollandiában a kenderszármazékok sosem lettek „legalizálva”, valójában csak a csekély mennyiségű kender termesztése, birtoklása és eladása lett dekriminalizálva. A holland ártalomcsökkentő drogpolitika más elemei ritkábban kerülnek szóba: a hatékony ifjúsági prevenciós és rehabilitációs programok, a metadon-program, a tűcsere-program és az ún. „szabad zónák” rendszere.

1975-ben az új kabinet egy törvényjavaslattal állt elő, melynek három eleme volt:

1. az amfetamin kereskedelme elleni szigorítások bevezetése;
2. a kenderszármazékok és a kemény drogok (ahogy a törvény fogalmaz, az „elfogathatatlan kockázatot” jelentő kábítószerek) kereskedelme közötti éles határvonal meghúzása;
3. a kender saját használatra történő használatának és birtoklásának bűncselekményből szabálysértéssé történő visszaminősítése.

A törvényjavaslatban a kormány az engedélyezett mennyiség határát 30 grammra tette, mely azon a számításon alapult, hogy egy átlagos használónak ez két hétre elegendő, belekalkulálva azt is, hogy „megoszthassa azt barátaival”.

A parlament megvitatta még az ún. „házi dílerek” problémáját is, akik csekély mennyiségben kendert árusítanak. A kormány álláspontja szerint ebben a kérdésben a legfontosabb a piacok szétválasztása, mely a gyakorlatban azt jelenti, hogy a fiatalok anélkül is hozzájussanak a

kenderhez, hogy más, keményebb drogokkal kínálják meg őket. Ezért a törvény végrehajtásában a kis mennyiségben marihuánát árusító „házi dílereket” szintén dekriminalizálták, feltéve ha nem árulnak más drogokat és nem lépik át a 30 grammos limitet. Ez a döntés lett az alapja hosszú évekig a holland coffee shopok (marihuánát árusító kávéházak) és a hatóságok közötti kompromisszumnak.

Fontos, hogy a törvény megkülönbözteti egymástól a használót és a birtoklót is: a használat önmagában nem számít ugyanis bűncselekménynek, csak a birtoklás. Elméletileg egyhónapos börtön szabható ki 30 grammnál kevesebb kender birtoklása miatt, a gyakorlatban azonban ezt sosem hajtották végre. A heroin és kokain kereskedelme miatt azonban akár 12 éves börtönbüntetés is kiszabható, melyet súlyosbító körülmények esetén akár 16 évre is felemelhetnek. A kemény drogokkal kereskedő bűnözőket tehát ezután is szigorúan megbüntették.

Az 1976-os módosított Ópiumtörvény mindazonáltal mérföldkő volt a holland és a nemzetközi drogpolitikában. A törvény meghozatala után a Legfelsőbb Bíróság egy olyan utasítást adott ki, mely pontosan és a gyakorlati szintre lebontva rendelkezik annak végrehajtásáról. Eszerint a rendőrség számára elsőszámú feladat a keménydrog-kereskedelem elleni küzdelem. A kenderrel kapcsolatosan az utasítás a nem-beavatkozást írja elő a rendőrség számára a csekély mennyiségű birtoklás és kereskedelem esetében. A helyi szinten ez egy háromoldalú egyeztetés útján ment végbe a bíró, a rendőrség és a polgármester között, akik megállapodtak a tolerancia kereteiről és mértékéről, tehát hogy mennyi és milyen coffee shop kap működési engedélyt.

Az utasítás előírja, hogy bizonyos körülmények között a kenderárusítókat is üldözni kell, mégpedig:

- ha 18 (némely városban 16) éven aluliaknak történik az árusítás,
- ha átlépik a mennyiségi limitet,
- ha külföldieknek árulnak,
- ha nyilvános botrányt vagy zavart okoznak.

Egészen a hetvenes évek elejéig a keménydrog-fogyasztás nem jelentett komoly problémát Hollandiában, azonban 1972 után, az első komolyabb heroinszállítmányok megérkezését követően ez a helyzet gyökeresen megváltozott a nemzetközi tendenciáknak megfelelően.

Főleg a bevándorlók és etnikai kisebbségek között vált súlyossá a helyzet. A ’80-as évek elején aztán két újabb probléma is jelentkezett: az AIDS, amely elsősorban az intravénás fecskendőkön és védekezés nélküli szexuális kapcsolatok útján terjedt a heroinisták között;a másik probléma a növekvő számú, drogfüggők által elkövetett kisebb-nagyobb bűncselekmény (elsősorban lopás, betörés)volt, mely a holland polgárok biztonságérzetét ásta alá.

A holland drogbeteg-ellátási rendszere az egyik legfejlettebb a világon. Alapvetően négyféle intézményből áll:

1) *Konzultációs központok (CAD)*. Ezek az államilag finanszírozott intézmények 16 fő- és 44 alágazatra vannak felosztva, 45 konzultációs irodával rendelkeznek az országban. Céljuk egyrészt a felvilágosítás a drogok ártalmaival kapcsolatban, tájékoztatás a kevésbé ártalmas droghasználati módozatokról. Ilyen például a heroinisták esetében az intravénás adagolás helyett más módok javasolása, mely területen Hollandia kedvező eredményeket ért el (Hollandiában az intravénás használók aránya 5–10%-kal alacsonyabb, mint az EU átlag). Ez nagyban hozzájárul a HIV-fertőzések visszaszorításához is, akárcsak az ún. tűcsere-program, melynek során a hatóságok drogosok által alapított képviseleti csoportoknak (ún. junkie-unions) eladnak steril fecskendőket, akik aztán azt szétosztják a helyi drogfogyasztók között.

2) *Metadon program*. Számos nagyvárosban a heroinisták hozzájuthatnak metadonhoz, amely anélkül csökkenti az elvonási tüneteket, hogy a heroinhoz hasonló eufórikus élményt okozna, így lehetővé teszi a kvázi-normális életet drogfüggőknek. Hollandiában a heroinisták 40%-a, kb. 60 városban hétezer ember részesül metadon kezelésben (Magyarországon ez az arány mindössze 15%).

3)*Szociális-jóléti szolgáltatások*. Léteznek olyan programok is, melyek a drogfogyasztók visszailleszkedését segítik elő a társadalomba, elsősorban munkát és segélyeket kínálva nekik. A volt drogosokat gyakran a prevenciós programokban és a konzultációs irodákban helyezik el, hogy sorstársaiknak segítséget nyújthassanak – hiszen ezt ők tudják talán a legjobban megtenni. 90 ilyen program működik Hollandiában 45 településen. Figyelembe veszik a kisebbségek beilleszkedési nehézségeit is (közülük pl. a surinami gyarmatról érkezők körében nagy a veszélyeztetettség).

4)*Bentlakásos rehabilitációs intézetek*. Ezek a rehabilitációs intézetek vagy önálló klinikák, vagy pszichiátriai klinikák osztályai. Feladatuk kettős: a) kríziselhárítás és

detoxikáció; b) elvonókúra. Hollandiában ma 12 ilyen klinika körülbelül 1500–2000 férőhelyet képes biztosítani.

A könnyűdrogok kategóriájába Hollandiában valójában csak egyetlen növény, a kender (Cannabis Sativa ill. Indica) és annak származékai (virágzata, a marihuána és szárából kisajtolt gyantája, a hasis) állnak. A kender árusítása kis mennyiségben illegális ugyan, azonban csak kisebb kihágásnak minősül, mely ellen a hatóságok nem lépnek fel. Az árusítás az ún. (hash) coffee shopokban történik, melyek sajátos szubkultúrát hoztak létre Hollandiában az évtizedek során, és rengeteg turistát vonzanak évről évre. A *koffiehuis* intézménye Hollandiában valójában sokkal régebbi időkre nyúlik vissza, mint a marihuána és hasis általános fogyasztásának története: a kettő csak a 60-as évek végén találkozott egymással. A hollandok már évszázadok óta alkoholmentes kávéházakba jártak, hogy találkozzanak barátaikkal, ismerőseikkel.

A holland könnyűdrog-politika azonban éppen ellentmondásos, inkonzisztens, következetlen volta miatt nem tekinthető teljességgel sikersztorinak. A törvényt a hatóságok gyakorlatilag „gumitörvényként" alkalmazzák, és a társadalmi megítélése sem egyöntetű. *Jansen* találóan „véletlenül intelligens politikának" (accidentally intelligent policy) nevezi a holland könnyűdrog-politikát, mely alatt azt érti, hogy a bár a holland joggyakorlat hatékonyabban és humánusabban kezeli a problémákat, mint a legtöbb európai ország, azonban nincs összhangban a törvényekkel és a nemzetközi előírásokkal. Ha a statisztikai adatokat nézzük, azok Hollandiát igazolják: a kenderfogyasztók aránya egyáltalán nem magasabb itt a többi Európai ország hasonló adatainál, és egyértelműen alacsonyabb az amerikai adatoknál. Egy 1997-es felmérés szerint a lakosság 2,5%-ka használt marihuánát a legutóbbi hónapban, ugyanez a szám az USA-ban ugyanebben az évben 5,1% volt.[190]

Maastricht városában az önkormányzat 2006-ban egy rendeletet alkotott, amely megtiltotta a külföldiek számára a coffee shopokban történő fűvásárlást. A legfőbb holland bírói szerv az Államtanácsig (Raad van State), 2011. június végén hozta meg döntését az ügyben.

[190] Forrás: *Tiltás és legalizáció között: A holland drogpolitika*. http://www.sababa.nl/hu/650/[Letöltés ideje: 2015. március 13.]
Van Harten, Coen – Meijer, Remco: Hoe hashiesj en marihuana ingeburgerd raakten. *Elsevier*, Jrg 46 (3March), pp. 13–17, 1990. Hivatkozza: Jansen, Mila A. C.: *The Development of a "Legal" Consumers' Market for Cannabis: The "Coffee Shop" Phenomenon*. In: Leuw, Ed – Marshall, Ineke Haen (Eds.): *Between Prohibition and Legalization: The Dutch Experiment in Drug Policy*. Kugler Publications, Amsterdam–New York, 1994, pp. 169–181.

A legfőbb holland bírói szerv, az Államtanács (Raad van State), 2011. június végén hozta meg döntését az ügyben. Határozata szerinta coffee shopok bezárása törvénytelen volt, és az tovább árusíthatják a kannabiszt a külföldi turisták számára. A városi önkormányzatok ugyanis rendeleti úton nem akadályozhatják meg a külföldieket a fűvásárlásban – erre kizárólag a parlament jogosult. Megerősítette ugyanakkor az Államtanács az Európai Bíróság decemberi határozatában foglaltakat: a holland államnak elvi szinten lehetősége van arra, hogy a drogturizmus és az azzal együtt járó közbiztonság-romlás miatt korlátozzák a coffee shopok vásárlóinak körét állampolgárság szerint. A holland városok nem támogatják egységesen a kormány álláspontját: az önkormányzatok többsége nem szeretné bezárni a coffee shopokat a turisták előtt, és számít az ebből befolyó jelentős (országos szinten évi kb. 400 millió eurós) adóra. Ennek ellenére 2012-ben bevezették az új szabályozást, ami alapján a határmenti városokban igazolványt, ún. wietpas-t kell kiváltania azoknak a holland állampolgároknak, akik kannabiszt szeretnének vásárolni a coffee shopokban.

A fenti döntés elleni per 2012 júniusában kezdődött és a hágai bíróság egy év vizsgálat után arra az eredményre jutott, hogy azok az intézkedések, melyek zárt klubokká próbálták alakítani a coffee shopokat, túlságosan kemények voltak. A 2013. június 5-én meghozott ítéletében a bíróság kimondta, hogy a regisztráció nem csak a külföldi vendégeket tartotta távol, de elrettentette a helyi látogatókat is, ez pedig jelentős bevételkiesést generált a kannabiszkávézóknak, amit a kormánynak kompenzálnia kell.[191]

10.2.4. CSEHORSZÁG

2010 januárjában életbe lépett Csehország új kábítószeres törvénye. Eszerint bárki nevelhet otthon öt indiai kendertövet, tarthat legálisan 15 gramm szárított marihuánát, 2 gramm amfetamint, kokaint és heroint. A dekriminalizáció annyit jelent, hogy bűncselekményből szabálysértéssé enyhült a csekély mennyiség birtoklása személyes használatra és hogy az így felszabadult források jelentős része a szociális ellátórendszer fejlesztésébe folyik.

2013-ban *Václav Klaus* elnök aláírta a jogszabályt, ami legálissá teszi a marihuána használatát orvosi célból a Cseh Köztársaságban. A jogszabályt a parlament mindkét házában jóváhagyták. A betegeknek szükséges egy recept egy orvostól, hogy a kender-alapú gyógyszerhez hozzájussanak a gyógyszertárakban. Az erős, olykor szinte elviselhetetlen

[191] Forrás: http://planet.infowars.com/worldnews/europe/netherlands-bans-foreigners-from-cannabis-cafes-new-cannabis-rules-are-not-working[Letöltés ideje: 2015. március 13.]

fájdalom csillapítására szolgáló pirulákat onkológus, neurológus, reumatológus vagy pszichiáter írhatja fel. A recepttel rendelkező, krónikus fájdalomban, rákban, reumában, epilepsziában, Sclerosis Multiplexben szenvedő és HIV-vel élő betegek havonta maximum 30 gramm kannabiszt vásárolhatnak, grammonként körülbelül 300 koronáért. A fajták THC-tartalma 6–19% között alakul. A kannabiszt fogyasztó betegek számára korlátozzák a járművezetést és a nehézgépekkel történő munkát. A kannabisz használatára két módszert javasolnak: a vaporizerrel történő párologtatást és az ételben történő elfogyasztást. A kezelést az egészségbiztosítás nem támogatja. *Svatopluk Nemecek* egészségügyi miniszter hangsúlyozta, hogy az árusítás kizárólag gyógyászati célokat szolgál, semmiképpen sem jelenti a marihuána legalizálását. Ebben viszont az intézkedés ellenzői kételkednek.[192]

10.3.Vegyes drogpolitikát folytató országok

10.3.1. GÖRÖGORSZÁG

A görög jogszabályok nem különböztetik meg az ellenőrzött anyagok kategóriáit. Az 1729/*1987-es büntetőtörvény* szerint „az a személy, aki bármilyen csekély mennyiségben bármilyen illegális drogot saját használatra birtokol […] szabadságvesztéssel büntetendő.” A törvény szerint ugyanakkor a „*drogfüggőnek*” nyilvánított személyek enyhébb elbírálásban részesülnek, átirányítják őket egy kezelési programra.

„A görög parlament által elfogadott 3189/2003-as büntetőtörvény *2003* októberében lépett életbe, és három fontos változást hozott a drogtörvénykezésben:

1. Azok a *nem drogfüggő személyek*, akiket olyan mennyiséggel fognak el, mely „bizonyosan csak a saját igényeik” kielégítésére szolgál, az eddigi maximum 5 év helyett csupán 10 naptól egy évig terjedő elzárással büntethetők.
2. Ezután az ügyész köteles a *büntetőeljárást felfüggeszteni* azon személyek ellen, akik terápiás programban vesznek részt, míg korábban ez az ügyész saját döntéskörébe tartozott.
3. Azok a kedvezmények, amelyeket eddig csupán a detoxikáló programokban résztvevő személyek kaptak meg (mint pl. az előbb említett kedvezmény), ezek után járnak a *metadon fenntartó kezelésben* résztvevőknek is.

[192]*Czech Republic: Law Legalizes the Use of Marijuana for Medical Purposes.*http://www.nytimes.com/2013/02/16/world/europe/czech-republic-law-legalizes-the-use-of-marijuana-for-medical-purposes.html?_r=1[Letöltés ideje: 2015. március 13.]

Az illegális drogok *terjesztésén* rajtakapott személyeket szigorú, *akár életfogytig tartó* börtönbüntetéssel fenyegetik a görög jogszabályok. Egyetlen kivételt a *függőnek* nyilvánított személyek képeznek, akik egytől tíz évig terjedő szabadságvesztésre ítélhetők."[193]

„A korai előrejelző rendszerek 2011-ben Görögországban és Romániában a HIV járványos terjedését fedezték fel, ami miatt mindkét országban gyors válaszlépéseket szorgalmaztak. Az ECDC és az EMCDDA az Európai Bizottság felhívására reagálva gyorsan felmérte az újabb európai HIV-járványkitörések kockázatát (EMCDDA és ECDC, 2012). Görögországban az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzött intravénás szerhasználók száma a2010-ig megfigyelt évi 9-19 esetről 2011-ben 241 esetre emelkedett, Romániában pedig a2010-ig látott évi 1-6 esetről 2011-ben 114 esetre nőtt. Miközben e növekedésekre úgy került sor, hogy eközben Görögországban és Romániában alacsony szintű volt vagy csökkent a prevenciós szolgáltatások biztosítása, más tényezők is szerepet játszhattak, például a stimulánsok megnövekedett használata. A járványkitörésekre reagálva Görögország jelentősen kibővítette a tű- és fecskendőcsere-programok hatókörét és a drogfogyasztók kezelésére szolgáló kapacitásokat, amihez 2011. decemberben 22 új opioid-helyettesítő egységet indított el. A gyors kockázatértékelő jelentés felvetette, hogy több másik uniós országban is fennáll ahasonló járványkitörések lehetősége, tekintettel a bejelentett hepatitis C-fertőzés eseteinek növekedésére (az injektálással járó kockázat egyik mutatója) és a HIV prevenciós szolgáltatások csekély lefedettségére."[194]

Marianella Kloka a PRAKSIS (Programs of Development, Social Support and Medical Cooperation) civilszervezet munkatársaként a Görögországban kitört HIV-járvány leküzdésének folyamatáról számolt be.[195]„A 2011-ben észlelt a HIV-előfordulás megugrásakor az egészségügyi miniszter rögtön nemzetközi segítségért folyamodott. Hét alapvető tevékenységi javaslatot kaptak:

1. Tűcsere
2. Oltás hepatitis A és B ellen, HIV fertőzöttek speciális ellátása

[193]http://drogriporter.hu/eurodrog/gorogorszag [Letöltés ideje: 2015. március 13.]
[194]Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja: *A kábítószer-probléma Európában*. Európai Unió Hivatala, Luxembourg, 2012, 87. o. (továbbiakban: EMCDDA jelentés). http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/emcdda_ar_2012_hu.pdf
[195]*Marianella Kloka* előadása a TASZ által hazánkban, 2014. december 15-én szervezett Ártalomcsökkentő Konferencián.http://drogriporter.hu/artcsokk2014[Letöltés ideje: 2015. március 13.]

3. Opiát-szubsztitúciós terápia biztosítása mindenki számára, aki igénybe szeretné venni
4. TBC-vizsgálat, megelőzés
5. Antiretrovirális terápia az egészségügyi támogatási állapottól függetlenül
6. Egészségügyi felvilágosítás a célcsoportnak
7. Célzott szolgáltatások az intravénás használóknak

A görög Nemzeti Drogmegelőzési Szervezet (OKANA) felkérte a civileket az együttműködésre. Görögország ebben az időszakban kiváló példát nyújtott a kormányzati és civil összefogás eredményességére a drogterületen: a 2012–2013-as évekre sikerült elérni a WHO által ideálisnak ítélt, intravénás droghasználókénti havi 200 tű biztosítását; támogatások érkeztek az Uniós közösségtől és civil donoroktól; valamint a droghasználókat is sikerült bevonni a tevékenységekbe. Az új HIV-fertőzések aránya az intézkedéseket követően látványos csökkenésnek indult:*2010-ben 15; 2011-ben 213; 2012-ben 514; 2013-ban 239; 2014 novemberéig pedig 84 új HIV fertőzöttet szűrtek ki.*

A görög ártalomcsökkentés a jövőben további kihívásokkal néz szembe: még mindig sokat kell várni az opiát-szubsztitúciós terápiába kerülésre; a droghasználó szobák működését ki kell emelni a szürke zónából és törvényessé kell tenni őket; különös figyelmet kell fordítani a hepatitis- és a TBC-fertőzések megelőzésére; javítani kell a hozzáférhetőséget a szolgáltatásokhoz a szabad és a fogvatartott droghasználók körében egyaránt; javítani kell a kondomprogramok elérését és növelni kell az intravénás szerhasználókkal foglalkozó szakértők számát. Bővíteni kell az óvszer forgalmazását a nemi úton terjedő betegségek megelőzése érdekében az intravénás droghasználók és szexuális partnereik körében."

10.3.2. ROMÁNIA

A 2014 februárjában hatályba lépett új büntető törvénykönyv rendelkezései alapján a kábítószer-használók mostantól pénzbírsággal vagy közérdekű munkával is megúszhatják. Bár a törvény kijelenti, hogy a személyes használatra történő kábítószer tartásáért 3 hónaptól 2 évig terjedő szabadságvesztés vagy pénzbírság szabható ki, a közérdekű munka kiválthatja vagy kiegészítheti mind a pénzbírságot, mind a börtönbüntetést. A büntetés nem pusztán szabálysértési, de büntetőjogi szankciót is magába foglal, vagyis bűnügyi nyilvántartásba vétellel jár. A rendőrség azonban csekély mennyiségű kábítószer vagy akár csekély

mennyiséggel való kereskedelem esetén – például néhány marihuánás cigaretta, néhány adag heroin vagy ismeretlen szerek tartása műanyagtasakban – gyakran a másik lehetőséghez fordul és a szabálysértési törvény alapján szab ki büntetést, például rendzavarás miatt, amit a súlyosabb büntetések alternatívájaként a fogyasztók szívesen el is fogadnak.

Az új szabályozás világosabban elválasztja a droghasználót, és a haszonszerzési céllal kereskedőt. A büntetési tételek csökkentése egy közbenső lépés a személyes célú kábítószerbirtoklás dekriminalizálása felé, mely majd lehetővé teszi a kábítószer-használóknak, hogy szükség esetén jogi következményektől való félelem nélkül vehessenek igénybe egészségügyi és szociális szolgáltatásokat mindaddig, míg a kábítószer használatuk nem veszélyezteti a közbiztonságot.[196]

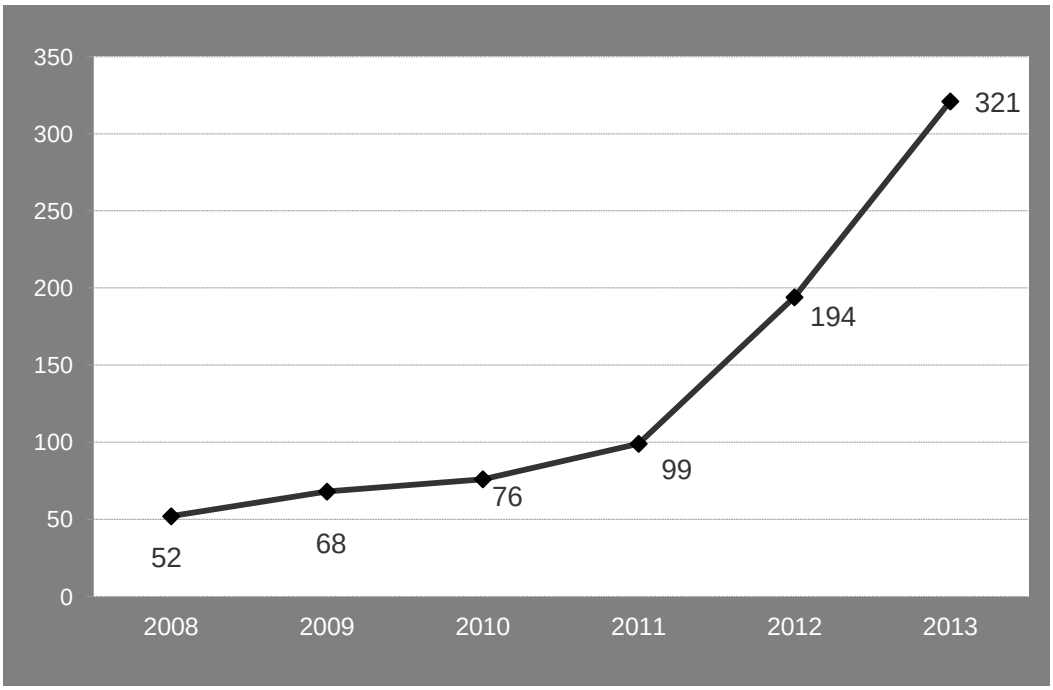
A 2000-ben Romániában indult tűcsere-program hamar napi száz klienst látott el és sokszor kellett rendőri atrocitással szembenézni. Öt évvel később a rendőrség is elismerte a programok szükségességét, melyek addigra már ötezer injektáló droghasználót értek el. A 2007-től kialakult optimális működésnek a 2010-es krízis vetett véget, mely során a fő támogató Globális Alap kivonult Romániából és a UNODC is befejezte az ártalomcsökkentő programját az országban. Ebben az évben még csak két HIV-fertőzött droghasználót szűrtek ki, de 2011-ben már hatvankettőt. Görögországgal ellentétben, a román kormány lassabban és csekélyebb együttműködéssel reagált, ezért a droghasználók 2012-ben szerveződni kezdtek, és közös nyilatkozatot adtak ki, egy évvel később pedig tüntetést szerveztek a drogfogyasztók büntetése ellen. 2014-re némelyest csökkent az új fertőzöttek száma, de a szolgáltatók továbbra is a kormány segítségét várják.[197]

10. számú ábra: **Kiszűrt droghasználók száma a román börtönökben**

Forrás: A szerző által készített ábra a lenti idézett előadás alapján

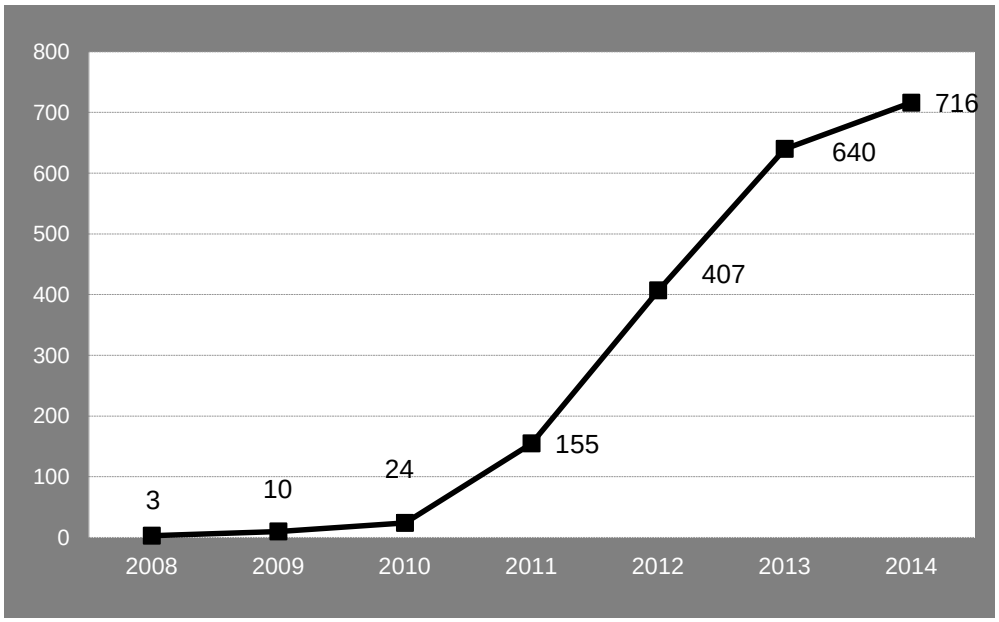
[196]Iancu, Ştefan: *Dacă eşti prins fumând un cui, acum poţi să-ţi plăteşti amenda în rate.* http://www.vice.com/ro/read/daca-esti-prins-fumand-un-cui-acum-poti-sa-ti-platesti-amenda-in-rate-121Magyar nyelven elérhető: Kardos Tamás: *Románia: az új Btk. csökkenti a kábítószerrel visszaélés büntetési tételeit.*http://drogriporter.hu/romanbtk[Letöltés ideje: 2015. március 13.]

[197]*Valentin Simionov*, a Romanian Harm Reduction Network (RHRN) projektvezetője a román ártalom-csökkentés új kihívásait ismertette a TASZ által hazánkban, 2014. december 15-én szervezett Ártalomcsökkentő Konferencián. http://drogriporter.hu/artcsokk2014[Letöltés ideje: 2015. március 13.]



11. számú ábra: **Kiszűrt HIV-fertőzött drogfogyasztók számának alakulása Romániában 2008–2014 között**

Forrás: A szerző által készített ábra a fenti idézett előadás alapján



10.3.3. OLASZORSZÁG

Az 1992-es olasz drogtörvény az ellenőrzött anyagokat hat osztályba sorolta be:

I. ópiátok és kokain
II. kannabisz
III. nagyon addiktív barbiturátok
IV. gyógyászati anyagok
V. drogokat tartalmazó speciális készítmények
VI. stimulánsok

A különböző kategóriákba tartozó anyagokkal való visszaélést különböző súllyal ítélik meg a jogszabályok. Ha valakit aII. vagy IV. osztályba tartozó drogok személyes használat céljából történő birtoklásán érnek, az illető személyt vagy képviselőjét a helyi rendőrfőnök irodájába rendelik kihallgatásra. Ha a gyanúsított beleegyezik, hogy nem követi el többször ezt a bűncselekményt, akkor eltekintenek a további eljárástól, és egy írásbeli figyelmeztetést küldenek neki a drogok veszélyeiről.

Többszöri visszaesők esetében a rendőrség bevonhatja a jogosítványt, útlevelet, fegyvervásárlási engedélyt és hasonló dokumentumokat, megtilthatja a lakóhely elhagyását is. A veszélyesebbnek nyilvánított drogok birtoklói esetében a szankciók tovább tartanak (4 hónap).

A kereskedelmi szándékkal történő birtoklásesetén a jogszabályok nyolctól húsz évig terjedő szabadságvesztést és/vagy huszonötezertől kétszázötvenezer euróig terjedő bírságot helyeznek kilátásba az I. és III. osztályba, egytől hat évig terjedő szabadságvesztést és kétezer hatszáztól huszonhatezer euróig terjedő pénzbírságot a II. és IV. osztályba tartozó drogok esetén.

Olaszország Alkotmánybírósága 2014. február 12-én eltörölte azt a törvényt, amely megtriplázta a kannabisz értékesítéséért, termesztéséért és birtoklásáért járó büntetéseket, amely a börtönök túltelítettségéhez vezetett.
Az Alkotmánybíróság illegitimnek nyilvánította a 2006-ban *Silvio Berlusconi* konzervatív kormánya alatt született törvényt. Egyes becslések szerint a döntés eredményeként tízezer fogvatartott szabadulhat ki a börtönökből. A börtönjoggal foglalkozó Antigoné Csoport szerint ez a törvény volt a börtönpopuláció megugrásának elsődleges oka, akik szerint a fogvatartottak 40%-a kábítószerekkel kapcsolatos cselekmények miatt került rács mögé.

Az olasz börtönök a leginkább túltelítettek az Európai Unióban 62 000 fogvatartottal, akiket 48 000 fő számára kialakított cellákba zsúfolnak be.

A törvény a marihuánát és a hasist a kokain és a heroin mellé rendelte, és a termesztésért, árusításért és kereskedelemért járó korábbi 2–6 év büntetést felemelte 6–20 évre. A bíróság döntése nyomán most ismét a korábbi törvény lép életbe, amely értelmében a kokainnal és a heroinnal elkövetett visszaélésekért nagyobb büntetés szabható ki, mint a kannabiszért. A magyar büntetőtörvényekkel ellentétben sem a most eltörölt, sem a korábbi olasz törvény nem büntette a kannabisz fogyasztását, csupán a birtoklását.

> Az Észak-Amerikában született drogháború elbukott. Eljött az ideje, hogy visszatérjünk az ésszerű szabályozáshoz, amely különbséget tesz a szerek között – nyilatkozta a Reutersnek *Franco Corleone*, a Society of Reason emberi jogi csoport munkatársa.

> A szigorúbb törvény kidolgozásában résztvevő *Carlo Giovanardi* szenátor szerint: az ítélet tudományos szemszögből kártékony, mert azt az üzenetet közvetíti a fiatalok számára, hogy egyes drogok kevésbé károsak a többieknél.[198]

Márpedig a tudománynak éppen az az álláspontja, hogy a drogok személyes és társadalmi kockázata széles skálán mozog, ezért indokolt lenne a kábítószerek csoportjának felülvizsgálata.

10.3.4. Spanyolország

2006-ban, mikor Spanyolországban a kokainhasználat 1996 óta megkétszereződött, a kormány úgy döntött, hogy extra pénzt szán a prevencióra és a rehabilitációs kezelésekre, különösképp a kokainfüggők kezelésére. Nem sokkal ezután a fogyasztás elkezdett csökkenni.

[198] Scherer, Steve: *Italy court strikes down drug law blamed for prison crowding.* http://www.reuters.com/article/2014/02/12/us-italy-drugs-law-idUSBREA1B1FF20140212[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

A kezelésre jelentkezők létszáma stabil, csak a profiljuk változott meg. Jelentős növekedést van a kannabisz-fogyasztás miatt jelentkező tinédzsereknél. A tinédzserek esetén fiatal koruk ellenére igen nagy gond a „problémás szerhasználat" és a függőség, illetve teljesítményproblémáik vannak az iskolában vagy a munkahelyükön is. A kezelésre jelentkezők 90 százaléka 18 év alatti.

A kokain nagyon elterjedt Spanyolországban. Az EU-ban lefoglalt kokain-szállítmányok legalább 50 százalékát ugyanis a spanyol rendőrség foglalja le. Ebben kétségkívül része van a földrajzi elhelyezkedésnek is. Spanyolország az európai kontinens nyugati kapuja és a drogtermelőkhöz legközelebb álló ország. Európába irányuló drogszállítmányok legnagyobb részét is itt próbálják bejuttatni, ami miatt a drog nagy részét végül itt értékesítik.

Spanyolországban korábban megszenvedték a HIV-járványt vagy a heroin terjedését, ami több mint húsz évvel ezelőtt oda vezetett, hogy azt a személyt, akinek problémája van a drogokkal, beteg emberként kell kezelni, nem pedig bűnözőként, akit meg kell védeni a drogdílerektől és attól, hogy gyarapítsa a kábítószerből befolyó profitot.[199] Ezért úgy gondolták, hogy nem büntethetnek meg egy beteg embert, mert ez csak távoltartaná őt az ellátórendszertől és meggátolná a társadalomba való integrációját.

A nyilvános helyen történő fogyasztás tehát továbbra is bűntény, melyet büntetnek, mivel arra ösztönözheti a drogot nem fogyasztókat, hogy próbálják ki a szert. A drogterjesztést és kereskedelmet pedig nagyon szigorúan büntetik. A privát célú fogyasztás, a nyilvános helyen történő fogyasztás és a terjesztés pedig jól megkülönböztethető fogalmak a törvényhozásban.

A spanyol kormány prioritásai drogügyben:

- a kiskorúak problémás alkoholfogyasztásának megállítása (épp most dolgoznak egy új jogszabályon ezzel összefüggésben);
- a minőségi figyelem biztosítása a drogproblémával küzdőknek;
- egy új, gyors jelzőrendszer kialakítása az új pszichoaktív szerek beazonosítására és kiszűrésére, amelyek egész Európában problémát jelentenek.

[199] *„Spanyolországban drogozni nem bűntény, és mi büszkék vagyunk erre".Rafael Cereceda* interjúja. http://hu.euronews.com/2013/11/06/spanyolorszagban-drogozni-nem-bunteny-es-mi-buszkek-vagyunk-erre/[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

Spanyolországban a törvény néhány tő kannabiszpalánta otthoni termesztését sem szankcionálja. Ez utóbbi szabályozáson alapszik a néhány éve megkezdett Cannabis Social Club-modellkiépítése, ahol klubtagság fejében profi termesztőket lehet megbízni a saját felhasználásra igényelt kannabiszmennyiség megtermesztésére. Ez a gyakorlatban úgy néz ki, hogy a leendő klubtag belépéskor számot ad a havi átlagos kannabisz-fogyasztásáról (pl. 15 gramm) és a klub vállalja a mennyiség megtermesztését számára. A körülbelül 20–30 euro éves tagság kifizetése mellett a klubtag előre megszabott áron tud a maximálisan havi 15 gramm kannabiszhoz hozzájutni, amivel a szabályzat szerint hangsúlyozottan nem a produktumért fizet, hanem a termesztési költségeket fedezi és hozzájárul a klubüzemeltetéshez szükséges kiadásokhoz.

A kannabisz termelése és árusítása Spanyolországban továbbra is bűntény, és ha bizonyíték van rá, hogy a klubtagokon kívül másnak is árusítottak, bíróság elé viszik az ügyet.
A személyes célú fogyasztás esetében, csakúgy, mint a megosztott droghasználatnál, melyet szintén engedélyez a törvény, több feltételnek is meg kell felelnie a cselekménynek, hogy ne legyen illegális.[200]

A törvény részletesen leírja, hogy a személyes használat

1. Csak függőkre vonatkozik, nem bárkire, aki szórakozni akar kicsit;
2. csak zárt, közösségi hozzáféréstől mentes helyen lehet fogyasztani;
3. csak akkor, ha minden résztvevő drogfüggőként van azonosítva;
4. csak annyit fogyaszthatnak, ami arra az alkalomra elég, vagyis nem gyűjthetnek készleteket;
5. és alkalmi fogyasztásról lehet csak szó, melyet nem lehet reklámozni.

A modell leginkább Andalúziában és Katalóniában terjedt el, és csak Barcelonában idén már több mint 150 klubot számoltak össze. A magas taglétszám és a Spanyolországon kívül élő külföldiek jelentős aránya miatt több klubbal kapcsolatban is felmerült, hogy turistákat is kiszolgál marihuánával, amit a törvény szigorúan tilt. A nyár során egy átfogó ellenőrzés eredményeként Barcelona városháza mintegy ötven klubot záratott be, amiért nem az

[200] *Barcelona shuts down 49 cannabis clubs*. http://www.thelocal.es/20140814/barcelona-weeds-out-49-cannabis-clubs [Letöltés ideje: 2015. március 11.]

előírásoknak megfelelően működtek, és amiért illegális üzletet folytattak kannabisszal, valamint egy évre megtiltotta az új klubhelyek nyitását.[201]

Ám a termesztő klubok túlterjeszkedésére a renitens üzletek bezárása csak egy a lehetséges válaszok közül. Katalónia emellett a kannabisz gyógyászati célú alkalmazásának engedélyezésén is dolgozik, hogy kiemelje a betegségük miatt fogyasztókat a klubtagok közül és személyre szabottabb szolgáltatást nyújtson számukra. *Boi Ruiz*, a régió egészségügyi minisztere elmondta, hogy a szabályozás értelmében az AIDS-el élők és a tumoros betegek kannabiszhoz juthatnának, de indokolt esetben az orvos krónikus fájdalom és étvágytalanság kezelésére is felírhatna kenderszármazékokat. Ruiz elismerte, hogy a tervezetet részben az egyre népszerűbbé váló kannabiszklubok ihlették. Az új szabályozás arra törekszik, hogy a betegeknek ne kelljen klubtaggá válva kísérletezniük a különböző fajtákkal, hanem az egészségügyi rendszerben maradva, orvosi felügyelet mellett kezelhessék kannabisszal tüneteiket. A miniszter hozzátette, hogy a kluboknak nem szabadna gyógyászati marihuána biztosításával legitimálnia a tevékenységeiket. Ha az elképzelést siker koronázza, akkor a katalán régióban nem csak a fogyasztók és a terjesztők lesznek a törvény előtt megkülönböztetve, de eltérő legális szabályozást szabnak a kannabiszt rekreációs és gyógyászati célból használók számára.[202]

10.3.5. NÉMETORSZÁG

Az 1982-benhatályba lépett, azóta többször módosított német drogtörvény (*Betäubungsmittelgesetz*) az ellenőrzött anyagok három kategóriáját különbözteti meg:

I. osztály („kereskedelmi célra nem használható” szerek, ide sorolják a heroint, kokaint, kannabiszt és amfetaminszármazékokat);

II. osztály (orvosi felírással beszerezhető legális gyógyszerek)

III. osztály (speciális esetekben felírható gyógyszerek, pl. morfium, metadon)

[201] *Barcelona bans new cannabis clubs for 1 year*. http://www.thelocal.es/20140613/barcelona-bans-new-cannabis-clubs-for-one-year [Letöltés ideje: 2015. március 11.]
[202] *Catalonia set to legalize medical marijuana*. http://www.thelocal.es/20140828/catalonia-set-to-legalize-medical-marijuana-spain-dope-hashish; Kardos Tamás: *Gyógyászati és rekreációs fűszabályozás Katalóniában*. http://drogriporter.blog.hu/2014/09/02/gyogyaszati_es_rekreacios_fuszabalyozas_kataloniaban [Letöltés ideje: 2015. március 11.]

A drogtörvény szerint a fogyasztás nem bűncselekmény, a birtoklás viszont igen. A Legfelsőbb Bíróság 1994-es határozata új kritériumokat határozott meg a személyes használat céljából történő birtoklásszabályozására. Egyrészről megerősítette a kannabisz tilalmának sokak által vitatott alkotmányosságát, és felhívta a tagállamokat, hogy alakítsanak ki egységes szabályozást a csekély mennyiségű kannabisz birtoklóival kapcsolatban, és „tiltsák meg azok túlzott büntetését." Bár az egységes szabályozás még mindig nem jött létre Németországban, elsősorban a csekély mennyiség megítélése eltérő (3 és 30 gramm között váltakozik). A legtöbb esetben a csekély mennyiség birtoklása ellen elindítják ugyan a büntetőeljárást, azonban felfüggesztik azt.[203]

A német politikai döntéshozók még 2001-ben döntöttek úgy, hogy kísérletet tesznek a heroinprobléma egy új típusú, Svájcban már bevált kezelésével: a heroinfüggők egyéb kezelési formákra immúnis kemény magja számára orvosilag felírt heroint biztosítottak az ország városában. A program hatásvizsgálatát 2006-ban végezték el, meglehetősen pozitív eredménnyel: a résztvevők egészségi és szociális állapotában jelentős javulás mutatkozott, ráadásul az általuk elkövetett bűncselekmények száma is csökkent. A sikereken felbuzdulva a kormány kiterjesztette a programot, így jelenleg már mintegy 1500 függő részesül heroinfenntartó terápiában. Ez ugyanakkor még mindig csupán töredéke a Németországban élő, mintegy 120 ezresre becsült heroinfüggő népességnek.*Sabine Baetzing*, a szövetségi kormány egyik drogügyi hivatalnoka a Deutsche Presse Agentur hírügynökségnek azt nyilatkozta, hogy a törvény következtében a fenntartó program résztvevőinek száma hamarosan 3500-ra emelkedhet. A programba továbbra is csak olyan függők kerülhetnek be, akiknél az egyéb kezelési formák (beleértve a metadonfenntartó kezelést) nem bizonyultak sikeresnek. *Birgit Schnieber-Jastram* hamburgi szociális miniszter szerint a heroinfenntartó program jelentősen hozzájárult a heroinnal kapcsolatos problémák csökkentéséhez az észak-német városban, mivel megtöri azt a láncot, amely a függőt kiszolgáltatottá teszi az illegális piactól. A törvényjavaslatot azonban ellenzi *Angela Merkel* pártja, a Keresztény-Demokrata Unió (CDU), amely bár már nem tagadja a programok jótékony hatásait, azok költségeire hivatkozva további kísérleti programok bevezetését szorgalmazza.[204]

21. számú ábra: **A Görlitzer park** (illusztráció)

[203]http://drogriporter.hu/eurodrog/nemetorszag[Letöltés ideje: 2015. március 11.]
[204]Sárosi Péter: *Németország: heroinfenntartást a függőknek*. http://drogriporter.hu/node/426[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

Forrás: http://berlunes.com/lo-que-usted-le-debe-perroflautas-so36

Berlin-Kreuzberg városrész Görlitzer parkja az ott zajló kábítószer-árusításnak és -használatnak köszönhetően felkapott téma a helyi médiában. A lakosok már nem tudják tovább tolerálni, ami ott zajlik. A politikusok szokatlan intézkedéssel igyekeznek elrendezni a helyzetet. Az illegális drogkereskedelem, elsősorban a kannabisz értékesítése régóta problémát jelent a Görlitzer parkban. Ráadásul a dílerek, illetve a köztük és a kliensek között elharapózó erőszak újabb indokot nyújt a razziákra és a letartóztatásokra. A kialakult helyzetre megoldást jelenthetne a korábbi polgármester, *Franz Schulz* által jegyzett indítvány, ami a Görlitzer parkba tervez coffee shopot, mely szabályozott környezetbe terelné a kannabisz forgalmát. A jogutód most megpróbálja az indítványt gyakorlatba ültetni.

A Német Szabályozott Szerek Törvényében (BtMG) van egy kitétel (§3), ami egyéb dolgok között engedélyezi a marihuána termesztését tudományos, vagy más, a közösség számára indokolt célok esetén. Mrs. Hermann és pártja ezt a rendelkezést használta ki, amikor kérvénnyel fordulta városi tanácshoz. A kérvény önmeghatározása szerint a projekt célja, hogy szembeszálljon „a tilalom negatív következményeivel és az ebből kialakuló feketepiaccal”.Javasolja, hogy a tanács először rendezzen egy kerekasztalt a kérdés megvitatására a lakosság, a helyi csoportok, addiktológusok, szakértők, rendőrök és olyan politikusok bevonásával, akik a területen releváns tapasztalattal rendelkeznek. A vita célja a kérdés tisztázása lenne a Szövetségi Gyógyszerügyi és Orvostechnikai Intézet (BfArM) számára, valamint a kannabiszvásárlás, a coffee shop működtetés és a képesített kutatóközpontokkal való együttműködés lehetőségeinek elemzése. A coffee shop létesítése lehetőséget nyit többek között annak megvizsgálására, hogy milyen mértékben javítható a fiatalok biztonsága, lehetséges-e rajta keresztül a kapcsolatépítés a problémás

droghasználókkal, illetve hogy az egészségügyi problémáik ily módon csökkenthetőek-e (minthogy a boltban „tiszta” kannabiszhoz juthatnának).[205]

10.3.6. NAGY BRITANNIA

Az 1971-es brit drogtörvény az ellenőrzött anyagok három kategóriáját különbözteti meg:

A legveszélyesebb (pl. heroin, kokain, halucinogének, metadon);

B veszélyes (pl. amfetamin,kannabisz,barbiturátok, kodein);

C kevésbé veszélyes (pl. anabolikus szteroidok).

Az egyes kategóriákhoz tartozó drogok különféle büntetőjogi megítélés alá esnek. A C kategóriába tartozó drogok személyes használatra történő birtoklásáért nem indítanak büntetőeljárást, csak bizonyos súlyosbító körülmények esetén (pl. kiskorú vagy rendőr közelében történő fogyasztás).Az A osztályba tartozó drogok puszta birtoklása 6 hónapig terjedő szabadságvesztéssel és/vagy pénzbüntetéssel büntetendő, a függők esetében számos alternatív szankció áll rendelkezésre (pl. terápia).

Egy törvénymódosításnak köszönhetően akannabisz2004 januárban átkerült a B kategóriából a C kategóriába, majd 2009 januárjától ismét visszakerült a B kategóriába. Amennyiben valakit Angliában és Walesben csekély mennyiségű kannabisz puszta birtoklásán ér tetten a rendőrség, első alkalommal csupán szóbeli figyelmeztetést kap és elveszik tőle a drogot, második alkalommal 80£ helyszíni bírságot és írásbeli figyelmeztetést (Penalty Notice of Disorder) kap, ha valakit négyszer több alkalommal kapnak el, valószínűleg előállítják a rendőrségre. Skóciában minden esetben az ügyészség dönt a büntetés formájáról.

Az illegális drogok terjesztését szintén az adott drog kategóriája alapján rendeli büntetni az 1971-es törvény: a C és B osztályba tartozó drogok kereskedelméért 14 évig terjedő börtönbüntetés(2004 előtt a C osztályba tartozó drogok kereskedelméért enyhébb büntetés járt, azonban a kannabisz újraosztályozásával szigorítottak), az A osztályba tartozó drogok terjesztéséért akár életfogytig terjedő szabadságvesztés is kiszabható.[206]

---

[205] *Braucht Deutschland Coffeeshops?*http://www.taz.de/Der-sonntaz-Streit/!122162/; *Nyílik Berlin első coffee shop-ja?*http://drogriporter.hu/berlincoffee[Letöltés ideje: 2015. március 11.]

[206] http://drogriporter.hu/eurodrog/nagybritannia[Letöltés ideje: 2015. március 16.]

Az Egyesült Királyság Ítélkezési Tanácsa (Sentencing Council) iránymutatást nyújt a bíráknak arról, hogy a különféle bűncselekmények elkövetőivel szemben milyen büntetést szabjanak ki. A Tanács közzétett ajánlásai egyúttal a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményekkel is foglalkoznak. Így például javasolják, hogy a bírák legyenek tekintettel olyan enyhítő körülményekre, amelyek eddig kevés figyelmet kaptak: így például enyhébben ítéljék meg az ún. szociális dílereket (azok az elkövetők, akik saját fogyasztásuk fenntartása érdekében csekély mennyiségű kábítószer adnak át), vagy a drogfutárokra (a drogkereskedők által a kábítószer határon történő átcsempészésére felhasznált elkövetők).
A Tanács rámutat, hogy a drogfutárok gyakran olyan megtévesztett nők, akiket gyakran kényszerrel szerveznek be a szervezett bűnözők és kizsákmányolják őket. Eddig 1 kg kokain vagy heroin becsempészéséért hasonló esetben legalább 10 év szabadságvesztés járt – a Tanács ennek a 6 év börtönbüntetésre történő leszállítása mellett foglal állást, amennyiben az elkövető nem töltött be fontos szerepet a terjesztői hálózatban és bizonyíthatóan csak futár volt. A Tanács továbbra is szigorú büntetést javasol ugyanakkor azoknak a terjesztőknek, akik profitszerzési tevékenységként árulnak kábítószereket, illetve azoknak, akik 18 éven aluli személynek adnak el kábítószert.
A Tanács az A, B, C kategóriákra épülő rendszert négy kategóriára egészíti ki az elkövetés tárgyának mennyisége szerint. Az első kategóriába például az 5 kg-nál több heroinra vagy kokainra, a 20 kg-nál több amfetaminra vagy a 100 kg-nál több kannabiszra elkövetett bűncselekmények tartoznak. A négyes kategóriába ezzel szemben a csekély mennyiségre elkövetett bűncselekmények tartoznak, a felső határ itt heroin vagy kokain esetében 5 gramm, amfetamin esetében 20 gramm, míg kannabisznál 100 gramm. A Tanács ezenkívül megkülönbözteti a terjesztői hálózatban betöltött „csekély szerepet", a „jelentős szerepet" és a „vezető szerepet" – ezek függvényében eltérő büntetési tételeket ír elő a bírák számára. Ha valaki például 100 gramm kannabisz terjesztésében csekély szerepet tölt be (pl. drogfutár), akkor nem javasolt az elzárással járó büntetés kiszabása, pusztán közösségi munka vagy pénzbüntetés. Viszont ha valaki jelentős szerepet tölt be több mint 5 kg heroin forgalomba hozatalában, akkor 12-16 év börtönbüntetés kiszabását javasolják – súlyosbító körülmények esetén akár életfogytig tartó szabadságvesztést is kaphat.

A kábítószerek fogyasztása nem, de személyes használat céljából történő tartása bűncselekménynek minősül, az elkövetők azonban megússzák egy írásos figyelmeztetéssel, az ismétlő bűnelkövetők pénzbüntetést kaphatnak. A kábítószerek terjesztési célú tartása már súlyosabb megítélés alá esik. A csekélyebb kábítószer terjesztésével kapcsolatos

bűncselekmények a magisztrátusi bíróságok elé kerülnek, amelyek legfeljebb két év börtönbüntetést és 5000 font pénzbüntetést szabhatnak ki. A statisztikák szerint minden ötödik kábítószer tartásáért elítélt elkövetőt ítélik szabadságvesztésre, még kevesebben vonulnak be a gyakorlatban büntetés-végrehajtási intézménybe. Az esetek túlnyomó többségében legfeljebb 50 fontos pénzbüntetést szabnak ki.[207]

Egy újonnan létrehozott, többpárti parlamenti csoportosulás olyan szabályozást szeretne kialakítani, mely tudományos bizonyítékokon alapul, és a kábítószer-kérdést egészségügyi problémaként kezeli.
A paradigmaváltás következtében olyan reformkezdeményezések születhetnek, melyek a kábítószerek dekriminalizációjához vezethetnek. Egy másik lehetséges következmény, hogy a büntetőeljárásra vonatkozóan születnek enyhítések, nevezetesen, hogy a rendőrség illetve a brit Királyi Ügyészi Szolgálat ne emeljen vádat kis mennyiségű anyag birtokolása esetén.
A kezdeményezés valószínűleg nagy népszerűségnek örvend majd a miniszterek és civil szervezetek köreiben is, akik arra keresnek megoldást, hogy hogyan lehetne lefaragni az állami költségvetésből, illetve csökkenteni a börtönpopulációt.

> ” A csoport elnöke, *Molly Meacher* bárónő a következőképp nyilatkozott a Daily Telegraph-nak:A kábítószer-használók kriminalizációja költséges katasztrófát jelent az egyének és a közösségek számára[…]. Itt az ideje, hogy megújítsuk az 1971-es Kábítószerrel való visszaélésről szóló törvényt (Misuse of Drugs Act).[…]Arra kérem kormányunkat, kísérje figyelemmel az ENSZ Kábítószer-és Bűnügyi Hivatalának ajánlását, hogy a kábítószer-függőséget egészségügyi problémaként kell kezelni, nem pedig büntetni. […] Vannak országok, akiknek követhetjük a példáit. A portugál gyakorlat a legjobb, ahol a droghasználatot tíz évvel ezelőtt dekriminalizálták. Portugáliában azóta az egyik legalacsonyabb a kábítószer-függőségi arány egész Európában. Míg a környező országok felfelé ívelő trendet mutatnak, addig Portugáliában csökkent a fiatalkorúak függőségének aránya, ugyanakkor idővel csökkent a börtönpopuláció is.[208]

[207] Sárosi Péter: *Enyhülő büntetések Angliában, szigor Magyarországon*. http://drogriporter.hu/sentuk[Letöltés ideje: 2015. március 16.]
[208]Beckford, Martin: *It's time to decriminalise drug use, say peers*. http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/8394560/Its-time-to-decriminalise-drug-use-say-peers.html; Róna Zsuzsa: *Dekriminalizációs törekvések Angliában*. http://drogriporter.hu/britdekrim[Letöltés ideje: 2015. március 16.]

10.3.7. LENGYELORSZÁG

Az 1997-es lengyel drogtörvény az ellenőrzött anyagoknak a nemzetközi szerződésekben (1961, 1971, 1988) található felsorolását és szerkezetét követte (narkotikumok, pszichotróp anyagok, prekurzorok).

A droghasználat mint olyan nem szerepel a törvényben, egy 2000-ben hatályba lépett törvénymódosítás értelmében azonban az illegális drogok mindenféle birtoklása bűncselekménynek számított.

A csekélyebb jelentőségű, személyes használatra történő birtoklás esetében a bíróságpénzbírságot szabhatott ki, korlátozhatta az elkövető szabadságát (az illető nem hagyhatta el lakóhelyét, ahol a bíróság utasítása szerint köteles volt munkát végezni), vagy szabadságvesztésre ítélhette (max. 1 évig terjedő). Egy 1997-es módosítás értelmében a drogfüggőnek nyilvánított egyéneket alternatívterápiás programon való részvételre kötelezhették.

A drogokkal való kereskedelmet a törvény pénzbírsággal és öt évig terjedő szabadságvesztéssel rendelte büntetni. Csekélyebb jelentőségű ügyekben az elkövető egy évig terjedő szabadságvesztésre vagy pénzbüntetésre számíthatott, jelentős mennyiségű drog esetén azonban a börtönbüntetés nem lehetett kevesebb, mint három év.

A csekélyebb vagyon elleni bűncselekményeket elkövető, drogfüggőnek nyilvánított személyeknél a függőséget a bíróság enyhítő körülménynek vehette, akárcsak a csekély mennyiségű drognak a függők által történő terjesztésénél.[209]

A 2000-ben hozott lengyel szabályozás még a magyarnál is szigorúbb lett: a drogtörvény 62. cikkelye kimondja, hogy a csekély mennyiségű kábítószer megszerzése vagy tartása is egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Lengyelországban Európa legszigorúbb törvényi szabályozása volt ekkor hatályban.[210]

[209] http://drogriporter.hu/eurodrog/lengyelorszag [Letöltés ideje: 2015. március 16.]
[210] Sárosi Péter: *Drogreform Lengyelországban: tanuljunk tőlük!* http://drogriporter.hu/polyak [Letöltés ideje: 2015. március 16.]

2011. december 9-én új lengyel drogtörvény lépett életbe, amely dekriminalizálja a droghasználatot. Egy kiegészítést indítványoztak a drogtörvényhez a lengyel parlament számára, mely dekriminalizálja a személyes használatra történő, csekély mennyiségű kábítószer birtoklását. December 9-én az új törvény hatályba lépett, ugyanakkor megnyitotta kapuit az első metadon-fenntartó program Gdanskban.

Az új drogtörvény értelmében az ügyész – ha a büntetést nem ítéli szükségesnek – elejtheti a vádat a személyes használatra tartott, csekély mennyiségű kábítószerrel elfogott személyek esetében. Az ügyészek és a bíróságok kötelezve vannak, hogy a drogfogyasztók körülményeit kivizsgálják, és az igényeik szerint oktatási- vagy kezelőprogramba irányítsák őket. Ez az első lépés abba az irányba, melyet a Globális Drogpolitika Bizottság javasolt[211]. Ugyanakkor a törvény szigorúbban viszonyul a drogkereskedőkhöz, akikre akár 12 év börtönt is kiszabhatnak.

11. Új pszichoaktív szerek

Az új pszichoaktív szerek megjelenése előtti időszak visszatekintve „boldog békeidő"-nek tűnik. A hatóságok ismerték a heroin, a kokain, a stimulánsok, a marihuána stb. szállítási útvonalait, feltérképezték a drogterjesztő hálózatokat, majd lecsaptak rájuk. Eljárás alá vontak nagy számban dílereket, fogyasztókat, rendszeresen lefoglaltak kisebb-nagyobb drogszállítmányokat. Az addiktológiai központok és az egyéb alacsony- és magasküszöbű ellátási helyek felkészülten várták a pácienseket. Ismerték a szerek hatásait, a detoxikáció, a függőség-kezelés módjait.

De nem csak a hatóságoknak volt egyszerűbb feladata akkoriban: a fogyasztók is tudhatták, hogy milyen szerrel van dolguk. A marihuána-használó egyetemista tisztában volt vele, hogy ha buli előtt elszív egy marihuánás cigarettát, akkor hogyan fogja magát érezni, mennyi ideig tart a hatás, mely képességei fognak romlani. A diszkórajongó fiatal is ismerte az extasy hatásait. Tudta előre, hogy sok folyadékot kell fogyasztania a használat során, tisztában volt vele, hogy másnap nyugtalan lesz. A heroinista élete is nagyobb biztonságban volt, tájékozott volt a napi szükséges adag, az injektálás gyakorisága, a „házilagos ártalomcsökkentés" vonatkozásában. Ha betartották azt a szabályt, miszerint a csoportos „belövés"-ek alkalmával

[211] *The Beckley Foundation Public Letter: The Global War on Drugs has failed it is Time for a New Approach*. http://reformdrugpolicy.com/wp-content/uploads/2011/11/Image-20-public-letter1.png; http://drogriporter.hu/lengyelreform[Letöltés ideje: 2015. március 16.]

egyvalaki mindig tiszta marad – felmerülő probléma esetén tudja értesíteni a mentőket – sokéves, adott esetben évtizedes drogkarriert lehetett „átvészelni”.

Ez a helyzet merőben megváltozott. A drogterjesztők egy merőben új stratégiát kezdtek el alkalmazni, ugyanis a hatóságok Európában és Dél-Amerikában egyre jobb eredményeket értek el a drogterjesztés elleni küzdelemben, nem ment ritkaságszámba a több tonnás lefoglalás sem. Természetesen ez a drogokhoz való hozzáférhetőséget csak ideig-óráig csökkentette, azonban a bűnszervezeteknek jelentős kárt okozott. Az új stratégia az lett, hogy – döntően Kínában – vegyészek folyamatosan új pszichoaktív hatású szereket fejlesztettek ki. Ezen szerek megalkotásakor tipikusan az ismert kábítószerek molekuláiból indultak ki, feltételezvén, hogy kisebb változtatással a tudatmódosító hatás megmarad, az így kialakított új szer viszont nem szerepel a kábítószer-jegyzékeken, ezáltal a hatóságok nehezen vagy nem tudnak fellépni ellenük.

Az újonnan megjelenő szerek, elterjedt nevükön az új pszichoaktív szerek felismerése és monitorozása komoly kihívás elé állította a kábítószerekkel foglalkozó szakembereket az utóbbi években. Az eddig ismert hatóanyagoktól – vagy rész-hatóanyagoktól – néha csak részben, néha azonban teljesen eltérő kémiai szerkezetű vegyületek, valamint e szerek élettani hatásainak azonosítása problémát jelent mind a laborokban dolgozó, mind a fogyasztókkal közvetlenül kapcsolatban levő szakemberek számára. A 2005/387/IB Európai Tanácsi Határozatban foglaltak szerint az Európai Unió egy háromlépcsős rendszert dolgozott ki és működtet a tagállamok szakértőinek bevonásával, melynek elemei: az információcsere, a kockázatelemzés és a döntéshozatal.

A három rendszer első eleme, az információcsere, a *Korai Jelzőrendszer* (Early Warning System – EWS) hálózatán keresztül valósul meg. Az EWS alapvető célja tehát az újonnan felbukkanó anyagokkal és használati módokkal kapcsolatos információk áramoltatása európai szinten. Az európai hálózat működésének alapját az egyes tagállamokban létrehozott nemzeti hálózatok biztosítják. Az európai hálózat koordinációs feladatait az EMCDDA, míg a hazai hálózatét a Nemzeti Drog Fókuszpont látja el.

Hazai szinten az információcsere a releváns állami intézmények, hatóságok, szakmai szervezetek és szolgáltatók, civil szervezetek bevonásával valósul meg. Míg 2009-ben három, 2010-ben pedig öt új hatóanyag megjelenéséről értesítette Magyarország az európai szinten

működő Korai Jelzőrendszert, addig 2012-ben már 42, 2013-ban 36 ilyen bejelentést tett. Az Európai Unió országai 2008-ban mindössze 13 új hatóanyagról informálták az EMCDDA-t, azonban 2013-ban ez a szám 81-re nőtt. 2012-ben és 2013-ban a különböző típusú szerek aránya hasonló volt, 2013-ban egyébként a legtöbb bejelentés szintetikus kannabinoidokról érkezett (41% és 36%).

Az új szerek rohamos megjelenése a hazai döntéshozókat is arra késztette, hogy egy új monitorozási, kockázatértékelési rendszert dolgozzanak ki, amely alapján a megfelelő információ birtokában felelős döntés születhet az új pszichoaktív szerek ellenőrzéséről. Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (továbbiakban Gyógyszertörvény) fekteti le az új szabályozás kereteit, míg a 66/2012. (IV. 2.) számú Kormányrendelet (továbbiakban Kormányrendelet) határozza meg az új pszichoaktív anyagok bejelentésével, előzetes szakmai értékelésével, listára vételével és kockázatértékelésével kapcsolatos folyamatokat és felelősöket.

A Gyógyszertörvény megteremtette az „új pszichoaktív szer” definícióját, mely alatt olyan, a forgalomban újonnan megjelent, gyógyászati felhasználással nem rendelkező anyagokat vagy vegyületcsoportokat ért, amelyek a központi idegrendszer működésének befolyásolása révén alkalmasak a tudatállapot, a viselkedés vagy az érzékelés módosítására, megváltoztatására, és ezért hasonló mértékű fenyegetést jelenthetnek a közegészségügyre, mint a kábítószer- vagy pszichotróp-listákon szereplő anyagok, és erre tekintettel a Kormány rendeletében ilyen anyaggá minősítette őket. A Gyógyszertörvény és a Kormányrendelet egy új jegyzéket hozott létre (Kormányrendelet 1. melléklet C jegyzéke) az új pszichoaktív anyagok számára, amely egyedi vegyületeket és vegyületcsoportokat egyaránt tartalmaz, ezáltal egyszerre alkalmazva az egyedi listás és a generikus megközelítést. Fentiek értelmében, amennyiben egy anyagról az EMCDDA a 2005/387/IB Tanácsi határozat alapján értesítést küld, azt az Addiktológiai Centrum egy előzetes szakmai értékelésnek veti alá annak eldöntésére, listára vehető-e az adott anyag. Ahhoz, hogy egy anyag a C jegyzékre kerüljön az előzetes szakmai értékelés során, igazolni kell, hogy magyar hatóságok, szakértői intézmények előtt nem ismert olyan adat, amely az értesítésben megjelölt anyag gyógyászati felhasználására utalna, és amely kizárja, hogy az anyag hasonló mértékű fenyegetést jelenthet a közegészségügyre, mint a kábítószer- és pszichotróp-listákon szereplő anyagok. Az új pszichoaktív anyagok jegyzékén szereplő egyedi vegyületeket a jegyzékre vételüktől számított egy éven belül

kockázatértékelésnek kell alávetni. A kockázatértékelés eredményétől függően a vegyületet pszichotróp-listára (az emberi felhasználásra kerülő 1998. évi XXV. törvény valamely jegyzékére) vagy a Kormányrendelet D listájára kell áthelyezni. Amennyiben az egy éven belüli kockázatértékelés lezárásához a szakértői szerv megállapításai szerint nem áll rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése további egy évre meghosszabbítható. A kockázatértékelési kötelezettség nem alkalmazandó olyan vegyületcsoportok esetén, melyek mindaddig az új pszichoaktív anyagok jegyzékén maradhatnak, amíg legalább egy a vegyületcsoporthoz tartozó anyag teljesíti az előzetes szakmai értékelés feltételeit. Új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos jogszabály szerinti tevékenységek kizárólag érvényes, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott engedély birtokában végezhetők.

11.1. Piaci trendek

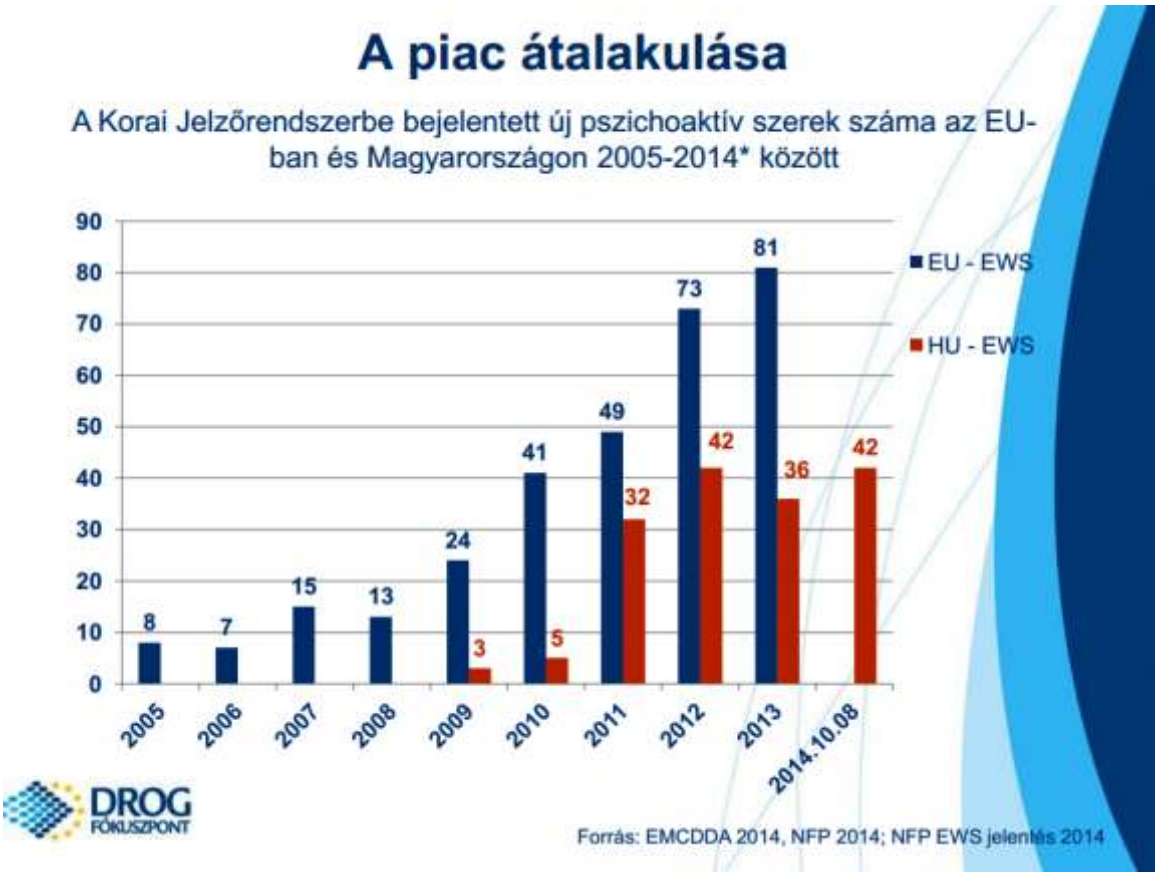
Először a 2005-ös év folyamán foglaltak le mCPP-t tartalmazó szintetikus kábítószert Magyarországon. Az új hatóanyagot tartalmazó tabletták gyorsan elterjedtek az ecstasy-piacon. 2008 végén és 2009 folyamán – más európai országokhoz hasonlóan – több új szintetikus hatóanyag jelent meg a magyar feketepiacon is. A büntetőjogilag kábítószernek nem minősülő szerek közül a „Spice" márkanév alatt, füstölőként forgalmazott készítmény megjelenése hívta fel a szakemberek figyelmét arra, hogy legális, féllegális termékekként (feliratuk alapján emberi fogyasztásra nem alkalmas füstölő, fürdősó, porszívó illatosító) pszichoaktív hatású új szintetikus hatóanyagokat tartalmazó szerek kerültek forgalomba. Ezek a szerek interneten keresztül, vagy erre szakosodott üzletekben büntetőjogi kockázat nélkül beszerezhetőek voltak, így a könnyű hozzáférhetőség miatt gyors ütemben terjedt el használatuk.

A Nemzeti Drog Fókuszpont által a fogyasztók körében végzett vizsgálat felmérte az új szerek hozzáférhetőségét is. A beszerzési helyekről adott válaszok szerint jellemzően baráttól vagy dílertől vásárolták az új pszichoaktív szerek, hasonlóan a klasszikus kábítószerekhez, azonban megjelentek a weboldalakon működő kereskedőhelyek, valamint a boltok működő kereskedőhelyek (headshopok) is. 2013-ban legnagyobb arányban (16,7%) a Spice-ot vásárlók jelölték legnagyobb arányban (16,7%) a weboldalakat, mint beszerzési forrást. 2011-ben és 2012-ben az EMCDDA *Online Snapshot* elnevezésű felméréséhez csatlakozva a

Nemzeti Drog Fókuszpont kutatást végzett az új pszichoaktív szereket árusító magyar internetes oldalakról. A kutatás eredményei szerint az internetes kereskedelem jellemzőbb értékesítési csatornái az apróhirdetések és a konkrét szerek értékesítésére létrehozott oldalak. A magyar webshopok kínálatában a különböző, legtöbbször valamilyen szintetikus kannabinoiddal kezelt „herbál füstölőkeverékek" voltak a legelterjedtebbek. A szintetikus kannabinoid hatóanyagokkal kezelt növényi készítmények lefoglalásainak száma 2010 óta folyamatosan emelkedett, 2013-ban előző évhez képest közel megduplázódott. A lefoglalások száma (2099 eset) 2013-ban már meghaladta a marihuána lefoglalásainak számát (2040 eset). A laboratóriumi vizsgálatra kerülő, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról kimutatott hatóanyagok összesítése alapján figyelemmel kísérhető az ehhez a fogyasztási módhoz kapcsolódó szerek körének és hozzávetőleges arányának alakulása. 2013-ban folytatódott a megelőző két évben tapasztalt tendencia, a 2010 előtt domináló heroin és amfetamin az esetek mindössze 2, illetve 7%-ában volt kimutatható. A vizsgált tárgyakból az esetek többségében katinon-származékok voltak kimutathatók, ezek közül a leggyakoribb a pentedron volt (az esetek 27%-a), de ismételten megjelent a mefedron is (3%). Az esetek 39%-ában többféle hatóanyag, vagy kisebb gyakorisággal előforduló egyéb hatóanyagok voltak azonosíthatók.[212]

31. számú ábra: **A Korai Jelzőrendszerbe bejelentett új pszichoaktív szerek számának alakulása**

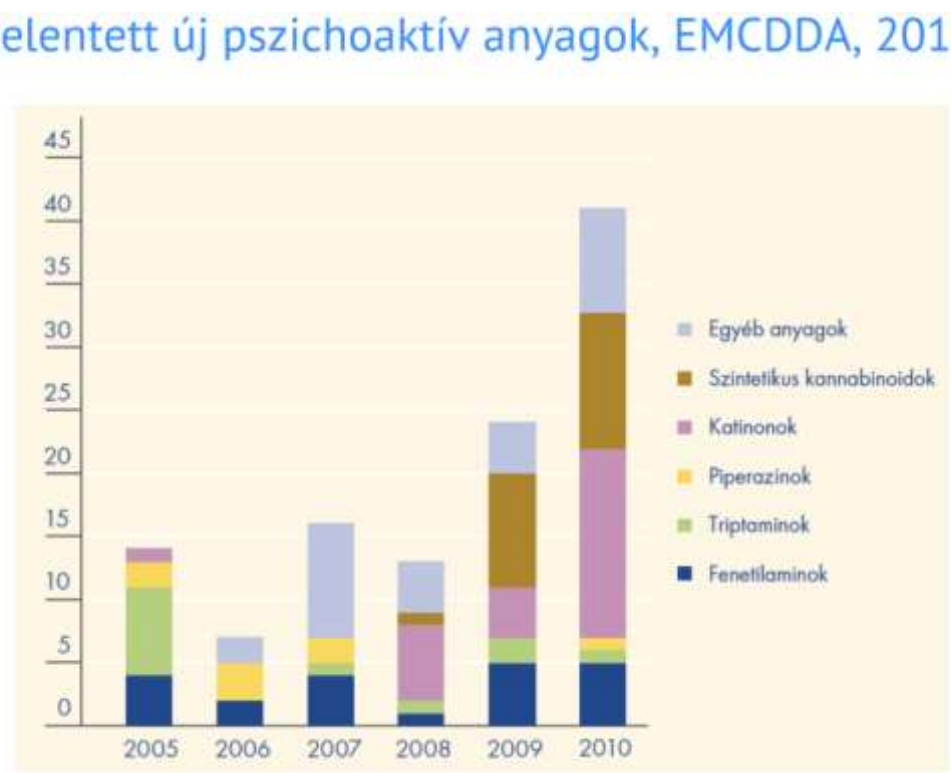
[212]Horváth Gergely Csaba (szerk.): A kábítószer-helyzet Magyarországon 2004–2014.A Nemzeti Drog Fókuszpont jubileumi összefoglaló kiadványa, Budapest, 2014. 23. o. Elérhető: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/nfp_kabitoszer-helyzet_2004_2014.pdf [Letöltés ideje: 2015. április 8.]



11.2. AZ ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK CSOPORTOSÍTÁSA

- *Szintetikus kannabionoidok* – hatásuk a THC-hoz hasonló, de mesterségesen előállított anyagok;
- *Katinonok* – a khat növény alkaloidja az alap-hatóanyag; katinon a jelenleg már kábítószernek minősülő mefedron, 4-MEC, MDPV, metilon, vagy C-listás metedron, benzedron;
- *Triptaminok*– hallucinogén hatású anyagok, melyre elnevezése is utal: „trip”, azaz „utazni”. Természetben sok növényben megtalálható alkaloidként, ilyen új pszichoaktív hatóanyag pl. az AMT (alfa-metil-triptamin)
- *Fenetilaminok* – Magyarországon legelterjedtebb szerek, stimuláns hatásúak. A legrégebbi pszichotróp-jegyzéken is szerepelnek, de újonnan is kerültek tiltólistára: amfetamin, MDMA, 4-fluoramfetamin, DMA.
- *Piperazinok* – mCPP.

32. számú ábra**: EMCDDA által regisztrált új pszichoaktív anyagok és megoszlásuk**[213]



11.2.1. Szintetikus kannabionidok – Spice

2004 végén felbukkant egy „Spice" néven legálisan árult „illatos füstölő" termékcsalád, melyet a marihuána helyettesítőjeként fogyasztottak. A különféle szárított növényeket tartalmazó termékekről kiderült, hogy pszichoaktivitásuk olyan, a gyártó által eltitkolt szintetikus adalékanyagoknak köszönhető, amelyeket eleddig még a tudományos szakirodalom olvasóinak is csak szűk köre ismert.

A Spice „füstölők" csomagolásán ilyenek olvashatók: „Emberi fogyasztásra nem alkalmas növénykeverék", „A termék a helység illatosítására szolgál", „Ne lélegezze be a termék füstjét közvetlenül! „Gyermektől és élelmiszertől távol tartandó!". A biztonság hamis látszatát kelti az ismertetők gyakori közlése: „Nikotin- és dohánymentes termék". A címkék pszichoaktív adalékokat nem említenek, és ilyenről az internetes illetve bolti árusítóhelyeken sem értesülhetünk.

[213]Forrás: EMCDDA jelentés, 2012

Az EMCDDA a Spice nevű és cigarettaként elszívott új és legálisan forgalmazott pszichoaktív növénykeverékekről már 2007 végén értesült, a fogyasztással kapcsolatos első aggasztó jelzések azonban csak 2008 szeptemberében érkeztek Ausztriából és Németországból. A kannabinoidok kutatására specializálódott cég Frankfurt város felkérésére megvizsgálta a Spice Gold, az ArcticSynergy és a YucatanFire növényelegyek kémiai összetételét. Meglepetésükre a gázkromatográfhoz kapcsolt tömegspektrométer a termékekben egy a tudományos szakirodalomban 1994-ben leírt szintetikus indolszármazékot mutatott ki. A JWH-018 kódjelű vegyület azonosítását megkönnyítette, hogy annak analitikai jellemzői – egy korábbi munka kapcsán –szerepeltek a cég számítógépes adatbankjában. Néhány nap múlva a freiburgi egyetem Orvosi Igazságügyi Kutatóintézetének munkatársai azt jelentették be, hogy GC-MS és mágneses magrezonancia (NMR) vizsgálataik alapján a Spice termékekben nemcsak a JWH-018 vegyület, hanem egy másik szerkezeti típusú szintetikus kannabinoid, az 1980-as évek elején leírt CP-47,497 kódjelű ciklohexanol-származék és ennek egy hosszabb oldalláncú homológja is előfordul. Azóta amerikai és európai laboratóriumok hasonló termékekben az először 1988-ben előállított HU-210 jelű THC analogont is detektálták. Több mintában megtalálható volt az ugyancsak a kannabinoid rendszerre ható – és egyes élelmiszerekben (például tejben és csokoládéban) előforduló, valamint a műanyagiparban is használatos – olajsav-amid (oleamid) is. Az elmúlt hónapokban a három szintetikus kannabinoidon kívül újabb indol- illetve ciklohexanolszármazékok is megjelentek a Spice márkát felváltó „füstölőkben”.

A freiburgi kutatók önkísérletben is megbizonyosodtak a drog hatásairól, egyszersmind tájékozódó metabolizmus-vizsgálatokat is végeztek. Fél adagnyi (kb. 200 milligram) Spice elszívásakor a marihuánára jellemző és mintegy hat órán át tartó hatások (szívdobogás, bevörösödött szemek és szájszárazság; enyhe eufória, illetve hangulathullámzás, érzékeléstorzulások, valamint a koncentrálóképesség elvesztése) jelentkeztek. A szintetikus vegyületek a tetrád-tesztben is hatékonyabbak, mint a növényi kannabinoid. Mindez érthetővé teszi az ezekkel az anyagokkal „beszennyezett” növénykeverék erős, marihuánaszerű hatását emberben is. Fontos tudni azt is, hogy a szerencsére ritkán előforduló HU-210 a CB1-receptor teljes agonistája, ezért túladagolása súlyos következményekkel járhat!

A befolyásoltság másokra is veszélyes következményekkel járhat. Ezzel kapcsolatban megemlítendők azoknak a vizsgálatoknak az eredményei, amelyekről a Saarlandi Egyetem munkatársai számoltak be a német Toxikológiai és Igazságügyi Kémiai Társaság ezév áprilisi

szimpóziumán. A kutatók 2009 elején olyan gépjárművezetők vérmintáit vizsgálták újra, akik bár nyilvánvalóan bódult állapotban vezettek autót,és/vagy okoztak balesetet, de a szokványos drogtesztek negatívnak bizonyultak. A „füstölők" hatóanyagainak ismeretében, illetve most már a megfelelő analitikai módszer birtokában a megőrzött vérminták elemzése több esetben a JWH-018 szintetikus kannabinoidot mutatott ki. Ez most már egyértelmű magyarázatot ad egyrészt a vezetők drog által „befolyásolt" viselkedésére, másrészt pedig arra, hogy a korábban alkalmazott drogtesztek miért nem mutattak ki sem alkoholt, sem pedig más gyógyszert illetve kábítószert.[214]

11.2.2. A katinonok: Mefedron, MDPV, pentedron

Az új pszichoaktív anyagok egyik legjelentősebb vegyületcsoportja a katinonszármazékok. Az elsődleges hatóanyag – a katinon – a khat (Cathaedulis) cserje leveléből izolálható. A szerotonin-felszabadulás miatt egyes tünetei hasonlítanak az MDMA-hoz (Ecstasy). A pentedron és az MDPV transzportergátló (a monoamin-felszabadulást direkt módon nem segítik elő, hasonlóan a kokainhoz). A pentedron magas dopaminerg-/szerotonerg-gátló hatásaránya magas abúzuspotenciált jelent (a metamfetaminhoz hasonlóan). A gyakorlat számára irányadó, hogy az egyes katinonszármazékok inkább amfetamin jellegű, stimuláns hatással rendelkeznek, vagy inkább MDMA-szerű (Ecstasy), a stimuláns hatás mellett hallucinogén-túlsúlyú tüneteket produkálnak.

- ***Mefedron***

A mefedronhasználók többsége a szer kedvező hatásait a kokainhoz és az amfetaminhoz hasonlítja, illetve az MDMA-hoz (Ecstasy). A mefedronra váltás egyik oka a szer könnyű hozzáférhetősége volt, illetve a kezdeti időszakban a legális státusa (Magyarországon 2011. január 1-jéig), valamint viszonylagos olcsó ára.

Magyarországon a mefedron körülbelül 2009-ben jelent meg, de gyorsan elterjedt a 2010. év folyamán. A kormány 2010 augusztusában döntött a szer tiltólistára vétele mellett, ami 2011. január 1-jén történt meg, ekkor vált a szer illegálissá. (Ez azt is jelenti, hogy előtte a szer használata és terjesztése legálisnak minősült.) Megfigyelhető volt, hogy mind a korábbi amfetamin-, mind pedig a heroin-használók között voltak drogváltók.

[214]Ujváry István: Szintetikus kannabinoidok a szabadpiacon – Fű, fűszer, füstölő. *Élet és Tudomány*, 2009/32., 1002–1004. o.

- ***MDPV (3,4-metiléndioxi-pirovaleron)***

Az MDPV a szintetikus katinon egyik változata. A jutalmazórendszer dopaminerg-stimulációja magyarázza a tolerancia, a dependencia és az elvonási tünetegyüttes megjelenését. A szer használata során előfordulhat akut toxikus tünetegyüttes: neurológiai, cardiovascularis és pszichopatológiai tünetekkel, mint amilyen a tachycardia, a mellkasi fájdalom, az EKG-n ST-eleváció, QT-prolongáció, hypertensio, hyperthermia, mydriasis, tremor, pszichomotoros agitáció, motoros automatizmusok, Parkinsonkór-szerű tünetek, hallucináció, téveszmék, paranoid pszichózis, depresszió, pánikrohamok, a kogníció és a hangulathosszú távú változása, szélsőséges esetekben rhabdomy-olysis, hastáji fájdalom, hányás, veseelégtelenség.

> ” *Kalapos Miklós Péter* saját tapasztalatait így foglalta össze: Leginkább úgy tűnik, hogy miközben a szerhasználati mintázat az amfetaminokéra hasonlít, addig a megvonási tünet mintázata talán az opiátmegvonásra.[215]

Kalapos kiemeli a szer hepatotoxicus hatását. Megfigyeltek MDPV okozta paranoid pszichózist és hallucinatorikus delíriumot is.

- ***Pentedron***

A pentedron(α-metilamino-valerofenon)klinikai hatásáról egyelőre kevés ismert adat áll rendelkezésre. Farmakológiai tulajdonságai alapján inkább stimulánshatás várható a szertől. „Kristály”, „penta”, „pentakristály”, „benzon” néven kerültek forgalomba penti-lont, pentedront (α -metilamino-valerofenon) vagy benzedront tartalmazó anyagok, illetve sok más, aminek a hatóanyagát nem ismerjük, de feltehetően katinon-származékokról van szó.[216]

Rácz József és *Bodrogi Andrea* az új pszichoaktív szereket használók kliensútjait a medikalizáció szükségességének és kényszerének kontextusában vizsgáló előadásukban bemutattak egy rövid elemzést 2013. január és 2014. március között kezelt 207 kliens pszichiátriai vizsgálatáról. Az adatok alapján 32 esetben feltételezhető, hogy valamilyen új szert használtak, amelyből 18 kliens tűcsere-programon, 12 kliens pedigdrogambulancián

[215]Kalapos Miklós Péter:3,4-metilén-dioxi-pirovaleron- (MDPV-) epidémia?*Orvosi Hetilap*, 2011/50., 2010–2019. o.
[216]Rácz József – Csák Róbert: Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében. *Orvosi Hetilap*, 2014/35., 1383–1354. o.

keresztül érkezett. 21 kliens súlyos pszichopatológiai tünetet mutatott(pszichózis: 17, szorongás: 2, agresszió: 3 eset). Ezen kliensek közül mefedront 6, MDPV-t3, „kristályt" 14, szintetikus kannabinoidot 6, nem beazonosítható új szert 3 kliens használt. Hat esetben történt beutalás: két „kristályt" használó klienst akut pszichiátriai ellátásra, két klienstaddiktológiai osztályra (közülük egy „kristályt" és egy nem beazonosítható új szert használt),valamint további két klienst rehabilitációs otthonba (egy szintetikus kannabinoidot használt, egy pedig nem beazonosítható új szert) utaltak. Az előadásban arra a következtetésre jutottak,hogy a medikalizáció az új szereket használók esetében gyakran szükséges, azonban az alacsonyküszöbű, illetve közösségi ellátások nem megfelelő kapacitása miatt sokszor kényszer is.[217]

11.3. Az új típusú szerek speciális veszélyei

Az árult szerek kémiai összetétele ismeretlen / változó.

Azonosításuk, (igazságügyi) vizsgálatuk új módszereket igényelhet.

Akut/krónikus farmakotoxikológiai hatásuk ismeretlen:

- pszichiátriai zavarokat kiváltó hatásuk erőteljesebb és kiszámíthatatlanabb;
- a függők több szert használnak, gyakrabban szúrnak;
- politoxikománia kialakulásának veszélye nő.

A befolyásoltság következményei nem ismertek (Baleset?).

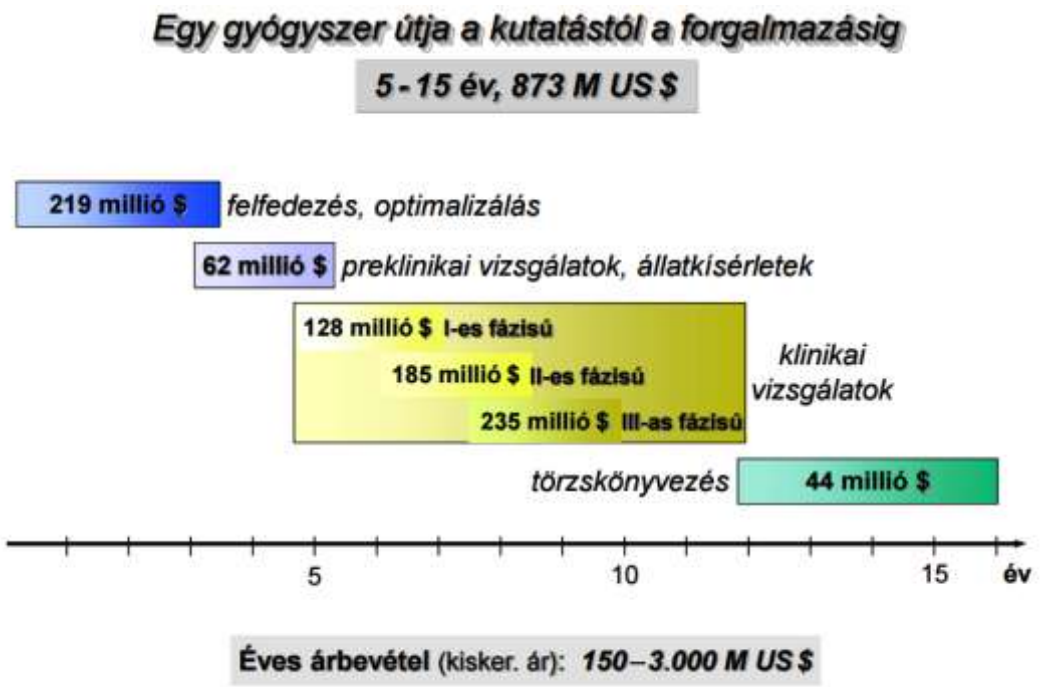
Jogbizonytalanság (Tudja-e az elkövető, mi tiltott, mi nem?).

Az ENSZ-egyezmények alapján a nemzetközi kábítószerlistákon levő anyagok zöme eredetileg gyógyszerként került forgalomba, így ezekről bőséges ismeretanyag áll rendelkezésre. Azonban egy legális forgalomba szánt gyógyszer megalkotásának költségei óriásiak, ahogy azt az alábbi ábra is mutatja.

33. számú ábra: **Gyógyszeralkotási költségek**[218]

[217]Rácz József és Bodrogi Andrea *Kliensutak az új pszichoaktív szerek használóinál: a remedikalizáció kérdése* című előadása. Elhangzott az *Új szerek, új (kliens) utak* konferencián, Budapesten, 2014.március 27-28-án.

[218]Ujváry István: *Designer drogok – Történelmi visszapillantás és előretekintés* című előadása a kémia nemzetközi éve alkalmából a Nemzeti Drog Fókuszpont által megrendezett *Designer Drogok* című konferencián, Budapesten, 2011. február 22. napján.



Ezzel ellentétben, az újonnan megjelenő pszichoaktív szerek farmakológiai hatásairól, illetve akut és krónikus toxicitásáról gyakorlatilag nincs adat, korlátozott ismeretek többnyire in vitro vizsgálatokból, ritkábban állatkísérletekből vagy a túladagolás miatt sürgősségi egészségügyi ellátást igénylőktől vannak. Fennáll az esélye egy olyan mérgezéssorozat bekövetkeztének, ami 1980-as évek elején az Egyesült Államokban történt: a kábító fájdalomcsillapító petidinnek egy dizájner („fordított észter") változatát szennyező és – mint később kiderült – a dopaminerg neuronokat roncsoló MPTP9 Parkinsonkór-jellegű, gyógyíthatatlan idegrendszeri károsodást okozott. De önmagában a tisztaság sem garancia a biztonságra. Az évtizedekkel ezelőtti Thalidomid-tragédia[219] jól példázza, hogy a toxikológiailag nem kellően vizsgált gyógyszerek fogyasztásának súlyos következményei lehetnek.

Az új pszichoaktív anyagok kapcsán indokolt tehát az aggodalom. Az ártalmak megelőzéséhez pedig nélkülözhetetlen a gyors és szakszerű tájékoztatás, és szükség esetén megfelelő jogi szabályozással kell gátat vetni az abúzusnak. A szerek gyártóival és

[219] Sokan a modern idők egyik legnagyobb orvosi tragédiájának tartják. A gyógyszer hatóanyaga a *thalidomid,* vagy kémikus nyelven alfa-ftálimido-glutárimid. 1957-benhozták forgalomba Németországban *Contergan,* más országokban *Thalidomid* néven. A vény nélkül kapható készítmény hamar népszerű lett, jó hatással volt a szorongásra és csökkentette a kismamák hányingerét is. 1961-ben visszavonták, mivel súlyos fejlődési és idegrendszeri károsodást okozott: mintegy tizenkétezer gyermek született végtaghiánnyal 1958 és 1961 között Németországban. Az akkori viszonyokra jellemző, hogy a Contergan 1961-ben vényköteles lett, majd csak egy német genetikus,*Widukid Lenz* bizonyítékai és elszánt küzdelme nyomán tiltották be Németországban. A készítményt a brit piacról is kivonták, de Olaszországban, Brazíliában, Japánban, Kanadában még hónapokig forgalmazták.

forgalmazóival szembeni erélyes fellépés azonban nem akadályozhatja meg a gyógyszerkutatókat abban, hogy a központi idegrendszeri betegségek kezelésére újabb és újabb hatóanyagokat állítsanak elő. Ezek a kutatások nélkülözhetetlenek az agyműködés felderítésében, valamint a drogfüggőség kialakulásának megértésében és kezelésében is. Napjainkban a kikapcsolódás kémiai katalizátoraként élvezeti célra felelőtlenül fogyasztott vegyületek szinte kivétel nélkül a gyógyszerkutatás „melléktermékei", melyek vagy kihullottak a farmakológiai szűrés rostáján, vagy el sem jutottak addig. A kínálati oldal nyilvánvalóan szakképzett újítói nemcsak kielégítik a fogyasztók igényeit, hanem – leleményes marketing segítségével – gerjesztik is azokat, és a jogi változásokra is rugalmasan reagálnak. Mivel a piacra dobott új drogok farmakológiája és toxikológiája ismeretlen, ráadásul a termékek összetétele változik, a fogyasztók egy ellenőrizetlen „humán kísérletsorozat" részesei. Elengedhetetlen tehát a keresleti oldal – elsősorban a felelőtlen újdonságkereső fiatalok – hiteles és korszerű ismereteken alapuló általános vagy célzottan ártalomcsökkentő felvilágosítása mind az oktatásban, mind a médiában. A lefoglalt vagy próbavásárlások során beszerzett mintákban levő új hatóanyagok azonosítása a kémikus-analitikus szakemberek éberségét és előrelátását igényli. De az áttekintett nemkívánatos – és valószínűleg nem átmeneti – összetett jelenség komoly kihívás az egészségügyi szakemberek, valamint jogalkotó és rendfenntartó szervek számára is.[220]

A szintetikus kannabinoidokat használók lehetséges kezelési igényével kapcsolatban közölt összefoglaló tanulmányt *Andrássy Gábor* és *Asztalos Zoltán*. A szerzőpáros kiemeli, hogy a kórházi tapasztalatok,valamint a szintetikus kannabinoidokat használók beszámolói alapján ezen szerek pszichiátriai zavarokat kiváltó hatása a hagyományos kannabiszéhoz hasonló, azonban annál erőteljesebb és kiszámíthatatlanabb. További kockázatot jelent, hogy ez a hatás a különböző molekulák esetében eltérő lehet. Emellett azt is leírják, hogy a szintetikus kannabinoid használata miatt ellátásra szorulók többnyire hagyományos kannabiszt évek óta probléma nélkül használó személyek, amely szintén erősíti, hogy ezek az új szerek nagyobb kockázatot jelentenek. A cikkben – négyeset leírása után – bemutatják a kialakult pszichózis kezelésére alkalmazott eljárásokat, gyógyszereket is.[221]

[220]Ujváry István: Új és aggasztó fejlemények az élvezeti célra használt szintetikus pszichoaktív szerek piacán. 2. rész. *Magyar Kémikusok Lapja*, 2013/4., 112–117. o.
[221]Andrássy Gábor – Asztalos Zoltán: Új világ, új kannabisz – osztályos tapasztalatok szintetikus kannabinoidokkal. *Orvostovábbképző Szemle*, 2013/5., 22–25. o.

Az EMCDDA azonban arra is figyelmeztet, hogy a kínálati oldal beszállítói igyekeznek olyan új pszichoaktív anyagokat felderíteni, amelyek vonzóak lehetnek a fogyasztók számára. Az e célra felhasználható és egyre gyarapodó szakirodalom bőséges és hozzáférhető, így fennáll a veszélye annak, hogy a gyógyszeripari kutatások eredményeit kihasználva a jövőben még több pszichoaktív szert fognak előzetes egészségügyi vizsgálat és engedély nélkül forgalomba hozni. A globalizáció, a mobiltelefónia és az internet térhódítása e téren is tapasztalható.

Mindennek következménye, hogy az elmúlt években a „drogszakma" komoly kihívásokkal szembesült: új szintetikus drogok tucatjai és korábban csak regionálisan ismert növények (kat, kratom, látnoki zsálya, kava, bétel stb.) jelentek meg élvezeti szerként világszerte. Ellenőrzésükre csak az elmúlt években történtek nemzeti próbálkozások.[222]

11.4. Következtetések, megoldási lehetőségek

A C lista bevezetésekor a területen dolgozók úgy érezték, hogy e szabályozás részben megoldhatja az új típusú szerek okozta akut helyzetet. Azóta ez a bizakodás alábbhagyott. A C listára gyorsabban kerülnek fel a szerek – és váltnak ezáltal illegálissá – mint korábban a kábítószer- és a pszichotróp-anyagok listájára. A kínálati oldalon ez arra presszionálja a szereplőket, hogy egyre újabb és újabb szereket dobjanak a piacra. Anélkül, hogy akár a forgalmazók, akár az előállítók tisztában lennének annak hatásaival. Amíg a kereslet állandó az ilyen szerek után, addig mindig lesz kínálat is. Az új-zélandi kormány ebből a felismerésből kiindulva egy új módszerrel próbálkozott, és megfordította a rendszer logikáját: a forgalmazókat kötelezte arra, hogy saját költségükön bizonyítsák, az általuk piacra dobni kívánt új szerek kockázatai nem érnek el egy bizonyos szintet. Az alacsony kockázatúnak bizonyult szereket aztán az állam által szabályozott formában tehette elérhetővé a partidrogok fogyasztói számára. Később visszaváltottak az anyagok listázására. Amire viszont már most is sokkal jobban kellene figyelni, az a keresleti oldal. A probléma jobb megismerésének lehetőségei: a célzott kutatások folytatása; szakmai továbbképzések; az ellátórendszer felkészítése az új szerek jelentette új kihívásokra, illetve az ártalomcsökkentés módozatairól szóló minél teljesebb és minél szélesebb körű tájékoztatás.[223]

[222]Ujváry István: Új és aggasztó fejlemények az élvezeti célra használt szintetikus pszichoaktív szerek piacán. Első rész. *Magyar Kémikusok Lapja*, 2013/3., 70–74. o.
[223]Lásd Sárosi Péter: *Sikeres-e a dizájner drogok tiltása?*http://ataszjelenti.blog.hu/2013/05/06/sikeres-e_a_dizajner_drogok_tiltasa [Letöltés ideje: 2015. április 9.]

Kvázi zárógondolatként, nem árt – még egyszer – hangsúlyozni a tájékoztatás jelentőségét a az új szerek kapcsán. A drogfogyasztás szempontjából legveszélyeztetettebb populációkat igenis kiemelten szükséges tájékoztatni a veszélyekről. A középiskolások, a felsőoktatásban tanulók és a marginalizálódott élethelyzetben lévők számára megfizethetőbbek leginkább ezek a szerek, mivel – mielőtt felkerülnének akárcsak a C listára is – elérhetőbbek, mint a tiltott anyagok (az illegális szerek árának nyolcvan százalékát a kriminális kockázat teszi ki, innen a legalitásból adódó komoly árkülönbség). Ezért is (lenne) fontos felhívni a leginkább érintettek figyelmét, hogy a közreműködésükkel tulajdonképp emberkísérlet folyik, olyan szerekkel, amelyek hatásaival a készítők sincsenek tisztában.

III. Befejezés

1. Diszkusszió: Az értekezés új tudományos eredményei

A disszertáció megírásánál tisztában voltam azzal, hogy a drogprobléma kriminálpolitikai feldolgozásának hatalmas hazai és külföldi szakirodalma van, ennek megfelelően merőben új összefüggések feltárására valószínűleg csak hosszabb és nagy erőket mozgató kutatások eredményeként kerülhet sor. Ezért a magam munkája során arra voltam figyelemmel, ami a kiváló szakirodalmi háttérben kevésbé rajzolódott ki. Úgy láttam, hogy a kriminológusok a drogstratégiák változásaiban elsősorban a két nagy kriminálpolitikai irányzat, a szigort hirdető és a segítő támogató felfogás harcát látják megjelenni, ezért a megoldást a kettő szintézisében képzelik el. A szociológusi szemléletmód ezzel szemben a drognak a társadalomban betöltött szerepét elemzi, amit a dolgozatban a droghasználat értelmezési keretei c. alfejezetben foglalok össze. Itt ugyancsak megjelenik egy elutasító és egy megértő értelmezés – lásd pl. az un. biológiai és a morális modell szembeállítását – de ez nem találkozik a jogtudományi értékelésekkel. A drogpolitika gyakorlati formálói **nem** a háttérben bőségesen rendelkezésükre álló tudományos eredményekre figyelnek, hanem pártpolitikai célokat követnek és hatalmi technikákat vetnek be. Amit én megpróbáltam, az ennek a három síknak az egymásra vetítése. Ennek eredményeként a következőt mutattam ki:

1./ Bár a jelenlegi magyar drogstratégia ambiciózus célja az volt, hogy egy merőben új, a korábbi stratégia szemléletével ellentétes irányt mutat, ez csak a kommunikáció szintjén **volt eredményes**. Azért nem sikerült a gyakorlatban, mert az új távlatok megfogalmazásánál, ahol a pártpolitikai szempontok érvényesültek ott a jelszavak **uralják** a programot, ahol pedig a kriminológia és különösen a kriminálszociológia határozta meg a mondanivalót ott a korábbi, hibásnak hirdetett tervek gondolatai ismétlődnek. Három év munkájának eredménye végül az lett, hogy a korábbi stratégiától érdemében kevésbé, leginkább csak szóhasználatában különböző dokumentumot fogadtak el. A vizsgálatom eredménye, hogy a droghelyzetnek a társadalom számára megnyugtató konszolidálása nem lehet a politikáktól átszőtt stratégiák háborúja, hanem csak az egymásra épülő a

korábbi eredményeket tisztelő és a korábbi hibákat elismerő, valamint az új megoldásokat közösen kutató konszenzusos tárgyalási mód vezethet eredményre. Ezt a tanulságot tartom dolgozatom első tudományos eredményének.

2./ Úgy vélem, hogy a bevezető téziseimben sikerült a korábbi kísérletekhez képest világosabban elkülöníteni három kérdést a kereslet-, a kínálat és a gyógyítás problémáját. Akik csak a keresletet figyelik hajlamosak a droghasználókat csupán áldozatoknak látni, akik pedig a kínálatra ügyelnek azok egyenesen minden bűnözés egyik közös gyökerét és legveszélyesebb megjelenését diagnosztizálják. A dolgozat második felismerése, amit új tudományos eredménynek érzékelek a két irányzat párbeszédének szorgalmazása, amitől azt remélhetjük, hogy az áldozati modell nem utasítja el a rendészeti eszközök bevetését és a kriminális modell nem mond le a gyógyításról akként, hogy a legeredményesebb terápiát közösen keresik.

3./A drogok hatásait elemző fejezetben bemutattam a témában született, sok esetben egymással ellentétes álláspontokat. A legújabb kutatási eredmények azonban egyértelműen a marihuána egyénre, közösségre gyakorolt súlyos negatív hatásairól számolnak be. A dolgozat új kutatási eredménye **az a felismerés**, hogy a sok esetben egyértelmű, kétséget kizáró tudományos eredményeket is megkérdőjelezik érdekcsoportok szakpolitikai érdekérvényesítés céljából. **Ennek a felismerésnek a** gyakorlati alkalmazhatóságát abban látom, hogy a kutatási eredményeket széles körben nyilvánosságra kell hozni, tájékoztatni a lakosságot, és lezárni az értelmetlen, félrevezető vitákat.

4./ A keresletcsökkentés kapcsán a legújabb tudományos eredmények szerint, a drogprevenció során leggyakrabban alkalmazott módszer, a **drogprevenciós előadás-forma** gyakorlatilag hatástalan. A közvélemény széles rétegei fűznek nagy reményeket ahhoz, ha az iskolákban rendőrök, esetleg korábbi drogfogyasztók tartanak elrettentőnek szánt előadásokat. A kutatások ennek ellenére azt mutatják, hogy nem fogyasztanak kevesebb tudatmódosító szert azok, akik ilyen előadásokat hallgattak, azokhoz képest, akik nem. **Az értekezés kutatási eredménye, hogy a nyilvánvaló tények ellenére a megelőzést továbbra is uralják ezek a hatástalan módszerek.** Az, hogy azok a jelentős kapacitások, amelyek a rendőrségnél, egyházaknál, önkormányzatoknál, iskolákban felhalmozódtak, automatikusan tovább működtetik a folyamatot, akkor is, ha kiderült, hogy azoknak nincs társadalmi haszna. **A kutatási eredmény gyakorlati alkalmazhatóságát abban látom, hogy a látszat-intézkedések helyett új megoldásokat kellene keresni, még akkor is, ha ezek nem hoznak**

azonnali eredményeket. A döntéshozóknak is tudomásukra kell hozni, hogy mire jutottak a kutatók, mert a szakpolitikák csak így válhatnak elméletileg is megalapozottá. Akkor is, ha rövid távon ez sok érdeksérelemmel, a korábbi, több évtizedes gyakorlattal való szakítással jár, és kevésbé látványos a kormányzati marketing számára.

5./ A kínálatcsökkentést vizsgálva visszaigazolódott az a tézis, miszerint a kriminalizáló kínálatcsökkentési stratégia nem csökkenti a kínálatot. (Amiként a legkövetkezetesebb zéró tolerancia nem tudja általában megszüntetni a bűnözést!) **Ennek ellenére a büntetőjog ultima ratio elvének itt is érvényesülnie kell, a bűn büntetést kíván. Az értekezés új kutatási eredménye az, hogy ezen eszközök látszólagos eredménytelenségük ellenére nem nélkülözhetőek, a bűnüldözést akkor is folytatni kell, ha azt sokszor kudarcok kísérik.**

6./ Új kutatási eredmény továbbá, hogy a kínálatcsökkentés valójában szorosan összefügg a szervezett bűnözés elleni nemzetközi összefogással, amelyben a magyar szerveknek nagyobb szaktudásra és kooperációs készségre van szükségük. A kutatási eredmények gyakorlati alkalmazhatóságát abban látom, hogy az illegális szerek terjesztői elleni fellépést **tovább kell erősíteni,** a lehető legmagasabb szakmai színvonalon, a legújabb technikák alkalmazásával, és a minél szélesebb nemzetközi kapcsolatok kiépítésével.

7./ Az ártalomcsökkentés kapcsán az értekezés tudományos eredménye az, hogy óriási károkat okoz, ha egy szakpolitikai kérdésbe a nagypolitika beleavatkozik. Mikor már a tűcsere szolgáltatók és a rendészeti szakemberek között konszenzus alakul ki a tűcsere programok szükségességéről, hasznáról, akkor a tűcsere működése szerint illetékes önkormányzat durván beleavatkozik a program működésébe, gyakorlatilag a húsz évvel korábbi állapotokat hozva létre. Ebben a tárgyban komoly vita bontakozott ki az önkormányzat és néhány civil szervezet között. Megvizsgálva a görög, bolgár, román példákat, egyértelműen kiderült, hogy a járványveszély valós, az ellene való cselekvés pedig sürgető. Az új kutatási eredmény alkalmazhatósága véleményem szerint egyértelmű: az ártalomcsökkentés kapacitását nem hogy csökkenteni, de növelni kell.

8./Az európai uniós drogstratégiák kapcsán az értekezés által megállapított eredmény, hogy látszólag csak kereteket, elveket, eszközöket határoznak meg a tagállamok számára, azonban mégis nagy jelentőséggel bírnak. Egyrészt az európai fellépés egységesítése felé mutatnak, másrészt csökkentik az egyes tagállamokban a politikai kurzusváltások okozta elbizonytalanodást a tagállami drogpolitikákban.

9./Az egyes országok drogpolitikáját vizsgálva az értekezés új tudományos eredménye, hogy nincs egységes, mindenhol ugyanúgy érvényes és eredményes drogpolitika. Egyrészt az egyes országokban a droghelyzet más és más. Természetes, hogy Svédországban ragaszkodnak ahhoz az eredményhez, hogy egy generációnak csak nagyon kis hányada próbálja ki az illegális kábítószereket. Az is érthető, hogy Angliában kialakult a letartóztatási továbbirányítási rendszer, ugyanis ott a bűnelkövetői és a kábítószer-fogyasztói réteg gyakorlatilag lefedi egymást. Azonban az elemzés eredménye az is, hogy az országok sajátságaitól függetlenül az ártalomcsökkentés eszközrendszerére mindenhol szükség van. Ennek hiánya jól megmutatkozik Svédországban, ahol az alacsony drogfogyasztói arány mellett megmutatkozik, hogy a kipróbálóknak jóval nagyobb hányada válik problémás drogfogyasztóvá, mint azokban az országokban, ahol hatékony ártalomcsökkentés folyik.

10./ Az új pszichoaktív szerek kapcsán az értekezés új tudományos eredménye, hogy a folyamatnak még csak az elején tartunk. Egyelőre semmilyen eredményes választ nem tudtak adni a droggal foglalkozó szakemberek a jelenségre, úgy tűnik, minden lépés csak gyorsítja a szerek terjedését, fluktuálódását. Ahogyan ezt láttuk az új pszichoaktív szerek büntetőjogi szabályozása, és az ún. C lista megalkotása kapcsán. Egyértelmű, hogy néhány év múlva visszatekintve rá sem fogunk ismerni a drogproblémára. Az eredmény gyakorlati alkalmazhatósága abban rejlik, hogy az új pszichoaktív szerek okozta problémával folyamatosan foglalkoznunk kell, és amíg valamilyen hosszú távú megoldás nem körvonalazódik, legalább az okozott ártalmakat kell mérsékelni.

2. Összefoglalás

2.1. Visszatekintés az értekezés elején megfogalmazott hipotézisekre

Munkám elején összesen öt hipotézist fektettem le a drogpolitikával kapcsolatban, melyek részben beigazolódtak, részben megváltoztak, kisebb részben cáfolódtak a kutatómunka során.

1. **A legális drogok, így az alkohol, nikotin, gyógyszerek legalább akkor veszélyt jelentenek, illetve sokkal több kárt okoznak ma Magyarországon, mint a kábítószerek.**

Ezzel a tézisemmel utólag már csak részben értek egyet. Ha megnézzük az alkohol és a dohányzás által okozott halálesetek számát Magyarországon és összehasonlítjuk a drog-túladagolásos esetekkel, akkor valóban elhanyagolhatónak tűnik a drogprobléma. Mindezzel együtt úgy gondolom, hogy az alkohol és a dohányzás kapcsán jelentős állami és civil erőfeszítések szükségesek ezen szerek okozta egyéni és társadalmi károk mérséklésére. Fontosnak tartom a magyar gasztronómia reklámozását világszerte, azonban ehhez nem az Országgyűlés által szentesített Pálinkatanácsokon és Borlovagrendeken keresztül vezet az út véleményem szerint.

2. **A kínálatcsökkentés elengedhetetlenül szükséges, de nem hatékony módszer, a drogszférát nem befolyásolja**

A megállapítással részben értek egyet. A kínálatcsökkentésnek nincs kínálatcsökkentő hatása, de sok más egyéb van. Jó példa erre, hogy a sikeres kínálatcsökkentő beavatkozások, letartóztatások, lefoglalások a nemzetközi drogkartelleket új stratégia kidolgozására ösztönözte. Ez nem volt más, mint az új pszichoaktív szerek megjelenése a piacon, amik a drogproblémát a korábbi szerekhez képest jelentősen fokozták. Nem osztom a „galambok" azon elképzelését, miszerint a drogproblémát nagy részben a prohibíciós politika okozza.

3. **A keresletcsökkentés eszközrendszerében rejlő lehetőségeket nem használjuk ki, mert idő- és pénzigényesek, továbbá nem járnak látványos, politikailag hasznosítható eredménnyel.**

A megállapítást jelenleg is teljes mértékben osztom. Ma Magyarországon – és ez igaz az 1989. óta eltelt valamennyi kormányzat működésére – olyan politikai cselekvés elfogadására, amely nem hoz várhatóan kézzelfogható voksokat a következő választásokra, kevés az esély. A drogpolitikában egyértelműen a hosszú távú keresletcsökkentési mechanizmusoknak van jövőjük. Ide szociálpolitikai, egészségpolitikai, oktatáspolitikai eszközök tartoznak jelentős mértékben. Egyrészt óriási költségigényük van, másrészt leghamarabb középtávon hoznak kimutatható eredményt. A járható út mégis ez lesz.

4. **Az ártalomcsökkentés fontos, de nem mindenható eszköz. Talán ez jár a legmérhetőbb eredményekkel a kábítószerhalálok megelőzését, illetve a fertőző betegségek terjedésének féken tartását illetően.**

A megállapítással jelenleg is egyetértek. Az ártalomcsökkentés fontos, a jelenleginél még nagyobb mértékben szükséges a támogatása, de a drogfogyasztás csökkenését nem szabad várni tőle. Bár ezt nem is tűzi a zászlajára. Az intravénás drogfogyasztók között terjedő fertőző betegségek megállításának a jelenleg ismert egyetlen eszköze.

5. **Magyarország nagyon jó helyzetben van a környező országok és a világ más tájaihoz képest a droghelyzetet tekintve.**

Angliához vagy az Amerikai Egyesült Államokhoz képest ez a magállapítás vélhetően megállja a helyét. Azonban a legutóbbi híradásoknak hitelt adhatunk, a legrosszabb sorsú vidékeinken az új pszichoaktív szer probléma tömegkatasztrófával fenyeget. [224] Érkeztek hírek korábban is arról, hogy a 8. kerületben előfordul olyan eset, hogy egyszerre egy család három generációja injektálja be magának az új pszichoaktív szert, arról azonban még a szakmának is csak korlátozott ismeretei voltak, hogy ez a jelenség megjelent vidéken is.

2.2. ELKÉPZELÉSEK EGY DROGSTRATÉGIÁRÓL

Magam jelentős mértékben ellenzem a drogfogyasztást. Abba a korosztályba tartozom, ahol huszonéves korom elején megjelentek az illegális kábítószerek az átlagos főiskolás-egyetemista körökben. Az addig csupán dohányzó és szórakozás mellé alkoholt fogyasztó közösségben megjelent a marihuána és a stimulánsok, elsősorban extasy fogyasztása. Meglehetősen rosszul érintett ez a változás, a drogfogyasztást folytató ismerőseimmel tipikusan megszakítottam a kapcsolatot, sok esetben több éves működő barátságokat. Bár akkor az alkohol és a dohányzás okozta problémákat jelentősen alábecsültem, ezeknek a szereknek a megjelenését valódi veszélyként érzékeltem. Személyesen úgy tapasztaltam, hogy a hallgatók a főiskolát, egyetemet nagymértékű alkoholizálás és dohányzás mellett is befejezik, párkapcsolatokban élnek, azonban akik „rákattantak" a marihuánára, azok tipikusan kibuktak az iskolából, kapcsolataik megromlottak. Ma már látom, hogy ez nem szükségszerűen történik így sem az alkohol, sem a marihuána vonatkozásában.

[224] Földes András: Siker! A drog oldotta meg a vidéki alkoholproblémát. http://index.hu/belfold/2015/04/16/dizajnerdrogdalun/ A letöltés ideje: 2015. április 19.

Azt látnunk kell azonban, hogy az Amerikai Egyesült Államokban folytatott tömeges – egyidőben kb. egy-millió ember – bebörtönzések, a dél-kelet ázsiai kivégzések sem vezettek eredményre a kábítószerek visszaszorításában. Ezt úgy értékelem, hogy egy nyitott határokkal rendelkező demokratikus berendezkedésű országban, a nagy részben tiltásra és büntetésre berendezkedő drogpolitika szükségszerűen bukásra van ítélve. Ha viszont ez igaz, nincs más út, mint a szabályozáson elgondolkodni. A korábban már idézett, Katona István és munkatársai által végzett kísérletek kínálják a megoldást véleményem szerint. A kísérleteik azt igazolták, hogy jelentős különbség van a hippi korszakra jellemző 1-2 %-os és a ma jellemző 6-20 %-os hatóanyag tartalmú marihuána élettani hatásai között. Míg a gyengébb fajták romboló hatását az idegvégződések belső sejtregeneráló folyamatai kézben tudják tartani, az erősebb, és mostanában jellemzőbb fajták hatása már csak több hetes teljes absztinenciával hozható helyre. Ebből csak következtetni lehet arra, hogy milyen károkat okozhat a sokak által elfogadhatónak tartott, éveken át folytatott mindennapi marihuána-fogyasztás.

A másik szertípus, amit úgy tűnik, hogy széles körben fogyasztanak egyes generációk tagjai, a diszkódrogok, amelyek az egyik tipikusnak mondható szer, az extasy hatóanyaga az MDMA. A hatóságok világszerte jelentős készleteket foglaltak le belőle folyamatosan. Mára gyakorlatilag eltűnt a drogpiacról. Helyette megjelentek az új anyagok, előbb a mefedron, majd a pentedron és így tovább. A helyzet tanulsága az, hogy ugyanazt az igényt – óriási energiákkal, boldog lelki állapotban szórakozni– a fiatalok egyre inkább veszélyesebb szerekkel elégítik ki. Ugyanis az MDMA tagadhatatlan rövid-közép- és hosszútávú egészségre káros hatásai eltörpülnek utóbbi szerek hatásaihoz képest.

Így koncepcióm szerint az egyetlen járható út – a drogok hatásaival kapcsolatos kutatások mai állása alapján – az alacsony hatóanyag tartalmú marihuána és MDMA anyagok államilag ellenőrzött kereskedelme. A nemzeti dohányboltok rendszere készen kínálja az adásvétel helyszínét. Természetesen nem akárkinek kellene kiadni ezeket a tudatmódosítós szereket. Katona István és munkatársainak kutatásai kimutatták, hogy a marihuána káros hatásai sokszorosan erősebbek, ha a fogyasztó 21 éven aluli. Ezt az életkort határoznám meg alsó határként. Másrészt előírnám a fogyasztani vágyók számára, hogy orvosi igazolást hozzanak arról, hogy nem szenvednek skizofréniában, vagy más olyan mentális betegségben, illetve azokra nem hajlamosak, melyeket a fenti drogok előhívhatnak vagy súlyosíthatnak.

Minden kutatás, addiktológiai tapasztalat azt mutatja, hogy az ellenőrizetlenül érkező újabb és újabb pszichoaktív szerek sokkal nagyobb kárt okoznak, mint a korábban ismert kábítószerek. Bár a büntetőjogi szabályozás rövidtávú hatásában kételkedem, mégis, még a jelenleginél is szigorúbb büntetéssel fenyegetném az ezekkel való visszaélést.

Üdvözlöm a rendőrség drogstratégiájában megfogalmazott elvárásokat, miszerint a kábítószerrel kapcsolatban lefolytatandó büntetőeljárásoknak egyre nagyobb arányban kell a terjesztői típusú magatartásokat folytatók ellen irányulniuk. Az előírás végrehajtásához mégis jelentősen szkeptikusan állok hozzá.

Úgy gondolom, hogy a drogellenes küzdelemre fordított források sokkal nagyobb részét kell a keresletcsökkentés eszközrendszere felé fordítani. Álláspontom szerint ebből a kérdésből ki kell vonni a politikai szempontokat, nem lehet a szakmai szervezeteket olyan bizonytalanságnak kitenni, mint a megelőző években. Ebben a társadalmilag kiemelten fontos tevékenységben egy szervezetnek évekre előre tudnia kell, hogy mire számíthat az államtól, bár lehetséges, hogy közvetlen politikai csatározásokat sem szükséges a jövőben ezeknek a szervezeteknek vállalniuk.

Jó iránynak tartom a keresletcsökkentést végző szervezetek akkreditálását, talán a jelenlegi szabályozáson finomítani kell.

Az ártalomcsökkentés kapcsán álláspontom szerint nem az ellátórendszer szűkítése, hanem ellenkezőleg, annak növelése szükséges. Teljes szakmaiatlanságnak gondolom azt az érvet, miszerint az ártalomcsökkentő technikák növelnék a kábítószer használók számát vagy a használók által fogyasztott anyag mennyiségét.

A drogfogyasztókat érintő joghátrány kapcsán osztom Felvinczi Katalin elképzelését, miszerint az elegendő lenne a szabálysértési törvényben szabályozni, mert, mint tudjuk, „ a jogállamiságnak megfelelő megtorló büntetőjognak a kezét megkötik az emberi, állampolgári és politikai jogok, mert nem nyilvánithat bűncselekménnyé olyan magatartást, amit ezen jogok megengednek. Így nem nyilvánithatja bűncselekménnyé az önsorsrontó viselkedés olyan eseteit, amelyek az önmagukkal való rendelkezést, életvitelük szabad megválasztását jelentik. A személyes szabadságjogokat tiszteletben tartó megtorló büntetőjog a büntetőjogi kényszer alkalmazásánál nem rendelkezhetik az emberrel kiszolgáltatott alattvalóként. A

gyógyítást, lelki-szociális gondozást kényszerré nem teheti, legfeljebb szabadon választott szolgáltatásként felajánlhatja. … Szükség van tehát a BTK. módosítására, éspedig abban az értelemben, hogy a kábítószer előállítását, forgalomba hozatalát és a fogyasztóhoz való eljuttatás minden formáját büntető megtorlás fenyegesse. Viszont a kábítószer-fogyasztás kezelésének, megelőzésének és megelőzéssel kapcsolatos igazgatásrendészeti, egészségügyi-adminisztratív tennivalóit külön kábítószer törvényben szabályozzuk. [225]

„A kábítószer-fogyasztás a társadalmi beilleszkedési zavar, a deviancia, ugyanakkor az önpusztítás egyik formája is. Az ellene való küzdelem, a megelőzés, az elterjedés megakadályozása, a büntetőjog eszközeivel nem érhet célt. Nem a tünetet kell büntetni, hanem az okokat kell feltárni, azt lehetőség szerint csökkenteni, szűkíteni, a visszaélőket nem bűnözőnek, hanem esetleg beteg, gondozásra szoruló személynek tekinteni és segíteni az életben maradásban, a visszailleszkedésben. [226]

Lévay Miklós az osztrák példát elemezve kijelenti, „ … a szabályozás rugalmasan követi a kábítószer-helyzet alakulását. Ezt – többek között – az teszi lehetővé, hogy 1980. óta a jelenség valamennyi fontosabb jellemzőjére vonatkozóan adatgyűjtést végeznek és a már említett intézmény koordinálja a kábítószer-probléma elleni küzdelmet.”[227]

Elengedhetetlennek tartom az európai országok drogpolitikáinak közelítését. Nem vezet jóra az a helyzet, hogy amíg Szlovákiában az új pszichoaktív szerek nem szabályozottak, addig az azokat tilalmazó Magyarországra szánt szereket előző országban veszély nélkül lehet szállítani, tárolni. A helyzet a mi szempontunkból fordított a Rivotril és Svédország vonatkozásában. Ugyanis a skandináv országban a gyógyszer tiltólistán szerepel. Nem így nálunk, így hazánkból jelentős mennyiségű illegális Rivotril vándorol Svédországba.

A drogpolitikának jelentős erőfeszítéseket kell a börtönökben zajló folyamatokkal kapcsolatban. A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága részéről talán nem az a legcélravezetőbb álláspont, hogy a visszásságokat feltáró tanulmány megjelentetését letiltják a Börtönügyi Szemlében.

[225] Szabó András: Büntetés vagy gyógyítás In.: Kriminológiai Közlemények 25. MTA Kriminológiai Társaság, Budapest, 1988. szerkesztette: Lévai Miklós 20-22. o.
[226] Frech Ágnes: A kábítószeres ügyek ítélkezési gyakorlata In.: Kriminológiai Közlemények 25. MTA Kriminológiai Társaság, Budapest, 1988. szerkesztette: Lévai Miklós, 29. o.
[227] Lévai Miklós: In.: Kriminológiai Közlemények 25. MTA Kriminológiai Társaság, Budapest, 1988. szerkesztette: Lévai Miklós, 93. o.

Kriminálpolitikai elképzelésem végezetül, mintegy filozófiai alapkőletételképpen szeretném idézni Lévay Miklós gondolatát[228]:

> ”*[A] kábítószerezés alapvetően reagálás egy életproblémára. Erre figyelemmel olyan tartalmú kriminálpolitikát indokolt kialakítani, amely védi a fogyasztót attól a társadalomtól, amelyből éppen annak ellentmondásai miatt „kiszállt”, de védi a szűkebb és tágabb közösséget is az önkontroll nélkül maradt egyéntől, aki a kontrollvesztés feltételét, a kábítószert biztosítja.*

A vázolt stratégia bevezetésére jelenleg esélyt nem látok. Két ok miatt sem. Egyrészt a magyar lakosság körében nagy többségben van jelen a prohibicionista szemlélet. Őszintén hisznek az emberek a büntetőjog –ezen belül kábítószerrel való visszaélés- megelőző hatásában. Továbbra is súlyosabb büntetések, több rendőr utcára küldésében látják a megoldást a kriminális problémáinkra. Ezen törekvések visszhangra találnak politkusaink kommunikációiban. Elegendő Orbán Viktor Miniszterelnök 1999. február 4-ei beszédét ideidézni: „ A drog és a bűnözés ördögi kör, és ez az ördögi kör mindannyiunk biztonságát veszélyezteti. Tisztában vagyunk azzal, hogy a drogok fogyasztása teljes mértékben nem szüntethető meg. De a kérdésre – kábítószer vagy élet – világos választ kell adnunk. És, mi azt mondjuk: a Kormány az élet oldalán áll. Nem tűzhetünk ki kisebb célt, mint egy drogmentes Magyarország megteremtését. …”[229]

[228] Lévay Miklós: Kábítószerek és bűnözés Elméleti kérdések és a hazai helyzet, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1992. 229. o.

[229] Orbán Viktor: Az ország állapotáról való beszéd. Magyar Nemzet, 1999. február 5. 5. o. A beszédet idézi Lévay Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika és büntetőjogi szabályozás alakulása Magyarországon az 1970-es évektől napjainkig című publikációjában In.: Jogtudományi Közlöny az MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság folyóirata, 57. évfolyam 6. szám, 2002. június

IRODALOMJEGYZÉK

A kábítószerek világa. Az Országos Kémiai Biztonsági Intézet Egészségügyi Toxikológiai Szolgálat Kiadványa, Budapest, 2006.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2010. november 2-i ülésének 4. napirendi pontjához. Tájékoztató a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájának megvalósulásáról. Előterjesztő: Országos Rendőr-főkapitányság

Albert Bandura: Social Learning Theory. Englewood Cliffs, New York: General Learning Press., Prentice Hall, 1977.

Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Titkársága: Javaslat a drogproblémák megelőzését és kezelését célzó programra. Budapest, 1987. február

Anderson, Peter – Baumberg, Ben: Alkohol Európában népegészségügyi perspektívából. Jelentés az Európai Bizottság részére. Összefoglalás. Institute for Alcohol Studies, UK, 2006

Andrássy Áron – Mrázik Julianna: A drogprevenció. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pécs, 2011.

Andrássy Gábor – Asztalos Zoltán: Új világ, új kannabisz – osztályos tapasztalatok szintetikus kannabinoidokkal. Orvostovábbképző Szemle, 2013/5.

ANGLIN, M. D. and SPECKART, G. (1988), NARCOTICS USE AND CRIME: A MULTISAMPLE, MULTIMETHOD ANALYSIS. Criminology, 26: 197–233

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának Jelentése Az AJB 1092/2011 számú ügyben

Az Európai Unió Tanácsa által 2012. december 7-én elfogadott, a 2013–2020-as időszakra szóló kábítószer elleni uniós stratégia. Brüsszel,

Bajzáth Sándor – Tóth Eszter Zsófia – Rácz József: Repülök a gyógyszerrel. A kábítószerezés története a szocialista Magyarországon. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2014.

Bean, Philip: Drugs and Crime. Published Devon, UK ; Portland, Or. : Willan, 2002.

Beckford, Martin: It's time to decriminalise drug use, say peers The Telegraph 2011. 03. 20.

Beszámoló az Emberi Erőforrások Minisztériuma - Ifjúságügyi Főosztály kábítószer-probléma kezelése érdekében végzett, 2013. évi tevékenységéről (EMMI 2014b)

Betaubungsmittelstrafrecht in Westeuropa. Eine rechtsvergeichende Untesuchung im Auftrag des Bundeskriminalamts – with an English comparative analysis. Herausgegeben von Dr. Jürgen Meyr mit einem Vorwort von Professor Dr. Albin Eser. Freiburg i. Br. 1987.

Blaskó Béla, Miklós Irén, Pallagi Anikó, Polt Péter, Schubauer László: Büntetőjog, különös rész II. Rejtjel Kiadó, Budapest, 2013.

Borbély Eszter: Regionális és globális problémakezelés a kábítószerügy területén. Szakdolgozat. Budapesti Gazdasági Főiskola, Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Budapest 2004.

Branigan, Tania: Rights groups fear wave of deaths as Thailand faces new drugs crackdown, The Guardian 2011. 07. 10.

Buda Béla: A drogmegelőzés elméleti alapjai, NDI, KEF módszertani anyagok, A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet kiadása, Budapest, 2002.

Bull, Melissa: Arrest Referral: A Guide to Principles and Practice. International Journal of Drug Policy. The Scottish Government Publications, August 2005,

Coggans, N.: Drug education and prevention: has progress been made? Drugs: Education, Prevention and Policy, 2006. 13 (5).

Combating hiv/aids in the european union and neighbouring countries (2009-2013)

Communication from the Comission to the Council and the European Parliament on the results of the final evaluation of the EU Drugs Strategy and Action Plan on Drugs (2000–2004), Brussels

Council of the European Union: European Union DrugsStrategy [2000-2004]. 12555/2/99 CORDROGUE 64 Rev 2 (1999). Brussels, 1 December 1999; Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the European Union action plan to combat drugs [2000-2004]. (1999) COM/99/0239 final, Brussels.

Council of the European Union: European Union Drugs Strategy [2005-2012]. 15074/04 CORDROGUE77, Brussels, 22 November 2004; Molnár Dániel: Nemzeti drogstratégiák az Európai Unióban. Pécs, 2011

Csányi Gergely: A Kék Pont esete az önkormányzattal és a „fantom civilszervezettel”.Civil Szemle, XI. évfolyam, 2. szám,

Culley, Deirdre May – Skoupy, Jiri – Rubin, Jennifer – Hoorens, Stijn – Disley, Emma – Rabinovich, Lila: Assessment of the implementation of the EU Drugs Strategy 2005–2012 and its Action Plans. [Az EU 2005–2012 közötti kábítószer-ellenes stratégiája végrehajtásának értékelése]. Az Európai Bizottság Jogérvényesülési Főigazgatóság kiadványa, 2012.

Demand Reduction: A Glossary of Terms (ODCCP Studies on Drugs and Crime: Guidelines) Kézirat, 2000. Az ENSZ kiadványa

Demetrovics Zsolt – Balázs Hedvig: Drogosok In: A láthatatlanság vége Társadalomismereti szöveggyűjtemény, szerkesztette: Gelsei Gergő, Budapest, az Alapítvány a Társadalomelméleti Kollégiumért kiadványa

Dénes Balázs:A tiltás gyümölcsei: 3 szigorú drogpolitikai év, Budapest, TASZ, 2002.

Dénes Balázs: Drog és jog. Az Alkotmánybíróság döntéséről. Beszélő, 2005. január 12-21.

Domokos T, Fábián R, Felvinczi K, Horváth GCS, Márványkövi F, Mervó B, Paksi B és Rácz J (2010): Kézikönyv. Szükségletmeghatározás – kezelés, ellátás. (szerk.: Paksi B, Felvinczi K). Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest. ISBN 978-963-7366-34-5. 71 oldal

Drinking and Driving A road safety manual for decision-makers and practitioners World Health Organization

Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drog users , A World Health Organization kiadványa, 2004.

ENSZ Kábítószer- és Bűnüldözési Hivatala (UNODC): Svédország sikeres drogpolitikája: a bizonyítékok áttekintése 2007.

Európai drogprevenciós minőségi standardok, a Nemzeti Drog Fókuszpont kiadványa, 2012.

Éberhardt Gábor: Határrendészeti kérdések. In: Rácz József (szerk.): Rendészeti ismeretek a kábítószer-problémával kapcsolatban. Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Igazgatóság– Országos Bűnmegelőzési Bizottság, ETO-PRINT Kft, Budapest. 2009

Éves jelentések az EMCDDA 2004-2014. számára, készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont

Faggiano, F. et al. (2010) The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, 108 (1-2).

Fejér Balázs Az L S D kultusza (egy budapesti kulturális színpad krónikája). MTA Politikai Tudományok Intézete Etnoregionális Kutatóközpont, Munkafüzetek 48. Budapest, 1997.

Fiáth Titanilla: Addiktológiai problémák kezelése a börtönben – terápiás lehetőségek. In: Csáki Anikó – Mészáros Mercedes (szerk.): Drogprevenció és kezelés a büntetés-végrehajtásban. Szakkönyv. Készült a Nemzeti Erőforrás Minisztérium támogatásával (KAB-ME-10-IM-0033). Váltó-sáv Alapítvány, Budapest, 2011.

Fliegauf Gergely: Kábítószer-probléma a börtönben – rövid áttekintés. In: Csáki Anikó – Mészáros Mercedes (szerk.): Drogprevenció és kezelés a büntetés-végrehajtásban. Szakkönyv. Készült a Nemzeti Erőforrás Minisztérium támogatásával (KAB-ME-10-IM-0033). Váltó-sáv Alapítvány, Budapest, 2011.

Fliegauf Gergely: A drogpolitika lehetséges irányai a büntetés-végrehajtásban. Börtönügyi Szemle, 2010/3.

Frech Ágnes: A kábítószeres ügyek ítélkezési gyakorlata In.: Kriminológiai Közlemények 25. MTA Kriminológiai Társaság, Budapest, 1988. szerkesztette: Lévai Miklós, 23-31. o.

Fridli J, Pelle A és Rácz J (1994): Kábítószerfogyasztás és büntetőpolitika. Esély, 3:86-104.
Fridli J, Pelle A és Rácz J (1994): Drogfogyasztás és büntetőpolitika. Szenvedélybetegségek (Addictologia Hungarica), 2,1:15-20.

Fridli J, Pelle A és Rácz J (1994): A kábítószer kérdés társadalompolitikája a rendszerváltás előtt és után. Kriminológiai Közlemények 49., 115-235.

Fridli J, Pelle A és Rácz J (1994): A kábítószerkérdés büntetőjogi szabályozásának ellentmondásai. A Legfelső Bíróság VI. Büntető Elvi Döntéséről. Jogtudományi Közlemények, 49,4-5:167-179.

Fridli J, Pelle A and Rácz J (1994): Drug policy before and after the regime change. A study of criminal proceedings in Budapest between 1990 and 1992 in cases of drug abuse and inducement of pathological addiction. Working Paper No. 4, Central European University, Budapest.

Galla, M., von Gageldonk, A., Trautmann, F., Verbraeck, H. (2005): A Nemzeti Strategia felidős ertekelesenek reszletes tapasztalatai. Trimbos Instituut. Uttrecht.

Gilbert J. Botvin, Elizabeth M. Botvin, and Hirsch Ruchlin: School-Based Approaches to Drug Abuse Prevention: Evidence for Effectiveness and Suggestions for Determining Cost-Effectiveness

Global status report on alcohol and health 2014. World Health Organization kiadványa

Gorman, D. M. – Conde, E. – Huber, J.C. (2007) The creation of evidence in “evidencebased” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation. Drug and Alcohol Review, 26.

Greenwald, Glenn: Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies. Domosławski (2011).

Guszev, Sz. I.: A kábítószer elleni küzdelem időszerű kérdései In.: Magyar Jog 36. évfolyam 8. szám, 1989. augusztus, 701. o.

Gyékiss Roland előadása a Kálvária tér, VIII. kerület, tűcsere-program címmel, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. május 19–20-án megrendezett „Alacsonyküszöbű ellátások” című képzésen.

Harnberger György: A kábítószerek vámhatósági ellenőrzése, annak kihívásai. [A tanulmány "Az adó- és vámszervek aktuális kihívásai" című konferencia és tanulmánykötetben fog megjelenni 2015-ben az NKE kiadásában]

Hipp Katalin:Büntetőjogi korlátok és lehetőségek. In: A …miért kell, hogy így legyen… című, 2006. november 22-én tartott képzés zárótanulmánya. Budapest, 2007.

Horváth Gergely Csaba (szerk.): A kábítószer-helyzet Magyarországon 2004–2014.A Nemzeti Drog Fókuszpont jubileumi összefoglaló kiadványa, Budapest, 2014

Human Rights Watch: Rhetoric and Risk Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS.

Irk Ferenc: Társadalom – gazdaság – büntetőjog. In:Irk Ferenc (szerk.): A bűnözés jövője. Pusztai László emlékkönyv. OKRI, Budapest, 1997.

Jessor R és Jessor SL (1977): Problem Behavior and PsychosocialDevelopment: A Longitudinal Study of Youth. New York: Academic Press.

Kalapos Miklós Péter:3,4-metilén-dioxi-pirovaleron- (MDPV-) epidémia? Orvosi Hetilap, 2011/50.

Katona, István et al.: Cell-specific STORM super-resolutionimaging reveals nanoscale organization of cannabinoid signaling. NatureNeuroscience, no.18, 2015.

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja: A kábítószer-probléma Európában. Európai Unió Hivatala, Luxembourg, 2012.

Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület sajtóközleménye

Kály-Kullay Károly: "A szeretet szegényei" - A szenvedélybetegség stratégiai megközelítései In.: Új ember, Katolikus hetilap 60. évf. 18. szám, 2004.

Kéri Szabolcs: Tudományos evidenciák a pszichoaktív szerek hatásaival kapcsolatban: biztonságos drogpolitika és kockázatos drogfogyasztás. Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest, 2007.

Kisgyörgy Éva – Peller László: Tékozlók vagy eltékozoltak? (Kábítószer-fogyasztókról és a velük foglalkozó intézményekről). In: Alkohológia, 1987. (18. évf.) 3. szám

Kisszékelyi Ödön: Feljegyzés a budapesti kábítószerhelyzetről. Budapest, 1974.

Kling, A.; Forster, M.; Sundell, K. & Melin, L. (2010) A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support. Behavior Therapy, 41 (4

Kocsis Piroska: A rendszerváltozás hatása a kábítószer-fogyasztásra. Archív Net, 2010/10.

Korinek László: 77 kérdés a kábítószerről. In.: Gönczöl Katalin – Kerezsi Klára (szerk.): Tanulmányok Szabó András 70. születésnapjára. Magyar Kriminológiai Társaság, Budapest, 1998.

Lammers et al. (2011) Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health 11.

Laurance, Jeremy: Debunked: politicians' excuse that cannabis has become stronger. Independent, 2007. 07. 21.

Lévai Miklós: A kábítószer-fogyasztás mint társadalmi probléma Magyarországon. In: A kábítószer és a kábító hatású anyagok fogyasztásának büntetőjogi problémái. Kriminológiai Közlemények 15. Budapest, 1987. Szerk.: Polt Péter. 90-95. o.

Lévai Miklós: A boldogság vágya és hiánya. Gondolatok két könyvről és a kábítószer-élvezetről. Napjaink, 1987. 10.

Lévai Miklós: Kábítószer-probléma és jogi szabályozás. Megjelent: A jog és a terápia összefüggései a kábítószer-fogyasztók kezelésében. Kriminológiai Közlemények 25. Budapest, 1988. 90-94. o.

Lévai Miklós: Narkománia és kriminalitás. Az OET Drogprogram 1989. évi narkológiai tanfolyamának anyaga. Kézirat, 1989.

Lévai Miklós: Az Európa Tanács a kábítószer-probléma ellen. Alkohológia, 1989. 3. 4-9.o.

Lévai Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika Nyugat-Európában. Magyar Jog, 1989. 9. 797-801. o.

Lévai Miklós: A kábítószer-probléma és a bűnözés összefüggései. Az előadás elhangzott a Magyar Kriminológiai Társaság Viktimológiai Szekciójának 1989. November 22-i „Drog és bűnözés" című ülésén. Az írásos változat megjelent a Kriminológiai Közlemények 34-35-36. számú kötetében. Budapest,1990. Szerk.: Kerezsi Klára. 168-204. o.

Lévai Miklós: Kábítószer-bűncselekmények miatt elítéltek kriminológai vizsgálata. Megjelent:„Drogkutatási Alirány (Előtanulmányok)" c. kötetben, amely a TBZ kutatók 1990. évi pilisszentkereszti Munkaértekezletére készült. 113-136.o.

Lévai Miklós: A drog és a bűnözés Kelet- és Kelet-Közép-Európában. Belügyi Szemle, 1991. 9. 112-115. o.

Lévai Miklós: A kábítószerrel visszaélés és a bűnözés összefüggései egy empirikus vizsgálat alapján. In.: Alkohológia, 1991. 3-4. 15-30. o.

Lévai Miklós: A kábítószer-probléma. Gyermek- és Ifjúságvédelem, 1991. 3-4. 48-64. o.

Lévai Miklós: A kábítószerrel visszaélés és a bűnözés összefüggései egy empirikus vizsgálat alapján, Kriminológiai közlemények, 1992/44-45. o.

Lévai Miklós: A kábítószerek és a bűnözés, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1992.

Lévay Miklós: A kábítószer-probléma és a büntetőjogi kontrollja Magyarországon. Esély, 1992. I. 56-63. o. (A tanulmány megjelent még a „Deviancia Szociológiája-Szöveggyűjtemény a szociális szakképzés számára" c. kötetben. Az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-TWINS Kiadó Szociálpolitikai Sorozata. A kötetet szerkesztette: Gönczöl Katalin és Kerezsi Klára. Budapest, 1993. 179-186. o.)

Lévay Miklós: A kábítószer-probléma és a bűnözés kapcsolatának kriminológiai kérdései. Főiskolai jegyzet. Rendőrtiszti Főiskola, 1993.

Lévay Miklós: Engedélyezni vagy tiltani: a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó kriminálpolitika dilemmái. In.: „Tények és kilátások (Tanulmányok Király Tibor tiszteletére)" c. kötet. Szerk.: Erdei Árpád. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1995. 206-224. o.

Lévai Miklós: Engedélyezni vagy tiltani: a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó kriminálpolitika dilemmái, Magyar Jog, 1996/1.

Lévay Miklós: Gönczöl Katalin – Korinek László – Lévai Miklós (szerkesztők): Kriminológiai ismeretek– Bűnözés – Bűnözéskontroll. Corvina Kiadó, Budapest, 1996. 417 o. A tankönyv szakmai lektora.

Lévay Miklós: A kábítószer-probléma büntetőjogi szabályozásának egyes kérdései az Európai Unió országaiban. Megjelent: Tanulmányok Szabó András 70. születésnapjára. Szerk.: Gönczöl Katalin – Kerezsi Klára. Budapest: Magyar Kriminológiai Társaság, 1998. 160-171. o.

Lévay Miklós: A kábítószer-bűnözés alakulása Magyarországon a kilencvenes években; a kábítószer- fogyasztással kapcsolatos kriminálpolitika modelljei és a modellekkel összefüggő egyes büntetőjogi intézmények. Megjelent az 1998. évi habilitációs eljárás számára készített tézisfüzetben. Miskolc, 1998. 2-27. o.

Lévay Miklós: Bűncselekmény-e a kábítószer-fogyasztás? Psychiatria Hungarica, 1999. 3. 265-269. o.

Lévay Miklós: A kábítószer-fogyasztókkal szembeni fellépés büntetőjogi és büntető eljárásjogi eszközei. In.: "Kábítószer-fogyasztó Pygmalion a tanteremben" c. kötet Szerk.: Bácskai Erika. Egészséges Ifjúságért Alapítvány, Vác, 2001. 27-47. o.

Lévay Miklós: Héják, baglyok, galambok – Változások a kábítószer-fogyasztás kriminálpolitikai megítélésében. Fundamentum, 2001. 1. 49-57.o.

Lévay Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika és büntetőjogi szabályozás alakulása Magyarországon az 1970-es évek végétől napjainkig. Megjelent: a Facultas Nascitur - 20 éves a jogászképzés Miskolcon c. tanulmánykötetben. Szerk.: Szabadfalvi József. Bíbor Kiadó, Miskolc. 2001. 251-281.o.

Lévay Miklós: Visszaélés kábítószerrel. Kóros szenvedélykeltés. Kábítószer készítésének elősegítése. In: Csemáné Váradi Erika - Görgényi Ilona - Gula József - Lévay Miklós - Sántha Ferenc: Magyar Büntetőjog. Különös Rész II. c. tankönyvben. Szerk.: Horváth Tibor és Lévay Miklós. Bíbor Kiadó, Miskolc, 2002. 169-196.o.

Lévay Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika fejlődési tendenciái az Európai Unióban. Előadás a „Közös nevező", avagy a kábítószer-probléma kezelése Magyarországon és az Európai Unióban c. a Parlamenti Nyílt Napon: Budapest, 2004.

május 13. Az előadás írásos változata elérhető az Országgyűlés honlapján (www.parlament.hu, majd: Állandó bizottságok honlapjai, Ifjúsági és Sportbizottság honlapja és ott: Nyílt Napok), a nyílt nap címét viselő CD-Romon, amely a Gyermek-Ifjúsági és Sportminisztérium kiadványa, valamint az „Európai Unióhoz való csatlakozás kihívásai a bűnözés és más devianciák ellni fellépés területén" c. tanulmánykötetben (Bűnügyi Tudományi Közlemények 7. Szerk.: Lévay M., Bíbor Kiadó, Miskolc, 2004. 94-102.

Lévay Miklós: A kriminálpolitika szerepe és jellemzői a kábítószerek kínálatának és keresletének csökkentésében az Európai Unióban, Györgyi Kálmán ünnepi kötet Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 2004. 215

Lévay Miklós: Héják, baglyok, galambok, Fundamentum, 2001/1. szám Lévay Miklós: Paternalizmus és jogbizonytalanság, Fundamentum, 2005/1.

Lévay Miklós: Az alkoholizmus, a kábítószer-probléma és a bűnözés összefüggései. Megjelent: Kriminológia – Szakkriminológia c. tankönyvben. Szerk.: Gönczöl K. – Kerezsi K. – Korinek L. – Lévay M. CompLex, Budapest, 2006. 469-500. o.

Lévay Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika dilemmái; az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat drogpolitikai és kriminálpolitikai szemlélete. (A Magyar Kriminológiai Társaság 2005. február 11-i tudományos ülésén /ELTE Állam-és Jogtudományi Kar, Budapest/ tartott előadás írásos változata.) Megjelent: Kriminológiai Közlemények 62. Szerkesztők: Borbíró Andrea és Both Emőke. Magyar Kriminológiai Társaság, Budapest, 2006. 75-97. o.

Lévay Miklós: A „büntetés helyett kezelés" elve. Egy racionális és ésszerű kompromisszum a kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitikában; az elv érvényesülése a rendszerváltozás utáni magyar büntetőjogban. In: Facultas Nata. Ünnepi tanulmányok a miskolci jogászképzés 25. évfordulójára. Szerk.: Szabadfalvi József. Miskolc: Bíbor Kiadó, 2006. 193-211. o.

Lévay Miklós: Kriminológiai kutatások a kábítószer-probléma és a bűnözés kapcsolatáról. Megjelent: Tanulmányok Dr. Dr. H.C. Horváth Tibor Professor Emeritus 80. s zületésnapja tiszteletére. Szerk.: Farkas Ákos – Nagy Anita – Róth Erika – Sántha Ferenc – Váradi Erika. Bűnügyi Tudományi Közlemények 8. Miskolc, Bíbor, 2007. 461-479. o.

Lundqvist, Thomas: Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. Pharmacology Biochemistry and Behavior, vol. 8, no. 12, 2005.

Magay Imre: A kábítószerekkel való visszaélések elleni küzdelem feladatai, szervezete és eszközei. Magyar Rendőr, 1942/2.

Marianella Kloka előadása a TASZ által hazánkban, 2014. december 15-én szervezett Ártalomcsökkentő Konferencián

Molnár Lajos miniszter levele a Neurológiai Szakmai Kollégium elnökének

Mott J.: Drug Misuse and Crime, In.: The importance of Narcotics in relation to criminality. Collected studies is Criminological Research vol. 13. Council of Europe

Mrazek, Patricia J. – Haggerty, Robert J.: Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Institute of medicine, Washington, National Academy Press, 1994.

Nemzeti Erőforrás Minisztérium Közleménye

Neurológiai Szakmai Kollégium és a Pszichiátriai Szakmai Kollégiumegyeztetett álláspontja az Egészségügyi Minisztérium megkeresése alapján a különböző illegális pszichoaktív szerek egészségre való veszélyességét illetően

Németh Zsolt: A magyar rendőrség lehetséges stratégiája a kábítószer-bűnözés ellen. In: Irk Ferenc (szerk.): Kriminológiai és Kriminalisztikai Tanulmányok 35. OKRI, Budapest, 1998.

Németh Zsolt „Tudat-módosítás" címmel elhangzott előadása „A kábítószer-probléma kezelése az Európai Unióban" című konferencián, 2004. május 6-án, a Parlament Felsőházi termében

Németh Zsolt írása a Fundamentum című folyóirat Fórum rovatában. Topolánszky Ákos – Németh Zsolt – Frech Ágnes – Rácz József – Funk Sándor – Kály-Kulai Károly – Hoyer Mária: Drogpolitika Magyarországon. Fundamentum, 2001/1.

Németh Zsolt: A kínálatcsökkentés helyzete. Magyar Rendészet, 2004/4.,

Németh Zsolt: Rendőrség és szociális munkások (drogmunkások) angliai együttműködése a drogfogyasztók kezelésében. Tanulmányút Angliában. Kézirat. Budapest, 2001. április 22–29.

Orbán Viktor: Az ország állapotáról való beszéd. Magyar Nemzet, 1999. február 5. 5. o.

Owen, Jonathan: Cannabis: An apology. Independent, 2007.03.18.

Paksi Borbála – Arnold Petra: A jogerősen elítélt fogvatartottak droghasználata. Börtönügyi Szemle, 2010/1.

Peter Reuter: Hawks Ascendant – The Punitive Trend of American Drug Policy, 1992. Santa Monica, az Amerikai Igazságügyi Minisztérium kiadmánya

Petrie, J.; Bunn, F. & Byrne, G. : Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children, Oxford Journals, Medicine & Health, Health Education Research , 2007.

Pintér Judit Nóra – Cserny Virág: A füvezés kikezdi a párok intimitását. Tarsam.blog oldal 2015. 01. 28.

Rácz József: Iskolai drog prevenciós programok eredményessége In.: Kapocs, 2005. (4. évf.) 18. sz.

Rácz József: A droghasználat megelőzése – prevenciós modellek és programok. In: Demetrovics Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai. I. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2007.

Rácz József előadása a Definíciók, az ács-t alakító legalapvetőbb filozófiai és szemléleti szempontok címmel, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2008. május 19–20-án megrendezett „Alacsonyküszöbű ellátások" című képzésen.

Rácz József és Bodrogi Andrea Kliensutak az új pszichoaktív szerek használóinál: a remedikalizáció kérdése című előadása. Elhangzott az Új szerek, új (kliens) utak konferencián, Budapesten, 2014.március 27-28-án.

Rácz József – Csák Róbert: Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében. Orvosi Hetilap, 2014/35.

Rácz József – Szabó Gabriella: A kortárs és a sorstárs segítés módszere. In: Rácz József (szerk.): Az esélyteremtés új útjai: Kortárs és sorstárs segítéssel szerzett tapasztalataink. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2008.

Rácz József – Márványkövi Ferenc – Melles Katalin: Közösség-alapú utcai megkereső modell-program pilotstudy-vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében. Addiktológia Hungarica, 2009/3.

Rácz József: A drogfogyasztó magatartás. Medicina Kiadó, Budapest, 1988. 160 o.
Rácz József: Ifjúsági szubkultúrák és fiatalkori „devianciák". 'Animula Könyvek', Magyar Pszichiátriai Társaság, 1989.Budapest, 143 o.
Rácz József: Addiktológia. Tünettan és intervenciók. HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1999. 191 o.
Rácz József: Hoyer M, Komáromi É és Sasvári A (2000): A drogkérdésről – őszintén. B+V (medical&technical) Lap és Könyvkiadó Kft., Budapest, 194 o.
Rácz József: (1998): Ifjúsági (szub)kultúrák, intézmények, devianciák. Válogatott tanulmányok. Scientia Humana, Budapest 236 p.
Rácz József: (2001): A prevenciós programok értékelése. Az Ifjúsági és Sportminisztérium szakmai kiadványa. Budapest, 87 p.
Rácz József: (2001): A drogozás útvesztői. Válogatott tanulmányok. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 194 o.
Rácz József (2006): Kvalitatív drogkutatások. Kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 297 o.
Rácz József: (2007) (szerk.): Leszakadók. A társadalmi kirekesztődés folyamata. L'Harmattan, Budapest, 158 oldal.
Rácz József(szerk.) (2008): Az esélyteremtés új útjai. Kortárs és sorstárs segítéssel szerzett tapasztalataink. L'Harmattan, Budapest, 178 o.
Rácz József, Márványkövi F, Melles K és Vadász V (szerk.: Rácz J)(2010): Út a túléléshez. Nyílt színi droghasználat és „belövőszobák" Budapesten. Az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos megfontolások. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 258 oldal.

Rácz József (1989): Devianciák és szabadságjogok. Jelző, 1,10:43-49.

Rácz József, Fridli J és Frech Á (1989): Kriminalizáció és medikalizáció a drogfogyasztás hazai megítélésében. Psychiatria Hungarica, 4:331-338.
Rácz József (1990): A magyarországi kábítószerezés koncepciói. Esély, 4:37-43.
Rácz József (1990): A ‘80-as évek ifjúsági szubkultúrái Magyarországon. Valóság, 33,11:69-82.
Rácz József (1992): A drogfogyasztás jelentősége és megelőzése. In: Forrai J (szerk.): Szexuális felvilágosítás és nevelés. AIDS megelőzés. Iskolai program, Holistic Kiadó, Budapest, 43-49.o.
Rácz József (1994): Drogepidemiológiai vizsgálat kábítószer-bűncselekmények miatt elítéltek körében. Psychiatria Hungarica, 9,4:349-363.
Rácz József (1999): A gyógyulás vagy büntetés megközelítéstől a kínálat- és keresletcsökkentésig. Szenvedélybetegségek (Addictologia Hungarica), 7,4:315-317.
Rácz József (2001): Hozzászólás. Fórum: Drogpolitika Magyarországon. Fundamentum, 5,1:88-89.
Rácz József (2001): A drogfogyasztás megelőzése. Családorvosi Fórum, 3:60-62.
Rácz József (2001): Adressing HIV/AIDS prevention among injecting drug users within the framework of the national strategy. Drug abuse and HIV/AIDS: Lesson learned. Case Studies Booklet. Central and Eastern Europe and the Central Asian States. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention: Studies on drugs and crime. Monographs. UNAIDS Best Practice Collection. United Nations, New York, 60-61.
Rácz József (2004): Kockázati magatartások elemzése injekciós droghasználókkal készült kvalitatív interjúk feldolgozása alapján. Psychiatria Hungarica, 9,2:105-122.
Rácz József (2004): A civil ellátói oldal hozzáadott értéke a közösségi drogpolitikák kialakulásához az európai országokban. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 3, 3: 356-365.
Rácz József (2005): Az „elterelésről”. Szakirodalmi összegzés. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 4,1:89-102.
Rácz József (2005): Ártalomcsökkentő drogpolitika. Magyar Tudomány, 166,8:1010-1016.
Rácz József (2006): Vélemény az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII. 13.) számú határozatáról addiktológiai szemszögből – avagy a „wishful thinking” (affektusvezérelt gondolkodás) esete. Kriminológiai Közlemények 62:98-103.
Rácz József, Melles K, Márványkövi F és Lencse M (2008): A „büntetés helyett kezelés” elvének érvényesülése egy drogambulancia betegeinek vizsgálata alapján. Orvosi Hetilap, 149, 13**:** 601–607.

Rácz József (2009): Ártalomcsökkentő programok a pszichiátriában. Magyar Családorvosok Lapja, 1:2-6.

Rácz J (2011): Az ártalomcsökkentés. In: Kaló Zs és Obert J (szerk.): Gyermekvállalás és droghasználat. Magyar Emberi Jogvédő Központ, Józan Babák Klub, Budapest, 48-52.

Report on the global epidemic 4th global report AIDS 2004. UNAIDS kiadvány

Rossman, Shelli B. – Roman, John K. – Zweig, Janine M. – Rempel, Michael – Lindquist, Christine H. (Eds.): The Multi-Site Adult Drug Court Evaluation: The Impact of Drug Courts. Final Report. Urban Institute Jusice Policy Center, vol. 4, 2011.

Sárosi Péter – Takács István: Kockázatos szerek és veszélyes drogpolitikák.TASZ Drogpolitikai Füzetek 8. TASZ, Budapest, 2007.

Schur E. M. Crimes without victims, New Yersey, Englewood Cliffs, 1965.

Sereg András interjúja Dr. Lévay Miklós alkotmánybíróval. Jogi Fórum, 2013. november 22.

Shuster, Simon: The Curse of the Crocodile: Russia's Deadly Designer, Time, 2011. 06. 20.

Szabó András: Büntetés vagy gyógyítás In.: Kriminológiai Közlemények 25. MTA Kriminológiai Társaság, Budapest, 1988. szerkesztette: Lévai Miklós 11-22. o.

Szalavitz, Maia: Controversial Surgery for Addiction Burns Away Brain's Pleasure Center. Time, 2012. 12. 13.

Sussman, S.; Earleywine, M.; Wills, T.; Cody, C.; Biglan, T.; Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004) The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of Drug Abuse Prevention. Substance Use & Misuse, 39 (10).

Takács István Gábor: Börtön és kockázatok. A „vérrel és szexuális úton terjedő fertőzésekhez kapcsolódó kockázati magatartások, kábítószer-használat és a rájuk adott válaszok a magyar büntetés-végrehajtási intézményekben" című kutatás eredményei. Társaság a Szabadságjogokért–Drogprevenciós Alapítvány, Budapest, 2010.

Takács István Gábor – Demetrovics Zsolt: A tűcsere programok hatékonysága az injektáló droghasználók közötti HIV és hepatitisz fertőzés megelőzésében. Psychiatria Hungarica, 2009/4., 280. o.

Tarján Anna: Fertőző betegségek megelőzése és kontrollja az intravénás szerhasználók körében. ECDC és EMCDDA útmutató, Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest, 2013.

Tham, Henrik:Drug policy and trends in problematic drug use in Sweden. In: Tham, Henrik (Ed.): Review of Swedish Drug Policy Department of Criminology. Stokholm University, 2003The Benefits of Decriminalizing Drug Use. Open Society Foundations, Warsaw, 2011.

THE EU DRUGS STRATEGY (2013–20)

Tim Rhodes, Dagmar Hedrich: Ártalomcsökkentés: bizonyítékok, eredmények és kihívások, EMCDDA Monographs 10.

Topolánszky Ákos – Németh Zsolt – Frech Ágnes – Rácz József – Funk Sándor – Kály-Kulai Károly – Hoyer Mária: Drogpolitika Magyarországon. Fundamentum, 2001/1.

Topolánszky Ákos: A Nemzeti Drogstratégia, mint az együttműködés kerete. In: Németh Zsolt – Miletics Marcell: A segítő szféra és a rendészet együttműködése az ártalomcsökkentő drogpolitika megvalósításában. A …miért kell, hogy így legyen… című, 2006. november 22-én tartott képzés zárótanulmánya. Budapest, 2007.

Topolánszky Ákos A Nemzeti Drogstratégia, mint az együttműködés kerete A segítő szféra és a rendészet együttműködése az ártalomcsökkentő drogpolitika megvalósításában …miért kell, hogy így legyen… című 2006. november 22-én tartott képzésének zárótanulmánya, Szerkesztők: Dr. Németh Zsolt és Miletics Marcell Budapest, 2007. február

Tóth Eszter Zsófia: Fiatalok és a kábítószer az 1970-es évek Budapestjén. Archívnet, 2010/5.

Toumbourou, J. W.; Stockwell, T.; Neighbors, C.; Marlatt, G. A.; Sturge, J. & Rehm, J. (2007) Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. Lancet, 369. o.

Ujváry István: Designer drogok – Történelmi visszapillantás és előretekintés című előadása a kémia nemzetközi éve alkalmából a Nemzeti Drog Fókuszpont által megrendezett Designer Drogok című konferencián, Budapesten, 2011. február 22. napján.

Ujváry István: Szintetikus kannabinoidok a szabadpiacon – Fű, fűszer, füstölő. Élet és Tudomány, 2009/32.

Ujváry István: Új és aggasztó fejlemények az élvezeti célra használt szintetikus pszichoaktív szerek piacán. 2. rész. Magyar Kémikusok Lapja, 2013/4.,

Új drogstratégia: Megelőzés és ártalomcsökkentés, interjú Grezsa Ferenccel, a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda vezetőjével a mindennapi közéleti portálon

Varga Orsolya (szerk.): Kábítószer-használat az Európai Unióban: jogalkotási megközelítések. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2005. A kiadvány eredetileg angol nyelven jelent meg Illicit drug use in the EU: Legislative approaches címmel, 2005-ben az EMCDDA kiadásában, Lisszabonban.

Válasz az ombudsmannak – az EMMI államtitikára a drogpolitikáról

Valentin Simionov, a Romanian Harm Reduction Network (RHRN) projektvezetője a román ártalom-csökkentés új kihívásait ismertette a TASZ által hazánkban, 2014. december 15-én szervezett Ártalomcsökkentő Konferencián

Van Harten, Coen – Meijer, Remco: Hoe hashiesj en marihuana ingeburgerd raakten. Elsevier, Jrg 46 (3March), pp. 13–17, 1990. Hivatkozza: Jansen, Mila A. C.: The Development of a “Legal” Consumers’ Market for Cannabis: The “Coffee Shop” Phenomenon. In: Leuw, Ed – Marshall, Ineke Haen (Eds.): Between Prohibition and Legalization: The Dutch Experiment in Drug Policy. Kugler Publications, Amsterdam–New York, 1994

Veér András: Az állami szerepvállalás legfontosabb szegmensei. In: Alternatív drogstratégia. 2. kiadás. Animula Kiadó, Budapest, 2000.

Webster, Russel: Clubbing safer Guidance for licensing authorities, club managers and promoters, a Drug Prevention Advisory Service kiadványa

Wit, Ardine and Jasper Bos, "Cost-Effectiveness of Needle and Syringe Programmes: A Review of the Literature," in Hepatitis C and Injecting Drug Use: Impact, Costs and Policy Options, Johannes Jager, Wien Limburg, Mirjam Kretzschmar, Maarten Postma, Lucas Wiessing (eds.), European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2004.

World Drug Report 2011., United Nations New York, 2011.

World health organization: the ottawa charter for health promotion.

Zonnevylle-Bender, M. J. S.; Matthys, W.; van de Wiel, N. M. H. & Lochman, J. E. (2007) Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46 (1),

Internetes oldalak:

http://www.ajbh.hu/-/valasz-az-ombudsmannak-az-emmi-allamtitkara-a-drogpolitikarol?

http://www.antroport.hu/lapozo/tanulmanyok/tanulmanypdf/No48fejerbalazs.pdf

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph176/059-082_Botvin.pdf

http://archivnet.hu/hetkoznapok/fiatalok_es_a_kabitoszer_az_1970es_evek_budapestjen.html?oldal=2

http://archivnet.hu/hetkoznapok/fiatalok_es_a_kabitoszer_az_1970es_evek_budapestjen.html?oldal=1

http://archivnet.hu/hetkoznapok/a_rendszervaltozas_hatasa_a_kabitoszerfogyasztasra.html

http://www.bbc.com/news/world-europe-24725738

http://www.cato.org/publications/white-paper/drug-decriminalization-portugal-lessons-creating-fair-successful-drug-policies

http://content.time.com/time/world/article/0,8599,2078355,00.html

http://www.dizajnerdrog.hu/Controls/Download.aspx?attId=4b6534b0-7a7f-41cc-99c6-ffed887a52ec

http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/

http://drogfokuszpont.hu/eves-jelentesek/

http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/emcdda-monograph10-harm_reduction.pdf

http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/illegalis_kabszer_jogalkotasi_hu.pdf

http://drogriporter.hu/fallacizmusok

http://drogriporter.hu/node/1132

http://drogriporter.hu/files/drogriporter/A_pszichoakt__v_szerek_Keri.doc

http://drogriporter.hu/files/drogriporter/imce/tasz_borton_es_kockazatok.pdf

www.drogstrategia.hu/download.php?file_id=72

http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/rand_final_report_eu_drug_strategy_2005-2012_en.pdf

http://www.emcdda.europa.eu/best-practice

http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/eu-drugs-strategy-2013-20

http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law/national/strategies

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/sp0016_en.htm

http://www.forbes.com/pictures/eeik45iid/combat-hivaids-malaria-and-other-diseases-3/

http://www.gondola.hu/cikkek/52685

http://healthland.time.com/2012/12/13/controversial-surgery-for-addiction-burns-away-brains-pleasure-center/

http://href.hu/x/2ldy

http://www.hrw.org/en/news/2010/01/07/china-drug-rehabilitation-centers-deny-treatment-allow-forced-labor;

http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/cannabis-an-apology-440730.html

http://www.independent.co.uk/news/world/europe/krokodil-the-drug-that-eats-junkies-2300787.html;http://www.elettanmsc.pminfonet.com/Designer%20drogok.doc

http://www.jogiforum.hu/interju/114

http://kdnp.hu/naplo/doebbenetes-volt-%E2%80%93-vilagskandalum

http://www.kef.hu/ProfDocs.aspx?ID=8554c912-5385-4f0d-a44d-a03954a200e3&sel=DOCS

http://www.kef.hu/ProfDocs.aspx?ID=8554c912-5385-4f0d-a44d-a03954a200e3&sel=DOCS

http://www.madaszsz.hu/hirek/sajtokozlemeny_ombudsman_201410.pdf

http://www.mindennapi.hu/cikk/tarsadalom/uj-drogstrategia-megelozes-es-artalomcsokkentes/2011-03-02/1800

https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/155903NCJRS.pdf

http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/sajtokozlemenyek/uj-drogstrategiara-van-szukseg

http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-english-20120814.pdf

http://planet.infowars.com/worldnews/europe/netherlands-bans-foreigners-from-cannabis-cafes-new-cannabis-rules-are-not-working

http://www.police.hu/hirek-es-informaciok/legfrissebb-hireink/bunugyek/forgalombol-kivonva-kepekkel

http://www.popcenter.org/problems/rave_parties/PDFs/saferclubbing.pdf

http://pt.forwallpaper.com/search/dzyadok.html

http://www.reuters.com/article/2014/02/12/us-italy-drugs-law-idUSBREA1B1FF20140212

http://www.swissinfo.ch/eng/cannabis-legalisation-returns-to-swiss-agenda/41119824

http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/8394560/Its-time-to-decriminalise-drug-use-say-peers.html

http://www.thelocal.es/20140814/barcelona-weeds-out-49-cannabis-clubs

http://www.valtosav.hu/szakmai_anyagok/VSA-tanulmany-KAB-IM.pdf

http://www.vice.com/ro/read/daca-esti-prins-fumand-un-cui-acum-poti-sa-ti-platesti-amenda-in-rate-121

HTTP://WWW.WHO.INT/HEALTHPROMOTION/CONFERENCES/PREVIOUS/OTTAWA/EN/

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9782940395002_eng.pdf

Jogszabályok:

2012. évi C. törvény (VII.13.) a Büntető Törvénykönyvről

2012. évi II. törvény (I.6.) a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről

2005. évi XCV. törvény (VII.15.) az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról.

1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről

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

1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról

1998. évi XXV. törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről

1965. évi 4. tvr. az ENSZ 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezményének kihirdetéséről

1988. évi 17. törvényerejű rendelet - genfi egyezmény

66/2012. Kormányrendelet (IV.2.) a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról

55/2014. (XII.30.) EMMI rendelet

77/2013. (IX. 10.) Vidékfejlesztési Miniszter rendelete a 128/2009. (X. 6.) Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Miniszter rendeletének módosításáról Az állatgyógyászati termékekről szóló 128/2009. (X. 6.)

1089/2013. (III.4.) Kormány határozat a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottságról

1090/2013 (III.4.) Kormány határozat a Kábítószerügyi Tanácsról

80/2013. (X.16.) Országgyűlési határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013- 2020.

162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet a kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről

159/2005. (VIII. 16.) Korm. rendelet a kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapításáról

42/2008. EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól

4/2009. (III. 20.) IRM utasítás a fogvatartottak számára kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer- használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás biztosításáról

54/2004. (XII. 13.) AB határozat

1/2007. Büntető jogegységi határozat

Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB- 1131/2013.és AJB-7541/2013. számú ügyben

Az 1960-ban New Yorkban aláírt Egységes Kábítószer Egyezmény (1968. évi 4. számú tvr.);

Az 1971-ben Bécsben aláírt Pszichotróp Anyagokról Szóló Egyezmény (1979. évi 25. számú tvr.);

Az 1988-ban Bécsben aláírt, A Kábítószerek és Pszichotróp Anyagok Forgalmazása Elleni ENSZ Egyezmény (14/1998. OGY. hat.).

A Közösségi Vámkódex létrehozásáról szóló 2913/92/EGK tanácsi rendelet

Európai Közösség Amszterdami Szerződése

Európai Unió Tanácsának 204/757/IB. kerethatározata