

Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I.

Kutatási eredmények, legjobb gyakorlatok és eddigi szabályozási tapasztalatok

TÁMOP 5.4.1 projekt IV. pillér

Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet



Szerkesztette:

Kun Bernadette
Dr. Felvinczi Katalin

Szerzők:

Csák Róbert
Dudits Dénes
Gáspár Gabriella
Dr. Gyarmathy V. Anna
Dr. Honti Judit
Dr. Jambrik Ágnes
Dr. Kósa Edina
Kun Gábor
Sebestyén Edit
Törzsökné Góczán Emese
Vadász Piroska
Varga Dániel
Varga Mónika

A kötet a TÁMOP 5.4.1./08/1. számú kiemelt projekt keretében készült.

Előszó

A „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” című, 2009. december 1. és 2011. november 30. között megvalósuló, TÁMOP - 5.4.1/08/1 kiemelt projekt keretében lehetőségünk nyílik arra, hogy az új Nemzeti Drogstratégia kezelés, ellátás és ártalomcsökkentés területére vonatkozó célkiűzéseinek megvalósulásához hozzájáruljunk. Az öt pillérből álló kiemelt projekt egyik eleme a „Kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” címet viseli, amely az addiktológiai ellátások területén kíván fejlesztéseket előmozdítani.

A projekt fő vezérelve, hogy képessé kívánja tenni a helyben tevékenykedő, a kábítószer-problémával küzdők ellátásáért, a szolgáltatások biztosításáért felelősséggel bíró szereplőket a helyi drogszcénában megjelenő szükségletek és a szolgáltatásspektrum hiányosságainak azonosítására, a szolgáltatásspektrum bővítésének megtervezésére és a fejlesztések hatékony megvalósítására. Minderre azért volna szükség, ugyanis az elmúlt időszakban a fejlesztések nem voltak kellően összehangolva, s az egyes alrendszerek (megelőzési szolgáltatások, egészségügyi ellátások, szociális ellátórendszer) egymástól függetlenül fejlődtek. A keresletcsökkentési oldalon számos szolgáltatás jelenik meg, amelyek optimális esetben nem egymástól függetlenül, hanem helyi együttműködésekben végzik tevékenységüket. Az univerzális megelőzéstől a rehabilitáció utáni védett munkahelyekig húzódik az a szolgáltatásspektrum, amely együttesen, összehangoltan működve lehet képes egy-egy közösségben a kábítószerek iránti kereslet érdemi csökkentésére, természetesen saját célrendszerét és sajátos módszereit megtartva. A meglévő szolgáltatások szabályozottsága és szakmaisága különbözik a szociális és/vagy gyermekvédelmi szolgáltatásoktól, sok szolgáltatás az egészségügyi típusú jogszabályok hatálya alá esik (pl. a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-ellátás), más területeken jelenleg nem áll rendelkezésünkre egyértelmű jogszabályi környezet (pl. prevenciók szolgáltatások). A jogszabályi háttér mellett ugyanakkor a *szakmai minőség* kérdése is kiemelkedően fontos, hatékony fejlesztések csak úgy valósíthatók meg, ha az egyes szolgáltatások megfelelően kidolgozott minőségügyi rendszerrel is rendelkeznek.

A projekt egyik fontos feladata ennek tükrében, hogy bizonyos kiemelt fejlesztési területeken lendületet adjon a minőségügyi gondolkodásnak, és szabályozóanyagok létrehozásával megteremtse a minőségügyi rendszerének kialakításának kereteit. Hosszú távú célunk ugyanis, hogy létrejöjjön és folyamatosan működjön az illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódó szolgáltatások *minőségügyi rendszere*, ami a helyi döntéshozók számára segítséget ad a megbízható és ellenőrzött, hatékony intervenciók helyi megvalósításához és működésük nyomon követéséhez. Ezen hosszú távú cél elérésének érdekében első lépésben arra volt szükség, hogy azonosítsuk azokat a területeket, amelyekre vonatkozóan indokolt lehet a szakmai szabályozás kialakítása. Mivel a projekt véges idői és finansziális kapacitással rendelkezik, csupán néhány szolgáltatást tudtunk kiemelni a minőségügyi fejlesztés vonatkozásában. Szakértői konzultációk keretében azonosítottunk kiemelt területeket, és végül választásunk néhány *célzott prevenciók szolgáltatására (plázákban/bevásárlóközpontokban működő prevenciók szolgáltatások, lakótelepen/egyéb városrészekben csellengők számára létesített prevenciók programok, illetve zenés-táncos szórakozóhelyeken működő programok), valamint javallott (indikált) prevenciók programra (megelőző felvilágosító szolgáltatásokra és a túcsere programokra)* esett. Célunk az, hogy ezen a három területen, a

szakmai szolgáltatókkal való szoros együttműködésben alakítsuk ki egy-egy jól működő és hatékony minőségügyi rendszer alapjait.

A közös munka első nagyobb lépésének eredménye ez a kötet, aminek címéből az is kiderül, hogy tulajdonképpen egy többrészes sorozat első részéről van szó. A sorozat azt a folyamatot igyekszik bemutatni, hogy a kiemelt fejlesztési területeken milyen főbb lépések mentén történik a szakmai szabályozás megalapozása. Jelen első kötet az alapjait rakja le annak a jövőbeli 2. kötetnek, amely a konkrét előírásokat és javaslatokat fogalmazza meg az egyes szolgáltatásokkal/programokkal kapcsolatosan. Ehhez azonban mind a három (valójában azonban öt) fejlesztési területen szükséges volt, hogy egy részletes hazai és nemzetközi szakirodalmi áttekintés történjen meg, aminek keretében képet kaphatunk arról, hogy az egyes területeken mik a legjobb gyakorlatok, mik a területen zajló fontosabb kutatási eredmények, illetve milyen eddigi – főként nemzetközi – szabályozóanyagok születtek meg az egyes területeken. Úgy véljük, ezen háttértudás elengedhetetlen egy minőségi fejlesztés beindításához, s csak ennek tükrében kezdődhet meg a szakmai diskurzus a tényleges szakmai szabályozásról. Jelen kötet tehát ezen az öt területen foglalja össze mindazt, amit a fentiekben felsorolt szolgáltatásokról tudni érdemes. A három fő területen zajló munkát három különböző munkacsoport valósította meg. A munkacsoport-vezetők (Sebestyén Edit, Dudits Dénes és Csák Róbert) szervező feladataik mellett igen nagy szerepet vállaltak abban, hogy a területekre vonatkozó összefoglalók szakmai tartalma is minél gazdagabb és minél színvonalasabb legyen, emellett az egyes fejezetek szerkesztésében is oroszlánrészt vállaltak. Az egyenként három-öttagú munkacsoportok mellett azonban további szakértők bevonása is segítette a munkát. A munkacsoportok által létrehozott szakmai összefoglalók és ajánlások 2010 nyarán egy kétnapos szakmai találkozó keretében kerültek megvitatásra. Ennek eredményeként mind az öt szolgáltatásra/programra vonatkozóan megfogalmazásra kerültek azok a kritériumok, amelyek a szakmai szabályozók felépítésére, tartalmi elemeire vonatkoznak. Ezek a kritériumok tulajdonképpen fontos vázát képezik a projekt keretében következő lépésként kialakításra kerülő anyagoknak, nevezetesen maguknak a szabályozóanyagoknak (pl. módszertani leveleknek vagy szakmai irányelveknek). Reméljük, hogy jelen kötet valóban hasznos kiindulási pontot jelent majd ezen munkafolyamat számára.

A kiadvány felépítését tekintve négy jól elkülöníthető fejezetről áll. Az egyes kiemelt fejlesztési területek részletes bemutatását megelőzően egy általános bevezető fejezet foglalkozik magukkal a szabályozóanyagokkal. *Dr. Kósa Edina* hiánypótló írásával mutatja be azt a négy, egymástól markánsan különböző szabályozó típust, ami a szociális és egészségügyi területen használatos, s amelyeket azonban – sajnos szakmai körökben is! – szinte szinonimaként kezelünk. A fejezet célja, hogy egyértelműen elkülönítse egymástól ezt a négy típust – *módszertani levelet, szakmai irányelvet, szakmai protokollt és szakmai minimumfeltételeket* – és bemutassa, hogy ezen szabályozóanyagok igen lényeges szempontok mentén térnek el egymástól. Úgy véltük, egy olyan feladat esetében, amikor szabályozóanyagokat szeretnénk létrehozni, elengedhetetlen azzal tisztában lennünk, hogy mik a lehetőségeink, mely szabályozóanyag típus lehet célja a munkánknak. A fejezetnek emellett az is célja olt, hogy ne csupán a projekt számára, hanem a kötet olvasói számára is útmutatást adjon a tekintetben, hogy mely szabályozóanyag miként kezelendő, s az adott megjelölés mire is használható.

A kötet további három fejezete azon öt szolgáltatással foglalkozik, amelyek kiemelt fejlesztési területként lettek azonosítva a projekt során. A második fejezet, amit *Sebestyén Edit, Kun Gábor, Nádas Eszter, Vadász Piroska és Varga Dániel* közös munkája, a fentebb említett három célzott prevenciószolgáltatást mutatja be. A három szolgáltatásról külön

alfejezetekben olvashatunk, a területek kiválasztásának indoklását követően megismerhetjük a munkacsoport munkájának módszertanát, egy-egy helyzetelemzést követően konkrét programok (legjobb gyakorlatok) és a szabályozásra vonatkozó eddigi tapasztalatok kerülnek bemutatásra. Minden alfejezet végén jól strukturált pontokba szedve olvashatunk mindarról, amit a munkacsoportok és a három területet képviselő további szakemberek együttesen dolgoztak ki a jövőbeli szabályozóanyag felépítését illetően.

A harmadik fejezet a *megelőző-felvilágosító szolgáltatások (MFSz)* szabályozását készíti elő. A fejezetet *Dudits Dénes, Gáspár Gabriella, dr. Jambrik Ágnes és Törzsökné Góczán Emese* írta, akik mindannyian jól ismerik az MFSz területét. Itt is olvashatunk a terület kiválasztásának indoklásáról, a fejezet megírásának módszertanáról, nemzetközi tapasztalatokról (amelyek egyébként csupán részben kapcsolhatók a hazai rendszerhez, tekintve, hogy a hazai MFSz tulajdonképpen egyedülállónak tekinthető a világon), illetve hazai tapasztalatokról, kutatásokról és jogszabályi környezetről. Végül, a fejezetet ehelyütt is javaslatok zárják, amelyek a jövőbeli szabályozóanyag felépítésre vonatkoznak.

Végül, de nem utolsósorban a negyedik fejezet a *tűcsere programokkal* foglalkozik. A szerzők – *Csák Róbert, dr. Gyarmathy V. Anna, dr. Honti Judit és Varga Mónika* – itt is szoros együttműködésben dolgoztak annak érdekében, hogy a tűcsere programok hazai és nemzetközi gyakorlatát, jellemzőit, szabályozásával kapcsolatos ismereteket és végül egy jövőbeli szabályozóanyagra vonatkozó ajánlásokat mutassanak be.

Bízunk abban, hogy az Olvasó érdekesnek és hasznosnak fogja találni a TÁMOP 5.4.1. projekt kábítószerügyi pillérének első kiadványát, amely az addiktológiai ellátórendszer egy-egy szeletét mutatja be. Természetesen emellett azt is reméljük, hogy az egyes területen dolgozó szakemberek, illetve azon munkacsoportok számára, akik a szabályozóanyagok kidolgozásáért lesznek felelősek, hasznos tájékoztató pontot tudunk nyújtani, és a kötet maximális segítséget nyújt majd a minőségügyi fejlődés előmozdításában.

Budapest, 2010. november 22.

Kun Bernadette és dr. Felvinczi Katalin

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet,
Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet

SZAKMAI SZABÁLYOZÓK

dr. Kósa Edina

A szakmai szabályozók jelentősége

Napjainkban a különböző tudományos ismeretek olyan mennyiségben állnak rendelkezésünkre, hogy azok teljes mértékű feldolgozása a gyakorlatban dolgozó szakemberek számára szinte lehetetlen. Ez eltérő tudásszinteket és egyenetlen színvonalú ellátásokat eredményez. A konkrét ellátási tevékenységet végző szakemberektől azonban nem is várható el, hogy a különböző irányzatok legfrissebb tudományos eredményeivel napi szinten foglalkozzanak, hiszen ez a tényleges ellátó tevékenységtől vonná el őket. A hatékony ellátás pedig megkívánná a legújabb szakmai megoldások alkalmazását. A gyakorlat számára hasznos és kritikusan értékelt elvek, módszerek, eljárások terjesztésének hathatós módja azok szakmai szabályozókba foglalása. Segítségükkel az ellátók a viszonylag egyszerűbb kérdéseket hosszabb elemzések nélkül, szinte mechanikusan meg tudják válaszolni, így több idejük jut az összetettebb esetek megoldására. Az országos szinten bevezetett szabályozók pedig egységes szolgáltatási színvonalat eredményezhetnek, mely jelentősen növelheti az ellátók iránti bizalmat.

A szakmai szabályozók típusai

Mivel ezek a szabályok általában nem részei a jogforrási hierarchiának, inkább szakmai hagyományokon alapulnak, igen sokféle megnevezéssel találkozhatunk. Széles körben elterjedtek a protokollok, a szakmai irányelvek, módszertani levelek, szakmai minimumfeltételek (standardok), de találkozhatunk például (módszertani) útmutatókkal is. Jellemzően napjainkban megtörténik ezen „hagyományok” szisztematikus dokumentálása, ami a jövőben valószínűleg egységesebb fogalomhasználathoz vezet.

A szakmai szabályozók osztályozása

A szakmai szabályozókat elsősorban *kötelező erejük* alapján különböztethetjük meg. Míg a módszertani levelek és a szakmai irányelvek csupán ajánlásokat tartalmaznak, addig a protokollok, standardok jellemzően kötelező erővel bírnak. Megjegyzendő azonban, hogy gyakran kötelezővé teszik az amúgy nem kötelező erővel bíró szakmai irányelvek szerinti működést például minőségbiztosítási rendszerekben. Hangsúlyoznunk kell, hogy gyakoriak a címekben a téves típus-meghatározások. Így szinte elengedhetetlen a dokumentum elemzése a kötelezés szintjének megállapításához.

Ezzel párhuzamosan elhatárolási ismérvként vizsgálhatjuk az *ajánlások erejét*, azaz hogy mennyire erős és megbízható bizonyítékok támasztják alá a megállapításokat. Ennek nyilvánvalóan csak a nem kötelező erejű szabályozók esetén van jelentősége. Általánosságban elmondhatjuk, hogy a szakmai irányelvek erősebb ajánlásokat tartalmaznak, mint a módszertani levelek.

A *szabályozott kérdéskör* terjedelmét tekintve a protokollok egy konkrét eljárás(sorozat) elemeit szabályozzák, ezzel szemben a szakmai irányelvek tágabb problémakört vizsgálnak.

Természetesen különbséget tehetünk a *szabályozási szintek* alapján is. Míg jellemzően a szakmai irányelvek az adott szakma egészére adnak iránymutatást, addig gyakoriak a helyi szinten érvényesülő protokollok. Ez utóbbiaknak összhangban kell állniuk az országos szinten kibocsátott szabályozók elveivel, szabályaival.

Jogszabályi felhatalmazottság a szociális szférában

Mint azt már a korábbiakban említettük, a szakmai szabályozók nem szerepelnek a jogalkotási törvényben, azaz nem képezik a jogforrási hierarchia részét. Így inkább a szakmai hagyományok azok, amelyek meghatározzák, hogy ki és milyen szintű szakmai szabályozót bocsáthat ki. A lényeg persze nem a kibocsátáson van, hanem azon, hogy a már megalkotott szabályozó anyag a gyakorlatban milyen széles körben terjed el. Mégis érdemes lenne megvizsgálni és fontolóra venni az egészségügy és az igazságügyi szakértői tevékenység területén alkalmazott megoldást. A szakmai szabályozók szerepét és megalkotásuk eljárási rendjét jogszabályi szinten¹ rögzítik, ezáltal biztosított az alkalmazásuk és az egységes szolgáltatási színvonal.

Bár kevésbé kidolgozottan, de a szociális szférában is találkozhatunk jogszabályi szinten szakmai szabályozó kibocsátására való „felhatalmazással”. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 111. §-a értelmében „a szociális ágazat irányítását végző minisztérium, valamint a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet az alap- és szakellátás intézményei szakmai feladatainak teljesítését módszertani útmutató kiadásával segíti”. A 3/2008. (IV.15.) SzMM rendelet értelmében a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet „országos szociális módszertani intézmény, amely... módszertani útmutatókkal, ajánlásokkal és egyéb kiadványokkal segíti a szociális szolgáltatók és intézményeik szakmai feladatainak teljesítését, ... részt vesz a minőségfejlesztési stratégia, a standardok, a szolgáltatási protokollok, valamint a szakmai ellenőrzés módszertanának és eljárásának kidolgozásában”.

Ennek alapján a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet – Alapító Okirata értelmében – „összefogja a szociális ... szolgáltatásokhoz kapcsolódó standardok, protokollok, irányelvek kidolgozását”.

Bár nem minősül jogszabálynak, mégis fontos megemlítenünk, hogy az új nemzeti drogstratégia is mind a megelőzés / közösségi beavatkozások, mind a kezelés / ellátás / ártalomcsökkentés pillérekben kiemelt jelentőséget tulajdonít a szakmai irányelvek módszeres érvényesítésének.

Egy szakmai szabályozó gyakorlati alkalmazásának esélyeit azonban nemcsak a jogszabályi felhatalmazottság, hanem az azt megalkotó testület, a megalkotásban résztvevő szervezetek szakmai elfogadottsága is növelheti. Ezért általánosságban elmondható, hogy célszerű minden érintett terület képviselőjét biztosító, a szakmai közélet által elfogadott szervezeteket és személyeket bevonni – akár csak véleményeztetés szintjén – a szabályozó anyag fejlesztésébe, illetve terjesztésébe.

A szakmai szabályozók egyes típusai

A fent leírt általános jellemzőkön túl a következő fejezetben az egyes szakmai szabályozók sajátos tulajdonságait kívánjuk bemutatni, a leggyengébb ajánlástól a legerősebb kötelezés felé haladva.

Módszertani levél

Fogalma

¹ Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, a 23/2006. (V. 18.) EüM rendelet a vizsgálati és terápiás eljárásrend kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről és a 282/2007. (X.26.) Korm. rendelet a szakterületek ágazati követelményeiért felelős szervek kijelöléséről, valamint a meghatározott szakkérdésekben kizárólagosan eljáró és egyes szakterületeken szakvéleményt adó szervekről

A szakmai kollégiumok hatáskörében elfogadott olyan eljárásleírások, amelyet az adott szakma elismert személyiségei jól meghatározott körülmények fennállása esetén, szakértői vélemények alapján fejlesztenek ki az ellátók számára.

Megjegyzendő, hogy a gyakorlatban találkozhatunk olyan, valójában csak a címében módszertani levéllel, mely tartalmában inkább a protokoll fogalmát meríti ki.

Jellemzői

A módszertani levelek általában egy szakértői csoport véleményét tükrözik az adott kérdésben, és olyan esetben bocsátják ki, amikor erős evidenciák nem állnak rendelkezésre. Mindez egyrészt azt eredményezi, hogy csupán ajánlásokat fogalmaznak meg, és a gyakorlatban a szakember dönti el, hogy kívánja-e tartani magát a javaslatokhoz vagy sem.² Másrészt, mivel nem kell erős bizonyítékokkal alátámasztani a javaslatokat, csupán egy konszenzusos döntés születik, kibocsátásának és módosításának eljárásrendje kevésbé kötött. Ez előnyt jelent abban az esetben, ha egy szakmai irányelv kibocsátása felesleges késlekedést okozna, és e nélkül is megfelelő segítséget jelent az ellátóknak. Ez azonban ideális esetben csak átmeneti megoldás lehet, mivel a módszertani levelek nem tartalmazzak alternatív megoldásokat, nem adnak felvilágosítást a javasolt eljárás negatív hatásairól, illetve azok bekövetkeztének valószínűségéről, nem tartalmazzak költségelemzést, valamint jellemzően nem az érintett társszakmák bevonásával készül.

Szerkezete

A meglévő módszertani levelek nem rendelkeznek egységes szerkezettel. Bizonyos elemek megléte azonban elengedhetetlen. Ilyenek:

- cím
- téma
- célcsoport
- fogalomtár
- ajánlott eljárás
- érvényesség.

Szakmai irányelvek

Fogalma

Az elérhető tudományos és gyakorlati bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett döntési ajánlások sorozata, amely az adott igénybevevő csoportra irányuló alternatívák elveit és gyakorlati megvalósulásait adja meg.

Jellemzői³

- *multidiszciplináris*: a kérdés által érintett összes szakterület képviselője részt vesz a kidolgozásában.
- *megbízható*: érvényes nemzetközi standardoknak megfelelő módszertan alapján fejlesztik. A bemutatott bizonyítékok egyértelműen alátámasztják az ajánlásokat.
- *megfelelően dokumentált*: a fejlesztés folyamatának, módszertanának leírása is megtalálható a dokumentációban.

² Szemléletes példát nyújt erre a sokat vitatott módszertani levél A kábítószer-függőség véleményezéséről.

³ Institute of Medicine, 1992; idézi ESzCsM szakmai irányleve a bizonyítékokon alapuló irányelvek fejlesztéséhez, 2004

- *reprodukálható*: azonos bizonyítékokat és módszert használva, egy másik szakértői csoport azonos megállapításokat tenne, illetve ugyanazon körülmények között ugyanazok az eredmények valósulnak meg a gyakorlatban.
- *alkalmazható, flexibilis*: az irányelv – figyelembe véve a helyi sajátosságokat (szakmapolitika preferenciái, erőforrás, jogi szabályozás, stb.) – alkalmas a gyakorlati alkalmazásra. Ennek érdekében tartalmazza a szükséges ajánlásokat, módszereket, standardokat, indikátorokat.
- *világos, érthető*: egyértelműen megfogalmazott ajánlásokat tartalmaz. Ennek érdekében szükséges a felhasznált fogalmak pontos definiálása.
- *hatékonyan terjesztett és a gyakorlatban bevezetett*: a passzív terjesztés önmagában nem elégséges, abba be kell vonni a gyakorló szakembereket is. Az erre vonatkozó stratégia is részét képezi az irányelv dokumentációjának.
- *felülvizsgálata tervezett, rendszeresen frissített*: a dokumentáció részét képezi a szakmai irányelv érvényességi idejének meghatározása, valamint a felülvizsgálatért felelős szervezet, csoport megnevezése.

Fejlesztése

Mint azt már korábban említettük, az irányelvek fejlesztése, tekintettel azok komplex jellegére, hosszabb időt és jelentősebb szakembergárdát igényel. Ezért, ha lehetőség van rá, célszerű már meglévő, nemzetközi irányelvek adaptálása. Ez azonban nem csupán egy egyszerű fordításból áll, hiszen szükséges az irányelv ajánlásait a hazai viszonyokhoz igazítani. Akár ebben az esetben, akár teljesen új irányelv kifejlesztése esetén is szükséges a folyamat projektszerű megtervezése, mely az alábbi lépéseket tartalmazza:

1. Témaválasztás:

Lényeges, hogy ezt a hosszú folyamatot olyan kérdéskör esetében kezdjük meg, amely esetében az alább felsorolt sajátosságok alapján indokolt lehet az irányelv bevezetése (*TUDOR projekt*⁴):

- gyakori probléma
- súlyos következményekkel, ellátási teherrel jár
- hatásos és hatékony eljárás áll rendelkezésünkre
- léteznek megbízható tudományos eredmények az ajánlások összeállításához
- a tényleges és az elvárt gyakorlat között jelentős és indokolatlan különbségek vannak
- az irányelv bevezetésével az eredményesség javítható
- a bevezetés valamennyi szereplő érdeke
- jelenleg nincs ilyen irányelv Magyarországon.

Ehhez segítségünkre lehet az ún. témaválasztási kérdőív, mely a TUDOR projekt eredményeképpen már magyarul is elérhető.

2. Szakmai tartalom meghatározása:

Az irányelv szakmai tartalmát már a tervezési szakaszban jól körül kell határolni. Ezek a pontok a későbbi feladatok esetében vonalvezetőként szolgálnak, valamint segítenek abban, hogy az irányelv meghatározott keretek

⁴ <http://tudor.szote.u-szeged.hu/webtext/texthun.htm>

között maradjon, ne legyen túl terjedelmes, mivel ez a gyakorlati alkalmazást nagyban meggátolná. Célszerű tehát meghatározni, hogy

- mely ellátásokkal,
- milyen ellátási szintekkel,
- mely klienscsoportokkal,
- milyen alternatív beavatkozásokkal foglalkozik, illetve hogy
- érinti-e a hatékonyság kérdéskörét. (NICE 2001).

Ezeket természetesen csak nagyvonalakban kell meghatározni, mivel a konkrét irányelvfejlesztés során történik meg ezek finomítása és részletes kibontása.

3. Várható eredmények meghatározása:

Eredmény alatt általánosságban a beavatkozás vagy az ellátás hatására a kliens állapotában bekövetkezett, pozitív és/vagy negatív fizikai, pszichológiai, szociális változásokat értjük (*ESzCsM szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló irányelvek fejlesztéséhez, 2004*). Az eredményeket különböző dimenziókban vizsgálhatjuk (rövid/hosszú távú, gazdasági, ellátói/ellátotti, egész/részeredmények), melyek kifejezése indikátorok segítségével történhet.

4. Célcsoport meghatározása:

Amennyire csak lehetséges, már a tervezési szakaszban célszerű pontosan meghatározni a célcsoport(ka)t (szolgáltatói kör és ellátási szint, egyéb szakterületek, kliensek), mivel az irányelvfejlesztésbe az összes érintettet célszerű bevonni.

5. Fejlesztőcsoport kialakítása:

A fejlesztőcsoport a meghatározott célcsoportok szerint multidiszciplináris, létszámát a feladat várható mennyisége és bonyolultsága határozza meg. Célszerű a kevésbé érintett szakterület(ek)ről csupán külső szakértőt bevonni, aki nem része a fejlesztőcsoportnak.

A csoporttagoknak nyilatkozniuk kell, hogy van-e közvetlen vagy közvetett érdekeltiségük a témában.

6. Módszertan megtervezése:

Elsődlegesen tisztázni kell, hogy már meglévő hazai irányelv frissítésére, megfelelő nemzetközi irányelv adaptációjára vagy teljesen új irányelv kifejlesztésére van-e szükség. Emellett célszerű meghatározni a valószínűsíthetően felhasználásra kerülő forrásmunkákat, ajánlás rangsorolási módszereket, illetve a fejlesztés menetét és résztvevőit.

7. Fő kérdések meghatározása:

A szakmai tartalomhoz illeszkedve minden témakörben meg kell határozni azokat a konkrét kérdéseket, amelyekre majd az irányelv ajánlásai választ adnak. Egy-egy kérdés 4 alapelemből áll (*ESzCsM szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló irányelvek fejlesztéséhez, 2004*):

- probléma (és ellátási szint) meghatározása
- eljárás meghatározása
- a beavatkozás összehasonlítása referencia-eljárásokkal
- elérni kívánt eredmény meghatározása.

A helyesen feltett kérdések szintén vonalvezetőként szolgálnak az irányelv fejlesztése során.

8. Szakirodalom felkutatása:

Mint már említettük, az irányelvfejlesztésnek két módja lehetséges.

Amennyiben van megfelelő nemzetközi irányelv, célszerű ezt adaptálni. Ebben segítségünkre lehet a szakterület szakmai társaságainak és a nemzet(köz)i irányelvfejlesztő szervezetek (SIGN, NICE) adatbázisai.

Amennyiben nem találunk adaptálásra alkalmas nemzetközi irányelvet, fel kell kutatni a megfelelő tudományos bizonyítékokat. Ezt a megfogalmazott kérdések alapján meghatározott keresőszavak segítségével végezzük el.

Az irodalomkeresés módszertanát, a felhasznált hivatkozásokat és forrásait az irányelvben pontosan meg kell adni.

9. Szakirodalom kritikus értékelése:

A feladat elvégzésében támaszkodhatunk a kritikusan értékelt irányelvek adatbázisaira. Ezek hiányában az értékelést magunknak kell végrehajtani, melyben segítségünkre lehet az Európa Tanács és a WHO által támogatott AGREE kérdőív, ami a TUDOR projekt eredményeképpen már hiteles magyar nyelvű fordításban is elérhető. A kritikusan értékelt irányelvekből ki kell választani a megfogalmazott kérdésekre válaszoló ajánlásokat. Amennyiben többet is találunk, a bizonyítékok minősége alapján mérlegeljük, hogy azokat milyen mértékben használjuk fel.

Ha nem találunk megfelelő nemzetközi irányelvet, illetve az nem fedti le teljesen a vizsgált kérdéskört vagy a megjelenése óta eltelt időben releváns kutatási eredmények láttak napvilágot, szükség van a megfelelő szakirodalom kritikus értékelésére is. Ebben segítségünkre lehetnek a kérdéskör és az arra legjobb válaszokat adó tanulmányok típusának megfelelő speciális és standardizált kérdőívek, melyek szintén elérhetők magyar nyelven a TUDOR projekt honlapján.

10. Bizonyítékok rangsorolása:

A bizonyítékok rangsorolása a bizonyítékok szintjének (az alkalmazott vizsgálati típus és a bizonyíték minősége) és erősségének (a bizonyíték minősége, mennyisége és egybehangzósága) meghatározása alapján történik (*TUDOR projekt*). A feladat végrehajtásában szintén segítségünkre lehetnek erre a célra kidolgozott nemzetközi rendszerek (SIGN).

11. Bizonyítékok ajánlásokká alakítása:

Célszerű minden feldogozott szakirodalomból a főbb kérdésekre vonatkozóan ún. evidenciatáblát készíteni az alábbi tartalommal (*ESzCsM szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló irányelvek fejlesztéséhez, 2004*):

- tanulmányozott kérdés
- tanulmány megnevezése, szerző, megjelenés éve, irodalmi hivatkozás
- tanulmány jellemzői: vizsgálati elrendezés típusa, vizsgált populáció nagysága, jellemzői
- vizsgált eljárás jellemzői
- a hatékonyság mérésére használt mutatók
- a tanulmány eredménye, a szolgáltatott bizonyítékok

- a bizonyítékok besorolása
- megjegyzések.

Az evidenciátábla segítségünkre lesz az ajánlások erősségének meghatározásában, melyet az ajánlást alátámasztó bizonyítékok erőssége, relevanciája és alkalmazhatósága szab meg. Ebben az értelemben tehát az adaptált irányelv ajánlási besorolását nem lehet felülvizsgálat nélkül átvenni, hiszen nagy valószínűséggel az eltérő környezeti feltételek eltérő alkalmazhatóságot eredményeznek.

Természetesen előfordulhat, hogy nem minden kérdésre tudunk evidenciákkal alátámasztott választ adni. Ebben az esetben lehetőség van a szakértők konszenzusos véleményének kialakítására. A lényeg, hogy ebben az esetben is meghatározzuk az ajánlás erősségét.

12. Konzultáció, szakértői véleményezés:

Az irányelv első változatát a fejlesztőcsoportban részt nem vevő, a kérdésben érintett, független szervezetekkel és szakértőkkel kell véleményeztetni. Ennek eredményeit bele kell foglalni az irányelv második változatába.

13. Gyakorlati tesztelés, próbatanulmányok:

Mivel a próbatanulmány egy elég hosszadalmas folyamat, célszerű ebben a stádiumban csak a bevezethetőség kérdéseire fókuszálni, a hatásokat pedig a már bevezetett irányelv alapján vizsgálni. A próbatanulmány eredményei alapján még szükséges lehet egy végső véleményeztetés.

14. Végső változat elkészítése:

Célszerű az irányelvet 3 verzióban elkészíteni (*NICE 2001*):

- részletes, szakmának szóló irányelv
- rövid klienstájékoztató
- vezetői összefoglaló.

A szakmai irányelv szerkezetét a későbbiekben vázoljuk.

Ezzel tulajdonképpen befejeződött a fejlesztési szakasz, azonban a gyakorlati alkalmazáshoz még szükséges néhány kérdés tisztázása. Már csak azért is, mivel ezen lépések tervezete szintén az irányelvek részét képezi.

15. Terjesztés és bevezetés:

Általánosságban elmondható, hogy az irányelvek terjesztése és bevezetése akkor a leghatékonyabb, ha többféle módszert alkalmaznak, és nem hagyatkoznak csupán a passzív terjesztésre. A helyi körülményekhez történő adaptálás céljából célszerű már az irányelvbe kitérni az alábbi gyakorlati szempontokra is (*Ollenschläger és mtsai, idézi ESzCsM szakmai irányleve a bizonyítékokon alapuló irányelvek fejlesztéséhez, 2004*):

- geográfiai különbségekből adódó lehetőségek
- megvalósításhoz szükséges tényezők
- helyi adaptáció legfontosabb kérdései
- klienstájékoztatáshoz szükséges információk
- a folyamat dokumentációja (formanyomtatványok)
- monitorozásra szolgáló folyamat- és eredményindikátorok.

16. Hatásértékelés és felülvizsgálat:

Mint minden projektnél, ebben az esetben is elengedhetetlen az irányelv hatásának értékelése. Az ajánlásokhoz kapcsolódó indikátorokat, melyek mentén az értékelés egységesen megtörténhet, célszerű már az irányelvben meghatározni. Az értékelés eredményét pedig figyelembe kell venni az irányelv felülvizsgálatakor. Ez történhet az érvényességi idő elteltével, de szükséges lehet akkor is, ha olyan új kutatási eredmények látnak napvilágot, mely szükségessé teszik az irányelv ajánlásainak teljes vagy részleges újragondolását. Mindenképpen szükséges már az irányelvben megfogalmazni a felülvizsgálat tervezett menetrendjét.

17. Szerkezete

A fent leírtak alapján tehát az irányelv ajánlott szerkezete (*TUDOR projekt*):

- Cím és téma
- Cél és célcsoport
- Irányelvfejlesztéssel kapcsolatos információk
- Fejlesztés módszerei, fejlesztőcsoport
- Kiadás (dátuma, felelős kiadó)
- Érvényesség, felülvizsgálat
- Jogi megfontolások
- Köszönetnyilvánítás
- Irányelv leírása
- Összefoglalás
- Tartalom
- Bevezetés
- Probléma háttere
- Fejlesztési szükséglet indokoltsága
- A bevezetéssel elérhető eredmények
- A bevezethetőség esélyei, feltételei
- Legfontosabb megállapítások, ajánlások, azokat alátámasztó bizonyítékok
- Részletes irányelv
- Ajánlások (és az azokat alátámasztó bizonyítékok) részletes kifejtése
- Az ajánlások által elérhető becsült eredmények, kockázatok
- Speciális helyzetek meghatározása, melyben nem, vagy csak részben alkalmazhatók az ajánlások
- Bevezetés és terjesztés stratégiája
- Klienstájékoztatáshoz szükséges információk
- Függelékek (témaválasztási kérdőív, evidenciátábla, segédanyagok, formanyomtatványok, stb.)
- Irodalom

Protokollok

Fogalma

Az aktuális gyakorlatot leíró, azaz a konkrétan végzett, meghatározott ellátás elvégzéséhez szükséges események és tevékenységek rendszerezett listája.

Jellemzői

A szakmai protokoll esetében is elmondható, hogy célja az ellátás biztonságának és egyenletes színvonalának biztosítása. Jellemzően a módszertani levelek, szakmai irányelvek ajánlásait alakítja a szakértői csoport a konkrét tevékenység végezésére vonatkozó eljárásrenddé. Ennek eredményeképpen találkozhatunk országos szintű (ezt hívják gyakrabban szakmai protokollnak) és helyi protokollokkal is. Mindkét esetben elmondható, hogy a protokollokban leírtak kötelező érvényűek, az országos protokollok pedig gyakran képezik az engedélyezés, ellenőrzés és/vagy finanszírozás hivatkozási alapját.

Szerkezete

A szakmai protokollok tartalmuk alapján igen változatosak. A már meglévő protokollok és funkcióinak vizsgálata alapján kijelenthetjük, hogy az alábbi elemek megléte elengedhetetlen:

- cím és téma
- protokoll készítője
- alkalmazási/ érvényességi terület
- definíciók
- bevezetés alapfeltételei
- indikációk és kontraindikációk
- a folyamat részletes leírása
- indikátorok
- hivatkozások
- mellékletek (például a dokumentációhoz)
- érvényességi idő.

Szakmai minimumfeltételek (standardok)

A standardok tulajdonképpen nem is tartoznak szorosan véve a szakmai szabályozók közé, hiszen ezek a jogforrási hierarchia részei, nem a szakma önszabályozó tevékenységének eredményei. Mivel azonban a szakmai tevékenység lényeges kereteit határozzák meg, és többnyire a szakma képviselőinek bevonásával alkotják meg őket, fontosnak tartjuk néhány jellemző tulajdonságukat kiemelni. A szakmai minimumfeltételeket többnyire jogszabályban rögzítik, azaz kötelező erővel bírnak. Gyakran kötik ezek meglétéhez a működési engedély megadását, meghosszabbítását. Többnyire a személyi és tárgyi minimumfeltételeket rögzítik, illetve jellemző még a tevékenység dokumentációs kötelezettségeit előíró standard. Sajnos akadnak konkrétabb szakmai kritériumokat előíró rendelkezések is. Ez azért lehet problémás, mivel ezek be nem tartása jogszabálysértésnek minősül, és módosításuk sem a szakma, hanem a jogalkotó hatáskörébe tartozik. Viszont jellemzően hiányoznak az eredménystandardok, melyek egy jól működő minőségbiztosítási rendszer fontos alapkövei lehetnének.

Irodalom

- Balogh Z. (2003). Minőség az egészségügyben, *Lege Artis Medicinae*, 13(1):50-56.
- Davis, D., Goldman, J., Palda, V. A. (2007): *Canadian Medical Association handbook on clinical practice guidelines*. Ottawa: Canadian Medical Association.
- Dobos É. (2002): A szakmai irányelv fejlesztésének módszertana, *Egészségügyi Menedzsment* 2002/1.
- ESzCsM (2004). *Szakmai irányelv a bizonyítékokon alapuló irányelvek fejlesztéséhez*. ESzCSM.
- Hajnal M. P. (2007): A szociális és gyermekvédelmi szakmai szabályozó rendszer. Előadás letöltve: www.szmi.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=312:szocialis-es-gyermekvedelmi-szolgáltatások-sztenderdizacioja-projekt&catid=62 (Letöltve: 2010. április 29.)
- Hajnal Miklós Pál: Minőségügy: irányelvek, protokollok, standardok. Előadás – letöltve: www.szmi.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=312:szocialis-es-gyermekvedelmi-szolgáltatások-sztenderdizacioja-projekt&catid=62 (Letöltve: 2010. április 29.) <http://tudor.szote.u-szeged.hu/webtext/texthun.htm> (Letöltve: 2010. április 29.)
- Komáromi Z. (2009): Összegezethetők az irányelvek?, *Medical Tribune*, 1:12-13.
- National Institute for Clinical Excellence (2001). *The Guideline Development Process- Information for National Collaborating Centers and Guideline Development Groups*. NICE.
- Rékassy B. (2009): Az irányelvek helyzete Magyarországon, *IME*, 10: 17-22.
- Réthy L. A. (2009) Érvényben lévő gyermek-egészségügyi protokollok áttekintése, *OGYEI Szakfőorvosi értekezlet*.
- SIGN 50 (2008): *A guideline developer's handbook*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Szy I. (2006): *Szakmai irányelvek, protokollok készítésének, megjelentetésének eljárásrendje*, Magyar Orvosi Könyvtárak Szövetsége és a Zala Megyei Kórház Orvosi Könyvtára által rendezett A Könyvtárak a minőségbiztosított kórházakban című országos konferencia.
- www.agreecollaboration.org/pdf/agreeinstrumentfinal.pdf (Letöltve: 2010. április 29.)
- www.guideline.gov/about/GuidelineViewsDescrip.aspx (Letöltve: 2010. április 29.)
- www.sign.ac.uk/methodology/agreeguide/agree/criteria.html#rigour (Letöltve: 2010. április 29.)

CÉLZOTT PREVENCIÓ

SZAKIRODALMI ÖSSZEFOGLALÓ

Sebestyén Edit (szerk.)

Nádas Eszter

Kun Gábor

Vadász Piroska

Varga Dániel

I. Bevezetés

I.1. A szakirodalmi összefoglaló háttere, célja

A drogmegelőzési munka három irányvonal mentén tagolható. Az első csoportot az „Általános prevenció” körébe tartozó programok alkotják. A második csoportba a „Célzott prevenció” körébe sorolható programok kerülnek, míg a harmadik terület a „Javallott prevenció” programjait foglalja magába.

A „Drogpolitika számokban” című kiadvány, mely a Nemzeti Stratégia 10 éves időtartamának lejártával összegezte a magyar helyzetet, a prevenció kapcsán is megfogalmaz megállapításokat /1/. Az összegzés szerint „egyértelműen megállapítható, hogy a prevenciós beavatkozások számbelileg és minőségileg is jelentős fejlődésen mentek át az eltelt évek során”. A szerző azonban felhívja a figyelmet a hiányosságokra is, miszerint „a színterek, akcióterületek egyenetlenül fejlődtek” (186. oldal), esetleges a programfinanszírozás, az értékelési kultúra nem a kellő intenzitással fejlődött, valamint a programok akkreditációja még nem kidolgozott.

A tapasztalatok azt jelzik, hogy minden javulás ellenére a minőségi elmozdulásra minden területen szükség lenne. Kiemelten fontos a célzott megelőzési munka fejlődését elősegíteni, támogatni, és néhány konkrét fejlesztéssel utat és egyben példát mutatni a szakemberek számára az e területen rejlő lehetőségek jövőbeli kiaknázásához, valamint a valós igényekre, szükségletekre való reagáláshoz.

E szakirodalmi összefoglaló ennek a munkának egy lépésként háttéranyagot kíván nyújtani három terület fejlesztéséhez a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet európai uniós támogatású kiemelt projektjének¹, azon belül is „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” elnevezésű kábítószerügyi pillérének keretén belül.

A célzott prevenció feladata

A célzott prevenciós „beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, szociális, vagy környezeti kockázati tényezők mentén – amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között – a programok által megcélzott alcsoportok definiálása pedig történhet az életkor, nem, családi háttér, lakóhely (magas drogérzékenységű, vagy alacsony jövedelmű környékek), stb. alapján. A célzott prevenciós beavatkozások egy alpopuláció egészére irányulnak, függetlenül a tagjai egyéni veszélyeztetettségétől, ugyanis az adott csoport a szerhasználat tekintetében nagyobb kockázatnak van kitéve, mint az átlagpopuláció.” /2/

E területen viszonylag kevés program jelenik meg hazánkban. Éppen ezért az alábbi szakirodalmi összefoglaló három kiválasztott szintéren megvalósuló célzott prevenciós munkára koncentrálna.

Ezek:

1. Bevásárlóközpontokban létesített prevenciós programok;

¹ „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt

2. Lakótelepeken, egyéb városrészekben csellengők számára létesített prevenciós programok;
3. Zenés-táncos szórakozóhelyeken megvalósított programok.

Ezen összefoglaló e három terület vonatkozásában gyűjti össze és összegzi a hazai és nemzetközi gyakorlati tapasztalatokat, a hazai és nemzetközi szabályozó anyagokat, továbbá megfogalmazza javaslatait azzal a céllal, hogy szakmai alapot nyújtson e meghatározott prevenciós területek későbbi minőségi fejlesztéséhez.

E szakirodalmi összefoglalóban feltüntetett javaslatok szakmai konzultáció keretében megvitatásra kerültek hazai szakemberek körében, és a közösen kialakított, végleges javaslatrendszer alapján a tervek szerint egy következő munkacsoport szakmai szabályozó anyagokat készít a három területre, melyek reméljük, hozzájárulnak majd a hazai célzott prevenciós gyakorlatok minél szélesebb körben történő szakmai fejlesztéséhez.

1.2. A három terület kiválasztásának indoklása

A célzott prevenció, mint terület kiválasztása indokolt a projekt kábítószerügyi pillére általános és konkrét célkitűzéseinek szempontjából is, amelynek keretén belül e kutatómunka megvalósult. Az e területre sorolt programok azok, ahol a célcsoport szükségleteit tekintve leginkább előtérbe kerülnek a szociális ellátórendszer különböző elemei is oly módon, hogy a megcélzott kockázati csoport tagjaival való foglalkozás során olyan problémák kerülhetnek felszínre, melyek megoldása az ellátórendszer egyéb intézményeinek/szakembereinek hatás-ill. kompetenciakörébe tartozhat (pl. Nevelési Tanácsadó, Családsegítő Szolgálat, Gyermekjóléti Szolgálat, Drogambulancia stb.). Így a programok egy jelzőrendszer elemeként is működhetnek, és betölthetik azt a funkciót, hogy a problémát felismerve összekapcsolják az egyént és a megfelelő intézményt, de legalábbis segíthetik a kapcsolatfelvételt, elérést és hozzáférést, mely az integrált ellátások megvalósulása szempontjából kulcsfontosságú elem.

A kiemelt területek kiválasztásának szempontjai

Természetesen számtalan programfajta, illetve célcsoport kiválasztható lett volna. Mérlegelve a lehetőségeket, három, adott színterekhez kapcsolódó programtípusok kiválasztását tartottuk célszerűnek a vizsgálathoz, melyek a színteret látogatók jellegzetességeiből adódóan nagy valószínűséggel egy kockázati csoportot céloznak meg:

I. Az első a kifejezetten kevés számban, de már működő, kutatások által bizonyítottan szükséges, előzetesen kipróbált (pilot tested), a tapasztalatok alapján formált, innovatív, speciális színtérhez kötődő célzott prevenciós programtípus:

- Plázákat/bevásárlóközpontokat látogató, leginkább ott csellengő, a kutatások alapján a drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetettebb fiatalok számára helyben működtetett célzott prevenciós programok. Itt rendelkezésre állt két mintaprogram (plázákban, bevásárlóközpontokban működő *Alternatíva* című program és az OBNB pályázati programjának keretén belül bevásárlóközpontokban megvalósított, bűnmegelőzésre fókuszáló programok.)

Az e területre kapcsolódó szakmai irányvonalak kidolgozása és közreadása elősegítheti a „plázaprogram” országos elterjesztését, így szinte a kezdetektől azonos szakmai irányvonalak mentén indíthatók a programok az egyes helyszíneken.

II. A második az első pontban kiválasztott speciális programnál elterjedtebb célzott prevenciós programtípus, mely szintén közösségi térben valósul meg, és amely átfogó céljaiban, tartalmában, szolgáltatásaiban hasonlíthat a „plázaprogramra”, azonban a megvalósítás színtere „hétköznapiabb”, bármely településen (központibb településrészen) megvalósítható, így ott is, ahol nincsenek bevásárlóközpontok vagy plázák:

- Lakótelepek (fiatalok szempontjából) központinak tekintett helyein vagy egyéb jellegzetes városrész/településrész központinak tekintett helyein működő programok csellengő, többnyire marginalizálódott fiatalok számára, akik számtalan problémával küzdhetnek, például szegénységben élő családok gyerekei, alkoholista szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok, mely alapján a szerhasználat szempontjából veszélyeztetettnek tekinthetők. Itt nem jelöltünk ki konkrét mintaprogramot, hanem többféle, de mégis hasonló irányú kezdeményezés, konkrét program tapasztalataira építkeztünk.

Az e területhez kapcsolódó szakmai irányvonalak kidolgozása és közreadása elősegítheti e programok további terjedését, valamint azonos szakmai szemlélet meghonosodását, elősegítve a szolgáltatások minőségének, hatékonyságának javítását, a leginkább adekvát szolgáltatási megoldások kiválasztását.

További érv volt e terület vizsgálatba bevonására az is, hogy az első programtípus jelentős elterjedésére sosem számíthatunk annak jellegzetessége okán, hiszen az csak nagyobb bevásárlóközpontokban/plázákban valósulhat meg, amik csak kevés városban találhatók, továbbá a tapasztalatok alapján egy eléggé költséges program, így további akadályokba ütközhet a széles körű bevezetés, elterjesztés.

III. A harmadik a hosszú távú tapasztalatokkal rendelkező, speciális színtéren működő, kutatási eredmények által szintén bizonyítottan szükséges programtípus.

- Zenés-táncos szórakozóhelyeken, e helyeket látogató fiatalok számára megvalósított célzott prevenciós programok. Itt sem jelöltünk ki egy konkrét mintaprogramot, hanem hasonló irányú kezdeményezések, programok tapasztalataira építkeztünk.

Célcsoport tekintetében itt leginkább olyan fiatalokat megcélzó programokra gondolunk, akik körében még nincs jelen a rendszeres drogfogyasztás, legfeljebb alkalmasszerűen fogyasztanak drogot, így a cél valóban a drogfogyasztás kialakulásának, illetve ha az már alkalmasszerűen jelen van, annak rendszeressé válásának megelőzése. Jelenleg több, hasonló céllal működő szolgáltatás van a területen. Éppen ezért lenne szükséges a helyi kezdeményezéseket hosszú távon szerzett tapasztalatokra támaszkodó, egyetértésen nyugvó szakmai mederbe irányítani.

További indoklások

A prevenció szempontjából egyéb csoportok is figyelmet érdemelnének Magyarországon, melyekre fókuszálva további célzott, ill. javallott prevenciós programokat fejleszthetnénk, és melyek kapcsán szintén kidolgozhatók lennének szakmai irányelvek.

A társadalmi kirekesztődés szempontjából jól azonosítható, „leszakadó” csoportok /3/, mint

- az állami gondoskodásban élők,
- a büntetés-végrehajtási intézetből kikerültek,
- az illegális munkaerőpiacon érvényesülni próbáló leszakadók,
- a hajléktalanok,
- a krízisszállóra került fiatal anyák,
- a tartós munkanélküliek,
- a prostituáltak

szintén alkothatják különböző prevenciós programok célcsoportjait. Körükben is nagyobb az esély a drogfogyasztás szempontjából deviáns magatartás kialakulására.

E projekt kapacitásai azonban nem tették lehetővé, hogy ennyiféle csoportra ható programokkal foglalkozzunk. Továbbá kifejezetten olyan területekre és célcsoportokra kívántunk koncentrálni, ahol *még nem* a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés, az elérés és kapcsolat kialakítás elősegítésének *elsődleges szükségessége dominál*, ahol nem a segítőrendszer, a „gondoskodást” nyújtó szolgálatok megerősítésének és az egyénre és életrészekre szabottabb szolgáltatási formák megjelenésének kell fő hangsúlyt kapnia a különböző beavatkozások során – mely szempontokat/javaslatokat szintén Rácz /7/ fogalmazta meg kutatási eredményei alapján e csoportokat megcélzó lehetséges intervenciók kapcsán. Természetesen a fentiek megjelenhetnek szükségletként az általunk kiválasztott területek esetén is, mint fentebb már jelzésre került, azonban nem ez az elsődleges célja (csupán része lehet) a projekt által vizsgált programoknak. Egy másik szempont, hogy e fenti célcsoportokra kifejlesztett programok egy része inkább a javallott prevenció körébe tartozna, melyek egyénre szabott jellegük miatt költségesek, és nincsenek is jelen igazán még Magyarországon, így tapasztalatokkal is kevésbé rendelkezünk.

Az állami gondozottak a fent felsoroltakból projektcéljaink tekintetében releváns csoportot jelenthettek volna, vannak is kezdeményezések, szükségleteket indikáló kutatások, azonban e projekt kereteibe nem fért már bele ez a lehetséges prevenciós célterület vizsgálata.

1.3. A kutatómunka folyamata

1.3.1. Források

A kutatómunka során megpróbáltuk feltérképezni a három területhez tartozó legfontosabb – lehetőleg értékelt – hazai és nemzetközi programokat. (Az értékelt programok a hazai területen nagyon ritkák, viszont a nemzetközi adatbázisokban alapkövetelmény.)

A kutatómunka során támaszkodtunk hazai és nemzetközi folyóiratokban, egyéb publikációkban, valamint internetes felületen megjelent programleírásokra, pályázati programokhoz kapcsolódó programbeszámolókra, kutatási jelentésekre, valamint egyéb dokumentumokra, melyek a szabályozási kérdéskörhöz kapcsolódhattak (pl. jogszabályok, pályázati kiírások).

A nemzetközi szakirodalmi keresés a szerzők számára elérhető, a tanulmányok teljes szövegéhez hozzáférést biztosító adatbázisokban történt (az EISZ-en elérhető adatbázisok – PsycInfo, Medline, Science Direct, Web of Science), továbbá európai és nemzetközi jó gyakorlatokat bemutató adatbázisokban (pl. EDDRA, NREPP), drogprevencióval foglalkozó nemzetközi szervezetek honlapjain (pl. Pompidou group, NIDA) és általános internetes keresőprogramokkal (pl. Google).

A programok ismertetésének mélysége tekintetében sajnos eléggé változó lett a kép annak függvényében, hogy milyen részletességű írásos összefoglalók voltak hozzáférhetők számunkra. Így van olyan program, amely csak néhány mondatban, és van, amely sokkal

nagyobb részletességgel került bemutatásra. Továbbá a viszonylag szűk időkorlát miatt előfordulhat, hogy kimaradtak bizonyos hazai programok a gyűjtésből, annak ellenére, hogy a szakmai konzultációkat követően további programok, információk kerültek az anyagba.

A nemzetközi színtérhez kapcsolódóan viszont értelemszerűen lehetetlen volt a teljességre törekedni, így csak egy nemzetközi kitekintés valósulhatott meg: próbáltunk minél több, különféle, valamilyen szempontból speciális programot összegyűjteni, szabályozó anyagot fellelni.

I.3.2. Feldolgozási szempontok

E projektem – melynek első lépése ez a szakirodalmi összefoglaló volt – középpontjában a minőségi fejlesztés áll. Ennek vonatkozásában számtalan célterületet megnevezhetnénk, de jelen összefoglalóban csak a szűken vett szakmai területre (vagyis a kliens és a segítő viszonyára, a köztük lévő segítő kapcsolat mikéntjére, mennyiségére és minőségére, a program szolgáltatásainak elemeire) koncentráltunk. Ennek okán számos, a programok működését befolyásoló speciális területet – mint például a menedzsment, a pénzügyi gazdálkodás, marketing tevékenység – nem érintettük.

A gyűjtött programokat és szabályozó anyagokat minden esetben egy rövid helyzetelemzés által felvázolt kontextusba illesztettük. Elemzésünk során fontos szempont volt számunkra, hogy a feltárt programok milyen céllal, milyen célcsoport számára, milyen szolgáltatásokkal működnek, és milyen szakmai szabályozó anyagok mentén végzik a munkájukat? Mit mutatnak a tapasztalatok? Hogyan, milyen szakmai elvek mentén lehet hatékonyan és hatásosan felépíteni az egyes programokat? Milyen mértékig lehet figyelembe venni a célcsoporton belül jelentkező specifikumokat?

A gyűjtött szakmai szabályozó anyagok tekintetében a kérdés elsősorban az volt, hogy léteznek-e egyáltalán szabályozók akár külföldön, akár Magyarországon, és mi az, ami hazai viszonylatban is hasznos lehet, amivel a meglévő hazai kör bővíthető, fejleszthető, továbbá a programok tapasztalatai alapján milyen szintű és tartalmú útmutatások bizonyulhatnak hasznosnak.

A felhasznált irodalmat, internetes forrásokat egy külön fejezetbe gyűjtöttük „Hivatkozások” címszó alatt. Az összefoglaló könnyebb olvashatósága érdekében a szövegben csak a hivatkozások sorszámát tüntettük fel.

Már korábban említésre került az időtényező. A munkacsoport számára viszonylag rövid idő állt rendelkezésére az áttekintés elvégzéséhez, mely nagymértékben befolyásolta az elkészült anyag tartalmát, részletezettségét. Éppen ezért tartjuk kulcsfontosságúnak, hogy az anyag megvitatása során minél több további programötlet, szakmai javaslat megfogalmazódjon, melyek összesítésével még teljesebbé tehető ez az összefoglaló a következő munkacsoport számára.

I.3.3. Szakmai konzultáció

Mint már említettük, e szakirodalmi összefoglaló, így az összegyűjtött programok köre, a készítendő szakmai szabályozó anyaghoz kapcsolódóan megfogalmazott javaslatok egy szakmai konzultáció keretében megvitatásra kerültek 10-20 fős szakértői csoportokkal. Az elhangzott javaslatok, vélemények feldolgozásra kerültek. A konkrét, újabb programötleteket beépítettük az anyagba, a szabályozó anyagok tartalmára vonatkozó további javaslatokat pedig a IV. fejezetben foglaltuk össze.

II. Kiemelt területek áttekintése

II.1. Bevásárlóközpontokban létesített prevenciós programok

II.1.1. Specifikus témaindoklás, helyzetelemzés

II.1.1.1. Bevezetés

2009 decemberében az Országgyűlés határozatával elfogadta az új Nemzeti Drogstratégiát, amely a korábbi, 2000–2009 közötti stratégiának szerves folytatása. Az új stratégia a 2010–2018 közötti időszakot öleli fel, erre az időszakra határozza meg az elérendő célokat, jelöli ki a problémák kezelésének útját. A stratégia szemléleti keretében kifejti, hogy a droghasználat megelőzésére irányuló beavatkozásoknak figyelembe kell venniük a megelőzés színtereit és célcsoportjait egyaránt. A stratégiát végigkísérő három prevenciós kategória egyike a célzott, vagy más néven szelektív prevenció, amely egy olyan alpopulációra irányul, amely a szerhasználat tekintetében nagyobb kockázatnak van kitéve, mint az átlag populáció. A megelőzés színterei között – hét másik szinttel egyetemben – említi a stratégia a szabadidő-eltöltés helyszíneit, mint a prevenciós tevékenységek lehetséges színterét. Ehhez a színtérhez kapcsolódóan az alábbi célkitűzéseket emeli ki a célzott prevenció területén:

- fiatalok által látogatott színtereken (például bevásárlóközpontok, fesztiválok stb.) jól hozzáférhető prevenciós szolgáltatások létesítése és működtetése,
- felkereső munka támogatása,
- a célcsoport sajátosságaihoz illeszkedő, velük együtt kialakított programok kialakítása /4/.

Bevásárlóközpontok Magyarországon

A rendszerváltás utáni Magyarországon a piaci változásokkal párhuzamosan társadalmi és kulturális változások sora is bekövetkezett. Ezek az átalakulások az idősebb korosztály mellett a felnövekvő generációt is érintették/érintik. A fogyasztásra buzdító felhívások több formában jelentek meg, így többek között a – még mindig folyamatban lévő – szuper-, hipermarketek, bevásárlóközpontok, plázák² építésével /5/. Az első, klasszikus értelemben vett bevásárlóközpont Magyarországon az 1996-ban, Budapesten épült Duna Pláza volt, a maga 42 000 négyzetméterével; szintén ebben az évben épült meg a budapesti Pólus Center, 56 000 négyzetméteren /7/.

A bevásárlóközpont fogalma közel sem egységes; a Magyar Bevásárlóközpontok Szövetsége és a Központi Statisztikai Hivatal 2003-as tanulmányukban olyan építészeti egységes, kereskedelmi célra tervezett, épített, közösen üzemeltetett és működtetett komplexumként határozzák meg, amely egy adott vonzáskörzet ellátására szolgáló, különböző típusú és különböző méretű üzletek, szolgáltató létesítmények szerves egysége. Definíciójuk szerint a bevásárlóközpontok alapvetően kiskereskedelmi célt szolgálnak, de bennük egyéb szolgáltató (pl. vendéglátó) és a szabadidő eltöltését szolgáló szórakoztató létesítmények (pl. mozi, sportolásra szolgáló hely) is helyet kaphatnak /8/. Dúll és munkatársai /9/ tanulmányukban, illetve tanulmánykötetükben beszámolnak az úgynevezett grueni alapelvekről (Victor Gruen építész tervei alapján épült 1954-ben az első igaz shopping

² A pláza szó eredeti jelentése piactér; Magyarországon a fogalmat a bevásárlóközpont szinonimájaként használják, elterjedése a Pláza Centers Csoportnak köszönhető, akik ezen létesítményeket kezdték el működtetni. /6/

mall az USA-ban). Ezen elvek szerint úgy kell kialakítani az épületeket, hogy azok a fogyasztási rekreációt szolgálják. Ezek alapján fontos, hogy a pláza köztéri funkciókat is betöltsön, de a deviáns viselkedést igyekezzen falain kívül tartani. A közösségi, családi programok szervezésének hátterében is az a szándék áll, hogy minél több ideig megpróbálják ott tartani őket. A grueni alapelvek között – már a '60-as években – szerepelt a látogatók viselkedésének befolyásolásának szándéka /5, 9/.

A bevásárlóközpontokban, plázákban minden a fogyasztói vágyak és igények, vásárlási szokások kielégítését szolgálja. Ezen kívül viszont a pláza egyben egy társas program, lehetőség a szabadidő újszerű felhasználására is /12/.

A hetvenes-nyolcvanas években „kulcsos gyerekek”-ként emlegetett csellengő tizenévesek, kamaszok lassan felfedezték a bevásárlóközpontokat, plázákat, felfedezték pozitívumaikat (nyáron hűvös, télen meleg, szól a zene, lehet nézelődni), és elkezdték azokat találkozóhelyekként használni. A csellengés, kószálás jelensége áthelyeződött a lakótelepi parkokból, játszóterekről a plázák „biztonságos” közegébe. A párokban vagy csoportosan nézelődő, mászkáló fiatalok ugyanakkor ugyanazokkal a problémákkal küzdenek, mint a korábbi évek gyerekei /5, 7/.

Prevenációs program a bevásárlóközpontokban – Az Alternatíva program

Az úgynevezett Alternatíva program a „Fények és árnyak” – Rizikótényezők, prevenációs szükségletek és lehetőségek” című NKFP 1B/2002 számú Széchenyi-projektjének keretében 2005-ben, Magyarországon indult kezdeményezés, amely kifejezetten a plázák ifjúságára koncentrál. A program beindulását hosszas vizsgálati fázis előzte meg /11/, amely során kiderült, hogy a plázát gyakran látogató fiatalok nagyobb valószínűséggel próbálják ki az illegális és legális szereket, és mutatnak depressziós és értékvesztésre utaló tüneteket, mint a plázát ritkábban, vagy egyáltalán nem látogató társaik. Kiderült továbbá, hogy a fiatalok támogatnák azt, hogy a bevásárlóközpontban ifjúsági iroda nyíljon (ezt már több korábbi tanulmány is következtetésül vonta le – pl. Terényi-Szabó /12/).

A mára már több helyszínen megvalósult projekt elsődleges célja, hogy

- a plázában csellengő, 13-18 éves (máshol 14-25 éves) fiatalokat megszólítsa;
- hogy iskolán kívüli idejüket a kószálás helyett strukturáltabban, szervezettebben tölthessék el,
- tudjanak kihez fordulni, ha problémáik vannak, és
- az élet bármely területével kapcsolatban feltett kérdéseikre választ is kapjanak.

A program célja továbbá, hogy

- a támogatásra, segítségre szoruló (olykor kábítószer-vagy egyéb függőségi problémákkal küzdő) gyerekek, fiatalok problémáit felismerjék, adott esetben tovább tudják őket irányítani a megfelelő szakemberekhez. Valamint, hogy
- szabadidejüket egy hangulatos, általuk is kedvelt térben, kortársak jelenlétében, de némileg strukturált programokkal (például önismereti-, és csoportfoglalkozások, filmklub, jóga, beszélgetés, kézműveskedés stb.), vagy egyszerűen csak tréccseléssel, lazítással, társasjátékozással, ismerkedéssel töltsék.

A program beindítása végül – az eredeti elképzeléshez képest majd 20 tervezett plázaprogram beindítása helyett – csupán két plázában – a budapesti Pólus Centerben³ és a kertvárosi Pécs Plázában – vált lehetségessé; a többi plázával való előzetes egyeztetés, személyes felkeresés,

³ A Pólus Center Budapest XV. kerületében található, Magyarország egyik legkorábban épült plázája. A természetes fény nélküli, sötét, levegőtlen pláza látogatói többnyire a környékbeli – nagyrészt lakótelepen élő – lakók. A pláza fiatalok egy igen nagy csoportjának (30-40 fő) szolgál napi szórakozóhelyül.

tanulmányok felmutatása sem vezetett eredményre. Fél éves működés után az akkor megalakult Alternatíva Alapítvány⁴ vette át a tanácsadó irodák üzemeltetését a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szoros támogatásával /5, 9, 11, 13/.

Hazánkban a program teljesen előzmények nélküli volt, ezért a tapasztalatokat folyamatosan dokumentálták, és ma is dokumentálják az ottani dolgozók, segítők, akiknek többsége 20 és 30 év közötti, felsőoktatásban tanuló vagy már végzett, leginkább segítő szakmában helyezkedett, vagy ott elhelyezkedni kívánó fiatal.

Az Alternatíva program fejlesztése során kiemelt hangsúlyt fordítottak a szakemberek arra, hogy különbséget tegyenek a „plázaprogram” és az akkor már évek óta működő Ifjúsági Irodák⁵ működési célja között. Ez utóbbiak információnyújtás mellett (albérleti lehetőségek, támogatások, szabadidős programok, továbbtanulási-képzési lehetőségek, szálláslehetőségek stb.) gyakran foglalkoznak tanácsadással (pszichológiai-életvezetési tanácsadás, jogi tanácsadás továbbtanulási tanácsadás, egészségügyi tanácsadás – AIDS, drog), illetve egyéb szolgáltatások nyújtásával. Ilyen például több budapesti fő közlekedési csomóponti aluljáróban található tanácsadó iroda: Flórián téri aluljáró, Csanády utcai aluljáró, vagy például az Iránytű Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda. (lásd 3. sz. Mellékletben). Ezzel szemben az Alternatíva program leginkább egyfajta szabadidő-eltöltési lehetőségként jelenik meg, melynek során indirekt módon nyílik alkalom a problémák feltérképezésére és a fiatalok számára fontos segítségnyújtás igénybevitelére. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy sok hasonlóság van e két típusú szolgáltatás gyakorlati megvalósulása között

A mindennapi gyakorlat továbbá arra készítette az Alternatíva program megvalósítóit az évek során, hogy szolgáltatásukat, mint alacsony küszöbű szolgáltatást is regisztrálják, mely a szükségletekre épített tevékenységek jellegéből fakad.

Az elmúlt két évben a bűnmegelőzési szakterület a bűnmegelőzési munka egyik lehetséges színtereként is nevesítette a bevásárlóközpontok területét, és célcsoportként jelölte meg az ott csellengő fiatalokat, és egyben pályázati programjával segítette e speciális helyszínhez illeszkedő modell-programok kidolgozását.

II.1.1.2. Jelenleg működő hazai programok

Az alábbiakban két programtípust mutatunk be. Az egyik az Alternatíva program bázisán, annak szakmai elképzelései mentén működő programokat foglalja magába. A másik típus az ettől függetlenül működő, bűnmegelőzési célzatú programoké. A programok bemutatásához azok szakmai beszámolóiból idézünk.

II.1.1.2.1. Az Alternatíva program tapasztalataira építkező programok

Az eltelt évek során forráshiány miatt bár nem sikerült az eredetileg tervezett számú szolgáltatás elindítása, azonban pályázati programok segítették új helyek működésének elindítását, valamint a kísérleti programok közül egy még mindig működik Pécsen, igaz új helyszínen.

Pécs

Az INDIT Közalapítvány által működtetett Alternatíva a kísérleti program kezdete óta várja a plázában csellengő fiatalokat. 2009-ig a Pécs kertvárosában működő Pécs Pláza fogadta be a

⁴ www.alternativa-alapitvany.hu

⁵ http://www.palyanet.hu/index.php?heading_id=102

szolgáltatást. 2010-től azonban a pécsi Árkád bevásárlóközponttal összeköttetésben lévő Forrás Központ vált a szolgáltatás helyszínévé egy, mind a közterületen csellengők, mind a bevásárlóközpontban csellengők által jól megközelíthető helységben.

Amellett, hogy a pécsi Alternatíva Ifjúsági Iroda minden olyan fiataalt vár szolgáltatásaival, akik magukénak érzik a helyet, olyan alacsonyküszöbű intézményként is működik, ahol három alacsonyküszöbű szociális jellegű szolgáltatást vehetnek igénybe a változást igénylő, addiktológiai problémával küszködő kliensek, azok kortársai, hozzátartozói, közvetlen szociális környezetük. A szolgáltatások célja: az addiktológiai problémával rendelkezők, valamint közvetlen környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájának kezelése, valamint járulékos ártalmainak csökkentése, a változás elindítása és segítése.

A hely által nyújtott szolgáltatások sajátos módszerei, eszközei, eljárásai alkalmasak az igénybevevők súlyosabb testi-lelki károsodásainak, szociális és egyéb veszteségeinek megelőzésére, aktuális állapotának szinten tartására, javítására, valamint további szolgáltatások igénybevételeinek motiválására. A hely és így egyben a szolgáltatások könnyű elérhetőségéből adódóan a szakemberek bíznak abban, hogy a szolgáltatások kiemelt szerepet játszhatnak a nehezen elérhető, vagy a más egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülő célcsoportok megtalálásában, bevonásában.

A megkereső tevékenység bázisintézménye a bevásárlóközpont egyik üzlethelysége, amelynek belsőépítészeti elemei a célpopuláció ízlésvilágához közel állnak. Tehát maga a bázisintézmény és annak infrastruktúrája is (telefon, számítógép, irodai eszközök) az ellátási területen van, és a szolgáltatás biztosítása is itt történik.

A bázisintézmény, az Alternatíva Ifjúsági Iroda nem fekszik központi helyen a bevásárlóközponton belül, azonban könnyen megtalálható. A környezet ingergazdag; törekvés van arra, hogy a bent történtek eseménydúsak legyenek, és főként forgalmas, sokak által látogatott legyen az iroda, amit a felszerelési tárgyakkal, játékokkal, szolgáltatásokkal lehet elérni. Nagy jelentősége van a megfelelő berendezés megválasztásának, az ülőbútoroknak, az iroda fiatalos és mégis intim hangulatának. Cél, hogy a fiatalok a gyakori látogatás során közvetlen kapcsolatot alakítsanak ki a személyzettel. Ezt követően várhatjuk, hogy életvezetési gondjaikkal, személyes problémáikkal kapcsolatosan megnyíljanak.

A formai megvalósítás tükrözi a kialakított hely által nyújtott programok szellemiségét, a szolgáltatások sokszínűségét, a programokba való bekapcsolódás, az egyes szolgáltatások igénybevételeinek különböző „állomásait”, annak fokozatos lehetőségét.

Az Alternatívát megközelítve az *első „szint”* a bejárat, „találka” rész külső elemeiben nem üt el a pláza környezetétől. Ez az a tér, ahol találkahelyet kialakítva mindenki megfordulhat, így olyan is, aki nem kíván „beljebb” menni. A *második „szint”* már fokozatosan eltérő színvilágú, itt működnek a nem szakmai jellegű, teljes nyitva tartás alatt nyújtott, ún. „behívó” szolgáltatások (pl. társasjátékok). Itt már található olyan alkalmatosság, ahová le lehet ülni („hempergő” rész), be lehet kapcsolódni az Alternatíva belső életébe, használni lehet a különböző, nem szakmai szolgáltatásokat. A *harmadik „szint”* a legbelső, nem látható tér, amely biztosítja az egyéni esetkezelés lehetőségét, személyes jellegű beszélgetéseket.

A bázisintézmény építési környezete egyidejűleg módszertani eszközként is felfogható. Azaz behívó funkciója révén a megkereső tevékenységet erősíti, ugyanakkor számos pszichoszociális beavatkozás kiindulópontja és keret is egyben. Egy olyan keretet biztosít, melyben a szakember tudása, felkészültsége diffúzív módon igyekszik beavatkozási lehetőségeket kialakítani. Itt megemlíthető, hogy „spontán” nyitott csoport szituációk, konzultációs helyzetek jöhetnek létre, illetve generálhatók tudatosan többek között egy kezdetben pusztán ártalomcsökkentő tevékenységnek felfogható helyzetből (pl. ingyenes meleg tea biztosítása).

A program első évében a tervezett, nyitott csoportok szervezésére igen nagy hangsúlyt fektettek, azonban a kezdeti viszonylagos sikerek után be kellett látni, hogy az ilyen, előre

meghirdetett csoportok nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Ez több okkal magyarázható: egyrészt nem állt rendelkezésre külön csoportszoba, így aki azon nem kívánt részt venni, annak el kellett hagynia az Alternatívát a csoportfoglalkozások természetéből fakadóan. Ugyanakkor ez nem volt összeilleszthető az alacsonyküszöbűség Alternatívában egyébként megvalósuló szabályaival. Másrészt az adott populáció alapvetően ellenállást fejt ki minden szervezett és kötelező erejű (pl. a programokon nem részt vevőknek el kell hagyniuk az Alternatívát) rendezvényen. Ezek az ellenállások idővel leküzdhetők, azonban a látogatók fluktuációja miatt ez viszonylag hosszadalmas feladat, ami viszont a tervezett csoportfoglalkozásokra hatott kedvezőtlenül.

Ezekből a tapasztalatokból következően 2008-tól lényegében az előre tervezett, meghirdetett kvázi zárt csoportok megszűntek, és helyüket teljesen átvették a spontán szituatív csoportok, illetve havonta más-más tematika mellett indukált kvázi spontán csoportok. Ezzel egyidejűleg, éppen a csoportfoglalkozások átstrukturálása, illetve az egyéni esetkezelések számának megnövekedése miatt, az esetmegbeszélő csoportok a team-megbeszélések mellett egyre nagyobb hangsúlyt kaptak. A résztvevők száma átlagosan 4-8 fő között mozgott, egy-egy téma megbeszélése, feldolgozása 20 perctől 90 percig tartott.

A tapasztalatok szerint az igénybe vett szolgáltatások inkább prevenciós és pszichoszociális hangsúlyúak, mint ártalomcsökkentők. Sok esetben a segítő beszélgetés konzultációvá alakul, megjelenik a szociális, illetve mentálhigiénés intézményekbe történő delegálás szükségessége, ez azonban gyakran igen nehéz és hosszadalmas, mivel alacsonyküszöbű szolgáltatás lévén maximálisan tekintettel kell lenni az önkéntességre és az anonimitásra.

Leginkább 12-17 éves kamaszok látogatják az irodát, az idősebb korosztályt jelenleg kisebb arányban tudják elérni. A szakemberek szerint más típusú, dinamikusabb megkereső programra lenne szükség. (Az Úránvárosban beindított Éjjeli Kikötő projekt tűnik ebből a szempontból ígéretesnek, továbbá az új helyen ismételten nagy szerep jutna a kísérleti szakaszban kidolgozott „plázacirkáló” funkciónak, melynek célja lenne, hogy a segítők a pláza kiterjedt területén megtalálják a csellengő, lézengő fiatalokat, és „becsalogassák” őket az Alternatívába, azonban ezt a bevásárlóközpont menedzsmentje jelenleg nem engedélyezi) /14/.

Hétköznapiakon átlagban 8-15 fő látogat el a helyre, míg hétvégeken 20-25 fő körüli látogatottság jellemző. A kliensek családi háttere kapcsán elmondható, hogy elsősorban egyszülős családokban élnek. Néhány családnál anyagi, megélhetési gondok is megjelennek.

A szolgáltatást igénybevevők életkori sajátosságaikból adódóan elsősorban önismereti, érzelmi kérdések kerülnek fókuszba. (Mindenekelőtt a kapcsolatok – családi, baráti, szerelmi – kialakításának, megélésének tapasztalatai.) Évek óta megfigyelhető tendencia az agresszió kezelésének nehézsége. Életvitelükben egyre inkább megjelenik a legális szerek gyakori, ill. az illegális szerek alkalmi használata.

Az Alternatíva további működése a tapasztalatok alapján továbbra is indokolt, szükséges Pécssett. Fontos eredménynek tartják a helyi szakemberek, hogy a fiatalok a helyet sajátjukénak érzik, az Alternatíva találkozóhellyé vált számukra.

Budapest, Csepel

Az Alternatíva program 2008 februárja óta működik a Csepel Pláza területén a Kompánia Alapítvány jóvoltából. A nyitással egy időben a Pólus Center területén bezárt az Alternatíva iroda, mely a kezdetektől működött, és részt vett a kísérleti szakaszban is.

A Csepel Pláza az Alternatíva program egyik lehetséges színtereként már a kezdeti programtervezés (2005) során is szóba került, azonban akkor még a pláza vezetése részéről nem mutatkozott fogadókészség. Időközben a csepeli Családsegítő Központ is szeretett volna

egy, elsősorban fiatalok részére nyújtandó szolgáltatást biztosítani a plázában. A pláza ezt támogatandó a Családsegítő Központ részére biztosított volna egy információs pultot. A pult felállítását más programokkal szemben azonban a Családsegítő Központ fenntartója, vagyis a helyi önkormányzat kevésbé támogatta, így arra végül is nem került sor. 2008-ban a Csepel Pláza fiatal vezetésének érdeklődését felkeltette az Alternatíva program, amikor is megindultak a tárgyalások.

A programot a Kompania Alapítvány működteti. „A Kompania Alapítvány célja a fiatalok veszélyeztetettségének csökkentése, a mentálhigiénés egészségfejlesztés, az önismereti és kapcsolati kultúra fejlesztése – elsősorban oktatási, kortársközösségi eljárások fejlesztése és alkalmazása révén. Az Alapítvány fő tevékenysége az iskolai egészségfejlesztési-, drogrevenziós programok megvalósítása, illetve a programokban közreműködő kortárssegítők speciális, szervezeten belüli képzése, szakmai kompetenciájuk fejlesztése. 2008-ban új szolgáltatásként vállalta fel a Csepel Plázában egy új alacsonyküszöbű drogrevenziós szolgáltatás kialakítását. Az Alternatíva program célja, hogy a drogrevenziós tevékenységet alacsonyküszöbű szolgáltatásként ott nyújtsa az azt igénybevevő gyermekek és fiatalok számára, ahol a kutatási adatok szerint nagyobb számban szabadidejüket töltik, tehát a bevásárlóközpontokban.”⁶

Miért pont Csepel?

A fiataikorúak aránya a fővárosi átlagnál magasabb a XXI. kerületben (2%-kal). 2007-ben 696 gyermek került gondozásba, közülük 99-et védelembe kellett venni, 145 gyermek kapcsán pedig egyéb hatósági intézkedésre került sor. A kerületben 2007-ben 2025 család (3336 gyermek) részesült rendkívüli gyermekvédelmi támogatásban. 2007-ben Csepelen 108 fő fiatalkorú személyt vontak gyanúsítottként eljárás alá (ez 145%-os növekedést jelent az előző évhez képest), és a kiskorú sértettek szám 102 fő volt.

A program elsődleges célcsoportja a plázában, annak környékén csellengő, zömében marginalizálódó réteghez tartozó fiatalok, fiatal felnőttek (12-24 év). A célcsoportban különböző kultúrához, szubkultúrához tartozók is megjelennek. Körükben a bűnelkövetővé, áldozattá válás veszélye egyszerre fennáll. Potenciális létszámuk 100-120 főre tehető. Elérésük közvetlenül ifjúságsegítőkön, kortárs segítőkön, közvetett módon kerületi ellátórendszeren keresztül történik.

A csepeli helyiség kialakítása során a pécsi helyszín kapcsán is előtérbe helyezett szempontokat vették figyelembe, melyek még a kísérleti szakaszban kerültek kidolgozásra. A tér kialakítása, a berendezés mind-mind a speciális célközönség igényei szerint alakult, oly módon, hogy az vonzó, becsalogató legyen, és funkcionálisan lehetővé tegye a különböző szolgáltatások nyújtását.

A Program a Csepel Pláza első emeletén, központi üzlethelyiségben (közel 80 m²) kapott helyet. A kialakítására másfél hónap ált rendelkezésre. A korábbi tapasztalatokat alapul véve a hely struktúrája az egyes elkülönítendő funkcióknak megfelelően három részre tagoltan került kialakításra:

fogadótér (a fiatalok figyelemfelhívása, fogadása, kézműves foglalkozások)

közösségi tér (csoportfoglalkozások, közösségi együttlét, filmklubok)

beszélgető szoba (négyezemközti beszélgetések, munkatársak személyes tere).

A bútorzatot, felszerelést részben a Pólus Centerben korábban működött Alternatíva programtól örökölték, valamint új beruházásból és a kollégák kreatív munkájának eredményeként sikerült összeállítaniuk. A fizikai környezet kialakítása során nem csupán a szakmai funkciók leválasztása, hanem a fiatalos környezet is cél volt.

⁶ www.kompania.hu

A nyújtott szolgáltatások köre a megnyitás óta változott, alakulva a lehetőségekhez és az igényekhez, palettája összességében bővült.

Ezek 2009-ben az alábbiak voltak:

- érdeklődés,
- továbbirányítás,
- konzultáció/tanácsadás,
- életvezetés segítése,
- jogi információadás,
- álláskeresési tanácsadás,
- klubszerű foglalkozás (kézműves-, film-, játék-, egyéb klub),
- szociális/egészségügyi ellátás szervezése,
- melegedő/pihenő funkció,
- józanodás,
- elsősegély,
- krízisintervenció,
- információnyújtás, egyéb.

Szolgáltatásuk szintén regisztrálva van alacsonyküszöbű szolgáltatásként is.

Az Alternatíva mint találkahely a nyitás óta eltelt idő folyamán egyre nagyobb hangsúlyt kapott a fiatalok körében (ez kihatott a program biztonságos működtetésére is).

A program sikerességét nem csupán a kliensforgalom, hanem a programban töltött idő is jól tükrözi. 2008-ban 10 hónapnyi működés során összesen több mint 4000 órát töltöttek a fiatalok a program keretei között. 2009 első negyedében például ez a szám már 1610 óra volt. A napi munkában egyre inkább a magas kontaktusszám dominál, melyből azonban sajnos csak kevés tartós kapcsolat alakul ki (napi 15-20 kontakt, így egy hónapban 500-600 kapcsolatfelvétel is történhet).

Az Alternatíva program működése a Csepel Plázát látogató fiatalok számára egy biztos találkozási, segítségnyújtási pontot jelent. A fiatalok érdeklődésének középpontjába került a program. Egyedül és csoportosan egyaránt látogatják, szolgáltatásait igénybe veszik. A fiatalokkal való kapcsolatfelvétel több csatornán és többféle módon folyik. Jellemzően egymásnak ajánlják a programot, de nem ritka, hogy egyedül keresi fel a fiatal az Alternatívát. A program szolgáltatásait a mára jól kiépült helyi intézményi kapcsolati háló is használja. Ebben elsődleges partner a Csepeli Szociális Szolgálat. Azon fiatalok számára, akik speciális, az alacsonyküszöbű működési módból adódóan nem kielégíthető igényekkel rendelkeznek, célirányosan adekvát ellátást biztosító intézmények szolgáltatásait ajánlják, szervezik. A Csepeli Szociális Szolgálat ezen a területen is elsődleges partner, különös tekintettel a gyermekvédelmi törvény hatálya alá eső ügyekre /15/.

A csepeli helyszín látogatói elsősorban csepeli, ill. pesti fiatalok. Szociodemográfiai jellemzőik: a családi háttér, mint védőfaktor alig, vagy egyáltalán nincs jelen életükben, tanulási nehézségek, alacsony iskolázottság, devianciák jelenléte jellemzi őket. A program működtetésének egyik nehézsége, hogy egy állandó stáb kialakítását nem tudják elérni, az új munkatársak beilleszkedése időigényes, sok energiát von el a napi munkától. Az irodát látogató fiatalok összetételéből fakadóan nem könnyű a szabályok, keretek betartatása, amit nehezít, hogy a látogatók túlnyomó többsége fiú. Az irodát látogatók között kialakult egy állandó, ám „kemény mag”. A velük való munka nehéz, elsősorban a fegyelmezésre kerül a hangsúly, nehéz őket bevonni folyamatos vagy tematikus programokba. Így a szolgáltatások közül főként az érdeklődés, beszélgetés, filmklub működtethető. Tematikus elemként a „Plázadás-program” indult el, amely – hiszen főként roma fiatalok látogatják az irodát –, a roma szerep, identitás megéléséről, problémáiról szól /16/.

Mint azt már fentebb említettük, az Alternatíva program kísérleti szakaszában a pécsi hellyel egy időben Budapesten is kialakításra került egy iroda, mégpedig a Pólus Centerben, a XV. kerületben. 2008-ban az iroda ugyan bezárt, azonban érdemes röviden áttekintenünk az ottani tapasztalatokat. Ezek a tapasztalatok azért is különösen fontosak, mert ez a helyszín volt az egyik célhelyszíne a modellprogram kialakításának, az Alternatívák működésének alapelveit az itteni munka is nagymértékben meghatározta /103/.

Az „Alternatíva” program célja itt is az volt, hogy a drogprevenciós tevékenységet alacsonyküszöbű szolgáltatásként ott nyújtsa az azt igénybe vevő 14-18 éves gyermekek és fiatalok számára, ahol a kutatási adatok szerint nagyobb számban szabadidejüket töltik: a bevásárlóközpontokban.

A program az ellátási piramis „alapvonalában” nyújtott prevenciós szolgáltatást, olyan helyszínen, ahol a fiatalok nagy számban fordulnak elő, és szabadidejükből sok időt itt töltenek el. Ezáltal lehetőség nyílt terápiás kapcsolatokkal még nem rendelkező kliensekkel való kapcsolatfelvételre, és – szükség esetén – a fiatalok továbbirányítására az ellátási rendszerben.

Az alábbiakban bemutatjuk a szolgáltatás első éveiben azonosított és kialakított funkciókat, melyek jelenleg a pécsi és a csepeli munkát meghatározzák:

- a) *„Váróterem” funkció:* A prevenciós helyre betérő kliensek anonim módon részt vehettek a helyen folyó programokban, igénybe vehették a szolgáltatásokat. Saját elhatározásuk alapján léptek kapcsolatba a prevenciós helyen dolgozó szakemberekkel, illetve kezdeményezhették az egyéni vagy csoportos foglalkozásokon való részvételt. Amennyiben a személyes kapcsolatfelvételt nem igényelték, úgy minden formális aktus nélkül kiléphettek a programból. A szakemberek – nyitott, odafigyelő magatartással és programokkal – ösztönözték a klienseket a személyes kapcsolatfelvételre. Ez az időszak, amelyet a kliensek a „váróteremben” töltöttek – személyiségtől, problémától függően – nagyon eltérő lehetett, de fontos szempont, hogy azon fiatalok számára, akik tartósan nem kívánták igénybe venni a hely szolgáltatásait, világossá tették a továbblépés szükségességét, akkor is, ha ez adott esetben a programból való kilépést jelentette.
- b) *„Rendező-pályaudvar” funkció:* Amennyiben a kliens igényelte, és nyitott volt a személyes kapcsolatfelvételre, a szakemberek bevonták a fiataalt a helyben futó programokba, a működő csoportok munkájába, illetve igény esetén egyéni konzultációt kezdeményeztek. Ezek eredményeként tisztázható volt, hogy a kliensnek szüksége van-e további ellátásra, az ellátó rendszerbe való bebocsátásra. Ez esetben a szakember ajánlatot tett a kliens számára a szükséges szolgáltatás felkeresésére.

A gyakorlati tapasztalatok szerint a két funkció megvalósulása közötti arány igen fontos volt, az eredményes munka egyik alapfeltétele. Ha a „rendező-pályaudvar” funkció nem működik megfelelően, túl sokan lesznek a „váróteremben”, ahova aztán nem férnek be az újonnan érkezők. Ugyanezzel az eredménnyel járhat, ha a „váróteremben” azért töltenek hosszabb időt a kliensek, mert ott olyanok tartózkodnak, akik nem kívánnak személyes kapcsolatot létesíteni a szakszeméllyel, ez esetben vagy a kapcsolatteremtés „gyengélkedik”, vagy már többen megérették arra, hogy kiléptessék őket a programból.

A Pólus Center Alternatívájának látogatói

Korosztályi összetételüket illetően két nagy korcsoport jelenítenek meg. A „törzsvendégek” körébe tartozó 16-18 éves fiúk, ill. lányok, akik az Alternatíva megnyitása – 2005 októbere – óta hosszú ideig látogatták a központot. Mellettük azonban megjelent egy 12-14 éves

korcsoport – amelyben a fiúk voltak felülreprezentálva –, akik egyre gyakrabban látogattak el a „helyre”.

Családi hátterüket tekintve elsősorban egyszülős családokban élő (sok esetben elvált szülőkkel rendelkező) fiatalok jelentek meg. Néhány családnál anyagi, megélhetési gondok is jellemzőek voltak. Lakókörnyezetükben, baráti, ismeretségi körükben fellelhető az illegális szerek – elsősorban a marihuána – alkalmi használata.

A jellemző problémakörök a következők voltak: életkori sajátosságaikból adódóan elsősorban önismereti, érzelmi kérdések kerültek fókuszba. Főként a társas kapcsolatok kialakításának, megélésének tapasztalatai, önértékelési problémák kerültek felszínre. Fontos volt a különböző érzelmi behatások értelmezése, az azokra adott reakció, a konfliktushelyzetek felismerése és kezelése. Ilyen helyzetek például: „új arc” kerül a társaságba, iskolai osztályba, illetve szerelem, féltékenység.

A fiatalabb korosztályban találtak az iskolakerülés problémájával, tanulási nehézségekkel, agresszív viselkedéssel (verekedés az iskolában). A megoldási módokat segítő személyiségfejlesztő, -építő játékokat alkalmaztak.

Fontos eredmények

- Az Alternatíva jól megtervezett arculata, belső kialakítása – a pécsi és csepeli helyekhez hasonlóan – erőteljes vonzerő volt a fiatalok számára. A gyakorlat azt mutatta, hogy nincs szükség ún. cirkáló munkatársakra (szociális munkás) a központba való „becsalogatásra”. Szinte senki sem ment el az iroda előtt anélkül, hogy legalább néhány másodpercig ne szemlélné azt!
- Hétköznapi átlagban 8-15 fő látogatott oda, míg hétvégeken 10-20 fő körüli látogatottság volt a jellemző.
- Az Alternatíva működése visszaigazolta létrehozásának szükségességét. Fontos eredmény, hogy a fiatalok a helyet itt is sajátjukénak érezték, találkozóhellyé vált számukra, valamint hogy néhány szülő is megerősítette a stáb tagjait; jó ötletnek tartják az Alternatívát, hasznosnak ítélik munkájukat.

Nyíregyháza

A NyírPlázában 2009 áprilisától *Alternatíva Ifjúsági Színtér* néven működött a program (TÁMOP 5.2.5. pályázati program támogatásával).

A NyírPláza szórakoztató és bevásárlóközpont 2000-ben nyitotta meg kapuit Nyíregyháza belvárosa és a legnagyobb lélekszámú külvárosi lakótelepe közé ékelődve. Látogatottságát mintegy 70 üzletre, többtermes mozira, bowling klubra, kaszinóra és játéktérre alapozza. Időről időre különböző látogató-vonzó programokat is szerveznek, s viszonylag jól állja a versenyt az időközben a belváros szívében megnyíló Korzó üzletházzal szemben. Bár arra nézvést nincs felmérés, hogy a fiatalok körében melyik hely a kedveltebb, a szabad terek eloszlása, illetve a NyírPlázába koncentrálódó szórakozóhelyek jelenléte arra enged következtetni, hogy a tipikus „plázázás” inkább a NyírPlázára jellemző, különösen a délutáni, esti órákban.

Az Alternatíva Ifjúsági Színtér kialakításával és megnyitásával a helyi szakemberek olyan érték- és kultúrák közvetítő hely teremtését tűzték ki célul maguk elé, mely a megcélzott korcsoport számára – elsősorban alulról szerveződő programokon keresztül – szociális, lelki és közösségi támaszt nyújthat.

A színtér arculatának kialakításakor itt is szempont volt a kreativitás, a fiatalosság.

Szolgáltatásainak gerincét az állandó – tervszerűen megvalósuló – programok alkották. A legkedveltebb állandó programjaik a látogató fiatalokkal való közös ötletelésekből születtek:

- *Információs bázis:* A fiatalok az Alternatívába való belépéskor az „ücsörgő” térben elhelyezett információs pultnál teázgatás közben azonnal értesülhettek regionális és országos információkról. Az információszolgáltatást a fiatalok körében igen népszerű folyóiratsarok egészítette ki.
- *Kreaklub:* A kreatív klubot alulról szerveződő kezdeményezésként maguk a fiatalok működtették, heti rendszerességgel. A változatos foglalkozások alapvetően kreatív, kézműves tevékenységekre irányultak – a süteménydíszítés, kőszoborkészítés, ékszerkészítés stb. –, az összetettebb tevékenységeket a Kép-Zene-Szó programba „vitték” inkább. Az elmélyült tevékenységek közben a közösség is formálódik, komoly témák kerülhetnek felszínre, nem egy alkalommal a tevékenység segítő beszélgetéssé alakult.
- *Filmklub:* Induláskor esetlegesen működött, mindig az éppen megjelenő fiatalok igényei szerint. Ahogyan telt az idő, a fiatalok egyre gyakrabban tértek be célzatosan, így az Alternatívások már előre tervezhették a filmeket. Különböző időpontokban, más-más érdeklődésű csoportok jártak filmklubba, így változatos repertoárt lehetett összeállítani, a rajzfilmekről a történelmi filmekre át a természetfilmekig. A programon általában 3-6 középiskolás korú fiatal vett részt. A vetítések után „spontán” beszélgetések alakultak, melyeket az Alternatíva szakemberei vezettek.
- *Társasjátéksarok:* A társasjátékok nem csupán a számítógépek és játéktérmegek világának alternatívájaként jelent meg, de a hasonló érdeklődésű kortársakkal való kapcsolatfelvétel, az ismerkedés egyik kitűnő eszközévé is vált.
- *Kép-Zene-Szó kiállítássorozat:* Havonta megújuló programsorozat, melyben fiatalok mutathatták be alkotásaikat, műveiket, saját képességeiket. E kiállítás során olyan fiatalok léptek fel, akik tehetségesnek érezték magukat a Képzőművészetben (Kép), a Zene világában (Zene) és a Szépművészetben (Szó) – vagy olyanok, akiket társaik érezték tehetségesnek, és az alternatívás programok során kaptak bátorságot a megmutatkozásra. A programsorozat eddigi alkalmai, a kiállítás-megnyitók és az egy hónapos állandó kiállítások egyértelműen azt bizonyították, hogy az önkifejező alkotói tevékenység napjainkban is a fiatalok egyik legkedveltebb formája a szabadidő értékes eltöltésére.
- *Titkok Kamrája:* A szolgáltatás „segítő” része, a négy szemközti beszélgetések, tanácsadások helyszíne. Ezt a helyiséget a vártnál gyakrabban látogatták a fiatalok. A foglalkozások témáját főként párkapcsolati problémák és szülő-gyerek konfliktusok adták, de akadt olyan is, akinél gyász feldolgozása (szülő elvesztése) volt a téma, illetve olyan is, aki szorongás csökkentése céljából az autogén tréning elsajátítása miatt fordult az irodához. A megjelentek között nagyjából fele-fele arányban voltak, akik konkrétan csak egyéni tanácsadásra jöttek és azok, akik bekapcsolódtak egyéb tevékenységekbe is az Alternatívában.

- *Önismereti játékok:* Eleinte spontán szerveződő jelleggel, több alkalommal végeztek önismereti célú csoportfoglalkozást az egyéni foglalkozáson résztvevőkkel, melynek során az Alternatívában lévő, a fiatalokkal való kapcsolatfelvételre használt eszközök (pl. társasjátékok, filmek, kreatív eszközök stb.) nagyon hasznosnak bizonyultak.

Bevált az az ötlet is, hogy délelőtti nyitva tartás és együttműködés keretében egy civil szervezet „használta” (Civil Pont) az irodát, mely szintén fiataloknak nyújt szolgáltatásokat: továbbtanulás, munkakeresés stb., így összekapcsolták és kitágították az eredeti programot.

A program induláskor gyors felfutás volt tapasztalható, amely a 2009–2010-es tanév kezdetére érte el a csúcst, több mint 250 látogatóval. Ezt követően az érdeklődés lassú kifulladásra volt tapasztalható. A program folytatásakor erre a helyzetre megfelelő választ kell találni – és erre az Egyesület készül is, új, nagymintás szükségletfelméréssel, a programok megújításával, valamint stáb felfrissítésével (tagok bővítése, szervezetfejlesztő tréningssorozat, önkéntesek toborzásának új stratégiája).

A helyi szakemberek véleménye szerint láthatóan az eddigi sikeres programok megtartása mellett a nyíregyházi Alternatíva fejlődésében két utat kell bejárni. Egyfelől át kell lépni a küszöböt, ami a pláza sétálóterének rendszeres meghódítását, a céltalanul csellengő fiatalok hatékonyabb megszólítását jelenti. Másfelől a már betérők számára fokozott mértékben biztosítani kell a személyre szabott programokat, amelyek meglévő szükségleteikre reagálnak – e téren be kell vezetni a folyamatos szükségletfelmérést /17/.

A pályázati támogatás lezárultával önkéntesek bevonásával működik a program.

Békéscsaba

A Békéscsabán elindult Alternatíva Ifjúsági Műhely (TÁMOP 5.2.5. pályázati program támogatásával) programról viszonylag kevés információ áll rendelkezésre. A program a nyíregyházi irodához hasonlóan itt is 2009 áprilisában indult. A szakmai program fejlesztéséhez személyes találkozó megszervezésre is sor került a két szakmai munkacsoport között.

A Csaba Pláza kedvelt hely a fiatalok körében, így a megnyitást követően rövid időn belül megjelentek érdeklődő fiatalok. A csabai irodában is időnként problematikus a szabályok keretek betartatása, s ez főként abból adódik, hogy lehetőséget adnak a „jó tanuló, jó sportoló” fiatalok mellett a „problémás” fiatalok bevonódására is.

A 2010. márciusi beszámoló alapján a következő foglalkozások voltak elérhetőek a fiatalok számára:

- Várjáték foglalkozás
- Kézműves foglalkozások
- Dramatikus, önismereti csoportfoglalkozás
- Kortársképzés
- Esti sportprogram keretében csocsóbajnokság
- A munkatársak által tartott foglalkozások
- Egy-más közt
- „Az Alternatíva Bajnoka!”
- Filmklub, sakk-klub
- Activity-party
- Römibajnokság
- Amőbaverseny
- Karaoke
- Minikosár-bajnokság.

A Projektzáró nap 2010. március 30-án került megszervezésre, ahol elbúcsúztatták a munkatársakat, valamint ötletbörzét tartottak a jövőbeni lehetőségekről /18/. A program pályázati támogatás hiányában jelenleg szünetel.

Debrecen

Debrecenben már az Alternatíva program kísérleti szakaszában szerették volna a helyi szakemberek elindítani a programot a Debrecen Plázában, azonban ez a próbálkozás sikertelen volt. Évekkel később a TÁMOP 5.2.5. pályázati program adott lehetőséget az „Open Doors” – *a fiatalok alternatív konzultációs és szolgáltató centrumának létrehozása a Debrecen Plázában* című program kidolgozásához és elindításához. A program jelenleg is működik. Sajnos a helyről kevés információ állt rendelkezésre.

A program főbb szolgáltatásai az alábbiak:

- *Egyéni konzultáció életvezetési kérdésekben* – (életvezetési problémák, szülőkkel való kapcsolat, családtól, otthontól való elszakadás, új közösségbe illeszkedés zavarai, tanulási problémák, együttélési nehézségek, pályaválasztással kapcsolatos kérdések, perspektívátlanság, életcél hiánya, konfliktuskezelés, párkapcsolati problémák, szexuális élettel kapcsolatos gondok, önértékelési problémák, drogfogyasztással kapcsolatos kérdések, kapcsolatteremtési nehézségek). A tanácsadás (konzultáció) alacsonyküszöbű szolgáltatásnak minősül, ami azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátások igénybe vételétől eltérően a fiatalok személyigazolvány, TAJ-kártya, valamint orvosi beutaló nélkül fordulhatnak a szakemberekhez. Az egyéni konzultáción megjelent fiataloknál az életvezetési problémák száma csökkenő, az alkohol és a szerhasználati problémáké emelkedő tendenciát mutat.
- *Személyiségfejlesztő csoport drog- és alkoholproblémával küzdő fiatalok részére* – Heti 2 órában kerül megtartásra a csoport. A csoportos foglalkozás keretében az önismeret fejlesztése, a személyiség megerősítése, kreatív, erőszakmentes konfliktuskezelés elsajátíttatása, az asszertív kommunikáció kap hangsúlyt.
- *Kreatív csoport* – A klubot hetente, képzőművészetben jártas szociális szakember vezetésével szervezik.
- *Esetkezelés, terápiás kapcsolatra felkészítés, pszichoszociális tanácsadás* (tanulástechnikai tanácsadás, szexológiai tanácsadás).
- *Filmklub* havonta 2-3 alkalommal.
- *Élménycentrikus zenecsoport* heti 1 alkalommal.

II.1.1.2.2. Egyéb, bevásárlóközpontban működtetett bűnmegelőzési célzatú programok

A fenti programokhoz hasonlóan bevásárlóközpontokban indultak az OBmB (Országos Bűnmegelőzési Bizottság) pályázata által támogatott programok Kecskeméten, Győrött és Tatabányán. A pályázati program 3. komponensének célja: „*Pláza programok*”: *a bevásárlóközpontok közösen használt – fizikai és szociális – tereinek többirányú kihasználása.*

Ezek a programok függetlenek az „Alternatíva-kezdemenyeztől”, azonban a programok tapasztalatai – megvalósítási helyszínük azonossága és célcsoportjuk hasonlósága okán – szintén relevánsak számunkra /19/.

Kecskemét

A kecskeméti *Malom-Társalgó* című projekt /20/ partneri együttműködésben valósult meg (Bács-Kiskun Megyei Igazságügyi Hivatal; Kecskeméti Rendőrkapitányság; Főplébániai Karitasz Alapítvány Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat; Malom Központ) 2008. november 15. – 2009. május 15. között OBMB támogatásból.

Az 1997. évi XXXI. tv. (Gyvt.) meghatározza azon hatóságok, szervezetek szakmai alapú együttműködését, mely során a gyermek-és fiatalkorúakkal kapcsolatban felmerült veszélyhelyzetet észlelve, vagy annak kialakulását megelőzően információkat szolgáltatnak a megfelelő hatáskörű és illetékességű hatóságok, szervezetek felé. A program szakmai-hivatali vázának első pillérét a Kecskeméti Rendőrkapitányság Bűnügyi Osztály Megelőzési és Áldozatvédelmi Alosztálya által indított, rendőrhatalósági és civil szereplőkkel kivitelezett ifjúság- és gyermekvédelmi nappali, iskolaidőben történő járőrözés adta, mely Kecskemét városában, egyebek között a bevásárlóközpont épületében is zajlott. A program szakmai ágát az ORFK által indított „Egy rendőr-egy iskola” program is erősítette, bevonva az oktatásban résztvevőket (pedagógusokat/gyermekevédelmi felelősöket és tanulókat). Ezekhez az ágakhoz kapcsolódott a főpályázó Twist Olivér Gyermek-és Ifjúságvédelmi Egyesület által ügyeleti rendben működtetett, alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújtó társalgó-klubtér, mely a mi szempontunkból a leginkább releváns projektetem. Üzemeltetése péntek- szombat esti órákban zajlott. A szakemberek ügyeleti tevékenységével megvalósuló szabadidős program elsődleges célcsoportja kiskorúak, fiatalkorúak (12-17 év között), kiterjesztve fiatal felnőtt korúak egyéni, formális és informális csoportjai számára is.

Középpontban a bűnözés szempontjából talán legveszélyeztetettebb célcsoport állt, az iskolából magántanulói státuszba helyezett, sok szabadidővel rendelkező, vagy a tanköteles korban lévő, frusztrált, teret, „kifutási”, sikerélmény lehetőséget kereső bukdácsoló/évisméltő, jellemzően sodródó problémás fiatal, illetve ezek csoportosulásai, akik számára a családi és intézményi ellenőrzések lehetőségei egyaránt beszűkültek.

A program alulról jövő kezdeményezésként, közösségi bűnmegelőzésként funkcionált, mely a szociális ellátás, az oktatás, a gyermek- és ifjúságvédelem, igazságügyi-büntetésvégrehajtási területén dolgozó szakemberek holisztikus, rendszerszemléletű felismerésén alapult.

A program elsődleges célja volt a gyermek- és fiatalkorúak védelme, áldozattá válásuk lehetőségének csökkentése, közterületeken gyermek- és fiatalkorúak által elkövetett jogsértések visszaszorítása, a csellengő gyermekek felkutatása, tanintézetükbe történő visszajuttatása a nappali ifjúsági járőrszolgálat, a Kecskemét Városi Rendőrkapitányság szakmai programja civil segítői bevonása által, valamint a szülők és a gyermekevédelmi jelzőrendszer tagjainak értesítése.

A program másodlagos célja a bűnmegelőzés volt. A gyermekevédelem széles rétegei, szakmai partnerek bevonásával bűnmegelőzési jelzőrendszer működtetése és rendszeres szakmai fórumok életre hívása, a fiatalok számára a környezettudatos életmód erősítése. A főpályázó egyesület különösen nagy gondot fordított a környezet védelemének fontosságára, hiszen gyakran szervez erdei iskolai programokat általános iskolás gyermekek számára.

A projekt komplexitásra törekedett. Jellegzetessége, hogy a lebonyolításának helyszínét, szociális terét egy forgalmas bevásárlóközpont promóciós területe adta. A kereskedelmi egység működésére vonatkozó szabályok a társalgó programjára nézve is irányadóak voltak. A főpályázó civil szervezet koordinációs tevékenységet látott el a gyermekevédelemmel foglalkozó intézmények és szakemberek között.

A tervezett tevékenység rendszer középpontjába egy olyan szociális információs szolgáltatási rendszer kialakítása került, mely alapvetően a városban élő, a plázát gyakran felkereső fiatalok iskolán kívüli szabadidejének hasznos eltöltésére szolgált.

A projektről további részletes információ a következő linken található: www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1756&lang=hu

A program jelenleg a Twist Olivér Gyermek-és Ifjúságvédelmi Egyesület munkájának keretein belül folytatódik.

Tatabánya

A „Kék-Fehér” Ifjúsági, Információs és Szolgáltató Ház bűnmegelőzési modell projekt /21/ 2008. november 30-án kezdte meg működését a tatabányai Omega Pláza 1. emeletén található irodájában. Létrehozója a Komárom-Esztergom Megyei Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálat. A projekt 2009 májusában fejeződött be.

Együttműködő partnerek voltak:

- Komárom-Esztergom Megyei Rendőrkapitányság Bűnmegelőzési Osztály
- Petőfi Tömegsport Egyesület
- Tatabányai Többcélú Kistérségi Társulás Egyesített Szociális Intézmények Családsegítő Szolgálat és Gyerekjóléti Központ
- Mosolygós Gyermekekért Alapítvány
- Tatabányai Utcai Szociális Segítők Egyesülete
- Közép-dunántúli Regionális Munkaügyi Központ Tatabányai Kirendeltsége
- Tatabánya Megyei Jogú Város Bűnmegelőzési és Közbiztonsági Bizottsága
- Tatabánya és Kistérsége Bűnmegelőzési Társulás és Egyesület.

Az eltelt 5 és fél hónap alatt 606 fő járt az Információs Házban, 113 telefonos érdeklődő volt, 141 fiatal számára tudtak sportolási lehetőséget biztosítani, 97 fő járt egyéni és csoportos foglalkozáson a pszichológusnál. Mindösszesen 957 fő.

A látogatók jelentős része, mintegy 35% álláskereső tanácsadásra érkezett. 10-15%-uk valamilyen szenvedélybetegségével kapcsolatban kereste meg a házat. A pszichológus tanácsadásán megjelentek az összeforgalom 15-20%-át tették ki. A fennmaradó 30% továbbtanulási, életvezetési tanácsok, valamint szabadidő hasznos eltöltése miatt jött be.

Az információs és szolgáltatóház vállalt feladatai közé tartozott a munkaerőpiaci és pályaaorientációs tanácsadás és tréning, amely elsősorban egyéni esetkezelés formájában zajlott, továbbá a pszichológiai tanácsadás, valamint csoportos tréningek szervezése és lebonyolítása.

A projekt ideje alatt a pláza területén mozgó fiatalok mellett az ország és a megye gazdasági helyzete változásának hatására egyre több olyan kliens is megjelent, aki eddig Tatabányán dolgozott, és a válság hatására munkanélkülivé vált. A program során körvonalazódott, hogy a hozzájuk fordulók nem vállalták munkaerőpiaci problémáikat csoportosan; egy-két kivételtől eltekintve mindenki egyéni esetkezelésre tartott igényt. Sokan érdeklődtek a külföldi munkavállalás szabályairól és lehetőségeiről.

A munkaerőpiaci és pszichológiai tanácsadás mellett fontos tevékenység volt még pályázatok meghirdetése:

Rajzpályázat, melyet a szenvedélybetegségek elleni programjuk keretében írtak ki drog, alkohol, játékszenvedély kategóriában, három korcsoportban /6-10, 11-14, 15-18/.

Vers- és novellaíró pályázat „Erőszak az utcán” programja keretében kiírt pályázatra 18 darab pályamunka (14 db vers, 4 db novella) érkezett.

Húsvéti Kupa Labdarúgó Torna, melyet általános iskolák felső tagozatainak és középiskolásoknak írtak ki a Tatabánya Városi Szabadidősport Egyesület támogatásával.

A projektről további részletes információ a következő linken található: www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1682&lang=hu.

A *Cselleng Center* nevű hely szintén Tatabányán működött a Vértes Centerben, az *Utcai Szociális Segítők Egyesülete* jóvoltából, azonban fél éves működés után 2010 júniusa óta a program helyhiány miatt szünetel /104/.

Az egyesület az utcai hajléktalan-ellátáson túlvevő óta végzi Tatabányán a lakótelepi szociális munkát, és működtet utcagyerek programot. Az utcai szociális munka során szerzett tapasztalatuk, hogy az utcán életvitelszerűen, illetve rendszeresen tartózkodó fiataloknak, akik az idejük nagy részét közterületeken töltik, kapcsolatrendszerük is az utcára koncentrálódik. A szakellátás intézményrendszerével szemben bizalmatlanok, nem ritkán a hajléktalanság veszélyében élnek (szálláslehetőségük ideiglenes, bizonytalan), elsődleges támogatórendszerükkel, családjukkal a kapcsolatuk általában konfliktusos. Jellemző rájuk a különböző pszichotróp szerek használata, illetve a kriminalitás határára való sodródás. Ezen fiatalok családi körülményei többnyire rendezetlenek. Nem várható, hogy ők keressék fel a segítő intézményeket, ezért elérésük csak közvetlen megkeresés révén lehetséges.

A legtöbb veszélyeztetett fiatal nem jár iskolába, holott tanköteles korban van, így az iskolai prevenciós programokban pont ők nem vesznek részt, akiknek ez a legfontosabb lenne. Drogfogyasztás szempontjából is jelentős az érintettsége a még oktatási intézményben lévő fiataloknak is. Problémát jelent továbbá a város szociális intézményeinek az, hogy a fiatalok szabadidejük nagy részét köztereken, illetve szórakozóhelyeken töltik. Az ilyen színtereken kialakuló közösségek gyakori jellemzője a közös szerkipróbálás, rendszeres fogyasztás, illetve egyéb deviancia felé való sodródás.

Több – tatabányai fiatalok körében végzett – felmérés is igazolta, hogy a kiskorúak problémaként fogalmazták meg, hogy nincs olyan hely, erre kialakított helyszín, ahol nyugodt körülmények között tudnák eltölteni szabadidejüket, így marad az utca, a csellengés. Ebből kiindulva lényeges problémaként van jelen a gyermekek közterületen való tartózkodása, különösen péntek, illetve szombat estéknél. Ezért évekkal ezelőtt elindította az egyesület az „ÉS+ Alternatív szombat este” című programot, mely az elmúlt 5 évben nagy sikerrel folyt, az utóbbi két évben az Omega Plázában.

A tapasztalatok szerint azonban a város másik Plázájában, a Vértes Centerben lényegesen több fiatal fordul meg.

Ezért egy új szolgáltatást, programelemet vezettek be a tatabányai Vértes Centerben „Cselleng-Center” néven, ahol információnyújtás mellett hasznos szabadidő-eltöltési lehetőséget is biztosítottak a plázában csellengő fiataloknak.

A program célja

A cél, hogy az utcán csellengő, kallódó fiatalokat felkutatssák, hogy legyen egy hely, ahol ezek a fiatalok hasznosan el tudják tölteni szabadidejüket, és ezáltal csökkentsék a gyermek- és fiatalkorú bűnözés előfordulását. A Vértes Centerben működtetett program a szabadidejüket a plázákban, vagy azok környékén töltő 12-18 éves fiatalokat célozta meg. A bevásárlóközpontban kialakított helyiség hétfő és péntek délután volt látogatható 15-20 óráig. Csocsó, darts, társasjáték, vetélkedők, kreatív foglalkozások mellett lehetőség nyílt beszélgetésre, valamint tanulószoba igénybevételére is. A betérőket szakemberek mellett kortárssegítő önkéntesek is várták sok-sok játékkal. A Center hivatalos megnyitására 2010. január 15-én került sor.

Rövid távú cél az ártalomcsökkentés volt, mely kiterjedt a fizikai és mentális ártalmak csökkentésére is, ezzel téve biztonságosabbá a tudatmódosító szerek használatát, illetve a szexuális életet.

A program hosszú távú célja a fiatalok társadalomba történő integrációja volt értékkövetítés, személyiségfejlesztés révén.

Szintén konkrét célként fogalmazódtak meg az alábbiak:

- Csökkenjen a plázában és környékén csellengő fiatalok száma
- Javuljon a programba bevont fiatalok iskolai teljesítménye
- Csökkenjen az agresszió a köztereken és az iskolákban
- Csökkenjen a fiatalok bünelkövetők száma.

A Plázában működő Cselleng Center szakmai tartalma

A hely programjaival és minden szolgáltatásával főként a középiskolás korú réteget célozta meg. A helynek nem volt célja, hogy a bevásárlóközponton kívüli, más közegből érkező fiatalokat is becsalogasson. A szolgáltatások során alkalmazott eszközöket és módszereket (pl. életvezetési tanácsadás, egészségfejlesztés) az iroda szakmai vezetése határozta meg a helyi sajátosságokat tekintetbe véve.

A program széleskörű kapcsolatokkal rendelkezett. Tevékenységével egy helyre koncentrált mindazokat a lehetséges információkat, amelyek külön-külön megtalálhatók ugyan, de beszerzésük, a köztük való eligazodás sok időt és energiát igényel. Így felerősítette mindazoknak a szervezeteknek, információs hálózatoknak a tevékenységét, amelyekkel kapcsolatba került, továbbá a helyhez fordulóktól igényeket, jelzéseket gyűjtöttek, és ezeket továbbították az érintett szervezetek felé, segítve ezzel munkájukat.

Szolgáltatások:

- sporttevékenységek: pingpong, egyéb labdajátékok, sorversenyek
- beszélgetés környezetvédelemről és a tudatos vásárlási szokásokról
- tematikus beszélgetések meghívott előadókkal (problémákról, a kamaszokat érintő kérdésekről, mint iskola, család, barátok, szexualitás stb.)
- személyiség- és készségfejlesztő gyakorlatok (agressziókezelés, kommunikációs készségek fejlesztése stb.)
- preventív, illetve ártalomcsökkentő célú beszélgetések (szenvédélybetegségek, nemi úton terjedő betegségek stb.)
- információszolgáltatás az alábbi területekkel kapcsolatosan
 - helyi, regionális és országos kulturális programok, rendezvények
 - helyi sportolási lehetőségek, helyi, regionális és országos sportrendezvények
 - helyi, regionális és országos közoktatási és felsőoktatási információk
 - helyi egészségügyi ellátások
 - helyi szociális
 - helyi hivatalok
 - országos hatáskörű hivatalok, hatóságok
 - helyi és megyei önkormányzatok
 - helyi és regionális munkalehetőségek
 - helyi és regionális segítő-és krízisellátó helyek
 - ifjúsági információs és tanácsadó szolgáltató helyek.
- tanácsadás
 - jogi
 - pszichológiai-mentálhigiénés vagy életvezetési-életszervezési
 - továbbtanulási.

A tanácsadásokat felsőfokú szakmai képesítéssel rendelkező tanácsadók végezték az irodára vonatkozó szakmai-etikai előírások szerint.

A szolgáltatások célja:

- új baráti kör kiépítése
- régi megtartása, jobbá tétele
- szabadidő hasznos, kellemes eltöltése
- csavargás, kallódás megakadályozása
- különböző eredetű problémák felszínre kerülése; megoldása
- új tevékenységi körök megismertetése – igény szint javítása közvetett útmutatással
- egészséges életmódra nevelés (sokféle sportlehetőség).

A plázaprogram sajnos 2010 júniusa óta szünetel helyhiány miatt. A program elindítása a pláza vezetőségének ellenállása miatt nem volt egyszerű. A fél évig tartó program a fiatalok számára nagyon sokat jelentett. A visszatérő fiatalok élvezték a hely hangulatát, a programokat. Több pozitív visszajelzés is jött a fiatalok köréből. Lehetőséget biztosított számukra, hogy véleményüket, akár pozitív, akár negatív a falon lévő óriáspapírokra ráírják, lerajzolják. A beszámoló alapján a működés során soha nem volt probléma, nem kellett a pláza vezetőségének beavatkoznia, nem volt randalírozás, ezért nehezen érhető, hogy a pláza vezetősége miért nem tudja nehezen elfogadni és befogadni a mindenki számára hasznos és jól működő programot. Terv, hogy az egyesület (ha kell új helyszínen) tovább működtesse a Cselleng Center programot.

Győr

A „*Veled-Érted*” *bűnmegelőzési modell projekt* /22/ létrehozója a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Nyugat-dunántúli Régió Központja. Szintén 2008. november 30-án kezdte meg működését Győr Plázában, valamint alkalmanként az Árkád Győr Bevásárlóközpontban működik.

A projekt célcsoportjának a szabadidejüket a plázákban, vagy azok környékén töltő 12-18 éves fiatalokat tekintették.

Együttműködő szervezetek voltak:

- ÁNTSZ Nyugat-Dunántúli Regionális Központ
- ÁRKÁD GYŐR
- GYMS Megyei Rendőr – Főkapitányság (GYMSMRFK)
- Gyermekjóléti Központ (GYJK)
- Gyermek Ház (GYH)
- Széchenyi István Egyetem Szociális Munkás Tanszék (SZIE)
- Prohászka Ottokár Orsolyita Köznevelési Központ (PO)
- NYME Apáczai Csere János Tanítóképző Főiskolai Kar: Rekreációs és Egészségfejlesztő Intézet, Szociális Képzési Intézet
- Kossuth Lajos Általános Iskola
- Krúdy Gyula Középiskola
- Szabadhegyi Köznevelési Központ, Magyar – Német Óvoda, Általános Iskola és Gimnázium
- Pálffy Miklós Kereskedelmi Szakképző Iskola.

Célkitűzés volt, hogy hosszútávú együttműködés alakuljon ki a projekt partnerei között, amelynek következtében a célcsoport hasznos szabadidő eltöltésére ösztönözhető, ezáltal csökkentve a gyermek- és fiatalkorú bűnözés előfordulását.

A célok elérése érdekében tréningeken készítették fel a projekt munkatársait, hogy a programok megvalósításához megfelelő ismerettel rendelkezzenek. A tréninget követően került sor a célcsoport toborzására, amit a projekt során folyamatosan végeztek. A program elején és végén egy egy-egy szabadidős napot tartottak, ahol bemutatták programjukat, záráskor pedig felmutatható eredményeiket. A program egyik eleme volt egy információs pont működtetése is, valamint a projekt során heti rendszerességgel alternatív szabadidős foglalkozásokat tartottak a célcsoport igényeinek megfelelően, kortárs segítők részvételével a Győr Plázában létrehozott Színtér elnevezésű klubhelyiségben.

Átfogó cél volt a fiatalok bűnözés előfordulásának csökkentése, és az áldozattá válás megelőzése. Konkrét cél volt egy modell értékű jelzőrendszer kialakítása az együttműködő szervezetek között, továbbá, hogy a célcsoport tagjait érdekeltté tegyék a hasznos szabadidő eltöltésére.

A program alapfilozófiája, hogy a hasznos szabadidő eltöltésével közvetetten csökkenthető a fiatalok bűnözés és az áldozattá válás, hisz a tevékenységeket úgy alakították ki, hogy a célcsoport kontrollált helyen és módon töltheti el a szabadidejét. Második fontos elem, hogy a toborzásban és a lebonyolításban kortárs segítő önkéntesekre támaszkodtak annak érdekében, hogy a célcsoportot hatékonyabban bevonják programjaikba. Végül, de nem utolsósorban lényeges volt az interszektoriális együttműködés, melynek keretében az ifjúsághoz különböző módon kapcsolódó szervezetek megoszthatták egymással tapasztalataikat, és közös munkát végeztek.

A programban tehát alapvetően a partnerszervezetek együttműködésén alapulóan az alternatív szabadidő-eltöltés népszerűsítése valósult meg, amelyben kulcsszerepet töltöttek be a kortárssegítő önkéntesek. A toborzást és a felkészítő képzést követően került sor a helyiség avatására nagy volumenű nyitó rendezvény keretében, majd ezt követte további két nagyobb sportrendezvény.

A klubhelyiségben folyamatos kortárs segítői ügyelet mellett zajlottak heti rendszerességgel a Police Klubok, és a kreatív, illetve önismereti foglalkozások. A Színtérben lehetőség volt csocsózásra, karaoke-ra és társasjátékok kipróbálására is. A foglalkozásokat a rendőrség szakemberei, a Gyermek Háza munkatársai és szociálpedagógus hallgatók tartották.

Az elvégzett munkáról, eredményekről folyamatos tájékoztatást nyújtottak a sajtó számára.

A toborzómunkát változó intenzitással (egy-egy nagy rendezvény kapcsán nagyobb propaganda), de a projekt egész ideje alatt folytatták: iskolák megkeresése, plakátok kiragasztása, szórólapozás, személyes megszólítás, kihelyezett osztályfőnöki óra stb.

Az önkéntesek munkáját folyamatos koordináció, motivációs munka, csapatépítés és szupervízió kísérte. A projektben közreműködő szervezetek között napi kapcsolat volt, illetve kéthetente partneri egyeztetéseket tartottak, ahol mindig más szervezet volt a vendéglátó. A program zárásaként értékelő napot szerveztek a projekt partnereinek és az önkénteseknek. Itt alkalom nyílt a „hogyan tovább?” átgondolására, és a tanulságok összegzésére is. A szélesebb nyilvánosság számára egy záró, értékelő kiadványt készült DVD melléklettel, mely a projekt során készült kisfilmeket tartalmazza.

A projektről további részletes információ a következő linken található: www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1431&PHPSESSID=0fa929d25274e11ee383db60dcca72f3.

A program jelenleg Magyar Máltai Szeretetszolgálat munkájának keretein belül folytatódik „Színtér” Szenvedélybetegek Alacsonyküszöbű Ellátása néven.

A hazai programok az 1. sz. mellékletben találhatók táblázatos összesítésben.

II.1.1.3. Nemzetközi kitekintés – külföldi programok

Nemzetközi szakirodalmi keresésünk során nem sikerült olyan tanulmányokat azonosítani, melyek kimondottan bevásárlóközpontokban megvalósított drogprevenciós célú programok hatékonyságát vizsgálták, bármilyen szinten. A keresés így általában, bármilyen forrásban megemlíttett, bevásárlóközpontokban megvalósított programok, illetve az ilyen programokkal kapcsolatos ajánlások, útmutatók keresésére korlátozódott. A további keresések során sem sikerült sem az európai, sem a nemzetközi drogprevenció területén bevásárlóközpontban, mint nevesített helyszínen megvalósított programokat azonosítani, kivéve a német nyelvterületet és Ausztráliát.

Ennek oka az lehet, hogy Magyarországon a bevásárlóközpontok fejlődése a rendszerváltás okán eltérő volt, mint Nyugat-Európában, hiszen az újdonság erejével hatottak ezek az új, külsejükben és szolgáltatásaikban is színvonalas helyek. Emellett jellemzően a különböző városrészek központjaiba telepítették őket, tehát könnyen megközelíthetőek. A csellengő fiatalok számára hiánypótló szerepet is betöltenek, hiszen kevés olyan hely létezik, mely igazán meg tudja szólítani ezt a célcsoportot, és számukra vonzó berendezésében, belső hangulatában is. Talán ezek is magyarázhatják azt, hogy nálunk problematikusvá vált a csellengés ezeken a helyeken. Erre válaszként születtek meg a fenti magyarországi programok.

A nemzetközi szintén bevásárlóközpontban megvalósított németországi alacsonyküszöbű megkereső szolgáltatáson kívül ausztrál példákat sikerült azonosítani. Az ausztrál projekteknek nem csupán valamilyen ifjúsági klub működtetése a célja: a projektek a valódi közösségi teret igyekeznek kialakítani, így a megvalósított tevékenységek több területre terjednek ki, mint például a biztonsági szolgálat képzése, közösségi terek kialakítása, szolgáltatások nyújtása, ifjúsági munka megvalósítása. Az azonosított tanulmányok más területeken, más szemszögből vizsgálták ezeket a projekteket.

Az egyik ausztrál tanulmány egy 2000-ben végzett kutatás /23/ eredményeit tárgyalja, melynek célja az ifjúsági és közösségi központok kapcsolatainak feltárása volt Queensland és Victoria államok bevásárlóközpontjaiban. A projekt további célja az ifjúság számára nyújtott szociális és befogadó terek és szolgáltatások proaktív kialakítása gyakorlatának megismerése, és annak bebizonyítása volt, hogy ez a megközelítés nemcsak hasznos közösségi tereket nyújt, de valódi hasznót is teremt a rezsiköltségek csökkentése és a vásárlás növekedése által. A kutatók első körben több bevásárlóközpontot meglátogattak Queensland és Victoria államban, majd kettőt kiválasztottak, ahol alaposabban vizsgáloztak, végül egyben (Festival Faire Cairnban) végeztek számos megfigyelést és interjút. A kiválasztott bevásárlóközpont a vizsgált bevásárlóközpontokhoz képest is nagyobb hangsúlyt fektetett a közösség tagjainak bevonására. A bevásárlóközpont és a helyi önkormányzat jó kapcsolatának köszönhetően több városi szolgáltatás megjelenhetett a bevásárlóközpontban (pl. alternatív iskola, könyvtár, közösségi rádióállomás, ifjúsági és közösségi klub). A bevásárlóközpontban szerzett tapasztalataik alapján a szerzők összefoglalják, hogy a menedzsment milyen folyamatok segítségével volt képes erős közösségi részvételt, bevonódást kialakítani. Többek között a következőket emelték ki következtetésükben:

- fontos a közeli kapcsolat kialakítása a közösségi szervezetek, a helyi lakosok és az állami intézmények között;
- a bevásárlóközpont mint közösségi tér kialakításában lényegesek a közösségi találkozási pontok (mind az építészeti kialakítást, mind a „nyílt” terek felhasználását tekintve);
- a szociális befogadás és a „vendégváró” attitűd érzete többféle intézkedés alkalmazásával elősegíthető, ilyen például a versenyek támogatása, vagy a helyi iskolákat bevonó események, vagy területek

olcsó, vagy ingyenes felajánlása helyi csoportoknak kiállítások, események megvalósításához.

Egy 2002-ben megjelent tanulmány /24/ a fiatalok bevonására irányuló, Nyugat-Sydney bevásárlóközpontjaiban megvalósított ifjúsági projektek bemutatása, valamint működésük sikerességének értékelése volt. Az öt projekt értékelése alapján hét olyan – az ifjúsági szolgáltatások és a bevásárlóközpontok együttműködésére irányuló – pontot azonosítottak, melyek elengedhetetlenek a nyilvános helyen megvalósítandó projektek sikeréhez.

Ezek a következők voltak:

- világos, egyértelmű projekt célkitűzések, tisztázott, hogy ez hogyan érinti az érdekelteket (stakeholders);
- minden érdekelt bevonása;
- a legfontosabb érdekelteknek időt kell fektetniük a munkakapcsolatok kialakítására és fenntartására;
- hivatalos, írásos megegyezéseket kell kötni intézményi szinten;
- az érdekeltek kapacitásának feltárása,
- kapacitásfejlesztés, és -megosztás;
- kommunikációs struktúrák és elfogadható kommunikációs formák kialakítása a fiatalok bevonásával;
- a folyamatok és eredmények áttekintése és
- annak figyelemmel követése, hogy azok valóban kapcsolódnak egymáshoz.

Úgy tűnik, Németországban is ugyanolyan problémákkal állnak szemben a csellengő, városban kószáló fiatalok tekintetében, mint hazánkban. Egy 2008-as online folyóirat cikke berlini fiatalokat mutat be, akik idejük egy jelentős részét szintén a bevásárlóközpontokban töltik, elmondásuk alapján hasonló tevékenységekkel, mint a magyar „plázázók” (biztonsági emberek bosszantása, nézelődés, beszélgetés stb.) /25/

A sozialraum.de egy 2009 februárja óta évente kétszer megjelenő német online folyóirat. A 2010-es év első kiadásában jelent meg Birte Brinkmann és Daniel Wittinger tanulmánya /26/: „Der Sozialraum „Einkaufszentrum“ als pädagogisches Arbeitsfeld: „Wir sind das größte Jugendhaus in Leonberg!“, (A bevásárlóközpont szociális tere, mint pedagógiai munkaterület: „Leonberg legnagyobb ifjúsági központja vagyunk!”), egy leonbergi (Stuttgart melletti) úgynevezett Leo-Centerről (pláza), amelyben „indoor utcai megkereső programok” zajlanak gimnazista korú fiatalok számára. Leonberg egy 45 000 fős város, Stuttgart közelében az egyik legnagyobb. A hetvenes években épült ki egy nagy, akkor modernnek számító centruma: két hatalmas lakóteleppel, egy parkkal, egy uszodával, és Dél-Németország egyik első bevásárlóközpontjával. A bevásárlóközpont környéken 4 iskola található, így az egy fontos találkozópontra a fiataloknak.

A tanulmány szerint a leonbergi ifjúsági munka azért működik olyan hatékonyan, mert a szolgáltatók egymással kapcsolatban állnak, és rendszeresen találkoznak különböző projektek kapcsán.

Magát a Leo-Centerben működő szolgáltatást a bevásárlóközpont menedzsmentje kezdeményezte a helyi ifjúsági szervezetekkel közösen.

A konkrét tevékenységek a következők:

- Alacsonyküszöbű szolgáltatásként működő megkereső szolgáltatás – „Indoor streetwork”: a mindig jelen lévő pedagógust vendégnek tekintik, nem nevelő személyzetnek (mint az iskolában, vagy az ifjúsági házakban), így teret, és időt adva a fiataloknak a meghallgatásra. A fiatalok állítják össze a játékszabályokat, és ők döntenek el, mennyire engedik be a személyes terükbe a segítő személyzetet. Ugyanakkor a

házi rendet nem csak a fiatalok hozzák létre, például a dohányzás és az alkoholfogyasztás eleve tilos az indoor találkozóhelyen. Mivel a pedagógusok nem a bevásárlóközpont alkalmazottai, így a házi rend betartására sem kötelezhetik a fiatalokat, csupán figyelmeztethetik erre őket. Ezáltal azonban a pedagógusok sokszor kerülnek közvetítő szerepbe, a bevásárlóközpont személyzete és a fiatalok között, hiszen a fiatalok rendszeresen feszegetik a határokat.

- Játékpedagógia – „Leo Action”: a játékpedagógiai elemek havonta egyszer kerülnek megrendezésre (kézműves foglalkozások, játékok) a „Spielen statt Rumhängen” (lógás helyett játék) mottóval, amit egy külső szervezet biztosít a plázában kószáló fiataloknak. A játék céljai a következők: a gyerekek és fiatalok számára hozzáférhetővé tenni a játékot, a játékon keresztül fejleszteni és tanulni, felvenni a kapcsolatot a dolgozókkal, elkezdni a beszélgetést, amit aztán adott esetben folytatni lehet komolyabban is.
- Élménypedagógia – különböző akciók és projektek: az élménypedagógia eredetileg a természethez kötődik, mégis a legfontosabb eleme maga az élményszerzés, tehát plázákban is alkalmazható. Például gyereknapi kapcsán a bevásárlóközpontban található játékbolttal közösen játék szervezése a gyerekeknek, fiataloknak.

A nemzetközi programok a 2. sz. mellékletben találhatók táblázatos összesítésben.

II.1.2. Szabályozó anyagok a területen

II.1.2.1 Hazai szabályozó anyagok

A bevásárlóközpontokban létesített prevenciós programok vonatkozásában közvetlen, univerzális szabályozó anyagot nem ismerünk.

Az Alternatíva program kísérleti szakaszában azonban megfogalmazódtak a fizikai kialakítás és a szakmai tartalom és működtetés szempontjából kulcsfontosságú iránymutatások, valamint összegzésre kerültek a kísérleti szakasz tapasztalatai.

Ezek a szakmai útmutatások a következő publikációban olvashatók részletesen: Kun B., Kovacsics L., Felvinczi K., Fábíán R., Vadász P., Erdélyi I., Sebestyén E., Buda B., Demetrovics Zs. (2009): „ALTERNATÍVA”: Múlt, jelen, jövő. Előzetes elképzelések és megvalósulás. In: Demetrovics Zs., Paksi B., Dúll A. (szerk.): *Pláza, ifjúság, életmód. Egészségképzési vizsgálatok fiatalok körében*. 2009. L'Harmattan Kiadó, Budapest (157–200. o.).

A útmutatás a tapasztalatok fényében az alábbi területekre terjed ki:

- Bevezetés
 - Fiatalok és a plázák világa
 - Hazai eredmények: az elővizsgálatok legfontosabb tapasztalatai
 - Egészségfejlesztési és alacsony költségű programok a bevásárlóközpontokban
- Az „Alternatíva” program beindításának feltételei
 - A program szakmai tartalmának kialakítása
 - Kapcsolatfelvétel a plázákkal
 - A helyszín

- Az „Alternatíva” program
 - A segítők
 - A program külső megjelenésének és kereteinek kialakítása
 - Az iroda felépítése
 - Nyitva tartás
 - Keretek és házirend
 - A program szolgáltatásaival és látogatóival kapcsolatos tapasztalatok összegyűjtésének módszere
 - A programban nyújtott szolgáltatások
 - A program látogatói
 - A tapasztalatok összegzése
- Alternatíva a jövőben – lépések egy szolgáltató hálózat kialakítása felé
 - Külső megjelenés
 - Nyitva tartás
 - A szolgáltatás jellege
 - A segítők
 - Belső és külső kapcsolattartás.

A jelenlegi, az Alternatíva program alap elgondolásaiból kiinduló szolgáltatások, valamint a TÁMOP pályázat szakmai elvárásai (lásd lejjebb) is ezen útmutatásokból indulnak ki, ezekre a tapasztalatokra építkeznek.

Közvetett módon számos további szabályozó anyag vonatkozik azokra a szolgáltatókra, melyek ezen a speciális területen nyújtják szolgáltatásaikat.

Ezek a szabályozó anyagok felsorolás szintjén az alábbiak:

Jogszabályok:

- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról⁷, Községi ellátások 65/A. §
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 321/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről
- 226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról
- 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről – pályázat esetén kötelező dokumentumok
- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 259/2002. (XII. 18.) Korm. rendelet a gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatótevékenység engedélyezéséről, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi vállalkozói engedélyről.

Irányelvek:

⁷A törvényt az Országgyűlés az 1992. december 30-i ülésnapján fogadta el. A kihirdetés napja: 1993. január 27.
Hatályos: 1996. 01. 01.

- Szakmai ajánlás a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére. FSZH, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport. Budapest, 2008.

Egyéb szabályozó anyagok:

- Pályázati felhívás a Társadalmi Megújulás Operatív Program Gyermek és fiatalok integrációs programjai c. pályázati felhívás c) Kábítószerügyi komponenséhez. Kódszám: TÁMOP-5.2.5/08/1/C
 - Pályázati útmutató – A. A támogatás célja és háttere
 - Pályázati útmutató – C1. Támogatható tevékenységek köre
 - PÁLYÁZATI ÚTMUTATÓ – E1. Monitoringmutatók
 - 15. Szükségletfelmérés útmutató_TÁMOP-5.2.5.-c_kábítószerügyi
 - 17. TÁMOP-5.2.5.-c_kábítószerügy_módszertani_specifikáció - 17. számú melléklet, A Plázákban működő Alternativa irodák működési módjáról /arculat és szakmai tartalom/
 - 18. TÁMOP-5.2.5.-c) kábítószerügy_kérdőív
- Pályázati felhívás a Társadalmi Megújulás Operatív Program Gyermek és fiatalok társadalmi integrációját segítő programok c. pályázati felhívásához a konvergencia régiók területén B) Ifjúsági és Kábítószerügyi komponenséhez. Kódszám: TÁMOP-5.2.5.B-10/2
 - Pályázati útmutató – A2. Részcélok
 - Pályázati útmutató – C1. Támogatható tevékenységek köre
 - Pályázati útmutató – C1.2. Választható, bírálatnál előnyt jelentő kapcsolódó tevékenységek, szolgáltatások
 - Pályázati útmutató – C1.3. Speciális elvárások az egyes tevékenységekkel kapcsolatban
 - Pályázati útmutató – E1. Monitoringmutatók
 - Pályázati útmutató – F7. Fogalomjegyzék
 - 15.2 sz. melléklet Szükségletfelmérés útmutató_kábítószerügyi
 - 23.1. sz. melléklet Heti statisztika minta B
 - 23.2. sz. melléklet Szakmai segédlet drogügy
 - 23.3. sz. melléklet Drog alternatíva adatlap.

II.1.2.2. Nemzetközi szabályozó anyagok

A nemzetközi szakirodalom áttekintése során nem sikerült bevásárlóközpontokban megvalósítandó, drogprevenció célzattal működő szolgáltatások megvalósításával kapcsolatos szabályozó anyagokat azonosítani. Ennek elsősorban abban látjuk az okát, hogy más országokban nem jellemző a drogprevenció célú beavatkozások bevásárlóközpontokban való megvalósítása (lásd 1.2).

Az ausztrál projektekkel kapcsolatban találtunk egy tanulmányt /27/, amely a fentebb bemutatott tapasztalatok alapján nyújt egyfajta útmutatást (guide) a helyi önkormányzatok számára, a bevásárlóközpontok menedzsmentje, vagy fejlesztési cégek által bevásárlóközpontok átalakítására, vagy megnagyobbítására beadott terveik megvitatásához. Az útmutató elsődleges célja, hogy segítséget nyújtson az önkormányzatoknak abban, hogy a fiatalok szükségletei a legnagyobb mértékben biztosítva legyenek a bevásárlóközpontok fejlesztése során.

II.1.3. Javaslatok hazai szabályozó anyagok kialakításához

A javasolt szabályozó anyag típusa

A hazai célzott prevenciós szolgáltatások – mint azt Paksi (2008)⁸ kutatásából megtudhattuk – igen szerteágazóak. A bevásárlóközpontokban indított prevenciós programok csak az egyik szűk szeletét adják ezeknek a programoknak. A működő programok számából adódóan (5+3 program) nem látjuk indokoltnak, hogy magas szintű szabályozó anyagok szülessenek ezen prevenciós programok szakmai működtetésére.

Véleményünk szerint a jelenleg indokolt szakmai szabályozó anyagok szintje a módszertani levél szintjéig terjedhet. Az ennél magasabb szintű szakmai szabályozó anyagok, feltételezzük, inkább gátolnák, mint elősegítenék a bevásárlóközpontokban létesítendő programok elterjedését, a meglévő programok működését.

Konkrét javaslatok

A szakmai szabályozó anyag elkészítésekor a szakemberek tekintsék át és vegyék figyelembe

- a fent idézett jogszabályokat,
- irányelveket,
- az Alternatíva program tapasztalatai alapján készített korábbi útmutatásokat,
- egyéb, ezen anyagban felvázolt tapasztalatokat.

A szakmai szabályozó anyag segítse a meglévő és jövőbeni programgazdákat programjuk

- megtervezésében,
- továbbfejlesztésében és
- megvalósításában.

A szakmai szabályozó anyag adjon támpontokat a következőkhöz:

1. Előzetes helyzetfelmérés, tájékozódás

Az egyes szolgáltatások beindításának szükségessége fontos, hogy ne csak vélekedéseken alapuljon. A szóba jöhető bevásárlóközpont, az ottani közönség feltérképezése kulcsfontosságú a tárgyalások elindítása előtt. Minthogy egy elég drága szolgáltatásról van szó a helyiség várhatóan magas bérleti díja miatt, csak abban az esetben létesüljön szolgáltatás, ha valóban olyan jellegű a hely, ahol vannak csellengő fiatalok, akik betérhetnek a szolgáltató helyre. Nem az a cél, hogy a bevásárlóközpontba bevonzzuk a fiatalokat, akik egyébként nem látogatják azt rendszeresen.

A szabályozó anyag adjon javaslatokat a helyzetfelmérő technikákra, mint pl. megfigyelés, interjúk végzése a plázában fellelhető fiatalokkal, helyi kutatások

⁸ A nem iskolai szintűen megjelenő prevenciós programok feltérképezése. A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja végezte, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (pályázati azonosító: KAB-KT-07-0028) és a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatásával.

feltérképezése, mely vizsgálja a szabadidő-eltöltést. A szolgáltatás beindítása után rendszeres felmérések is ajánlhatók, melyek az elégedettséget mérik, valamint további szükségleteket térképeznek fel.

2. A célcsoport meghatározása

A tapasztalatok szintén azt mutatják, hogy elég tág azoknak a köre, akik a bevásárlóközpontokban kialakított helyeket látogatják. A szolgáltatásoktól függően 12 évestől (pl. Csepel Pláza) felnőtt munkavállalókig (pl. Tatabánya) terjedhet az életkor.

Véleményünk szerint érdemes a szolgáltatások körét oly módon meghatározni, hogy az egyértelműen egy adott korosztálynak szóljon. Ha a fizikai környezet nem teszi lehetővé a nagyon eltérő életkorú csoportok fogadását, le kell szűkítenünk a kört. Minthogy az Alternatíva program kísérleti szakaszában bebizonyosodott, hogy sokkal fiatalabbak érdeklődnek a hely iránt, mint gondoltuk, az alsó korhatárt mindenképpen le kell vinni. Ebből következően a felső korhatárt is úgy kell meghatározni, hogy az ne legyen túlzottan messze a legalsó korhatártól, mert az mind a látogatók, mind az ott segítők számára nehézséget okozhat, vagy akár kockázatot is jelenthet.

Javaslatunk szerint a 12-24 év közötti korosztály az, akitől elvárható, hogy részt vesznek egy ilyen jellegű programban, ezért őket javasoljuk elsődleges célcsoportnak. Ha a helynek van kapacitása külön foglalkozni idősebbekkel, és a számukra nyújtott szolgáltatásokat meg tudják szervezni olyan időben és formában, hogy az nem akadályozza a fiatalabb korosztály bekapcsolódását a programokba, akkor ők is megcélozhatók.

Szintén a tapasztalatokból látható, hogy általában a fiúk vannak többségben az egyes helyeken.

Javasoljuk, hogy a szakmai szabályozó anyag térjen ki erre, és hívja fel a figyelmet, hogy a szolgáltatók a tervezésénél legyenek tekintettel erre a lehetséges jellegzetességre. Ha ez a jelenség valóban fennáll a későbbiekben, az anyag adjon javaslatot annak feltárására, hogy ennek mi húzódik meg a háttérben (pl. a lányok kiszorulnak az ellátásból, vagy egyszerűen a célcsoport adottságaiból következik, hogy a fiúk inkább látogatják a szolgáltatást.)

Az életkor meghatározása mellett a szabályozó anyag foglalkozzon a célcsoport várható szocioökonómiai helyzetével is. A tapasztalatok szintén jelezték, hogy a legtöbb esetben valóban hátrányos helyzetű, problémás családokból származó, tanulási, kapcsolati problémákkal küzdő fiatalok járnak a helyekre.

A szabályozó anyag szintén adjon rövid útmutatást ebben a kérdésben, megemlítve, hogy a célok, és a későbbi szolgáltatások kialakításánál ezt előtérbe kell helyezni.

3. A szolgáltatás általános és konkrét céljainak megfogalmazása

A tapasztalatok alapján lehetséges

- bűnmegelőzési fókuszú szolgáltatást indítani, de ugyancsak releváns
- alacsonyküszöbű szolgáltatásként definiálni a folyó munkát, melynek középpontjában az addiktológiai problémával rendelkezők, valamint

azok közvetlen környezetének elérése, fogadása, problémájának kezelése, valamint a járulékos ártalmak csökkentése, és a változás elindítása, segítése áll. E mellett a

- hátrányos helyzetből adódó kockázatok enyhítése, kiküszöbölése is megfogalmazható célként. Továbbá
- a tartalmas szabadidő-eltöltés is szerepet kaphat önálló elemként.

Javaslatunk szerint a fenti lehetőségek ötvözésével kell, hogy a szakmai programok célkitűzései megfogalmazódjanak. A készülő szakmai anyag minden lehetséges dimenzióra világítson rá oly módon, hogy kerüljön meghatározásra a szolgáltatás

- *alacsonyküszöbhez,*
- *gyermekvédelemhez és*
- *bűnmegelőzéshez való viszonya.*

4. A szolgáltatások fizikai környezetének, külső megjelenésének kialakítása

A megismert két programtípus közül az Alternatíva program során kerültek kidolgozásra a legrészletesebben a fizikai térre vonatkozó ajánlások, melyek a gyakorlati megvalósítás során is bizonyították létjogosultságukat (pl. vonzó, fiatalos berendezés, háromszintű, „tölcsér” szerű kialakítás, mely illeszkedik a szolgáltatások formáihoz, és egyre közelebbi kapcsolat kialakítását teszi lehetővé a látogatók és a segítő személyzet között).

A szükséges javaslatok alapját a pécsi Alternatíva bemutatásakor felvázolásra került, és a budapesti Pólus Centerben, illetve Csepel Plázában működő Alternatívák kialakításában is meghatározó kialakítás adja. Lehetőség szerint 2 elkülönült tér álljon rendelkezésre, mely segíti a párhuzamos foglalkozások tervezését (min. 50-60 négyzetméter). A személyzet egységes megjelenése, a vonzó berendezés, fiatalos kialakítás mind alapkövetelmény. A helyszín szempontjából a legfontosabb ajánlás, hogy könnyen megközelíthető helyen legyen.

5. A szolgáltatások szakmai tartalmának kialakítása – működési rend kialakítása

A megfogalmazott célokhoz illeszkedve szükséges a szakmai tartalmat kialakítani, figyelembe véve a helyzetfelmérés során kialakult képet arról, hogy milyen korúak lehetnek azok, akik majd a szolgáltatást használni fogják. Szükséges a működési rend kialakítása is, mely magába foglalja a nyitva tartási idő meghatározását, a házirend kialakítását, valamint a külső és belső kapcsolattartási formák kialakítását.

Javasoljuk, hogy a főbb célkitűzések mentén, főbb életkori csoportok szerint kerüljenek megfogalmazásra a lehetséges szolgáltatások, építve az ismertett programok gyakorlati tapasztalataira. Úgy gondoljuk, hogy minden, a programismertetőben felvázolt szolgáltatás releváns lehet a bevásárlóközponton belül, cél, hogy az ajánlásban strukturálva jelenjenek meg. A megkereső tevékenység azonban csak a bevásárlóközponton belül lehet érvényes. Mint említettük, nem lehet cél, hogy a bevásárlóközponton kívülről bevonzzunk fiatalokat! Az előzetesen kialakított szolgáltatások, programok változhatnak a tapasztalatok alapján.

A nyitvatartási idő tekintetében a javaslat az állandó nyitva tartás megszervezése, igazodva a bevásárlóközpont nyitvatartási idejéhez, azzal a könnyítéssel, hogy kora

délután elég, ha kinyit a helyiség. Viszont – a célcsoport manifeszt igényeihez igazodó módon – akár a késői nyitva tartás is adekvát lehet. Alapvető cél, hogy rendszeresen, kiszámíthatóan elérhető legyen a hely a látogatók számára.

A házirend kialakítása részben a személyzet hatásköre, részben a fiatalokkal együttesen történhet, igazodva a bevásárlóközpont saját házirendjéhez.

A külső és belső kapcsolattartás történhet belső napló vezetésével, melyben a segítők regisztrálják a napi legfontosabb történéseket. Elektronikus levelezőlista hasznos lehet, továbbá telefon és Internet hozzáférés is ajánlott.

6. A szolgáltatók társintézményekkel történő együttműködésének kialakítása

Minden egyes ismertetett program kapcsán felmerült az egyéb szakintézményekkel való együttműködés szükségessége, hiszen a célcsoport sajátosságaiból adódik, hogy olyan problémák is felszínre kerülhetnek az együttműködés során, melyek kezelése más intézmény hatáskörébe tartozhat (az ún. „rendező pályaudvari” funkció). Többféle intézmény szóba jöhet, mint pl. Nevelési Tanácsadó, Gyerekjóléti és Családsegítő Szolgálat, de különösen tekintettel kell lennünk a gyermekvédelmi intézményekkel való együttműködésre, valamint a drogfogyasztás kezelésében szerepet játszó intézményekre.

Javasoljuk, hogy a szabályozó anyagban jelenjenek meg a legfontosabb együttműködési formák, a más ellátórendszerbe történő delegálásra, továbbírányításra vonatkozó ajánlások, kerüljenek felsorolásra a szóba jöhető szakintézmények, ezen felül a titoktartásra vonatkozó alapelvek. Az együttműködések együttműködési megállapodások keretében rögzíthetők.

1. A szükséges szakmai létszám és szakképesítés meghatározása

A felvázolt programok többféle háttérű személyzettel működtették a programjaikat. Életkorban többnyire fiatal felnőtteket foglalkoztattak.

Javasoljuk, hogy a szakmai szabályozó anyag, figyelembe véve a szociális szolgáltatásokat szabályozó jogszabályokat, gyermekvédelemben jártas, felsőfokú végzettséggel rendelkező, a segítő szakterületen jártas vezetőt javasoljon a szakmai stáb vezetésére, mely funkció nélkülözhetetlen. A tapasztalatok szerint ezen kívül minimum 4 segítőre van szükség, akik teljes állásban dolgoznak, amennyiben a hely a hét minden napján nyitva van. Ők lehetnek kortárssegítők, pályakezdők, gyakorlati helyet keresők a segítő területről. Szintén kiemelendő, hogy a kiszámíthatóság, a lehető legritkább munkatárscsere segítheti elő a bizalmi légkör kialakítását. Szintén fogalmazódjék meg javaslatként, hogy speciális képzés szükségesek az ott dolgozók számára, mely felkészíti őket e speciális területen történő munkához. Az esetmegbeszélő csoportok és a szupervízió biztosítása szintén elengedhetetlen része a szakmai munkának.

8. Vezetendő dokumentáció

A személyzet által közösen kialakított szempontok alapján történő dokumentálás elengedhetetlen a szakmai munka monitorozásához.

A jogszabályok által megkövetelt dokumentáció hangsúlyozása mellett (pl. regisztrált alacsonyküszöbű szolgáltatás esetén) a minimális dokumentációs szempontokat vegye számba a szabályozó anyag (pl. látogató neve, becsült életkora, hogyan érkezett a helyre (egyedül, mással), kapcsolatfelvétel sikeressége, igénybe vett szolgáltatások, új vagy régi látogató, honnan ismeri a helyet).

9. A bevásárlóközpontokkal való tárgyalási technikák

A tapasztalatok szerint a szolgáltatások beindításának legnehezebb eleme a tulajdonossal történő tárgyalás.

A szabályozó anyag adjon szempontokat a tárgyalások lefolytatásához (pl. a tervezett programról rövid, meggyőző írásos összefoglaló készítése pozitív üzenetekkel, a tulajdonos számára előnyök összefoglalása, költségvetés áttekintése, más helyek tapasztalatainak összefoglalása).

10. Egyéb

Mindezek mellett a szakmai szabályozó anyag definiálja a terület szempontjából legfontosabb fogalmakat (pl. csellengés, hátrányos helyzet, bevásárlóközpont), hivatkozzon kulcs szakirodalmakra, melynek segítségével a szakemberek fejleszthetik tudásukat a területen (kutatási beszámolók, összefoglaló tanulmányok, jelen szakirodalmi összefoglaló, jó gyakorlatok összefoglalója stb.).

II.1.4. Egyéb javaslatok az adott területhez kapcsolódó jövőbeni kutatásokhoz, fejlesztésekhez

Az összegyűjtött szakmai tapasztalatok összevetése szükséges a pályázati kiírások cél- és feltételrendszerével (pl.: TÁMOP 5.2.5.).

A jövőben kerüljenek összehangolásra az egyes határterületeken működő szervezetek által kiírandó pályázatok (pl.: OBMB – NefMi pályázatok esetén).

A pályázati kiírás során, a pályázati feltételek, indikátorok kialakítása alkalmával mind a jogszabályokat, mind a szakmai szabályozó anyagokat vegyék figyelembe a pályázat kiírói – a feltételrendszer ne legyen ellentétes a meglévő jogszabályokkal.

Szülessenek meg a programok beindításához szükséges kedvezőbb jogszabályi feltételek.- Jelenleg nincs olyan jogszabály, amely elősegítené prevenciós programok indítását bevásárlóközpontokban. Ilyen típusú társadalmi felelősségvállalás nincs „kikényszerítve” a plázatulajdonosokból. Rendszerint piaci áron és magas kockázattal, nem ritkán előnytelen feltételek mellett tud csak egy-egy szolgáltató megjeleni prevenciós programjával ezen a szintén.

Évenkénti találkozó keretében, dokumentált formában (záró tanulmány, szakmai ajánlás, stb.) cseréljenek tapasztalatot e területen szolgáltatást nyújtó szervezetek.

II.2. Lakótelepeken, egyéb városrészekben csellengők számára működtetett prevenciós programok

II.2.1. Specifikus témaindoklás, helyzetelemzés

Ebben a fejezetben arra keressük a választ, hogy a hazai és nemzetközi gyakorlatban milyen célzott prevenciós programok lehettek fel, melyeknek elsődleges célcsoportja a lakótelepen csellengő, hátrányos helyzetű, a szerhasználat szempontjából kiemelt kockázatnak kitett fiatalok, fiatal felnőttek.

Fontos megjegyeznünk, hogy elemzésünk során elsősorban olyan közösségi szintűen megvalósuló programokra fókuszálunk, melyek állandóak, fix telephellyel működnek, nyitva tartásuk kiszámítható, és rendszeresen elérhetőek. A megkereső munka hazai és nemzetközi gyakorlati tapasztalatait így csak közvetetten érintjük írásunkban.

II.2.1.1. Bevezetés

Szociális szolgáltatások tervezése során két alaphelyzetből indulhatunk ki (leszámítva a jogszabályok által előírt kötelezettségeket). Érzékelünk egy konkrét problémahalmazt, és arra kívánunk reagálni egy új szolgáltatás bevezetésével, vagy megtervezünk egy szolgáltatástípust, és megkeressük (kutatás módszertani eszközökkel, helyzetelemzésekkel, esetleg pályáztatás útján) azokat a helyszíneket, ahol a szolgáltatási profilunk találkozhat a célcsoport igényeivel. Ha feltesszük azt a kérdést, hogy „Szükség van-e fiataloknak szóló szolgáltatásokra?”, nyilvánvalóan mindenki azt fogja mondani, hogy igen. Arra a kérdésre azonban, hogy mely településeken/településrészekben, milyen korosztálynak, milyen szolgáltatásokra van szükség, már lényegesen nehezebb választ adni. E téma esetében is feltehető a kérdés: „Mi indokolja a bevásárlóközpontokon kívüli, lakótelepen csellengő, hátrányos helyzetű, szerhasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok számára szervezett programok indítását? Miért kell egyáltalán foglalkozni a témával? Kiket érint ez a téma?”

Kiindulópontként azonban szem előtt kell tartani, „a lakóhely, a lakókörnyezet kiemelt helyen szerepel a fiatalok egészségmagatartását, szerfogyasztását, egészségi állapotát befolyásoló tényezők között” /28/.

Mielőtt témaindoklásunk részleteibe foglalnánk, szükségesnek látjuk a munkánk során használt legfontosabb fogalmak definiálását.

Definíciók

Lakótelep

Mint minden fogalmi megközelítés esetében, így jelen esetben is több definíciót találtunk a szakirodalom áttekintése során egy kifejezés, jelen esetben a lakótelep szóra vonatkozóan. Ennek elsődleges oka, hogy építészeti és szociológiai szempontból eltérő definíciókat használnak az egyes szakterületek. Munkánk során a KSH definícióját vesszük alapul, amely szerint a „lakótelep az utóbbi évtizedekben, többnyire házigyári technológiával épített, középmagas és magas lakóházak, házsorok együttese⁹„, azzal a kiegészítéssel, hogy mi a

⁹ Népszámlálás 2001, KSH. <http://www.nepszamlalas.hu/hun/kotetek/fogalmak.html>

lakótelepek közé soroljuk azokat a régebbi lakótelepeket is, amelyek még hagyományos építési technológiával készültek.

A „régebbi lakótelepek” definíciójaként Perényi (1987) meghatározását fogadjuk el, amely szerint „a lakótelep egységes terv alapján, szervezett formában, általában típustervek alapján megvalósuló lakásépítési forma, rendszerint közös telkeken elhelyezkedő többszintes lakóépületekkel. Tartozékai a lakóépületek kiszolgálásához szükséges utak, gépjárműtároló helyek, az épületekben lakók ellátását biztosító intézmények, zöldterületek és egyéb közterületek.”¹⁰

Hátrányos helyzet

Az eddigiek során már többször elhangzott a veszélyeztetés kifejezés, részben összekapcsolódva hátrányos helyzet fogalmával. Mit is takar ez utóbbi fogalom?

„Valamely cél elérése az érintett személy számára másokhoz hasonló mértékben szükséges, de másokhoz képest nagyobb mértékben akadályozott. A hátrányos helyzet relatív fogalom, az adott társadalom vagy régió más tagjaival, csoportjaival vagy térségeivel való összevetésből derül ki, hogy az adott célcsoport miben és milyen mértékig van hátrányos helyzetben. A hátrányos helyzet nem feltétlenül jelenti azt, hogy az adott célcsoport szegényebb, elesettebb vagy tehetetlenebb lenne más társadalmi rétegeknél, földrajzi tájegységeknél, de ugyanakkor tisztában kell lennünk azzal is, hogy a hátrányos helyzet kialakulásának jól megfogható, konkrét okai vannak.

Hátrányos helyzet alakulhat ki a következő csoportok esetén:

- Állami gondozottak
- Munkanélküliek
- Fogyatékkal élők (egészségkárosodott is)
- Kisebbségek (etnikai, nemzeti, egyéb)
- Iskolarendszerből kiesettek
- (Volt) szenvedélybeteg
- Bűnözésből reintegrálódók
- Elzárt településeken élők
- Egyéb: egyszülős család, munkanélküli szülők, fogyatékos szülők gyermekei.”¹¹

Utcai és lakótelepi szociális munka

Az utcai és lakótelepi szociális munka fogalmát használja a 1997. évi XXXI. törvény¹², és bár témánk bevezetőjében említettük, hogy az utcai munka tapasztalatait jelen írásunkban csak érintjük, mégis úgy látjuk, e szolgáltatások definíciója témánk szempontjából is mutat relevanciát.

„Az utcai és lakótelepi szociális munka célja a magatartásával testi, lelki, értelmi fejlődését veszélyeztető, a szabadidejét az utcán töltő, kallódó, csellengő gyermek speciális segítése, illetve a lakóhelyéről önkényesen eltávozó, vagy gondozója által a lakásból kitett, ellátás nélkül maradó gyermek felkutatása, lakóhelyére történő visszakerülésének elősegítése, szükség esetén átmeneti gondozásának vagy gyermekvédelmi gondoskodásban részesítésének kezdeményezése.”¹³

¹⁰ <http://www.varosrehabilitacio.net/News-2.html>

¹¹ <http://www.mobilitas.hu/niida/informaciotar/fogalomtar/fogalmak>

¹² 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

¹³ Konszenzus Konferencia,

http://www.mogyesz.hu/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=64&id=123:fogalomtar_-2010

A legfontosabb szakmai definíciók bemutatását követően alaphipotézisünk bemutatásán keresztül visszatérünk témánk indoklásához.

Véleményünk szerint a fiatalok egy meghatározott rétege számára nem megoldott a szabadidő hasznos, tartalmas eltöltése. Ezeknek a fiataloknak a szórakozási lehetőségei korlátozottak, vagyis hiányt szenvednek. Feltételezzük azt is, hogy ezek között a fiatalok között számosan nemcsak a szórakozás, hanem más (vagyon, érzelmi, kulturális, szocializációs stb.) területeken is hiányt szenvednek, a társadalom egésze szempontjából marginalizálódnak. „A marginalizáció és a deviancia közötti kapcsolatról valószínűsíthető, hogy a deviancia egyes típusai és megjelenési formái a marginalizáció során jellemzőkké válnak” /29/. A marginalizálódás fogalma mellett tehát megjelenik/megjelenhet a deviancia fogalma is, így a társadalmilag normasértőnek tekintett szubkultúrák és a szerhasználat is. Az egyre „láthatóbb” deviancia magával hozza a környezet, társadalom egyre negatívabb ítéletét az adott magatartással, tevékenységgel szemben. A konfliktus egyre mélyebbé válik/válhat, amely számos mutatón keresztül lesz mérhető (Például: rendőrségi intézkedések száma, lakossági bejelentések száma, szerhasználat eszközeinek megjelenése stb.).

Szabadidő-eltöltés és drogfogyasztás a hazai vizsgálatok tükrében

Ha szeretnénk megvizsgálni, hogy ma Magyarországon a fiatalok hány százalékának jelent problémát a szabadidő hasznos eltöltése, akkor ehhez az Ifjúság2008 kutatás gyorsjelentését hívhatjuk segítségül. /30/

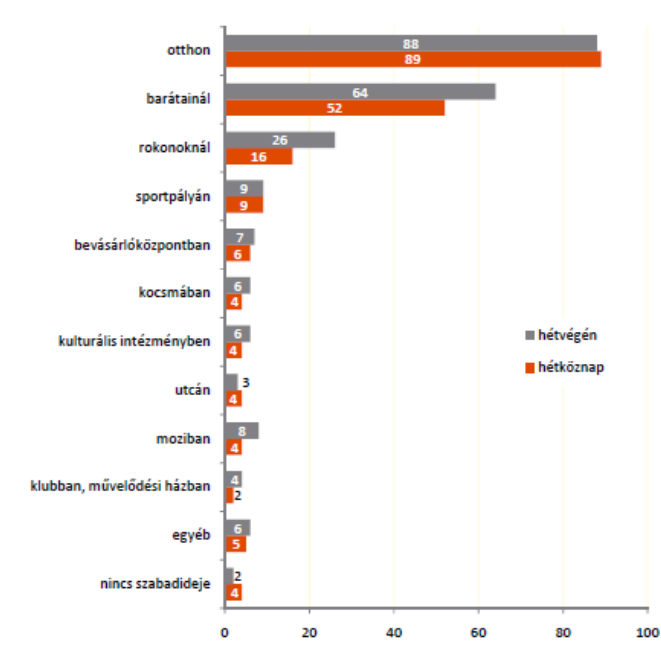
A gyorsjelentés megállapítja, hogy a 15 – 29 éves¹⁴ fiatalok körében:

„A hétköznapi és a hétvégi szabadidő mennyisége alapvetően különböző. A hétköznapi átlag egy-két órához képest hétvégen fél-egy nap a szabadon felhasználható idő. Itt is lényeges eltérések tapasztalhatók azonban, mégpedig az életkor és az állandó lakhely településtípusa függvényében. Hasonlóan a hétköznaphoz, megállapítható, hogy minél fiatalabb a kérdezett, annál több szabadidővel rendelkezik hétvégenként, és az is igaz, hogy összefüggésben az életkorral, az anyagi, jövedelmi státusz is befolyásolja a hétvégi szabadidő-mennyiséget.” /31/.

Ha az 1. ábrát elemezzük, akkor megállapíthatjuk, hogy az érdemi válaszadók között 4% azoknak az aránya, akik szabadidejüket hétköznap az utcán töltik.¹⁵ Ugyanez az arány hétvégén 3%.

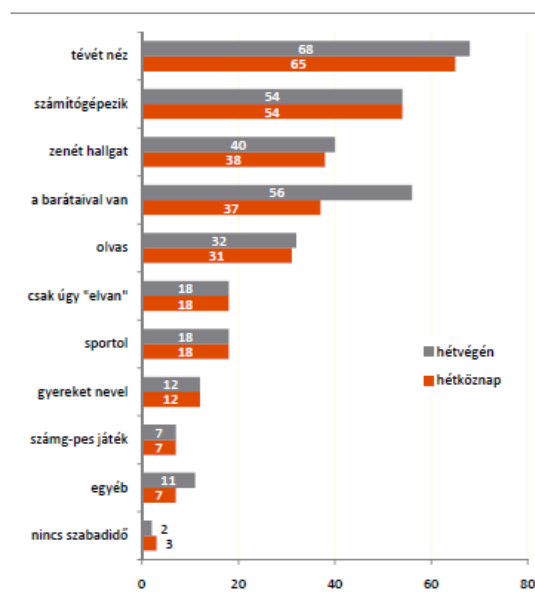
¹⁴ Fontos megjegyeznünk, hogy a lakótelepen csellengők részére nyújtott prevenciós munka tekintetében 15 – 29 év közöttiekre tekintünk célcsoportként, hanem a 15 év alattiakra is.

¹⁵ A kutatás során súlyozással kialakított minta összesen 2 031 735 fő 15–29 éves magyarországi fiatalt reprezentál.



1. ábra: A szabadidő eltöltésének helyszínei hétvégén és hétköznap /32/ (az érdemi válaszok százalékos előfordulása)

„Az is kitűnik az adatokból, hogy a szabadidő eltöltése gyakran okoz nehézséget, erre utal „a semmi különös, csak úgy elvagyok” kategória 18%-os aránya (2. ábra). Ez egyébként jellemzőbb a férfiakra és hétvégén a községben élőkre.” /33/. Ez a megállapítás azt is jelenti egyben, hogy a fiatalok jelentős része – bár feltételezhetően védett/védettebb környezetben, de –tartalmas tevékenység nélkül tölti szabadidejét.



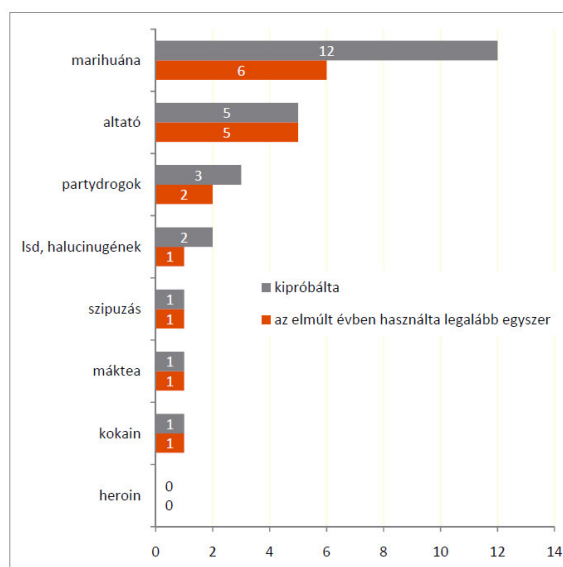
2. ábra: Hétvégi és hétköznapi szabadidős tevékenységek /33/ (az egyes tevékenységeket végzők százalékos aránya)

Az Ifjúság2008 kutatás során a kutatók a fiatalok szerhasználati szokásait is vizsgálták (3. ábra).¹⁶

A válaszadók 17%-a állította, hogy élete során már kipróbált valamilyen drogfajtát. A legelterjedtebb drogfajta a marihuána volt. A válaszadók 12%-ának állítása szerint kipróbálta már ezt a szert, és e válaszadóknak a fele azt is mondta, hogy legalább egyszer használta az elmúlt évben.

A fiatalok körében a marihuána mellett másodikként legelterjedtebb szer az altatótabletták nem gyógyászati célú használata volt. Ez a válaszadók 5%-át jelenti. A partidrogokat kipróbálók aránya 3%. Kétharmaduk az elmúlt egy évben legalább egyszer használt is valamilyen partidrogot.

A válaszadó fiatalok 35%-a állította, hogy ismerősei, barátai között van olyan, aki kipróbált már valamilyen kábítószer.



3. ábra: Az adott drogot kipróbálók, illetve az adott drogot az elmúlt évben legalább egyszer használók aránya (százalékos előfordulás)

A 2007-es ESPAD vizsgálat¹⁷ keretében a 8-10. évfolyamos, iskolában tanuló diákok országos reprezentatív mintáján készült adatfelvétel eredményei alapján a válaszadók 15,9%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. A válaszadók körében a legelterjedtebb szer a marihuána (14,1%-os életprevalencia-értékkel). Ezt a sorban a gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása követi (12,5%). Az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztása (8,9%) és a szipuzás (7,6%) a rangsorban a 3. és 4. helyen áll. A marihuánán kívüli tiltott szerek közül a legelterjedtebbek az ecstasy (4,9%), az amfetaminok (4,1%) és az LSD/hallucinogének (3%).

A tiltott szerek vonatkozásában az életprevalencia értékei az egyes iskolatípusonként szignifikáns ($p < 0,001$) különbséget mutattak. A prevalenciaértékek a – legalacsonyabb státusszal rendelkező – szakiskolákban voltak a legmagasabbak, ezt a szakközépiskolák, a gimnáziumok, majd az általános iskolák követték. A tiltott szereket valaha használók aránya három vizsgált iskolai év tükrében közel háromszorosára nőtt. A marihuána életprevalencia-

¹⁶ A kutatók a szerhasználatra önkitöltős, borítékos módszer segítségével kérdeztek rá. Ezzel a módszerrel valamivel több, mint 8000 kérdőívet tudtak „lekérdezni”.

¹⁷ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete készítette az ECHO Survey Szociológiai Kutatóintézetrel együttműködésben. Az adatfelvétel önkitöltős, csoportos lekérdezéssel történt külső kutatási asszisztensek közreműködésével a 8-10 évfolyamosok reprezentatív mintáján. Bruttó minta 10598 fő, nettó minta 8693 fő volt. A kutatást az OTKA (K60709), a Szociális és Munkaügyi Minisztérium valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatta.

értékében a változás több mint háromszoros növekedést mutat (6,6%-ról a 8. évfolyamon, 21,6%-ra a 10. évfolyamon). A többi tiltott szer „csupán” megduplázódott (4,8%-ról 10,2%-ra nőttek a 8-10. évfolyam között).

Összegezve az eddig leírtakat, elmondhatjuk, hogy a fiatalok egy nem elhanyagolható csoportja szabadidejének tartalmas eltöltését nem tudja megoldani. Közülük számosan az utcán töltik szabadidejüket. A kutatások alapján szintén elmondhatjuk, hogy 8-10. évfolyamos diákok és a 15-29 éves korosztályban a vizsgált populáció több mint 15%-a kipróbált már életében valamilyen kábítószer (előbbi esetben ez az arány 15,9% , utóbbiban 17%).

A Nemzeti Stratégia útmutatásai

Mindezek tükrében a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010–2018* című dokumentuma (továbbiakban Nemzeti Drogstratégia) a szabadidő-eltöltés színtereire vonatkozóan fogalmaz meg célzott prevenciós célkitűzéseket, úgymint:

- „A fiatalok által látogatott színtereken (bevásárlóközpontok, zenés-táncos szórakozóhelyek, fesztiválok, lakótelepek, leromló lakókörnyezetek, ifjúsági közösségi terek és kistélepiüléseken létrehozandó integrált közösségi szolgáltató terek (IKSZT) stb.) könnyen hozzáférhető prevenciós szolgáltatások létesítése és rendszerszerű működtetése, szükség esetén az ellátásba juttatás formáinak kimunkálása;
- A felkereső ifjúsági munka támogatása;
- Innovatív, a célközönség sajátosságaihoz illeszkedő, velük együttműködésben kialakítandó programok hozzáférhetővé tétele.” /4/

Lakótelepi vizsgálatok

Számos kutatás zajlott a lakótelepen élők körében az utóbbi évtizedekben. Előrevetíthető jelenség volt, hogy a rendszerváltás után jelentkező társadalmi polarizáció a lakótelepek társadalmi folyamataiban is jelentkezik. A javuló anyagi helyzetben élő családok gyakran elhagyták kinőtt lakótelepi lakásukat, és magasabb presztízsű területre, jobb lakásba költöztek. Az alacsonyabb társadalmi státuszúak egy része eladta lakását, Budapesttől távolabbra költözött. Viszonylag stabilnak tekinthetők a középrétegek, akiknek a lakásváltoztatásra nincs módjuk, illetve szándékuk, de jövedelmük lehetővé teszi a lakással járó terhek fizetését. Már 1980–1990 között megfigyelhető volt a lakótelepeken a kezdetben meglehetősen magas gyerekszám csökkenése, amely az egykori beköltözők gyerekeinek tömeges „kirepülésével” valószínűleg az 1990–2000 közötti évtizedben tovább fokozódott. Az elmúlt időszakban ugyanakkor a lakótelepek társadalmi összetétele általánosságban nem romlott, hanem inkább kissé javult. Viszont a lakótelepeken kezdetektől fogva a legfontosabb problémák közé tartozó társadalmi együttélés, a lakóközösségek hiánya továbbra is fennáll, és a viszonylag gyakran változó bérlők szintén nem segítik a közösség alakulását /34/.

A társadalom elég későn ismerte fel a „kulcsos gyerekek”- jelenség súlyát /35/, és csak a kilencvenes években indult meg néhány konkrét intézkedés érdekükben. Az 1984-ben Hot Spots (Forró pontok) néven, New York-ban elinduló program mintájára Magyarországon is kísérletet tettek az utcán csellengő fiatalok elérésre. Az amerikai városban a programkísérlet lényege az volt, hogy a rendőrség által jelzett fiatalok találkozóhelyeit célba vegye /36/, ugyanis a lakosságnak egyre több problémája volt már a csellengő fiatalokkal. A kísérlet magyarországi átvételekor az volt az alapfilozófia, hogy a gyerekek ugyan kezdenek eltűnni a művelődési házakból (ahol működött még ilyen) a szórakoztatóipar csillogó világába, de rendelkeznek pozitív energiává alakítható képességekkel, értékekkel /35/, amit valahogyan

javukra kellene fordítani. Ekkor még feltételezték, hogy a gyerekek, mivel nincs még állandóan rendelkezésükre álló pénzkeretük, nem mennek be a plázákba, csak ezek közelében alakulnak ki forró pontok. /37/

Diósi egy másik /38/ vizsgálata a fiatalok kapcsolatteremtési lehetőségeit, találkozóhelyeit figyelte meg. Eredményei szerint a fővárosi fiatalok többsége nem talál az elvárásainak megfelelő találkozóhelyet lakóhelye közelében, a megkérdezettek 60%-ának nem volt stabil találkozóhelye. A budai és pesti fiatalokat összehasonlítva az előbbieik körében volt kevesebb a törzshelyen való találkozás előfordulása. A legfontosabbnak tartott törzshelyek körülbelül fele (49%) pár percre esik a lakóhelytől, a többi távolabb, de a kerületben, a legkevésbé fontosak más kerületben találhatók.

A törzshelyek „rangsora” karakterük szerint a következőképpen alakult:

- utcák, terek, aluljárók (45%),
- kereskedelmi szabadidős intézmény (játékterem, diszkó) (16%),
- vendéglátóhely (15%),
- pláza, bevásárlóközpont (9%),
- művelődési ház, ifjúsági ház (3%),
- egyéb(12%).

Mint kiderült, napi tevékenységeikbe inkább helybeli, közterületi („lokális”) találkozókat építenek be. Heti életritmusukba viszont már a szórakoztató, kereskedelmi intézmény és vendéglátóhely is belekerül. A lokális törzshelyek általában ingyenesek, míg a távolabbiak fizetősek, fogyasztani kell (itt a társaságból már fogyasztói közösség lesz)¹⁸. A stabil találkozóhelyek karakterét tehát erősen befolyásolja az életkorral összefüggésben álló, szabadon felhasználható pénzkeret is. Elmondható, hogy a legfiatalabbak (14-15 évesek) választják a közterületet, az idősebbek a munka, a párkapcsolat megléte, és az elkölthető jövedelem növekedése miatt a többi törzshelyet preferálják. A tanulmány legfontosabb következtetése, hogy az utcai elérésen alapuló ifjúsági programokat bővíteni és támogatni kell (Diósi, 2000).

II.2.1.2. Jelenleg működő hazai programok

Lakótelepi környezetben, fix telephelyen működő célzott prevenciós programokról jelenleg kevés összefoglaló információval rendelkezünk.

2008-ban ugyan készült egy kutatás (Paksi 2008)¹⁹ a nem iskolai szintén megjelenő drogprevenciós programok feltárása céljából, de ez a kutatás beszámolójában nem tér ki speciálisan a lakótelepi környezetben működő programokra. Néhány fontos adalék azonban így is segítségünkre van.²⁰ A kutatás megállapítja, hogy a szervezetek többsége a drogprevenciós vagy egészségfejlesztő munkát nem főtevékenységként végzi, hanem egyéb szociális (12 db), egészségügyi (6 db) vagy család-, ill. gyermekvédelmi (15 db) feladatainak ellátása mellett. Mindössze a vizsgált szervezetek egyharmada (21 szolgáltató) koncentrált tevékenységét elsődlegesen a drogprevenciós vagy egészségfejlesztési feladatok ellátására.

A szolgáltatót programok tekintetében a kutatás 66 szervezet 71 programját azonosította úgy, hogy az közvetlenül a végső célpopulációra irányuló program/szolgáltatás.

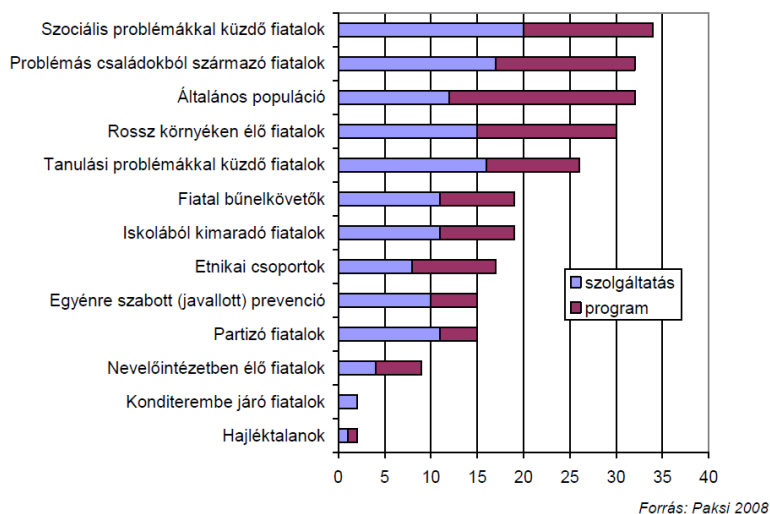
¹⁸ A szubkultúra-kutatás harmadik hullámának követőinél már az is felmerül, hogy a fogyasztói csoportok egyáltalán szubkultúrát alkotnak-e? (Kacsuk, 2005) (39)

¹⁹ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja végezte, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (pályázati azonosító: KAB-KT-07-0028) és a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatásával.

²⁰ Az adatfelvétel periódusában 66 szervezet szolgáltatott a kutatáshoz információkat.

A szervezetek programjai nagyobb részt (55%-ban) programszerű, míg kisebb részt (45%-ban) szolgáltatás típusú volt.

A legtöbb program közül a középiskolás korosztály (14-18 éves) választhatott. A kínált programok/szolgáltatások közel háromnegyede (72,5%-a) foglalkozik ezzel a korosztállyal. Második helyen a 18-24 éves korosztály áll (62,3%), majd őket követik a 14 év alatti gyermekekkel (56,5%) foglalkozó beavatkozások. Legvégül a 24 éves kor feletti fiatal felnőttek következnek a célzott csoport sorrendjében. A programok/szolgáltatások fele (52,2%) célozza meg őket.



4. ábra: A szolgáltatások és programok által elérni kívánt különböző célcsoportok említéseinek száma /40/ (N=71)

Azzal együtt, hogy nem rendelkezünk konkrét adatbázissal arról, hogy mely szolgáltatók nyújtanak célzott prevenciót lakótelepi környezetben, előkészítő munkánk során számos szolgáltatót sikerült azonosítanunk, melyek témánkkal megegyező, vagy ahhoz nagyon hasonló céllal nyújtják szolgáltatásaikat. Meg kell azonban említenünk, hogy a fellelt programok nem tisztán drogprevenciós profillal rendelkező programok. Szinte valamennyi program az ifjúsági munkán, ifjúságsegítésen alapul. Általában véve ehhez kapcsolódnak más, elsősorban bűnmegelőzési, drogprevenciós célok.

Főbb szolgáltatók – programok

Mint fentebb előrevetítettük, célzottan a lakótelepi csellengő fiatalokat megszólító program igen kevés található Magyarországon, de erre utaló törekvések, kezdeményezések felfedezhetők. Annak ellenére, hogy a felsorolásunkban szereplő programok talán nem mindegyike csak a lakótelepi környezetben nyújtja szolgáltatásait, igyekeztünk felkutatni minden olyan programot, amely részben, vagy teljes egészében a célközönségünknek szól. Meg kell jegyeznünk, hogy bár törekedtünk valamennyi hazai gyakorlat felkutatására, nagy valószínűséggel működnek még Magyarországon olyan programok, melyek nem kerültek látóterünkbe.

A HELPI Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda – Eleven Ifjúsági Községi Tér (Kecskemét) /41, 42/

A helyi önkormányzat intézményeként működik. 1995-ben költözött a belvárosból a városrészbe – elsősorban ifjúságpolitikai okok miatt. A lakótelepi helyzettel szembesülve gyorsan kiderült, hogy az intézmény alapító-okiratában foglalt individuális szolgáltató feladatai (információsztálgáltatás, tanácsadás) messze nem elégítik ki a helyi igényeket – a lakótelepi fiatalok elsősorban közösségi térnek, találkozópontra használták az intézményt. Szükségessé vált egy térben is elkülönülő szervezeti egység létrehozása.

A HELPI Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda 2005 novembere óta működtet ifjúsági közösségi teret. Az alacsonyküszöbűség elvén (ingyenesen, anonim módon és előzetes egyeztetés nélkül, közvetlenül hozzáférhető formában) működtetett szolgáltatás hamar találkozott a városrészen élő, csellengő fiatalok mély szociokulturális problémáival. Az ügyfélszolgálatban dolgozó munkatársak naponta kerültek kapcsolatba a szenvedélybetegségekben érintett, illetve bűnközeli életmódot folytató 11-14 éves fiatalokkal és bandáikkal.

A szolgáltatás eredetileg tervezett közösségi szerepe ártértékelődött, egyfajta jelzőrendszer-feladatot kapott: olyan „hidat”, kapcsolatot jelentve, melyen keresztül e veszélyeztetett helyzetben lévő fiatalok eljuthatnak az adekvát segítségnyújtást végző szolgálatokhoz, intézményekhez. A szolgáltatási modell azonban nem volt kellően kidolgozott. Az „ELEVEN közösségi program az élhetőbb lakótelepért” projekt legfontosabb célkitűzése az lett, hogy megkísérlelje egy integrált szolgáltatási rendszer kiépítését a területen dolgozó segítő szolgálatokkal és a helyi közösséggel szoros partnerségben. Cél olyan modell létrehozása, mely nem csak helyi, de országos szinten is teremthet értéket a közösségi ifjúsági munka és a bűnmegelőzés területén egyaránt.

A projekt tartalmának rövid ismertetése:

A program elsődleges célja a környezettudatos magatartás erősítése olyan védett, alacsonyküszöbű (könnyen, önkéntesen, ingyenesen hozzáférhető) közösségi tér működtetésével Kecskemét széchenyivárosi lakótelepén, mely lehetőséget teremt a lakótelepi, csellengő, kallódó, „problémás” fiatalok közösségbe vonására:

- iskolán kívüli, lakóhelyen belüli programok szervezésével
 - nappali és éjszakai játszóház
 - kreatív alkotótevékenységek (fotókör, graffiti műhely, kézműves foglalkozások)
 - kirándulások, helyi séták
 - ismeretterjesztő előadások,
- valamint a lakókörnyezet biztonsága érdekében az épített környezet védelmét szolgáló tevékenységek megvalósításával
 - környezetszépítő akciók (firkátlanítás, parkgondozás, festés-mázolás, hulladékgyűjtés)
 - legális street art és street sport helyszínek kialakítása.

A program másodlagos célja a területen dolgozó szakmai partnerek bevonásával bűnmegelőzési jelzőrendszer működtetése és rendszeres szakmai fórumok életre hívása, majd az együttműködési program tapasztalatai alapján módszertani ajánlások megfogalmazása, a modellprogram módszertani leírása, terjesztése és új projektek elindítása, generálása.

Tevékenységek bemutatása (célok, eszközök, résztvevők, konkrét programok):

Az ELEVEN közösségi program az élhetőbb lakótelepért projekt középpontjában egy olyan szolgáltatási rendszer kialakítása volt, mely valós alternatívát kínál a lakótelepen élő fiatalok számára az iskolán kívüli szabadidejük hasznos eltöltéséhez (a „semmittevéssel” illetve a

veszélyeztetettséget fokozó csellengéssel szemben) – a környezettudatos magatartás erősítését, valamint a természeti és épített környezet védelmét szolgáló tevékenységek preferálásával. A programot megvalósító partnerszervezetek tevékenységeiket az alábbi struktúrában szervezték:

- Intézményi keretek között végzett rendszeres (napi) tevékenységek, szolgáltatások
 - MININET – hétköznapiokon 14-16 óráig
Közösségi internetezés és korrepetálás 10-14 éveseknek az Egészségügyi és Szociális Intézmények Igazgatósága Gyermekejóléti Szolgálat utcai szociális munkásainak bázishelyén
 - TANKÖR – hétköznapiokon 14-16 óráig
Házi feladat írás, korrepetálás az ELEVEN Ifjúsági Közösségi Tér Csendes Szobájában. (együttműködő partnerrel közös vállalás)
 - TEMATIKUS FOGLALKOZÁSOK – kedd-péntek 16-18 óráig
Ismeretterjesztő előadások, Világ-Kép-Más Fotóköri, kézműves foglalkozások a környezettudatos életmód témakörében, az ELEVEN Ifjúsági Közösségi Tér Zsibongójában.
 - NETKUCKÓ – kedd-péntek 16-20 óráig
Közösségi internetezés az ELEVEN Ifjúsági Közösségi Tér Csendes Szobájában.
 - JÁTSZÓHÁZ – kedd-péntek 18-20 óráig
Szervezett és spontán játékok (csocsó, asztalitenisz, táblás társasjátékok) az ELEVEN Ifjúsági Közösségi Tér Zsibongójában.
 - ÉJSZAKAI JÁTSZÓHÁZ – péntek 20-24 és szombat 18-22 óráig
Szervezett és spontán játékok (csocsó, asztalitenisz, táblás társasjátékok) az ELEVEN Ifjúsági Közösségi Tér Zsibongójában + Internetkuckó a Csendes Szobában.
 - FAKTÚRA – ÉJSZAKAI ALKOTÓMŰHELY – havonta egy szombat
Legális street-art és graffiti lehetőség az ELEVEN Ifjúsági Közösségi Tér Zsibongójában.
- Intézményi kereteken kívül végzett (alkalmi) tevékenységek
 - KÖRNYEZETSZÉPÍTÉS (4 alkalommal)
A környezettudatossághoz és az épített környezet védelméhez kapcsolódó környezetszépítő akciók: festés, firkátlánítás, parkgondozás.
 - SPORTNAPOK (3 alkalommal)
A környezettudatossághoz és a közösségi kezdeményezésekhez kapcsolódó akciók.
 - KIRÁNDULÁSOK, HELYI SÉTÁK (8 alkalommal)
Az ismeretterjesztő előadások tematikájához igazodó kimozdulások.
- Szintetizáció
 - CSÉSZÉNYI VÁROS – tájékoztató széchenyivárosiaknak lakókörnyezetükről
A program során szerzett ismeretanyag összegzése és az elkészült fotó- és képanyag publikálása a célcsoport fiataljai által összeállított ingyenes kiadványban.
 - MÓDSZERTANI LEÍRÁS, SZAKMAI AJÁNLÁSOK
A program során szerzett szakmai tapasztalatok összegzése és szakmai kommunikációja.

Civil kezdeményezés. Egyesületi formában 2010 áprilisa óta működik. Célja az iskolaidő után a lakótelep utcáin csellengő (általános iskolás) gyerekek foglalkoztatása, szabadidejük tartalmas tevékenységekkel történő eltöltése. A gyerekek számára ingyenes foglalkozásokat tartanak. Rendszeres programjaik: angol nyelvoktatás, néptánc, hangszeres zene, bűvészkedés, meseolvasás. Hárman dolgoznak, és óraadók vannak. Játékaik adományokból származnak, úgy, ahogy a gyerekek étkeztetése is így történik.

Az Egészséges Ifjúságért Alapítvány (Vác) 'Devianásokból kortárs-segítők' című programja /44/

Kiindulási alapját egy, az Országos Kriminológiai Intézettel együttműködve készített tudományos kutatás adta. A 2005-ben megvalósított pályázat célja a bűnelkövetővé válás szempontjából veszélyeztetett környezetben élő és/vagy iskolából kimaradó, iskolakerülő, illetve egyéb devianciákat megvalósító középiskolás fiatalokból kortárssegítők képzése volt. A fiatalok eléréséhez együttműködtek az iskolákkal, a kortárssegítő csoportokkal és az utcai szociális munkásokkal. A projekt olyannyira eredményesen zárult, hogy a résztvevők kétharmadának sikerült „visszailleszkednie” az iskolába, és végül elfogadott, ma is működő programmá vált, amelynek nagy jelentőséget tulajdonítanak a tanárok és a diákok is. A 2009-es projekt fő célja a 4 éve folyó, veszélyeztetett fiatalokból kortárs segítők képző program folytatása, valamint új fiatalok számára lehetőség teremtése arra, hogy bekapcsolódhassanak a bűnmegelőzési kortárssegítő hálózat tevékenységébe, és pótolhassák a „kimenőket”. Cél, hogy esélyt és lehetőséget adjanak az ún. problémás, nehezen kezelhető, iskolából igazolatlanul sokat hiányzó, agresszív magatartást tanúsító középiskolai tanulók integrációjának.

Ezek a tanulók gondot jelentenek az iskolai osztályközösségnek és a pedagógusoknak is. Közvetett cél egyrészt átalakítani ezeknek a fiataloknak azokat a viselkedési mintáit, problémakezelő sémáit, amiket azért használnak, hogy a negatív feszültségi állapotukat, önértékelési problémájukat leküzdjék, elismertessék magukat és/vagy felhívják magukra a figyelmet. Másrészt pedig olyan feladatot adni nekik a közösségükben, amelynek megvalósítása normakövető magatartást igényel, és amely elismerést vált ki a közösségből. A „problémás fiatalokat” bűnmegelőzési kortárssegítővé képezik ki, esélyt adva ezzel egy normakövető közösség tagjává válásra.

A projekt tevékenységei:

Az ún. problémás, integrációs problémákkal küzdő fiatalok elérése érdekében kapcsolatfelvétel az iskolákkal, a helyi kortárssegítő csoportokkal és a gyermekjóléti szolgálatokkal. E szervezetek és munkatársaik javaslatai alapján és az ő segítségükkel juthatnak el azokhoz a fiatalokhoz, akik részesei lesznek a programnak.

Azok a problémás fiatalok, akik részt kívánnak venni a programban, kapnak egy mentort, azaz egy olyan középiskolás kortárssegítőt, aki mind a képzést megelőzően, mind pedig a képzés alatt a „segítő, támogató és példakép” szerepét tölti be.

Ezt követően kerül sor a „problémás fiatalok” önismereti és stresszoldó tréningjére, amelyet helyi pszichológus szakemberek vezetnek.

A kortársképzés a mentorok bevonásával kezdődik, és az önismereti és stresszoldó tréninggel folytatódik. Ezt követően kerül sor a „terepgyakorlatra”.

Tanárok képzése. Iskolánként maximum 3-3 érdeklődő pedagógus képzésére, továbbképzésére van lehetőség. Ők a tréningen alternatív csoportvezetési ismereteket sajátítanak el és gyakorolnak.

A korábbi tapasztalatok alapján elkészítik, és közreadják a program módszertanát.

Kortárstalálkozót szerveznek régi és új kortárssegítők részvételével, ahol megismerhetik egymást és megoszthatják a program során szerzett tapasztalataikat, élményeiket.

A Jövőbarát Alapítvány SIRÁLY Életmód Klubjának (Budapest) „Éjféli Sportbajnokság” (ÉSB) programja /45/

1993 óta működik. Célja, hogy megakadályozza a serdülőknél, fiatal felnőtteknél a bűnözés és a káros szenvedélyek elterjedését. A hazai program, a *Midnight Basketball League* (USA) elnevezésű modell értékű program magyar környezetre adaptált változata.

Az ÉSB elsősorban a kallódó, hátrányos helyzetű fiatalok számára nyújt pozitív alternatívát a szabadidő *hasznos* eltöltésére. Ezzel csökken annak a lehetősége, hogy a veszélyeztetett fiatalok kábítószer fogyasztanak és/vagy terjesszenek, bűnözzenek, illetve bűncselekmények áldozataivá váljanak. Az „ÉSB” klubjaiban a célcsoport „észrevétlenül” válik egy családpótló mikroközösség tagjává, ahol nappali képzésben, kulturális programokban részesül, éjszaka – a rá veszélyes órákban – sportolhat, tiszta eszközökkel nyerhet. Ezáltal csökken az elkallódás veszélye, társasági és életstratégiák elsajátításával esélyegyenlőségük is nő.

A program bázisa – egy fiatalok által gyalogosan is megközelíthető helyen lévő – éjféli sportklub, ahová a fiatalok hét közben délutántól késő estig, hétvégén hajnalig betérhetnek. Itt várja őket egy felszerelt, sportolásra alkalmas helység és a felnőtt segítők által gondozott kisközösség. Az itt játszó fiatalok közös programokon, képzéseken vehetnek részt (sportbajnokságok, vidéki, vagy külföldi versenyek, kirándulások, mozi, színház, számítógéptanítás, nyelvtanítás). A sport itt, mint becsalogató eszköz szerepel. A játék szüneteiben a felmerülő pszichoszociális problémák indirekt módon („Dumakuckó”) kerülnek felszínre, és oldódnak meg.

A program közvetlenül az érintett, potenciálisan veszélyeztetett csoporttal foglalkozik. A kallódó, éjszaka céltalanul csellengő, helyüket kereső fiataloknak nyújt közvetlen választási lehetőséget. Nem cél a fiatalok agitálása, befolyásolása, hiszen ez sok esetben éppen az ellenkező hatást váltaná ki. Annyit tudnak, hogy a rendezvényekre, versenyekre érdemes a diszkó, az utcai kóborlás helyett eljönni.

A részvétel ingyenes, másrészt minden fiatal szeret játszani, versenyezni (a játék is szenvedély!).

A sportolni ide járó fiatalok fokozatosan válnak a családpótló közösség tagjaivá. Itt a felnőtt segítők és a régebben idejáró „törzsgárda” tagjai veszik gondoskodásuk alá Őket. A nappali képzésekbe bárki önként bekapcsolódhat, érdeklődési köre szerint választhat. (pl. nyelv, számítástechnika, társasági és élethelyzet-tréningek) Az oktatásokat saját körben, ismerős környezetben tartjuk. Klubok Budapesten: Jövőbarát Alapítvány – Óbuda, SIRÁLY Életmód Klub – Újpest.

A Magyarországi Éjféli Sportbajnokság Egyesület (MÉSE) /46/

Hátrányos helyzetű fiatalok szabadidős tevékenységét szervezi. Szintén éjszakai sportklubokat működtet azzal a céllal, hogy hétvégén éjjel ne az utcán csellengjenek a 12–25 év közötti fiatalok. Jellege: párkereső, családpótló, szórakoztató, életmódformáló szociális sport- és játéklklub. A program a kábítószerrel és az alkohollal való ismerkedés helyett lehetőséget nyújt arra, hogy a sportban mérjék össze erejüket a kamaszok. Mivel ezekben az években meghatározó a másik nem iránti érdeklődés, a klubokban többféle sportolási és játéklehetőséget biztosítanak, hogy a fiúk és a lányok egyaránt jól érezzék magukat. Azért, hogy a gyerekeket becsábítsák, a sportversenyek végén, ha tehetik, díjakat is osztanak. Melléktermékként ugyan, de nem mellékesen, bizonyos szociális igényt is kielégítünk, hiszen minden klubban meleg van, és aki éhes, forró teát és szendvicset kap.

A kezdetekről

Mintegy 20 évvel ezelőtt Mr. G. Van Standyfer, egy Marylandban élő szociális munkás – tanulmányozva az éjszakai életet – arra lett figyelmes, hogy leginkább a sötétedés beállta után virágzik a fiatakorú bűnözés és a kábítószer-kereskedelem. Nem nézte tétlenül a gyerekek elkallódását, barátaival összefogva hamarosan éjszakai kosárlabda-mérkőzéseket szervezett az utcán csellengők részére. Az eredmény minden várakozást felülmúlt, egy év alatt a régióban a felére csökkent a fiatakorú bűnözés, két éven belül pedig az Egyesült Államok csaknem mindegyik tagállamában működtek már hasonló sportklubok. Ez a program jelenleg is működik az USA-ban. A honlapjuk címe: www.amblp.com

Erről a programról hallva dr. Faragó Sándor gyermekorvos és gyermekpszichiáter szakorvos elhatározta, hogy megpróbálkozik valami hasonlóval Magyarországon is, ám az amerikai példától eltérve a kosárlabdázás helyett asztaliteniszezni hívta a fiatalokat. A saját pingpongasztalát elhozta lakásából, s az orvosi rendelőjébe vitte, hogy hétvégenként éjszakai meccseket szervezzen az utcán lődörgő fiataloknak. Először csak néhány lelkes kollégával ütötték a labdát, ám hamarosan egyre több fiatal is tiszteletét tette a teremben. Megittak néhány üdítőt, megettek néhány szendvicset, majd később a szemlélődőkből játékosává váltak. Egy hónappal később már huszonöt-harminc fiatal pingpongozott rendszeresen éjszakánként a rendelőben. A gyerekek körében egyre népszerűbb lett az „esti program”, s a szülők is megnyugodhattak, hogy a csemeték nem az utcán kóboroltak. Ebben az időszakban ragadt rá a „Pingpong doki” elnevezés. A programnak híre ment, és egymás után alakultak meg az ország különböző településein az éjszakai sport klubok. Jelenleg több mint 30 ilyen jellegű klub működik Magyarországon.

Az éjszakai pingpong a legkülönbözőbb helyszíneken és a legkülönbözőbb munkatársak segítségével valósul meg. Van, ahol a családsegítők láttak lehetőséget abban, hogy a másként megközelíthetetlen, elhanyagolt gyerekekkel játék közben építsenek ki kapcsolatot. Van, ahol orvos szervezi, másutt egy-egy érintett vagy szociálisan érzékeny sportember látta meg a lehetőséget, és van, ahol az önkormányzat szeretne valamit tenni a hátrányos helyzetű fiatalokért. Jó néhány helyen az egyház fedezte fel ezt a lehetőséget, hogy a sporton, játékon keresztül juthat el a fiatalokhoz és tud nekik segítséget nyújtani. A helyszínek ennek megfelelően változatosak: művelődési ház, iskolai tornaterem, aula családsegítő, egyházi létesítmény – hol mi adódik.

A Magyarországi Éjféli Sportbajnokság Egyesület klubjai csaknem mindenütt helyi segítséggel működnek. Néhány esetben ez azt jelenti, hogy ingyen használhatják a fűtött termet és a hozzá tartozó infrastruktúrát, vagy az étkezéshez járul hozzá valamilyen más szervezet, esetleg a díjazásba segít be egy helyi támogató. A velünk kapcsolatban álló fiatalok száma hatványozottan nőtt, több ezerre tehető!

Pár éve a határon túl is felfigyeltek erre az ötletre és Ukrajnában, Romániában, Szlovákiában és Szerbiában (6 helyszínen!) is indítottak éjszakai sportklubot. Két nagyobb pályázatnak köszönhetően további 16 új klub megnyitására kerül sor az elkövetkező rövid időn belül, ami azt jelenti, hogy a határon túliakat is beszámítva közel 60 éjszakai sport klub fog működni a MÉSE keretein belül.

A Holdsugár-program célja

A fiatalok általában elindulnak otthonról, esetleg pénz és cél nélkül, és nem tudják, hova keverednek az este folyamán. A Holdsugár-program célja, hogy ezek a gyerekek pénz és sportfelszerelés nélkül, biztonságban, kulturált körülmények között tudjanak eltölteni egy estét, ahol sportolásra, versenyzésre, étkezésre, beszélgetésre van lehetőség. Ennek a célnak

²¹ www.holdsugar.hu

leginkább a pingpong felel meg, hiszen ehhez a sportághoz nem szükséges különleges felszerelés és játéktudás. Ráadásul a személyeket egy asztal választja el egymástól, nincs test-elleni kontaktus, így kisebb az esély a problémák kialakulására. Tapasztalatok azt mutatták, hogy a csapatsportágak közül a kosárlabda az, ami leginkább alkalmas még erre a műfajra, és akik ezt a sportot választják, azok készülnek is erre, hoznak felszerelést és nagyrészt tudnak is kosarazni. A labdarúgás többször bebizonyította, hogy a Holdsugár-programba nem fér bele, verekedések, fenyegetőzések miatt gyakran kellett félbeszakítani a játékot.

Módszerek, szokások

Cél, hogy lehetőleg minden alkalommal legyen egy verseny, amelynek minden indulója – s a versenyt végigjátsoja – kapjon egy díjat. Általában ez egy kisebb-nagyobb csokoládé, a helyezettek pedig érmet kapnak. A verseny azért szükséges, hogy az energiájukat lekössük, és izgalomra való szükségletüket kielégítsük. A versenyeken való indulás nem kötelező, de tanácsoljuk, hogy induljanak el. Korábban ez problémát jelentett, mert féltek a vereségtől, és nem szívesen vettek részt a versenyen. Az a segítő, aki tud pingpongozni vagy csocsózni, játszik a gyerekekkel, s így közelebb tud kerülni hozzájuk. Általában kevés felnőtt áll úgy hozzájuk, hogy emberszámba veszi őket – és ez viszont is így van; és kevés felnőttet fogadnak el a klubunkba járó gyerekek.

A rendezvény minden péntek és/vagy szombat este kezdődik. A klubok többsége általában éjfélig marad nyitva, de sok közülük csak hajnalban zár be.

Segítők

Nem árt, ha van egy úgynevezett főszervező, aki az adminisztrációt bonyolítja, és képviseli a klubot minden szinten. Neki nem szükséges minden péntek-szombaton részt venni a rendezvényeken, az ő feladata a működés zavartalan biztosítása. A „fronton” szolgáló segítők száma három és öt fő között lenne ideális, de ez a klub nagyságtól is függhet, mert kisebb társulatnál elég egy fő alkalmanként, a nagyobbaknál szükség lehet több emberre is. Nem árt, ha a hétvégék között egy-két hét kimarad, mert nem lehet elvárni senkitől, hogy minden alkalommal ő legyen a programfelelős. A segítők végzettsége nem szempont, bár nem baj, ha van némi affinitása a sporthoz, ifjúsághoz és esetleg a problémák helyes kezeléséhez. Feltétlenül fontos, hogy a segítők abszolút önkéntesen, elhivatottságból jöjjenek, ne a munkáért kapott óradíj számítsa. Ha ebbe az irányba mutatnának tendenciák, akkor változtatni kell a személyeken.

Helyiség

A feltétlenül szükséges tényező a minimum két pingpongasztal nagyságú, egyéb helyiségekkel kiegészített terem. Természetesen innentől kezdve tetszőlegesen bővíthető a program, de tornateremnél nagyobbra nincs szükség. Az országban mind fenntartó, mind helyiség tekintetében többféle módon tevékenykednek az éjszakai klubok. Működnek nagy sportcsarnokban, templom melletti foglalkoztató házban, iskolában, művelődési házban, családsegítő központban, sportöltöző emeletén, saját bérelt helyiségben és még ki tudja, hány variáció létezhet. Ugyanígy a működtető szervezetek tekintetében is nagy szórás van, mert egyesületek, alapítványok, önkormányzatok, egyházak és mindentől független magányszemélyek is lehetnek felelősek ezért a programért.

Résztvevő gyerekek

A fiatalok összetétele függhet a település nagyságától, azon belül a klub elhelyezkedésétől is. Más személyek járnak a nagyvárosban és mások a kis faluban a programokra. Függhet a klub helyszínétől is, mert az iskolában tartott bajnokságokra többen jönnek az iskola tanulói közül, mint mondjuk egy családsegítő rendezvényére. Nem tesznek különbséget a gyerekek között, mert a mai világban, ebben a korosztályban minden fiatal veszélynek van kitéve, és a Holdsugár-programban dolgozók határozottan állítják, hogy a program prevenciós jellegű, tehát a már drog-, és egyéb problémában elsüllyedt fiatalokkal nem tudnak igazán mit kezdeni. Így tehát bárki lejöhet a klubokba, aki a szabályokat elfogadja és betartja.

Egyéb tudnivalók

A klubok által szervezett programokon kívül évente rendeznek 2-3 nagyobb országos versenyt, ahova lehetőség szerint eljön minden klub.

Minden évben szerveznek egy konferenciát, ahol a klubvezetők és segítők találkoznak egymással, a felmerült problémákat megbeszélhetik, illetve az új klubok vezetői itt ismerkedhetnek meg a többiekkel.

Nyaranta, egy dunaparti egyesülettel megállapodva, 3 napot tölthetnek a klub gyerekei a Duna-parton, ahol olyan élményben lehet része a résztvevőknek, amit egyébként nem kapnának meg máskor. (kerékpár túra, vízi túra, kirándulás, nyári bobozás, stb.)

A MÉSE 3-4 havonta kiad egy újságot, a HÍRPONG-ot, amibe az elmúlt eseményeket jelenítik meg.

A szervezet honlapját a klubok szerkeszthetik, maguk tehetnek fel képeket, cikkeket.

Lehetőség szerint alkalmanként egy-egy különleges helyszínen tartott éjszakai sportbajnoksággal hívják fel a figyelmet magukra, így már volt pingpongverseny az Állatkertben, a Műjégpályán, a Főpolgármesteri Hivatal és a Magyar Rádió Dísztermében, a BSE asztalitenisz csarnokában.

Óriási élményt jelentett az AND1 MIXTAPE TOUR kosárlabdatorné, hiszen az eredeti program az USA-ban született, és az AND1 cég filozófiája szerint az utcán streetballozó gyerekek NBA-be jutását tartja kiemelt fontosságúnak, és ennek reklámozása érdekében járják a világot a rendezvényükkel. Amikor Magyarországra értek, akkor a cég a MÉSE programját kereste meg, és eljött egy iskolába, ahol a programunk éppen zajlott. Nagy élmény volt, amikor a 2 méteres, korábban az utcán streetballozó, de már az NBA-ben játszó kosarasok megjelentek a kis gyerekek között.

Támogatók

A program alapvetően nem pénzigényes, de természetesen minél nagyobb támogatást kap, annál hatékonyabban tud működni. A fő támogató a mindenkori sportért felelős minisztérium, és rajta kívül pályázatokon tudjuk megszerezni a költségekhez a forrást.

Végezetül a programgazdák által evidenciának tartott szempontok:

Díjmentesség – Minden résztvevő (tag) díjmentesen vehet részt a foglalkozásokon.

Étkeztetés – A foglalkozásokon részt vevők ingyenesen ehetnek és ihatnak. (zsíros kenyér, tea, stb.)

Cigaretta-, alkohol-, drogmentes helyszín – Káros szenvedélyektől mentes helyszínen kell a foglalkozásokat lebonyolítani, tehát nem diszkóban, kocsmában stb.

Esti-éjszakai nyitva tartás – A foglalkozások este 8 és éjfél között legyenek, lehet korábban kezdeni és később befejezni, de ebben az időszakban nyitva kell lenni.

Rendszeresség – A lehetőségekhez képest az egész év folyamán rendszeresen, adott időben, lehetőleg péntek és/vagy szombaton legyen nyitva a klub.

Versenyzés és díjazás – Lehetőség szerint minden alkalommal valamilyen versenyt kell rendezni, amin az induló és végig játszó fiatal valamilyen díjazásban kell részesíteni. (A díj csokoládé, vagy egyéb apróság és ne értékes dolog legyen) Aki nem akar indulni a versenyen, más formában kell/lehet a közösség életébe bevonni.

Sportjelleg – Szabadidő jellegű sportfoglalkozások szükségesek, és a fő hangsúly a pingpongon legyen. A pingpong mellett minden más sport lehet üzni, de nem annak rovására.

Baranya Ifjúságáért Kht. (Pécs) /47/

Programjának célja – összhangban a társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájával – a gyermek- és ifjúsági bűnmegelőzés, a fiatalok bűnözés előfordulásának csökkentése, a bűnisméltás és áldozattá válás megelőzése. Természetesen építkeznek korábbi programjaik (Csellengő fiatalok; Időben lépünk; Sporttal az erőszak ellen) eredményeire, tapasztalataira is. Elsődleges célcsoportjuk a Baranya megyében élő gyermek és ifjúsági korosztály (14–26 évesek), másodlagos célcsoportjuk a fiatalokkal foglalkozó intézmények, civilszervezetek, valamint az ezen területen érintett for-profit szféra. Cél egy olyan komplex modellprojekt megvalósítása, amelyben a partneri és közösségi összefogásnak köszönhetően a fiatalok képessé válnak egy aktív és produktív életmód kialakítására, megelőzve ezzel az áldozattá, illetve elkövetővé válást.

A program főbb elemei:

Baranya megyei programelemek:

Kortárssegítő-tréningssorozat (9 kistérségben: Pécsvárad, Mohács, Sásd, Komló, Szigetvár, Szentlőrinc, Siklós, Sellye, Pécs – iskolán kívül: kollégiumokban, ifjúsági klubokban, családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokban stb.). Tematika: Személyiség- és közösségfejlesztő tréningek, tudatos életmódszervezés, életvezetés, önkéntesség.

Tehetségkutató programok. A megyében tevékenykedő amatőr művészeti, szubkulturális csoportok, együttesek (zenekarok, tánccsoportok, stb.) felkutatására és felkarolására indított program, együttműködve a közművelődési intézményekkel.

Megyei szabadidős sportprogramok (versenyek, túrák).

Pécs városi programelemek:

Árkád Üzletház: helyzet- és igényfelmérés a régió legnagyobb bevásárlóközpontjában a csellengő fiatalokról, majd az ő aktivizálásuk, bevonásuk különböző programokba.

Pécsi Extrém Sport Központ, mint biztonságos közösségi tér: A korábbi programokból létesült, és a közelmúltban kezdte meg működését az a biciklisek, gördeszkások és görkorisok által használt pálya, amelyet maguk a fiatalok alakítottak ki. Ennek köszönhetően e sportok jelentősen visszaszorultak az utcákról, közteterekről. Az új közösségi téren tematikus programokat, hétfői napközit szerveznek, ahol ifjúságsegítők, közösségfejlesztők foglalkoznak a fiatalokkal. Sport-, tánc- és graffitiversenyeket, valamint egyéb kulturális, művészeti programokat szerveznek még a fiatalok bevonásával.

Tehetségkutató programok: A megyében tevékenykedő amatőr művészeti, szubkulturális csoportok, együttesek (zenekarok, tánccsoportok, stb.) felkutatására és felkarolására indított program, együttműködve a közművelődési intézményekkel.

Kortárssegítő-tréningssorozat (5 városrészben: Pécs-Kelet, Uránváros, Megyeri városrész, Pécs-Nyugat, Belváros – iskolán kívül: kollégiumokban, ifjúsági klubokban, családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokban stb.). Tematika: Személyiség- és közösségfejlesztő tréningek, tudatos életmódszervezés, életvezetés, önkéntesség.

Városi-megyei szabadidős sportprogramok (versenyek, túrák).

Periféria Egyesület (Nyíregyháza) „Varázscseruza”

A halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek lakótelepen kívüli, közösségi integrációjának előmozdítása, a fiatalkori devianciák kialakulásának megelőzése című projektjének /48/ célja a szegregált övezetekben, településeken élő gyermek- és fiatalkorúak sokirányú társadalmi integrációjának elősegítése, áldozattá és bűnelkövetővé válásuk megelőzése, valamint a készségfejlesztést és az integrációt segítő közös szülő és gyermek klubok működtetése iskolai, közművelődési és sport környezetben.

A pályázati projektet Nyíregyházán, a Huszár-telepen élő gyerekeket és fiatalokat célozva valósították meg. A Huszár-telep a város vérkeringéséből kieső, mintegy 2,2 km² kiterjedésű lakótelep: vasúti sínek, laktanya és ipari övezet veszi körbe, amiktől jelentős távolság képződik a város és a telep között. A Huszár-telep a város szegregált szegénytelepe, a mai napig a roma lakosokon kívül Nyíregyháza díjhátralékos lakói a telepen juthatnak lakásokhoz. A szegregáció területi és szociális: a telep területi különállósága miatt, valamint jellemzően az emberek élete a telep területére korlátozódik.

A Periféria Egyesület pályázati programja alapvetően a prevenciót célozta meg, melyet szociális munkára és a közösségfejlesztésre építettek. A program a társadalmi normák követésének kialakítását, a konfliktuskezelést, közösségi beilleszkedést és az egészségnevelést szolgálta.

Konkrét célkitűzések:

- Kulturális, szabadidős, sportprogramok hozzáférési lehetőségének biztosításán keresztül hasznos szabadidő-eltöltési szokások kialakítása és erősítése. Cél, hogy a kallódó gyerekek megtapasztalják a közösség megtartó és formáló erejét.
- Egyéni és csoportos foglalkozások biztosítása a fogadó iskolákban, amely segíti a roma gyerekek és fiatalok iskolai beilleszkedését, valamint a nem roma gyerekek számára a származással szembeni előítéletek leküzdésében nyújt segítséget.
- A szülők bevonásával a gyerekek iskolai beilleszkedésének elősegítése, képességeiknek megfelelő iskolai teljesítmény előmozdítása.
- A gyerekek pszichés, magatartási, beilleszkedési, kapcsolati problémáinak kezelése a csoportos önismeret tényezőinek felhasználásával. Cél, hogy a gyerekek konfliktusaikat önállóan tudják kezelni, vagy képesek legyenek segítséget kérni, és megtalálni.
- Erőszakmentes konfliktuskezelés elsajátítása, asszertív érdekérvényesítés kialakítása, társakhoz való alkalmazkodás, együttműködés tanulása. A pozitív minták nyújtásával cél a közösségi szolidaritás erősítése és a fiatalok bűnözővé válásának megelőzése.
- A program felépítése alapvetően preventív szemléletű, azaz célkitűzés a deviáns viselkedésformák kialakulásának megelőzése, közösségfejlesztési módszerek alkalmazásával a helyi társadalmi támogatottság növelése, lakossági szükségletek feltárása, a hátrányos helyzetben élő helyi lakossági csoportok saját értékrenden alapuló közösségi cselekvési potenciáljának növelése, a telepen élők társadalmi kohéziójának erősítése.

Külön csoportot alkotnak a Gyermekjóléti Központok által szervezett programok. Munkájuk során a gyermekvédelmi, illetve szociális munka diszciplínája érvényesül leginkább, szintén saját módszertanokkal. Országos szervezetük a MOGYESZ.

Számukra a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. Törvény előírja az utcai és lakótelepi szociális munka biztosítását. A következőkben egy ilyen programot mutatunk be.

A Budapest XVIII. kerület Pestszentlőrinc-Pestszentimre Önkormányzat Csibész Gyermejköléti és Módszertani Központ programjának /49/

Célja az áldozattá és elkövetővé válás megelőzése csellengők számára.

A projekt keretében a lakótelepen és annak környékén kallódó gyermekeknek, 12-18 év közötti fiataloknak szerveznek folyamatosan elérhető foglalkozásokat. A kínált programok részben sporttevékenységek, aktív részvételt kívánó játékok, kulturált szórakozási lehetőségek, részben pedig a közös alkotás élményét megteremtő kézműves foglalkozások és a szülőkkel együtt szervezett kirándulások, múzeumlátogatások, színházi előadások.

Nem klasszikusan lakótelepi programról van szó, azonban végezetül mindenképpen meg kell említenünk a Kapocs Ifjúsági Önségítő Szolgálat tevékenységét /106/.

Kapocs Ifjúsági Önségítő Szolgálat

Olyan sajátos segítő szervezet, amelyben elsősorban az intézményrendszeren kívül rekedt (iskolából kimaradó, kirúgott, fel nem vett, elhelyezkedni nem tudó, nem akaró, nem képes, saját családjától távolodó, családjával haragban álló, egyedül maradt, családalapítástól fényévekre levő, különféle veszélyeknek kitett, már megjárta, már nagyon megjárta stb.) vagy csupán változtatni akaró, de abban egyedül maradó fiatalokra összpontosítanak.

A Kapocs Ifjúsági Önségítő Szolgálat fiatal önkéntesei közreműködésével tizenhatodik éve – 2007. március 1-től új telephelyen, a nyolcadik kerületben – „alacsonyküszöbű” elérési segítő tevékenységet végeznek a felnőtté váló fiatalok kockázati színterein, amely során gyakorlatilag minden valóságos, a fiatalok életét veszélyeztető korosztályi problémával találkozhatnak.

A Kapocs legújabb látogatóinak zöme igen komoly alkalmazkodási problémákkal küzdő, túlnyomórészt tizenéves cigány fiatal, akik nagy részének iskolai teljesítménye, figyelmi kvalitásai kifejezetten nagyon szerények. Többek esetében az elemi ismeretek is hiányoznak, aminek némiképpen ellentmond az, hogy – a Kapocsban töltött idő alatt – különféle területeken meg-megvillannak egyéni képességeikkel, tehetségükkel. Az újabb látogatók körében, a jellemzően magatartási/viselkedési problémák mögött nem ritkán komoly indulatokkal, feszültségekkel terhes társas (és családi) viszonylatokat azonosítanak, amelyekkel a fiatalok láthatóan nehezen birkóztak meg. A Kapocs jelenlegi fiatal látogatóira jellemző még, hogy jobbára az utcán, a környék különféle terein, a nagyobb bevásárlóközpontokban, és nagy ritkán egymás otthonaiban töltötték (és töltik) szabadidejük nagyobb részét, ami miatt az ő utcalétük intenzív és több szinten jelentkező veszélyeket hordoz. Az eltelt időszakban a velük kapcsolatos feladatokban elsősorban a kapcsolatok megteremtésére, ahol csak lehetséges, a személyes kapcsolatok erősítésére, továbbá az utcán töltött társas tevékenységek megismerésére, a különféle összefüggések (és veszélyek) feltárására és megértésére helyezték a hangsúlyt.

A program évek óta számíthat a szervezetet körülvevő szakmai szervezetek és szakemberek nagyobb részére, amikor a kompetenciáikat meghaladó kérdésekben van szükség szakszerű, konstruktív válaszokra. Az újabb működési színtér pedig életszerűen újabb szakmai partnerekkel eredményezett különféle szintű együttműködést – elsőként a befogadó nyolcadik kerület szakemberei és szakmai intézményei köréből.

A Kapocs összetett tevékenységét négy szakmai szinten törekszik megvalósítani:

- 1. Elérési szint.* Elsősorban a veszélyeztetett fiatalok kockázati színterein, részben a szervezet telephelyén. A Kapocs önkéntesei saját

környezetükben, kockázatos helyzetekben észreveszik a társaikat fenyegető veszélyeket. Semmiképpen nem hagyják magukra őket, hanem a Kapocsban tanultak szerint – szükség esetén – szakmai partnereink bevonásával segítenek azokra válaszokat, ha kell sürgősségi megoldásokat találni.

2. *Szolgáltatásjellegű tevékenységek szintje.* Lefedik a segítségért a szervezethez vagy önkénteseihez forduló kérdéseit, azokra szakszerű válaszokat, illetőleg továbblépési lehetőséget szolgálnak: a szervezet munkatársainak és önkénteseinek segítő tevékenységének támogatására, és közvetlenül is. A szolgáltatásjellegű tevékenységek során folyamatosan igénybe vesszük a különféle szakmai szervezetek és szakemberek támogatását, konkrét segítséget jelentő szakmai kapcsolataikat.
3. *Összetett feladatok, koncentrált programok szintje.* Olyan hangsúlyos kérdés-csoportokban kerülnek kialakításra, amikor a szervezet által elért és segítségre váró fiatalok felnőtté válása fokozottabb terhekkel jár, vagy amikor a fiatalok kevésbé találnak elégséges megoldási lehetőséget. Ezeket a programokat az jellemzi, hogy a fiatalok környezetében megteremthető szakmai kapcsolatok és optimális válaszok integrálásával készülnek, továbbá hogy az adott problémák alternatíváját is feltárják. Ilyen program például a téli időszakra kialakított Sürgősségi Életvédelmi Program.
4. *Támogató feladatok és tevékenységek szintje.* A szervezet fogadókészségének megteremtésére, továbbá a fiatalokkal kialakított kapcsolatok elmélyítésére szolgál.

Az önkéntesek képzése, felkészítése, fejlesztése – olyan összetett tevékenység-együttes, amely a szervezetet felkereső fiatalok bekapcsolódásának első perceiben elkezdődik és jelenlétük, segítő feladatvállalásuk teljes ideje alatt zajlik. Mindezek a következők: személyre szabott informális és formális képzések, egyéni életutakat kísérő, segítő, fejlesztő feladatok, segítő tevékenységek szervezése, segítő szerepvállalás erősítése, az egyéni segítség során jelentkező konkrét problémák együttes feldolgozása.

Az önkifejezéssel kapcsolatos tevékenységek közvetlenül nem irányulnak a Kapocs látogatói által megélt problémák megoldására, hanem valóságos lehetőségek azok számára, akik akarják mutatni, hogy mit tudnak, ki akarják próbálni magukat valamilyen tevékenységben, vagy alkalmat keresnek arra, hogy a véleményüket, mondanivalójukat a szűkebb és tágabb világról közölhessék. Mindennek a jegyében különféle kezdeményezéseket támogatunk, és konkrét csoportokat és feladatokat működtetnek: a kéthetente (a Civil Rádióban) élő adás lehetőséggel rendelkező Kapocs Kortárssegítő Magazin, a verses kötetek, a kézműves csoport, a Firka – Kapocs újság, a filmklub, alkalmanként kirándulások, pingpong versenyek stb.

Összefoglalóan: mit kínál a Kapocs a célközönségének?

- Találkozást – amikor a Kapocshoz forduló fiatalok szabadon, különösebb kontroll és feltétel nélkül kialakíthatják és ápolhatják társas kapcsolataikat. (alacsony küszöb)
- Segítő találkozást – amikor, minden különösebb következmény nélkül, felszínre kerülhetnek konkrét, személyes problémák, amikor azokkal nem hagyják magukra a látogatókat, és amikor a jelentkező problémára

azonmód választ, megoldást, vagy a megoldást jelentő konkrét továbblépéshez irányt, segítséget, információt lehet kapni.

- Önkéntességet – amikor a szervezetet felkereső fiatalok arra kapnak lehetőséget, hogy felkészítés és a szervezet segítő eszközeinek igénybevételevel sikerebben vehessenek részt társaik és önmaguk korosztályi problémáinak megelőzésben és megoldásában.
- Alternatívát – amikor a kényszerítő, veszélyekkel teli életviszonyok, kockázatokkal járó tevékenységek helyett (és mellett) a Kapocs érintett látogatói, saját maguk épülésére, mintát és biztatást kapva, szabadon változtathatnak.
- Önkifejezési lehetőséget – a fiatalok különféle kezdeményezéseit komolyan veszik, és a Kapocs meglévő eszközei segítségével támogatják őket.

A Kapocs irodájának nyitva tartása hétfőtől péntekig 10-18 óra. Napi látogatottságuk átlagban 30 fő. Az aktív önkéntesek száma jelenleg 40 fő, alkalmi önkéntesek száma becsléssel 70-80 fő. Munkatárs: 3 fő főállásban, 3 részmunkaidőben. Segítő találkozások száma az önkéntesek környezetében, illetőleg a Kapocs irodájában évente 6-8000 alkalom.

Utcai Szociális Segítők Egyesülete /105/

A bevásárlóközpontokban működtetett programok témakörénél már említett egyesület *lakótelepi programjaiban* is nyújt alternatív szabadidő-eltöltési lehetőségeket csellengő fiatalok számára hasonló szolgáltatásokkal és célokkal, mint a korábban ismertetett „Cselleng-Center” elnevezésű plázaprogramjuk. Alapelvük az alacsonykűszöbű szolgáltatás biztosítása, valamint az igényekhez való igazodás. Lakótelepi programjaik közösségi házakban (pl. Mésztelep Községi Ház, Tatabánya) vagy lakótelepek ismert közösségi helyein (pl. Málta típusú Játsszótér, Tatabánya, Bánhidai lakótelep) valósulnak meg.

City Art Műhely /107/

Ún. drogalternatíva programként jött létre a Kék Pont békásmegyeri ambulanciáján, és 2009 márciusában nyílt meg egy lakótelepi ház aljában. A City Art egy olyan „lázadásművészeti klub”, ahol a békásmegyeri fiatalok átélhetik a kreatív és közös alkotás örömeit. Különböző foglalkozásokon és beszélgetéseken keresztül ismerkedhetnek meg a modern művészetek (graffiti, street art) és városi mozgalmak világával, így terelve a fiatalkori lázadást egy produktív mederbe, megismertetve őket a művészi látásmód adta lehetőségekkel. Nem cél, hogy kifejezetten művészeti pályára készítsük fel az idejárókat, vagy hogy „művészpálántákat” neveljünk, sokkal inkább az a fontos, hogy e tevékenységeket határok és keretek közé helyezve, biztonságosabb légkört és teret nyújtsanak a csellengő fiataloknak. A drogozás helyettesítésére alkalmas programok széles spektrumát felsorakoztatva előttük, alternatívát igyekeznek nyújtani egy elérhető cél tudatosítására, helyet biztosítva a biztonságos környezetben való kibontakozásra. Hétköznapi 10-21 óráig, szombaton 15-21 óráig várják a 14-25 év közötti, környékbeli fiatalokat. A program a résztvevők számára ingyenes, az Európai Szociális Alap támogatásával, az Európai Unió társfinanszírozásával valósul meg.

Magyarországi Ifjúsági Információs és Tanácsadó Irodák

Szintén említésre kerültek már korábban. Komplex, professzionális tevékenysége során az ifjúság segítő képzések diszciplinája érvényesül, saját módszertani központokkal. Több ilyen

találunk az országban, mint pl. a Híd Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda Győrben, vagy a fentebb már részletesen bemutatott Kecskeméti HELPI program, a Tatabányai Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda, vagy a Tett-Hely Ifjúsági Szolgálat Baranya megyében – csak hogy néhányat említsünk²². A nyújtott szolgáltatások során felmerülő témák érinthetnek az ifjúsági korcsoport élethelyzetéből származó bármilyen problémát, mint pl. pályaaorientáció, munka világa, önismeret, életvezetés, társadalmi élet, diákélet, speciális szükségletek, szexuális élet, jog, életmód, egészséges életvitel. Bár ezen helyek kialakítása, tevékenysége részben eltérő a fentebb ismertetett konkrét programoktól, azonban módszertani megközelítésük, módszertani kiadványaik feltétlenül hasznosak lehetnek számunkra a későbbi szabályozó anyagok kialakítása kapcsán.

A hazai programok a 3. sz. mellékletben találhatók táblázatos összesítésben.

II.2.1.3. Nemzetközi kitekintés – külföldi programok

Az alábbiakban bemutatunk néhány példát részletesen azokról a nemzetközi programokról, melyeket a keresés során e területhez kapcsolódóan azonosítottunk, és tartalmuk, alkalmazott módszereik miatt kifejezetten érdekesnek, tanulságosnak találtunk.

A(z angol nyelvű) szakirodalmi keresés során nehézséget jelentett, hogy a lakótelep (*block of flats*) mint helyszín nem jelenik meg általában a programleírásokban. A témánk kapcsán feltárni célzott programok feltehetően a rossz környéken (*deprived neighbourhoods, areas*) élőkre irányuló programok között jelenhetnek meg. Arra vonatkozóan azonban nincs becslésünk, hogy a „rossz környékek” között milyen arányban jelennek meg a lakótelepek. A célcsoport leírására használt „csellengők” kifejezés sem nagyon használatos az angol nyelvű szakirodalomban. Itt általában iskolából kimaradó fiatalokat (*school dropouts*) neveznek meg, vagy elszökött fiatalokat (*runaway children*), vagy utcán élő gyermekeket (*street children*). Az ezen három különböző célcsoportra irányuló programok célkitűzései azonban nem egyeznek meg jelen projekt keretében feltárni kívánt programok célkitűzéseivel. Általában ezek a programok is tartalmazzak a szabadidő strukturált eltöltésével kapcsolatos célkitűzéseket, de az iskolából kimaradó (vagy emiatt veszélyeztetett) fiatalokra irányuló programok elsődleges célja a fiatalok oktatási rendszerben tartása, vagy oda való visszajuttatása. Az elszökött, és/vagy utcán élő fiatalok esetében a szociális körülményeik javítása az elsődleges célkitűzés, ez is eltér a lakótelepen, vagy annak környékén csellengő – de egyébként valamilyen mértékben funkcionális családban élő – fiataloknak nyújtott programok prioritásaitól. A célcsoport tekintetében az angol nyelvű forrásokban feltehetően a marginalizálódott (*marginalised*) és veszélyeztetett (*vulnerable, at-risk*) fiatalokra irányuló programok között találhatunk az általunk vizsgált célcsoportra irányuló programokat.

A német nyelvben a „lakótelep” szóra több kifejezés létezik: *Siedlung, Wohnsiedlung, Wohngebiet, Wohnbezirk*. Az igazán nagy, klasszikus értelemben vett lakótelepet azonban leginkább a *Grosswohnsiedlung* (szó szerint körülbelül „nagy lakótelep”, „nagy lakópark”) szó fejezi ki. Kereséseinkben ezt a szót alkalmaztuk. A „csellengés”-re szintén több kifejezés létezik a németben: *herumstreifen, herumlungern*, ezek azonban kicsit divatjamúlt szavak. Az általunk használt csellengés kifejezést leginkább a *rumhängen, anhängen* (szó szerint körülbelül „lógni”, „körbelógni”) szavak fejezik ki.

Az EMCDDA az elmúlt 15 évben nagy hangsúlyt fektetett az Európában megvalósuló jó (bevált) drogprevenációs gyakorlatok összegyűjtésére. A Központ EDDRA adatbázisában

²² Lásd a listát: http://www.palyanet.hu/index.php?heading_id=102

/50/ közel 50 értékelt, iskolán kívüli célzott prevenció program található.²³ A programok célcsoportjai jellemzően a szerfogyasztás szempontjából veszélyeztetett, marginalizálódott, rossz környéken élő fiatalok. Több program említi még az iskolából kimaradó (vagy amiatt veszélyeztetett) fiatalokat is.

A programok megvalósításának helyszíneit vizsgálva azok leggyakrabban a programszolgáltatóknál valósulnak meg, vagy a szabadidő-eltöltés színterein, ezek jellemzően valamilyen sport-, vagy szabadtéri tevékenységet takarnak. A partizó fiatalokra irányuló programok természetesen az éjszakai zenés-táncos szórakozóhelyeken/klubokban jelennek meg (lásd II.3. fejezet). A programlebonnyolítás helyszínét tekintve két szokatlan példát tartalmaz az adatbázis.

Az egyik egy osztrák program – *Youth Counselling Centre: WAGGON /102/* –, melynek székhelye egy vasúti kocsiban található. Ennek az az oka, hogy az adott városban sok iskola van, ahova vonattal érkeznek a környező településekről a diákok, akikkel – a vonatmenetrendhez igazodva – előfordul, hogy sok időt töltenek az állomáson, így a program ott próbálja elérni a fiatalokat. Egy olasz program – *Blands Bands on the Move /101/* – munkatársai pedig lakóbuszsal járva, bizonyos környékeken próbálják elérni a fiatalok informális csoportjait.

Érdemes még kiemelni a hátrányos helyzetű közösségekben élő, marginalizálódott, vagy a kirekesztődés szempontjából veszélyeztetett 10-19 éves fiatalokra irányuló *Positive Futures (Pozitív Jövő)* programot /51/. A projekt a sportot használja a fiatalok bevonásának és elköteleződésének eszközeként, a sport által új életformát és lehetőségeket mutatva a fiataloknak. A projekteket helyi szinten valósítják meg, a helyi intézmények együttműködésén (helyi önkormányzat, ifjúsági klubok, helyi bűnmegelőzési partnerségek, szociális szolgálatok, stb.) alapul.

A(z) elsősorban német nyelvű) keresések kapcsán elmondható, hogy a német nyelvterületen sok – szociálisan hátrányos helyzetű, csellengő fiataloknak, bevándorlóknak szóló – program egyházi kereteken belül valósul meg. A különböző egyházi szervezetek, kisközösségek, a helyi egyház köré szerveződött társulások igyekeznek a gyerekeknek, fiataloknak javaslatokat adni a szabadidő tartalmas eltöltésére, sőt, sok helyen vállalnak gyermekfelügyeletet, tanulási segítséget, nyújtanak különböző szabadidős foglalkozást is. Mivel azonban ezek a programok általában kisközösségeket érintenek, programjuk kevésbé szakmai, és megvalósított programjaikból (eddiggi kereséseink alapján) nem készül tanulmány, írásbeli beszámoló, a mi szempontunkból nem tekinthetők relevánsnak.

Egy érdekes kezdeményezést azonban szintén egy egyházi szervezet, a Diakonisches Werk Herford valósított meg a németországi Északrajna-Vesztfália szövetségi államban. Ez a herfordi „*Intézet az építészeti, város- és térfejlesztésért*” (*Bundesinstitut für Bau- Stadt, und Raumforschung*) modellprogram /52/. A 65 ezres Herford Nordstadt nevű lakótelepén élő fiatalok részére, akik bevándorló háttérrel és különböző iskolázottsági szinttel rendelkeznek, illetve különböző klikkekbe tartoznak, lakókocsis utazást szerveztek. A projekt célja volt, hogy elősegítse a megakadt párbeszédet a lakótelep felnőtt és fiatal lakói, illetve a döntéshozók között arról, hogy a közösségi tereket és a városrész struktúráját milyen módon lehetne alakítani. Próbálták elősegíteni a párbeszédet a változtatás lehetőségeiről, hogy kialakulhasson egy, a fiatalok számára is alkalmas városi (lakótelepi) infrastruktúra, valamint hogy megváltozzon a jelenlegi szemlélet. Ennek érdekében lakókocsis utazást szerveztek a fiatalok részére, amelynek célja volt, hogy a fiatalok felfedezhessék és értékelhessék más városok szociális tereit. Eredményként elkészült egy fiatalok számára is elfogadható infrastruktúra vázlata.

²³ Az adatbázisba kerülés feltételei: a projektet értékelték; az elméleti háttér/feltételezései világosan kapcsolódnak a célokhoz; az egyértelmű evaluációs indikátorok kapcsolódnak a célokhoz és a kiinduló állapothoz; tartalmazza az evaluációs kutatási elrendezés egyértelmű leírását; a projekt legalább egy éve fut.

Egy másik vonulat a nemzetközi szinten a csellengő, kószáló gyerekek, fiatalok sportolásra ösztönzése. Ebben az esetben sokkal inkább felfedezhetők a témánkhoz kapcsolódó projektek. A következőkben ezekből mutatunk be néhányat.

A *Street League* nevű jótékonyági szervezet 2001 óta létezik /53/, és Angliában tevékenykedik, elsősorban London, Glasgow és Észak-kelet-Anglia területén. Strukturált foci- és oktatási programjaikkal a hátrányos helyzetű fiatalokat szeretnék segíteni. Játékosaik olyan hátrányos helyzetű fiatalok, akik munkanélküliek, hajléktalanok, drog- és alkoholfüggők, vagy tanulási nehézségekkel küzdenek, esetleg mentális problémáik vannak. A szervezettel többnyire hajléktalan szállókon, drogrehabilitációs központokon keresztül, vagy a menekültekkel foglalkozó teamen keresztül kerülnek kapcsolatba.

Több németországi város vesz részt a *Soziale Stadt* (Szociális város) kezdeményezésben, ami egy állami program, célja az egyes városrészek építészeti, gazdasági, szociális és környezeti erősítése, magán a helyszínen. Ezen kezdeményezés keretében zajlik például Rosenheim város rendezvénye is /54/, ami az éjszakai sportot támogatja a hátrányos helyzetű fiatalok körében. A „Lógás helyett sportolás” (Sport machen statt „rumhängen”) egyébként is gyakori felszólítás a különböző sportrendezvényeken, így a németországi Mörfeldenben is. /55/ Ebben a városban a hátrányos helyzetű, csellengő fiataloknak sok összetűzése volt a rendőrséggel, mígnem egy pedagógust küldtek ki hozzájuk streetwork-re, aki azután gyakran beszélgetett és játszott a fiatalokkal, és az ő kezdeményezésére jött létre az éjszakai foci is, amit hetente rendeznek meg, kifejezetten az utcán lógó fiatalok számára.

A „Társaság a Sport-és Ifjúsági szociális munkáért” (Gesellschaft für Sport-und Jugendsozialarbeit) /56/ szintén elsősorban a sportolásra hívja fel a szociálisan hátrányos helyzetű fiatalok figyelmét vallásra, bűnszínre és világnézeti kérdésekre való tekintet nélkül. Egyik projektjükben (KICK) a berlini rendőrséggel állnak kapcsolatban, akik a büntetendő fiatalokat közvetítik feléjük, akik a város 8 különböző helyszínén edzhetnek, és amely projektben a tartalmas szabadidő-eltöltésre kívánják felhívni a figyelmet, majd különböző sportegyesületek felé küldik tovább a fiatalokat.

A csellengő fiatalokat olykor megpróbálják bevonni különböző munkákba is, mint amilyen a németországi Leer városának kezdeményezése /57/, hogy az eddig a játszótereken csellengő, olykor törő-zúzó fiatalokat bicikliszerelésre próbálják rávenni, illetve mobilinternet szolgáltatással kedveznek nekik.

Egy gyermek-, ifjúsági, kultúr-, képző- és sportcentrum, a Naunynritze Ifjúsági Klub (Jugendklub Naunynritze) /58/, Berlinben, Kreutzberg kerületben található.²⁴ Fenntartója a berlini Friedrichshain-Kreutzbergi Önkormányzat (Bezirksamt Friedrichshain-Kreutzberg) és a Társaság a Sport-és Ifjúsági szociális munkáért (Gesellschaft für Sport-und Jugendsozialarbeit). Elsősorban szociális problémákkal küzdő fiatalok és szüleik, illetve a környékbeli lakók számára nyitott. Lehetőségek: számítógépes kurzusok, színielőadásban való részvétel, hip-hop táncanfolyam, női shiatsu, capuera, foci, digitális filmvágás, jogi tanácsadás, tanácsadás gyerekeket egyedül nevelő szülőknek, tanácsadás szexuálisan zaklatottaknak. Ennek az ifjúsági központnak a kezdeményezése az a projekt (Street UnverCity) /59/, ahol a cél a szociálisan hátrányos helyzetű fiatalok, csellengők és emigránsok tanulmányainak fejlesztése. A non-profit szervezet programjai között található: graffiti-szeminárium, street-dance bemutató, streetculture szeminárium szervezése, karneválszervezés, színházi programok, utazásszervezés stb.

Egy németországi, berlini (Berlin-Spandau-i) lakótelep (Heerstrasse) külön portált indított /60/. Ebben megtalálhatók a gyerekek, fiatalok számára elérhető programok, egyházi és nem egyházi ifjúsági központok elérhetőségei és programjai egyaránt. Itt /61/ olvashatunk a környéken (lakótelepen) zajló, Heerstrasse-i streetworkről: céljuk, hogy a városrészben

²⁴ Berlin-Kreutzberg egy híres-hírhedt negyede a városnak. A berlini fal építésekor ugyanis ez volt Nyugat-Berlin legkeletibb városrésze, egy igen sajátos, alternatív kultúrával. Ma itt található a Checkpoint Charlie nevű híres múzeum, ami bemutatja a keletről menekültek történeteit, emlékeit.

elérjék azokat a fiatalokat és fiatal felnőtteket, akik valamilyen oknál fogva nem élnek a városrész ifjúsági házainak, képzéseinek, szabadidős programjainak stb. lehetőségeivel. Cél, hogy felvegyék a kapcsolatot és megnyerjék ezeknek a fiataloknak a bizalmát (akik többnyire szociálisan hátrányos helyzetűek). A megkereső szolgálat feladatai: utcai tanácsadás, segítség és támogatás az iskolai problémákban, az önálló eljárási képességek erősítése, egzisztenciális biztonság támogatása, erőszak- és drogmegelőzés, illetve a drogfogyasztás intervenciója, illetve tanácsadás a függőség elkerülésére, csoportos és szabadidős ajánlatok, amelyek az önbizalom erősítését szolgálják, és amelyek keretében a demokratikus gondolkodás és cselekvés gyakorolható. A megkereső szolgálat busszal is rendelkezik, amit a város (kerület) biztosít a számukra.

A fentebb vázolt nemzetközi programok további releváns programokkal együtt a 4. sz. mellékletben található táblázatos összesítésben.

II.2.2. Szabályozó anyagok a területen

II.2.2.1. Hazai szabályozó anyagok

A lakótelepi környezetben működő, fix telephelyen nyújtott célzott prevenciós szolgáltatásokra közvetlen szabályozó anyagot nem ismerünk. Közvetett módon azonban számos szabályozó anyag vonatkozik azokra a szolgáltatókra, melyek ezen a speciális területen nyújtják szolgáltatásaikat.

Ezek a szabályozó anyagok felsorolás szintjén az alábbiak:

Jogszabályok:

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról,²⁵ Községi ellátások 65/A. §

1997. évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 40. § a Gyermekjóléti Központok utcai és lakótelepi szociális munkájának biztosításáról

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

321/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről

226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról

191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

259/2002. (XII. 18.) Korm. rendelet a gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatótevékenység engedélyezéséről, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi vállalkozói engedélyről.

Irányelvek:

²⁵A törvényt az Országgyűlés az 1992. december 30-i ülésnapján fogadta el. A kihirdetés napja: 1993. január 27.
Hatályos: 1996. 01. 01.

Szakmai ajánlás a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére. FSZH, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport. Budapest, 2008.

A módszertani gyermekjóléti szolgálatok II. Országos konszenzus konferenciája 2002, Balatonkenese. A Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok által elfogadott konszenzusos döntések 2002-ben.

Módszertani kiadványok:

A szociális területhez kapcsolódó kiadványok

Integrált közösségi és szolgáltató terek. Módszertani kézikönyv. Szerkesztette: Beke Márton, Ditzendy Károly Arisztid, HROD Községi Társadalomfejlesztési Központ, Budapest, 2008. /91/

T-kit Egyenlő esély fiataloknak. A fiatalok társadalmi és közösségi részvételét, együttműködését fejlesztő módszertan. Mobilitás Európai Fejlesztési Igazgatóság, Budapest, 2005. /99/

Ifjúságügy. Ifjúsági szakma, ifjúsági munka – Módszertani Kézikönyv Mobilitás – Iszt – ÚMK, Budapest, 2010 /108/

Módszertani Gyermekjóléti szolgálatok konszenzus kiadványa (2010), melynek külön fejezete foglalkozik a Gyermekjóléti Központokban végzett speciális szolgáltatással, az utcai és a lakótelepi szociális munkával gyermekek és fiatalok körében /109/.

Drogmegelőzési programok tervezéséhez kapcsolódó kiadványok

Kézikönyv drogprevenációs beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez. Christoph Kröger, Heike Winter, Rose Shaw. ITF – Institut für Therapieforchung, München Németország, www.drogefokuszpont.hu/?lang=1&pid=42

Rácz József (2001): Prevenációs programok értékelése. Ifjúsági és Sportminisztérium.

Egyéb szabályozó anyagok:

Sporttevékenységgel foglalkozó szervezetek szabályozó anyagai

Az éjszakai sporttevékenységet biztosító szervezetek saját magukkal szemben is megfogalmaznak „minimum elvárásai”. (lásd 53. oldal).

Pályázati felhívások

Pályázati felhívás a Társadalmi Megújulás Operatív Program Gyermekek és fiatalok integrációs programjai c. pályázati felhívás a) Gyermekvédelmi komponenséhez, Kódszám: TAMOP-5.2.5/08/1/A

15. Szükségletfelmérés útmutató TAMOP-5.2.5 a gyermekvédelem

I. Pályázati felhívás a Társadalmi Megújulás Operatív Program Gyermekek és fiatalok társadalmi integrációját segítő programok c. pályázati felhívásához a konvergencia régiók területén B) Ifjúságügyi és Kábítószerügyi komponenséhez. Kódszám: TAMOP-5.2.5.B-10/2

Pályázati útmutató – A2. Részcélok

Pályázati útmutató – C1. Támogatható tevékenységek köre

Pályázati útmutató – C1.2. Választható, bírálatnál előnyt jelentő kapcsolódó tevékenységek, szolgáltatások

Pályázati útmutató – C1.3. Speciális elvárások az egyes tevékenységekkel kapcsolatban

Pályázati útmutató – E1. Monitoringmutatók

Pályázati útmutató – F7. Fogalomjegyzék

15.1 sz. melléklet Szükségletfelmérés és szakmai terv útmutató ifjúságügyi

II.2.2.2. Nemzetközi szabályozó anyagok, jogszabályok

A drogprevenció területén az elmúlt években kezdtek megjelenni a különböző szintű szabályozó anyagok, ezek azonban elsősorban az iskolai drogprevencióval kapcsolatban kerültek kidolgozásra, hiszen erről a területről áll rendelkezésre a legtöbb bizonyíték. A célzott prevenció területén nem találtunk rendelkezésre álló szabályozó anyagokat, így valószínűsíthető, hogy kimondottan a lakótelepeken (vagy marginalizált, rossz környékeken) megvalósított programokról sem állnak még rendelkezésre szabályozó anyagok.

Az EMCDDA az elmúlt évben készített egy összefoglalót általában a célzott prevenció hatékonyságáról rendelkezésre álló információkról. /62/. (Lásd a 8. sz. mellékletet.)

II.2.3. Javaslatok hazai szabályozó anyagok kialakításához

A javasolt szabályozó anyag típusa

Lakótelepeken, egyéb városrészekben csellengők számára létesített prevenciós programok, mint láthattuk, jelenleg nem működnek nagy számban. Mindezen túl, úgy tűnik, hogy a jelenleg működő programok elsődleges profilja javarészt nem a drogprevenció. Véleményünk szerint a már működő és igen színes profillal rendelkező szolgáltatásokat nem szabad magas szintű szakmai szabályozóanyagok közé szorítani.

Ugyanakkor azt is gondoljuk, hogy mind a működő, mind a jövőben induló programok számára szükség van olyan szabályozó, szakmai irányt mutató anyagokra, amelyekhez segítségként fordulhatnak a szakmai szervezetek programjuk kialakítása, működtetése során.

Javaslatunk alapján a jelenleg indokolt szakmai szabályozó anyagok szintje a szakmai hírlevelek, szakmai ajánlások szintjéig terjedhet. Az ennél magasabb szintű szakmai szabályozó anyagok valószínűleg inkább gátolnák, mint elősegítenék a létesítendő programok elterjedését.

A szakmai szabályozó általunk javasolt tartalma hasonló a bevásárlóközpontokban kialakítandó szolgáltatásokat szabályozni kívánó anyag lehetséges tartalmával, ami abból fakad, hogy a cél, a célcsoport hasonló, mint a bevásárlóközpontok esetén, csupán a szolgáltatás helyszíne, a lehetséges szolgáltatások köre sokkal változatosabb, hiszen sokkal több lehetőség adódik különböző programokra, mint benn a bevásárlóközponton belül.

Konkrét javaslatok

A szakmai szabályozó anyag elkészítésekor a szakemberek tekintsék át és vegyék figyelembe

- a fent hivatkozott jogszabályokat,
- irányelveket,
- módszertani kiadványokat,

- egyéb szabályozó dokumentumokat (Pályázati felhívások és útmutatók),
- egyéb, ezen anyagban felvázolt tapasztalatokat.

A szabályozó anyag elkészítésének folyamata során kerüljenek bevonásra a szociális és gyermekvédelmi módszertani intézmények!

- A szakmai szabályozó anyag segítse a meglévő és jövőbeni programgazdákat programjuk
- megtervezésében,
- továbbfejlesztésében és
- megvalósításában.

A szakmai szabályozó anyag adjon támpontokat a következőkhöz:

1. Előzetes helyzetfelmérés, tájékozódás

Az egyes szolgáltatások beindításának szükségessége lehetőleg alapuljon helyzetfelmérésen, előzze meg igény- és szükségletfelmérés, vagy legalább konkrét tapasztalatokra építkezzen.

A szabályozó anyag adjon javaslatokat a helyzetfelmérő technikákra, javasolja

- *az észlelt probléma feltárását, vizsgálatát (pl. milyen mértékű, kik az érintettek),*
- *a megoldási módok számbavételét,*
- *a lehetséges célcsoporttal kapcsolatos konkrét tapasztalatok összegyűjtését,*
- *konkrét programterv esetén korábban működtetett, vagy jelenleg is működő, hasonló célzatú programok, valamint*
- *a tervezett programmal kapcsolatos fogadókészség feltérképezését a környéken.*

A szolgáltatás beindítása után rendszeres felmérések is ajánlhatók, melyek az elégedettséget mérik, valamint további szükségleteket térképeznek fel.

2. A célcsoport meghatározása

A helyzetfelmérés alapján meghatározható azoknak a köre, akik számára a szolgáltatást nyújtani kívánjuk. A tapasztalatok, a sokféle program jelzi, hogy többféle korosztály is megcélozható, számtalan formában. Azonban itt is határt kell szabnunk a kapacitásaink leghatékonyabb kihasználása érdekében és korosztályosan is célzott programokat, ellátásokat érdemes kialakítani.

Javaslatunk szerint a 12-24 év közötti korosztály az, mely leginkább bevonható ilyen típusú programokba, ezért őket javasoljuk elsődleges célcsoportnak. Ha a helynek van kapacitása külön foglalkozni idősebbekkel, és a számukra nyújtott szolgáltatásokat meg tudják szervezni olyan időben és formában, hogy az nem akadályozza a fiatalabb korosztály bekapcsolódását a programokba, akkor ők is megcélozhatók.

A szolgáltatások típusaitól függően azonban ezen életkori intervallum is tovább bontható, sőt szükséges is.

A szabályozó anyag térjen ki a megkereső tevékenységre, mely kulcsfontosságú ebben az esetben. Míg a bevásárlóközpontok esetén csak a

bevásárlóközpont területéről próbáljuk a fiatalokat „összegyűjteni”, addig ebben az esetben akár egy teljes városrészről, kerületrészről szeretnénk, ha a fiatalok betérnének hozzánk.

A szabályozó anyag térjen ki a célcsoport valószínűsíthető szocioökonómiai helyzetére is (pl. marginalizálódott fiatalok, akik számtalan problémával küzdhetnek, például szegénységben élő családok gyerekei, alkoholista szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok, mely alapján a szerhasználat szempontjából veszélyeztetettnek tekinthetők).

3. A szolgáltatás általános és konkrét céljainak megfogalmazása

A tapasztalatok alapján leginkább a tartalmas szabadidő-eltöltés a legfőbb célja ezeknek a programoknak, melynek háttérében cél lehet

- a hátrányos helyzetből adódó kockázatok enyhítése, kiküszöbölése,
- kockázati magatartásformák kialakulásának megelőzése (pl. dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, bűnözés stb.).

Javaslatunk szerint a fenti lehetőségek ötvözésével kell, hogy a szakmai programok célkitűzései megfogalmazódjanak. A készülő szakmai anyag minden lehetséges dimenzióra világítson rá oly módon, hogy kerüljön meghatározásra a szolgáltatás

- *alacsony küszöbhez,*
- *gyermekvédelemhez és*
- *bűnmegelőzéshez való viszonya.*

4. A szolgáltatások szakmai tartalmának kialakítása – működési rend kialakítása

A megfogalmazott célokhoz illeszkedve szükséges a szakmai tartalmat kialakítani, figyelembe véve a helyzetfelmérés során kialakult képet arról, hogy milyen korúak lehetnek azok, akik majd a szolgáltatást használni fogják. Szükséges a működési rend kialakítása is, mely magába foglalja a nyitva tartási idő meghatározását, a házirend kialakítását.

Javasoljuk, hogy a szabályozó anyag készítsen egyfajta leltárt a lehetséges szolgáltatásokról az ismertetett programpéldák alapján, életkori csoportokra lebontva. (Pl. éjszakai sport, kirándulások, kézművesség, filmklub stb.) Kapacitásoktól függően adott helyek egy vagy akár több szolgáltatást is felvehetnek tevékenységi körükbe. Bármilyen típusú szolgáltatást is választ a szakmai szervezet, a háttérben mindig legyen ott annak a lehetősége, hogy a fiatalok problémáikkal fordulhassanak a jelen lévő segítőkhez.

A szolgáltatás nyújtásának ideje kapcsán a legfontosabb ajánlás, hogy rendszeresen, kiszámíthatóan elérhető legyen a hely a látogatók számára (pl. minden pénteken, szombaton, vagy minden nap du. x órától y óráig).

A házirend kialakítása részben a személyzet hatásköre, részben a fiatalokkal együttesen történhet, igazodva a befogadó hely saját házirendjéhez.

5. A szolgáltatások fizikai környezetének, külső megjelenésének kialakítása

Minthogy számtalan programfajta létezik a legkülönbözőbb megvalósítási helyszíneken, a szabályozó anyag csak a minimumkövetelményeket tudja megfogalmazni. Ezen felül, minthogy állandóan fejlődhetnek a programok, úgy kellene megfogalmazni a követelményeket, hogy azok ne gátolják a későbbi

programfejlesztéseket: pl. ne csak kizárólag az adott fizikai környezetben lehessen programot megvalósítani, hanem azon kívül is, ha pl. ilyen igény jelentkezne.

Amellett, hogy a tervezett tevékenységhez megfelelő méretű, funkcionális, biztonságos tér szükséges, fontos lehet a személyzet egységes megjelenése, a vonzó berendezés, fiatalos kialakítás, amennyiben ez releváns (pl. egy klub esetében igen, míg éjszakai sport esetén kevésbé, hiszen ott adottak a feltételek.) A helyszín szempontjából a legfontosabb ajánlás, hogy könnyen megközelíthető helyen legyen.

6. A szolgáltató társintézményekkel történő együttműködésének kialakítása

Ebben az esetben is felmerül az egyéb szakintézményekkel való együttműködés szükségessége, hiszen a célcsoport sajátosságaiból adódik, hogy olyan problémák is felszínre kerülhetnek az együttműködés során, melynek kezelése más intézmény hatáskörébe tartozhat. Többféle intézmény szóba jöhet, mint pl. Nevelési Tanácsadó, Gyerekjóléti és Családsegítő Szolgálat, de különösen tekintettel kell lennünk a gyermekvédelmi intézményekkel való együttműködésre, valamint a drogfogyasztás kezelésében szerepet játszó intézményekre.

Javasoljuk, hogy a szabályozó anyagban jelenjenek meg a legfontosabb együttműködési formák, a más ellátórendszerbe történő delegálásra, továbbírányításra vonatkozó ajánlások, kerüljenek felsorolásra a szóba jöhető szakintézmények, ezen felül a titoktartásra vonatkozó alapelvek. Az együttműködések együttműködési megállapodások keretében rögzíthetők.

7. A szükséges szakmai létszám és szakképesítés meghatározása

A felvázolt programok többféle háttérű személyzettel működtették a programjaikat. Életkorban többnyire fiatal felnőtteket foglalkoztattak.

Javasoljuk, hogy a szakmai szabályozó anyag, figyelembe véve a szociális szolgáltatásokat szabályozó jogszabályokat, felsőfokú végzettséggel rendelkező, a segítő szakterületen jártas vezetőt javasoljon a szakmai stáb vezetésére, mely funkció nélkülözhetetlen. A további munkatársak, akiknek száma és munkaideje függ a szolgáltatás típusától, idejétől, lehetnek kortárssegítők, pályakezdők, gyakorlati helyet keresők a segítő szakterületről. Kiemelendő, hogy a kiszámíthatóság, a lehető legritkább munkatárscsere segítheti elő a bizalmi légkör kialakítását. Szintén fogalmazódjék meg javaslatként, hogy speciális képzés szükségesek az ott dolgozók számára, mely felkészíti őket e speciális területen végzendő munkához. Az esetmegbeszélő csoportok és a szupervízió biztosítása szintén elengedhetetlen része a folyó munkának.

8. Vezetendő dokumentáció

A személyzet által közösen kialakított szempontok alapján történő dokumentálás elengedhetetlen a szakmai munka monitorozásához.

A jogszabályok által megkövetelt dokumentáció hangsúlyozása mellett (pl. regisztrált alacsonyküszöbű szolgáltatás esetén) a minimális dokumentációs szempontokat vegye számba a szabályozó anyag (pl. látogató neve, becsült életkora, hogyan érkezett a helyre (egyedül, mással),

kapcsolatfelvétel sikeressége, igénybe vett szolgáltatások, új vagy régi látogató, honnan ismeri a helyet).

9. Tárgyalás a szolgáltatást befogadó intézménnyel

Valószínűsíthetően a helyiség „megszerzése” könnyebb ezekben az esetekben, mint a bevásárlóközpontok esetén.

A szabályozó anyag adjon szempontokat a tárgyalások lefolytatásához (pl. a tervezett programról rövid, meggyőző írásos összefoglaló készítése pozitív üzenetekkel, költségvetés áttekintése, más helyek tapasztalatainak összefoglalása, bérbeadási feltételek áttekintése).

10. Egyéb

Mindezek mellett a szakmai szabályozó anyag definiálja a terület szempontjából legfontosabb fogalmakat (pl. hátrányos helyzet, megkereső munka, lakótelep), hivatkozzon kulcs szakirodalmakra, melynek segítségével a szakemberek fejleszthetik tudásukat a területen (kutatási beszámolók, összefoglaló tanulmányok, jelen szakirodalmi összefoglaló, jó gyakorlatok összefoglalója stb.).

II.2.4. Egyéb javaslatok az adott területhez kapcsolódó jövőbeni kutatásokhoz, fejlesztésekhez

Javasoljuk a szociális és gyermekvédelmi intézményekben végzett prevenciós munka jelenlegi gyakorlatának strukturált feltárását.

Az összegyűjtött szakmai tapasztalatokat szükséges lenne összevetni a pályázati kiírások cél-, és feltételrendszerével.

Vonják be a szociális és gyermekvédelmi módszertani intézményeket e területre kiírt pályázatok előkészítésébe.

A jövőben kerüljenek összehangolásra az egyes határterületeken működő szervezetek által kiírandó pályázatok (pl. OBMB – NefMi pályázatok esetén).

Kerüljön sor az egyes határterületek fogalmi rendszerének és szakmai definícióinak tisztázására, különös tekintettel a pályázati kiírások vonatkozásában (ne fordulhasson elő az, hogy ugyanazon pályázat két eltérő komponense ugyanazon fogalmakat, de eltérő tartalommal használja).

II.3. Zenés-táncos szórakozóhelyeken megvalósított programok

II.3.1. Specifikus témaindoklás, helyzetelemzés

II.3.1.1. Bevezetés

A zenés-táncos szórakozóhelyek típusai

Ma Magyarországon a zenés-táncos szórakozóhelyeknek többféle típusa létezik, eltérő prevenciós igényekkel és lehetőségekkel /63/. Megkülönböztethetünk „klasszikus”

partiszíntereket, melyek egy-egy partiszervező társuláshoz köthetők, és többnyire nem állandó helyszínen kerülnek megrendezésre. A legjellemzőbb zenei stílusok itt a techno, goa, house stb. A partik megszervezésében és a partizó fiatalok elérésében hagyományosan nagyon sokáig a különböző szóróanyagoké (flyereké) volt a főszerep. Manapság azonban a közösségi oldalak térnyerésével már a Facebook és más oldalak a szerveződés fő színterei. Beszélhetünk még a hagyományosabb értelemben vett elektronikus zenét játszó klubokról, bár a klubszcéna jelenléte Magyarországon kevésbé elterjedt, mint Nyugat-Európában, így a látogatók és események köre szűkebb. Megemlíthetők viszont a hagyományos értelemben vett „diszkók“, amik főleg a fiatalabb korosztály szórakozóhelyei. Többnyire hétvégén üzemelnek, szintén állandó helyszínen és több helyiségben különböző zenét játszanak. Elkülöníthetők ezen kívül még a romkocsmák, kocsmák, kávézók stb. színterek, ahol viszont a táncolás nem igazán jellemző, inkább a társas együttlét egyéb formái jellemzőek. Tapasztalati alapon valószínűsíthető, hogy itt inkább a legális szerek fogyasztása a jellemzőbb. Az évek alatt egyre nagyobb teret hódító színterek a különböző fesztiválok, ahol a legális és illegális szerek fogyasztása egyaránt létező jelenség.

Drogfogyasztás zenés-táncos szórakozóhelyeken

Demetrovics Zsolt és munkatársai /63/ 1999-ben végeztek kérdőíves kutatást hét budapesti táncos szórakozóhelyen, melynek során az odalátogató fiatalok dohányzási, valamint alkohol- és drogfogyasztási szokásait vizsgálták. Korábbi vizsgálatuk (1998) során azt találták, hogy a speciális populáció drogfogyasztása /64/ mind kvalitatív mind kvantitatív szempontból jelentősen eltér a normál populáció drogfogyasztási szokásaitól. /65/ Az ismételt vizsgálatban szintén magasabbnak találták a normál populációs vizsgálatokban mértékhez képest a szerfogyasztás élet- és havi prevalencia értékeit, bár a magasabb arányok ellenére az adatok azt mutatták, hogy a táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok többsége nem rendszeres, intenzív droghasználó. Amint azt Demetrovicsék szintén megemlítik, a táncos szórakozóhelyekhez kapcsolódó rekreációs droghasználat háttérben jelentős kulturális, illetve szubkulturális meghatározók állnak /66, 67, 92/.

Ártalomcsökkentő, illetve prevenciós szolgáltatások

A kutatások és a nemzetközi tapasztalat (lásd alább) azt jelzik, hogy a hagyományos értelemben vett szerfogyasztást megelőző tevékenység nem alkalmas a zenés-táncos szórakozóhelyeken jellemző szerfogyasztás kezelésére, illetve az adott helyszínen nem, vagy nehezen megvalósítható. A Party Service és a hasonló tartalmú, esetleg más néven futó szolgáltatások (pl. Bulisegély) célzott prevenciós, illetve leginkább ártalomcsökkentő munkát végeznek a zenés-táncos szórakozóhelyek terében egy olyan elérési pontot biztosítva ezzel, melyre a hagyományos prevenció eszközei, módszerei nem alkalmasak.

A Party Service szerveződésének alapjairól szóló cikkünkben Rácz József és munkatársai /68/ ismertetik a tánc kultúra és a prevenció viszonyának történetét és drogpolitikai háttérét. Megemlítik, hogy a zenés-táncos rendezvényekhez társuló drogfogyasztás olyan kihívást jelentett a segítő szakmáknak, mellyel hagyományos módokon nem tudtak megbirkózni, hiszen ezek a fiatalok nem tartják magukat tradicionális értelemben vett „segítségre szorulóknak“, illetve a fogyasztott drogok is viszonylag ritkán vezetnek súlyos egészségügyi szövődményekhez. Ebben a térben a hagyományos megkeresés és segítség nehezen képzelhető el. Ezeket a fiatalokat az egészségügyi és szociális szolgáltatások sem érik el, és ők sem keresnek ilyen jellegű segítséget, hiszen nem érzik, hogy szükségük lenne rá, sem betegnek, sem „függőnek“ nem gondolják magukat.

Ismertetik a szerzők ezen kívül a Party Service konkrét szolgáltatásait az ártalomcsökkentés jegyében, mely jól demonstrálja az ebben a térben megvalósítható és egyben kívánatos szolgáltatások jellegét. Ilyenek például:
felvilágosítás a drogok fajtáiról és hatásmechanizmusairól (beszélgetés, szóróanyagok),
pszichológiai segítségnyújtás krízishelyzetben (pl. túlzott „pörgés” és testi kimerülés, paranoid állapotok, szorongással járó hallucinációk, „bad trip”, különböző szorongásos és zavart állapotok, aluszékonyság),
szükség esetén mentőhívás (pl. súlyos túlادagolás gyanúja, epilepsziás roham, öngyilkossági kísérlet, egyéb pszichiátriai vagy orvosi problémák esetén),
megismertetés a segítség lehetőségeivel (beszélgetés szociális problémákról, intézmények, hozzáférés),
kezelőhelyek felé irányítás további segítségnyújtás céljából,
jogi információnyújtás,
pszichikailag vagy testileg „láthatóan rosszul levő” fiatalok felkutatása a közönség soraiban és segítségnyújtás,
a szerhasználat káros hatásait (felmelegedés, kiszáradás, vitaminhiány, kimerülés) csökkentő folyadék, ásványi só, cukor- és vitaminpótlás, kekszadás,
biztonságos szex promótálása és elősegítése (óvszer osztás),
információgyűjtés az adott célcsoportról, drogfogyasztási szokásaikról (kérdőívek, interjúk stb.),
újabb igényterületek feltárása,
érintett szervezetek közötti együttműködés.

Az említett tevékenységek példák a lehetséges beavatkozásokra a Party Service szolgáltatásain keresztül, de az eltérő helyszínek természetesen más és más lehetőségeket és igényeket rejtenek magukban. Az említett szolgáltatások leginkább a parti térben ideálisak, illetve fesztiválokon némi módosítással (erről részletesebben alább). A klubokban például ellenállásba ütközhet a vízosztás kereskedelmi okokból, és a beszélgetés is nehézkes, ha nem lehetetlen a zaj miatt. Ezen a szintéren előtérbe kerül az információátadás és maga a szórakozóhely „biztonságossá” tétele. Ez a törekvés a szórakozóhelyek részéről nem igazán támogatott ez idáig. A szórakozóhelyek nagy részében nincsen semmilyen stratégia vagy kialakított rendszer az ártalomcsökkentésre, melynek kidolgozása az új Nemzeti Drogstratégiában megfogalmazott alapelvek értelmében is elvárt lenne (VII/1.3. Célkitűzések d, A szabadidő-eltöltés szinterei). A Nemzeti Drogstratégiához kapcsolódó kiegészítő dokumentumban, szakmai ajánlás formájában is megfogalmazásra kerültek konkrétumok a szükséges lépések irányára vonatkozóan.

Fontos itt említést tennünk az ún. Biztonságos Szórakozóhely Programról /93/, mely kezdeményezés jelentős előrelépést jelentett az elmúlt évtized elején a szórakozóhelyeken történő segítő munka fejlődésében, a biztonságos szórakozás körülményeinek megteremtésében, esetleges egészségügyi és szociális károk kiküszöbölésében. Bár a közzétett alapelvek érvényesítésének fontosságában minden érintett szereplő egyetértett, és sikerült is bizonyos szórakozóhelyek tulajdonosait bevonni a programba, akik vállalták az előírások betartását, mégis nagy számban soha nem terjedt el a program Magyarországon, nem vált igazi mozgalommá, sőt egyre inkább sajnos elfelejtődött, miközben a program által megfogalmazott javaslatok a mai napig érvényesek. Sajnos az elvárások törvényi úton történő kikényszerítése nem volt lehetséges, így azok megmaradtak az ajánlások szintjén.

A Biztonságos Szórakozóhely Program

A különböző veszélyek és problémák felismerése következtében a táncos szórakozóhelyek üzemeltetői, együttműködésben az akkori Ifjúsági és Sport Minisztériummal, valamint az Országos Bűnmegelőzési Tanáccsal, olyan civil kezdeményezést indítottak el, amely a következőket tűzte ki célul:

annak megvalósítása, hogy a táncos szórakozóhelyeken kikapcsolódni vágyó fiatalok biztonságos körülmények között tölthessék szabadidejüket, azaz a táncos szórakozóhelyeken történő illegális droghereskedelem megakadályozása;

olyan körülmények kialakítása, amelyek leginkább biztosítani képesek a fiatalok lehetőség szerint drogmentes, veszélyek nélküli szórakozását, valamint olyan intézkedések bevezetése, amelyek a droghasználat (és nem kereskedelem!) megjelenése esetén – a hely stigmatizálása és ennek következményeként a droghasználó fokozott veszélybe sodrása nélkül – képesek a legális (alkohol) vagy illegális droghasználatból eredő egészségügyi és pszichoszociális ártalmak kiküszöbölésére, minimalizálására.

Valamint, ennek érdekében

megváltoztatni a táncos szórakozóhelyekről kialakított képet, azaz elfogadtatni a közvéleménnyel, valamint a hivatalos közigazgatási és rendőri szervekkel, hogy a táncos szórakozóhelyek integráns részét képezik a fiatalok rekreációs tevékenységének, illeszkednek az aktuális kulturális trendek által meghatározott szórakozási formák közé, és ezzel összhangban,

a táncos szórakozóhelyek stigmatizálásának, negatív diszkriminációjának elkerülése és megszüntetése.

A fenti célkitűzések megvalósulása érdekében a programhoz csatlakozó diszkók/szórakozóhelyek üzemeltetői vállalnák, hogy a vezetésük alatt álló szórakozóhelyen az alábbi feltételeket megvalósítják:

ingyenes, korlátlan mennyiségű ivóvíz elérhetővé tétele;

a megfelelő szellőztetés biztosítása;

a droghasználat veszélyeire vonatkozó szóróanyagok terjesztése;

a legolcsóbb italként alkoholmentes üdítő elérhetővé tétele;

a nyitvatartási idő alatt olyan képzett szakember jelenléte a szórakozóhelyen, aki felvilágosítást tud nyújtani a droghasználat következményeit illetően, és tanácsot tud adni a drogfogyasztás következtében fellépő egészségügyi és pszicho-szociális kockázatok elkerülésével kapcsolatosan, illetőleg

egy elkülönített – csendes – helyiség (chill-out szoba), vagy helyiség rész biztosítása ezen szakember működéséhez;

a nyitvatartási idő alatt elsősegély-nyújtásban képzett szakember jelenléte a szórakozóhelyen, aki szükség esetén további segítséget (mentőt) hív;

a látogatók rendelkezésére áll egy hűvösebb, csendes, pihenésre alkalmas helyiség;

a látogatók csomagját biztonsági szolgálat vizsgálja át;

a szórakozóhelyre történő belépéskor a veszélyes tárgyak kiszűrése fémdetektorral történik;

a szórakozóhelyek üzemeltetői együttműködési megállapodás aláírására törekszenek a helyi önkormányzattal, a rendőrséggel, a területen illetékes egészségügyi szolgáltatóval és a droghasználat megelőzésének célját felvállaló civil szerveződésekkel.” /93/ (434. o.)

A célkitűzések megvalósítása érdekében a rendőrség, a helyi önkormányzat és egyéb hivatalos szervek együttműködésére is megfogalmazódtak javaslatok.

Átalakulások az utóbbi években

Az 1990-es években a döntően rekreációs jellegű szerfogyasztás elsődleges színtereivé az underground vagy mainstream elektronikus zenét játszó (eredeti elnevezéssel „rave“) partik váltak. Itt az esemény szerves részét képezi a drogfogyasztás, háttérbe szorítva az alkoholfogyasztást, ami csak kismértékben jellemző. Ezek a partik jelentették a Party Service és más hasonló jellegű ártalomcsökkentő szolgáltatások fő terepét /63, 68/. Az évek során azonban a tapasztalat azt mutatja, hogy átalakulóban van a parti tér, és kikopnak lassan a kínálatból az azelőtt jellemző, nagyobb tömegeket megmozgató események, illetve jóval ritkábban kerülnek megrendezésre.

Emellett a partizó fiatalok is egyre kevésbé érhetők el a konkrét parti térben az intervenciók számára. Ráadásul az ártalomcsökkentő információk szintjén a tapasztalt partizók jól tájékozottak, értesüléseiket nem a helyszínen szerzik elsősorban, hanem már ezekkel felvértezve érkeznek. Ahogy a szerveződés is áttevődik a virtuális térbe, úgy az információs kampányok és a tájékozódás elsődleges színterevé is egyre inkább az online felületek válnak.

Az ártalomcsökkentés számára a klubok, diszkók világa egyre nehezebben megközelíthető területté vált, vagy néha teljesen megközelíthetetlen a tulajdonosok ellenállása következtében. Az ártalomcsökkentő szolgáltatások létjogosultsága azonban töretlen, hiszen maga a szerfogyasztás továbbra is jelen van az egyre növekvő alkoholfogyasztási tendencia mellett.

Külön említendők ezen a ponton a nyári fesztiválok, amik hagyományosan nagy tömegeket megmozgató, több napos események, jellemzően hirtelen nagy mennyiségű alkohol- és drogfogyasztási mintázatokkal. A fesztiválokon különösen indokolt az ártalomcsökkentő és célzott prevenciók szolgáltatások és információk megjelenése, hiszen ebben a térben a szerhasználat jelentősen eltérhet a személynél más helyzetekben jellemzőtől. A színtér (setting), így a körülmények is teljesen mások lehetnek az általános klub- vagy partitérhez képest, amit a fogyasztó általában megszokott: például a napközbeni hőség, a több napos bulizás következményeként kialvatlanság stb., amihez hozzáadódik, hogy heterogénebb a közönség. Többféle új szer kerülhet a fogyasztó látókörébe, illetve a beszerzés forrása is új lehet. Specifikusan megfogalmazott ártalomcsökkentő üzenetekre lenne szükség erre a térre vonatkozóan, a megfelelő jelenléttel ötvözve. A vonatkozó üzenetek az ebben a helyzetben ajánlott vízfogyasztási mennyiségtől kezdve a fürdugó ajánlott használatáig sok területet felölelhetnek. /69/

A fiatalok megszólítása – egyéb lehetőségek

A „setting alapú“, a rekreációs szerfogyasztás helyszínén megvalósuló intervención kívül fontos lenne más pontokon is elérni a fiatalokat, hiszen a konkrét helyszíni ártalomcsökkentő jelenlét csak egy állomás abban az „ívben“, amit egy fogyasztó végigjár egy partis hétvége alkalmával. A partira járás alapvetően a legtöbbször számára egy társasági alkalom kortársakkal, melyet általában egy tervezési szakasz előz meg: például a parti kiválasztása, információgyűjtés, jegyvásárlás, sok esetben annak eldöntése, hogy milyen szert fognak fogyasztani az adott estén. Ezt követi az aktuális napon a „rámelegítés“, illetve a partira való eljutás, reggel pedig a hazajutás, illetve esetlegesen valamely afterpartin való részvétel és onnan a későbbiekben a hazajutás.

Ezen ív szinte minden pontján „beléphet“ ártalomcsökkentő, ill. prevenciók információ, közvetlen vagy közvetett formában, hiszen egyaránt cél az általános tájékozottság megteremtése és a konkrét szolgáltatások biztosítása.

A tájékozódó szakaszban történik a szerveződés, hirdetések alapján, legyen az online vagy offline jellegű. Ezen a ponton információértékű lehet például a parti helyszíne, a szórakozóhely vagy alkalmi helyszín tulajdonságai. Amennyiben a szórakozóhelyekre

vonatkozó irányelvek működnek, garanciát jelenthet egy-egy hellyel kapcsolatban, hogy biztosítva vannak a lentebb bővebben kifejtett alapszolgáltatások, például az elsősegélyre, a vízre és a biztonságra vonatkozó alapelvek /70/. Az ilyen reklám sokat alakíthat egy hely reputációján, és feltételez bizonyos alapszínvonalat, azaz alapját képezheti a szolgáltatást igénybe vevők részéről egy tudatos választásnak, melyre az igény is megteremthető.

Szintén fontos felület az informálódás és szerveződés szakaszában az említett online jelenlét. Ártalomcsökkentő online kampányok létrehozása, illetve ezek marketingje valószínűleg egy olyan felületen éri el a célközönséget, amit valóban használnak. Alapvető példa lehet erre a Facebook-csoportok létrehozása.

A partira való eljutás (illetve bármely más útközben töltött idő) köztes terében szintén szerepe lehet a médiának, itt viszont talán a nagyobb egészség promóciós kampányoknak, plakátokkal, szóróanyagokkal, olyan mértékű médiajelenléttel, ami látható a célközönség számára. (kellően nagyszabású vagy megfelelően lokalizált, azaz a megfelelő környéken, járművön, taxiban, éjjel-nappaliban stb. megjelenő üzenetek.) Példa lehet egy nagyobb országos kampányra a Nagy-Britanniában jelenleg is folyó „Know your limits“ mértékletes alkoholfogyasztásra felszólító NHS kampány /70/, melynek óriásplakátjai és reklámfelületei a buszmegállóktól kezdve a repterekig sok helyen láthatók, vagy a szintén brit nagyszabású FRANK /71/ kampányok, melyek a kannabiszfogyasztás lehetséges veszélyeire hívják fel a figyelmet. A nagyobb kampányok mellett ugyanakkor kisebb közösségeket megcélzó, undergroundabb rétegeket megmozgató kommunikációs formák is kiaknázhatóak lennének matricázással, specifikus felületek használatával.

A partiról való hazatérés egy gyakran mellőzött terület, sokszor bizonyos helyszínekről nem is megoldott az egész éjszaka folyamán. Egy elfáradt és szervezetét „kipörgetett“ partizó számára szintén egészségügyi kérdés, hogy hogyan jut haza, illetve hogyan tudja levezetni az estét és elaludni. Ezen a ponton egyrészt szintén fontosak a jól közvetített, pontos információk (pl. az altatóhasználat veszélyei szerhasználattal kombinálva, az étkezés, nyomelemek pótlása stb.), másrészt fontos a megoldott közlekedés a hazajutáshoz a személy és a környezet jólléte szempontjából, amellyel kapcsolatban hazai viszonylatban a fentebb már több ízben említett szakmai ajánlás tesz javaslatokat. A biztonságos hazajutás megszervezése összetett szervezést igényel még a szórakozóhelyek és a helyi önkormányzatok támogatásával is. Londonban egészen új kezdeményezésként vezették be, hogy bizonyos partinegyedekből az éjszaka folyamán fix árú taxisszolgáltatást igénybe véve lehet hazajutni (ottani viszonylatban inkább alacsony áron, engedéllyel rendelkező taxikkal). /72/ Egy ilyen kezdeményezés egyrészt biztosítja a biztonságos hazajutást a személyek számára, megvédve őket az utcai incidensektől, nehogy annak részeseivé vagy áldozataivá váljanak, mely ez által csökkenti a bűnözést is az adott területen. Így az ott lakók is elégedettebbek, mivel kevesebb a zaj, ami végső soron a szórakozóhelyek közös érdeke is.

II.3.1.2. Jelenleg működő hazai programok

A hazai programokról két forrásból rendelkezünk részletes információkkal. Egyrészt a Healthy Nightlife Toolbox program keretében (lásd a programot részletesen később), a kézikönyv értékelése során került sor a zenés-táncos szórakozóhelyeken programokat megvalósító szervezetek programjainak bemutatására (ezeket az 5. sz. táblázat tartalmazza) /73/, emellett pedig a Drog Fókuszpont végez minden évben adatgyűjtést a rekreációs színtéren ártalomcsökkentő tevékenységet folytató programokról (a 2009-ben futott

programokat a 6. sz. táblázat tartalmazza). A két táblázat között természetesen van átfedés, a régebb óta, folyamatosan működő programok mindkét táblázatban megjelennek.

Programok 2008-ban

Magyarországon 2008-ban információink szerint 9 városban/kistérségben 6 szervezet végzett aktív ártalomcsökkentő, illetve prevenciós tevékenységet a rekreációs színtéren: a Kékpont Party Service, a Lelkierő Egyesület, a Tükör Drogambulancia, az INDIT Bulisegély, illetve a Mi-Értünk Egyesület Békéscsabán és a Mi-Értünk Egyesület Orosházán, valamint a Független Egyesület Gyulán.

A *Kékpont Party Service Kék Pont (Budapest)* programja 1998 óta van jelen az elektronikus zenei szcénában. Elsődleges cél a biztonságos szórakozás és biztonságos táncolás megteremtése a partilátogató fiatalok számára a szerhasználatból fakadó szociális és egészségügyi ártalmak minimálisra csökkentésével. A szolgáltatások közé tartozik az ásványvíz, szőlőcukor, szórólapok, vitaminok és ásványi anyagok, illetve óvszer osztása, a pihenési lehetőség (chill-out) megteremtése, lelki segítségnyújtás, szükség esetén kezelőhelyek felé való továbbirányítás. Az önkéntesek maguk is az elektronikus zenei szcena aktív résztvevői. A szolgáltatás jelenleg nem rendszeres, csak kiemelt rendezvényeken van jelen.

A *Lelkierő Egyesület (Debrecen)* az észak-alföldi régióban nyújt szolgáltatásokat. A „Mozgó-társ” szolgáltatás keretében 2004 óta szórakozóhelyeken és nyári fesztiválokon biztosítanak pihenési lehetőséget a szakképzett munkatársak, illetve képzett önkéntesek. Szolgáltatásaik: beszélgetés, kérdőívek kitöltése, tájékoztató kiadványok, információ nyújtása a városban fellelhető segítő szolgáltatásokról, vitaminok, ásványvíz, óvszer és gyümölcs osztása.

Az INDIT Közalapítvány által működtetett *Kaposvári Tükör Drogambulancia* 2000 óta működteti alkalmi jelleggel Bulisegély szolgáltatását a helyi szórakozóhelyeken. Céljuk a biztonságosabb droghasználat és táncolás, illetve biztonságosabb szexuális viselkedés elősegítése személyes tanácsadás, illetve ártalomcsökkentő eszközök révén.

Az *INDIT Közalapítvány (Pécs)* Bulisegély Szolgálata 2000 óta működik. Céljuk a legitim és illegitim drogokkal kapcsolatos informálás, szükség esetén a megfelelő intézménybe irányítás, valamint a droghasználat során fellépő akut lelki és fizikai tünetek, problémák kezelése (szükség esetén vitaminok, ásványvíz, szőlőcukor adása). Az intervenció Pécssett változó rendszerességgel működik.

A *Békéscsabai Mi-Értünk Egyesület* Bulisegély programja 2008-ban indult, és négy szórakozóhelyen kétheti rendszerességgel vannak jelen a segítők. Vitamint, ásványvizet és óvszert osztanak, személyesen, illetve szóróanyagok segítségével felvilágosítást nyújtanak, továbbá szükség esetén komplexebb ellátás felé irányítják a fiatalokat.

A *Mi-Értünk Alapítvány* Bulisegély programja *Orosházán* 2008 óta működik. Az információátadás mellett szükség esetén óvszert, ásványvizet, pezsgőtablettát, szőlőcukrot biztosítanak. A Bulisegély munkatársai a városban két éjszaki helyszínen dolgoznak. Az Orosházán is elindított program sajátossága, hogy a munkát nem a „klasszikus” bulisegély során végzett tevékenységekkel kezdte (ártalomcsökkentő szerek nem kerültek kiosztásra), hanem a helyi Evangélikus Általános Iskola és Gimnázium Diáklubjában, kötetlen programként. A gimnazistákkal való kapcsolatfelvétel után, a szélesebb kör elérése érdekében, az Orosházán üzemelő legnagyobb sörözőben is megkezdődött a szolgáltatás biztosítása.

Az Egerben és az egeri kistérségben tevékenykedő *Agria Party Service* 2008 júliusától kezdve az intézményi háttér és az anyagi/szakmai támogatottság megszűnése miatt „alvó programmá” alakult.

Gyulán a *Független Egyesület* 2006 óta folyamatosan végzi alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő tevékenységeit. Egyéb tevékenységei mellett Békés megyében az egyesület indította el elsőként – 2007-ben – az alacsonyküszöbű szolgáltatások közül a Bulisegélyt.

Emellett Szombathelyen is voltak próbálkozások e területen.

Programok 2009-ben

2009-ben is 8 városban/kistérségben működött a rekreációs szintű ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet nyújtó szolgáltatás.²⁶ Változás az elmúlt évhez képest, hogy Budapesten és Egerben megszűnt az ilyen jellegű szolgáltatás. Projekt jelleggel viszont közel egy éven át (2008. október – 2009. június) működött party service szolgáltatás Mosonmagyaróváron, és 2007 óta működik bulisegély Nyíregyházán is.

2009-ben a szervezetek összesen 441 eseményen vettek részt, ahol több mint 11 300 fiatallal kerültek kapcsolatba. A kapcsolatteremtés és beszélgetések mellett a szervezetek munkatársai tájékoztató anyagokat, szórólapokat, drogtatókat, valamint egyéb, a drogfogyasztás ártalmait csökkentő italokat, ételeket osztottak a szórakozó fiataloknak. A szolgáltatók a következőkkel segítették a fiatalok biztonságosabb szórakozását: ásványvíz (több mint 1400 liter), óvszer (5564 db), szórólapok (8100 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok, gyümölcs.

Fontos információ, hogy csökkenés mutatkozik a szervezett bulikon való részvételben, ugyanakkor gyakoribb a szervezetek fesztiválokon való megjelenése.

II.3.1.3. Nemzetközi kitekintés – külföldi programok

Nemzetközi szinten számos példa létezik a zenés-táncos színtereket megcélzó prevenációs programokra. Az előző fejezethez hasonlóan itt részletesen is bemutatunk néhányat, melyek témánk szempontjából a leginkább relevánsak, innovatívak, és meghatározóak a terület fejlődése szempontjából.

Az EMCDDA 10. Monográfiája /75/ két típusra osztja az e területen alkalmazott intervenciókat:

1. egyéni, illetve csoportfókuszú intervenciók és
2. „setting-alapú” megközelítések (ide sorolják az éjszakai klubokban vagy intézményekben megvalósuló, a szerhasználat környezeti aspektusait is figyelembe vevő intervenciókat).

Nagy-Britanniában 1993-ban indították útjára a *Safer Dancing* kampányt Manchester-ben a Lifeline nevű ártalomcsökkentő szervezet és a helyi városvezetés (Manchester City Council) közös szervezésében /76/. A klubokban monitorozni kezdték a hőmérsékletet, a levegőminőséget, valamint hogy mennyire állnak rendelkezésre a chill-out területek, illetve a víz és ártalomcsökkentő információk.

A szórakozókat a különböző szolgáltatók már azelőtt is figyelmeztették a folyadékfogyasztás fontosságára, a túlmelegedés veszélyére, illetve tanácsolták a nem túl testhezálló öltözet viselését, ezen kívül azonban „magukra hagyták őket” az ártalmak csökkentésében. Az 1993-as Safer Dancing kampány volt az egyik első alkalom, amikor a helyi hatóságok is felvállalták az ártalomcsökkentést Nagy-Britanniában, és immáron az ártalomcsökkentő szervezetekkel karöltve cselekedtek, szabályozva a klubokat is /77/.

²⁶ 8 szervezet töltötte ki a 2009-es tevékenységéről a Drog Fókuszpont kérdőívét

1996-ban a The London Drug Policy Forum adott ki irányelveket a londoni éjszakai klub- és partiélet (rave) ártalomcsökkentésével kapcsolatosan, segítve ezzel egy londoni kampány megszületését. 1997-ben kezdődött a *London Dance Safety* kampány, mely a táncos szórakozóhelyeken való szerfogyasztás ártalmainak csökkentése érdekében egy többszintű megközelítést alkalmazott. A szórakozóhelyeken történő ártalomcsökkentő, megkereső munka a beavatkozás egyik szintjét jelentette. Emellett poszterkampányt szerveztek a londoni tömegközlekedési járműveken, továbbá információs könyvecskét adtak ki, mely a szórakozóhelyeken fogyasztott drogokkal kapcsolatos információkat, egészségi és biztonsági tanácsokat tartalmazott. Speciális tartalmú tréningeket szerveztek a klubtulajdonosoknak, a biztonsági embereknek, a klub alkalmazottainak, a helyszínen megkereső tevékenységet folytató szolgáltatóknak, illetve a mentősöknek. Kampány telefonvonalat üzemeltettek, melyen információt lehetett kapni a kampányról, a vonatkozó eseményekről, és információs könyvecskét lehetett rendelni. A kampány tényszerű, nem moralizáló üzeneteket közvetített, és különösen sikeresnek értékelték a poszterkampány figyelemfelhívó hatását /78/.

Ebben az időszakban az Egyesült Királyságban állami szinten is elfogadtak az ártalmak minimalizására irányuló javaslatokat, így a brit Home Office (kb. Belügyminisztérium) és a Scottish Office is. Azóta mind emberjogi, mind üzleti szempontból a klubtulajdonosok, partiszervezők és szolgáltatók közös érdeke ezen irányelvek betartása. A Home Office 2008-ban megjelentetett egy *best practice guidance*-t is (Safer Nightlife. Best practice for those concerned about drug use and the night-time economy) /79/, mely összesíti az eddigi tapasztalatokat, és kijelöli a további fejlődés útját. Az érintett felek együttműködésére alapoz, és részletesen kijelöli a szórakozóhely tulajdonosoknak/üzemeltetőknek, a helyi hatóságnak, a rendőrségnek, a tűzoltóknak, a mentőknek és a droggal és alkohollal foglalkozó szolgáltató szervezeteknek a feladatait és felelősségét az egyes területeken. A taglalt problématerületek:

Zenés-táncos szórakozóhelyek jellemzői, a szcénában különböző szinteken lezajlott átalakulások az utóbbi években.

A biztonságos fizikai környezet megteremtése: túlszűfoltosság megakadályozása, légkondicionálás és szellőztetés, az ivóvíz elérhetősége, chill-out területek, ingyenes ruhatár, bejáratnál figyelmeztetés lézer, illetve stroboszkóp használatról, valamint egyéb általános biztonsági előírások. Ezen elvek betartásának biztosítása és monitorozása.

A színhelyeken való drogárusítás megállítása. Törvénykezés, belépéskor átkutatás, általános éberség, CCTV, mosdók felügyelete stb.

A szerfogyasztással járó ártalmak csökkentése. Információ és megkereső tevékenységek működésének irányelvei, drogedukáció, a szerhasználat jellemzői, mentő hívásának protokollja, biztonságos hazajutás.

A szexuális egészség promóciója. Nem kívánt terhesség és szexuális úton terjedő betegségek, szexuális információ, droghatás indukálta szexuális támadások megelőzése.

Zenés-táncos helyekre vonatkozó drogpolitika fejlesztése, javaslatok.

Az említett manchesteri és londoni programokon kívül az állami szintű ajánlással párhuzamosan számos egyéb kampány valósult meg, és van folyamatban Nagy-Britanniában. Egy 2000-es program Blackpoolban /94/ szintén az ismertetett alapelvek mentén valósult meg a helyi klubokban és pubokban helyi kortárssegítők megkereső munkájával, akik önkéntesként dolgoztak. Cserébe ingyenes komplex tréninget kaptak a területen. Szórányanyagokat is terjesztettek, és a kortárssegítők mellett a klub alkalmazottaknak is nyújtottak tréninget.

A *Chill Out Sound Support* egy 1997 óta folyamatosan működő szolgáltatás Nottingham-ben /95/, mely egy példa az NHS (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) által fenntartott szolgáltatásokra. Itt ártalomcsökkentő információkat adnak át, a szolgáltató (ez egy

PCT, Primary Care Trust) intézményben kognitív terápia és motivációs interjúk, illetve holisztikus terápiák zajlanak. A biztonságos szexről és fogamzásgátlásról tanácsadást, tréningeket szerveznek, illetve szükség esetén tovább irányítanak más szolgáltatókhoz. Emellett folytatják a megkereső tevékenységet is az éjszakai szórakozóhelyeken.

Példák még programokra egyéb európai országokból a *Partywise* (Brüsszel) és a *STAD* (Stockholm). /96, 97/ Mindkét program ugyanazokon az alapelveken nyugszik, mint a brit programok. Kiemelendő azonban, hogy mindkét esetben nagy hangsúly van a klubtulajdonosokkal és promóterekkel történő kommunikáción. Tréningeket szerveznek nekik, illetve közösen alakítják ki az alapelveket is, párbeszéd zajlik a szolgáltatók és a tulajdonosok között. Ezen kívül megemlítendő az erős média támogatottság, a médiában való megjelenés, posztterek, rádió, televízió, újságok és az online felületek használata.

Német nyelvterületen is találunk több példát ezekre a programokra. A *Safer Clubbing Egyesület* /80/ egy olyan svájci egyesület, amit 2004-ben, Zürichben alapítottak, és a klubszcénában tevékenykedik. Az éjszakai klubokkal partnerségben dolgoznak a prevenció szakemberek, a mentősök, és az AIDS-megelőzésben dolgozó segítők. A prevenció tekintetében sokat segíthetnek a klubtulajdonosok abban, hogy megfigyeljék az egyébként nehezen elérhető 17-25 éves korosztályt, felfigyeljenek a problémás droghasználatra, és megfigyeljék e droghasználat trendjeit. A partizók pedig biztosak lehetnek abban, hogy a vendégek érdekei állnak előtérben. Jól szervezett, felelősségteljes klubokban kellemes hangulatú chill-out részeket találnak, ahol ihatnak vizet, kaphatnak óvszert és fül dugót, valamint információkat találhatnak a HIV-fertőzés megelőzéséről és az anyaghasználatról. E mellett felkészült szakemberekkel is találkozhatnak. Céljuk, hogy legyenek a klubszcénában olyan minőségbiztosítással rendelkező klubok, ahova a vendégek szívesen térnek be. Évente kampányokat is rendeznek, mindig egy aktuális témában, valamint tervezik, hogy képzéseket indítanak.

A bieli Contact Netz /81/ *Streetwork Biel* programja is több lehetőséget kínál: www.outgoing.ch – az éjszakai élet internetes felülete – online tanácsadás és információk (most már átvezet egy másik oldalra: az új projektjükre, a *Rave it safe*-re /82/, akik rendelkeznek a partik helyszínén partidrogokkal kapcsolatos információs pulttal, mobil laboratóriummal (kisebb szórakozóhelyeken és nagy, szabadtéri partikon is). Foglalkoznak ezen kívül komplett chill-out részek kialakításával, online tanácsadással, és adott esetben tovább közvetítik az őket megkeresőket szakértőkhöz. Ezen kívül tanfolyamokat szerveznek partidrog témakörében maguknak a partizó fiataloknak, a szórakozóhely-tulajdonosoknak, segítő szervezeteknek, szakembereknek. (Az oldal alapján nem derült ki, hogy az „outgoing” és a „raveitsafe” mekkora átfedésben van egymással.)

„Drugchecking” – mobil laboratórium a nagyobb partikon, ahol a résztvevők anonim módon, kb. 20 perc alatt teszteltethetik a bevenni kívánt anyagot. A helyszínen kaphatnak további információkat és szükség esetén tanácsokat is.

Nightcare – a parti-éjszakai élet érdeklődői számára lehetőséget nyújtanak egy alaptudás megszerzésére, ami az éjszakai életet, partiszcénát illeti (elsősorban egészségügyi oktatás – elsősegély, horrotrip esetén mit kell tenni stb.)

AwareDanceCulture /83/ – infók partidrogokról, a fogyasztás körülményeiről, veszélyekről stb.

Safer clubbing – ld. fent.

A www.saferparty.ch/ oldalon amellet, hogy bemutatják az érdeklődőknek a biztonságos anyaghasználatot, online tanácsadás is zajlik.

A németországi keresések kapcsán elsősorban olyan programokat találtunk, amelyek a bűnmegelőzéshez kötődnek, azaz elsősorban arra irányulnak, hogy a szórakozóhely-tulajdonosokat, illetve a nem-partizó lakosságot „védjék meg” a szórakozó fiataloktól. Az

ártalomcsökkentő szemlélettel kereséseink során kevésbé találkoztunk. Itt elsősorban a kínálatcsökkentés, felvilágosítás a cél.

Hessen /84/ tartományban 2004 októberében kezdődött kampány a szórakozás biztonságosabbá tételére, miután sok probléma merült fel a fiatalok (elsősorban) alkoholfogyasztása miatt. A szórakozóhelyeken és környékükön (16 év alattiaknak is adtak el alkoholt, 18 év alattiak is fogyasztottak alkopopot, néha nagy mennyiségben, gyerekek is jelen voltak a szórakozóhelyeken, kíséret nélkül stb.). A kampány célja a felvilágosítás, a felelősségérzet növelése volt a klubtulajdonosok részéről, az égetett szeszes italok kínálatának csökkentése a szórakozóhelyeken, a különböző erőszakos cselekedetek számának csökkentése a diszkók környékén. A célcsoport: a szórakozóhely-tulajdonosok, biztonsági emberek, akik a szórakozóhelyeken dolgoznak, városi és megyei alkalmazottak, akik a különböző szórakozóhelyek engedélyeivel foglalkoznak, valamint önkormányzati alkalmazottak.

A *Karlsruhe-i biztonságos szórakozóhely-program* és akció /85/ is elsősorban egy rendőrségi akció, amely arra irányul, hogy az éjszakai élet nyugalma megőrizhető. 2004 óta működik.

A *Nightwatch – Stuttgart-i biztonságos szórakozóhely-projekt* /86/ egy 2009 óta működő prevenciós program, aminek elsődleges célja az egységes házirendek kialakítása és megtartása Stuttgartban. Kötelezik az abban résztvevő szórakozóhelyeket, hogy tartsák távol vendégeiket a hely kiszolgálórészétől, és akadályozzák meg az erőszakos cselekedeteket határozott fellépéssel.

Érdekes, de már ausztrál példa, hogy a *queenslandi rendőrség biztonságos parti oldala* /87/ egy sor ajánlást nyújt ahhoz, hogyan legyen valaki egy biztonságos parti szervezője, egy biztonságos parti résztvevője, illetve hogyan viselkedjen szülőként, ha a gyerekét biztonságban szeretné tudni. Ha valaki bulit, parti-t szeretne rendezni, az regisztrálhatja is a buliját a rendőrségen. Az ajánlások elsősorban igen gyakorlatiasak (mit igyon a résztvevő, hova írja ki a fontos telefonszámokat, mint rendőrség, mentők, tűzoltók elérhetőségei, és kikkel tartózkodjon együtt a bulin).

Egy másik ausztrál projekt, a *canberrai Party Safe Project* /88/ egyrésztől rendelkezik egy „party safe” busszal, ami a város különböző pontjain megáll bizonyos időpontokban. A projekt egyik célja, hogy csökkentse a rizikómagatartást az alkohollal való visszaélés területén, úgy mint nagyívás, nem biztonságos szexuális kapcsolat létesítése, erőszakos cselekedetek, vezetés alkohol fogyasztása mellett. A következő szolgáltatásokat nyújtják: hogyan tegyünk biztonságossá egy partit, biztonságos szex csomag, víz, elsősegély kurzus stb.

A nemzetközi programok 7. sz. mellékletben található táblázatos összesítésben.

A Healthy Nightlife Toolbox projekt

Az értékelt programok legnagyobb áttekintését a nemzetközi kezdeményezésű „Healthy Nightlife Toolbox” (HNT) projekt /89/ végezte el, melynek célja az alkohol- és kábítószer-fogyasztás ártalmainak csökkentése a fiatalok körében. A projekt központi eleme egy honlap, mely különböző formában nyújt információkat az érintetteknek (helyi és országos döntéshozók, prevenciós szakemberek): három adatbázist tartalmaz, melyek az értékelt, bizonyítottan hatékony beavatkozásokat; a szakirodalmi forrásokat és a területen dolgozó szakemberek elérhetőségeit tartalmazzák. A honlap további fontos eleme egy Kézikönyv (Healthy Nightlife Handbook), mely az Európai Unió támogatásával, a holland Trimbos Intézet és négy további tagállam (Egyesült Királyság, Belgium, Magyarország és Spanyolország) intézeteinek együttműködésében került kidolgozásra. A kézikönyv elsődleges célcsoportja az EU határain belüli helyi, regionális és nemzeti döntéshozók és prevenciós

szakemberek, akik az éjszakai rekreációs szintér egészségesebbé és biztonságosabbá tételét célzó programokon dolgoznak.

A kézikönyv négy fő területet ölel fel:

A rekreációs szintéren jelenlévő alkohol- és droghasználattal kapcsolatos háttér információk és a használatból fakadó főbb egészségügyi és biztonsági kockázatok;

E problémák megragadásának egy integratív megközelítését képviselő javaslatok és eszközök ezek gyakorlati megoldásához;

A különböző típusú intervenciók áttekintése és adatok ezek hatékonyságáról;

Linkek biztosítása a szakirodalmi, intervenciók és kontaktszemélyeket tartalmazó adatbázisokhoz.

A kézikönyv átfogó összefoglalót tartalmaz továbbá az éjszakai rekreációs szintéren végzett prevenció különböző irányelveiről is.

A projekt honlapja²⁷ számos egyéb információ mellett tartalmazza a már értékelt, szórakozóhelyekhez kapcsolódó rekreációs programok színvonalas gyűjteményét, és így tulajdonképpen egy nemzetközi szintű, teljes áttekintést nyújt a legjobb gyakorlatokról. Jelenleg 46 ilyen intervenciót tartanak számon, amelynek részleteit (rövid összefoglalását, háttérét, célját, jellemzőit, célcsoportját, eszközeit, értékelését stb.) is megtudhatja az oldalra látogató. Mivel a honlap valóban igen részletes információkkal szolgál, ehelyütt nem mutatjuk be a HNT adatbázisában szereplő programokat külön.²⁸

A projekt keretében sor került a Kézikönyv és az adatbázis gyakorlati alkalmazásának monitorozására és értékelésére /73/. A vizsgálatban nyolc magyarországi és egy olasz szervezet képviselői vettek részt. A folyamatértékelés keretében a Kézikönyvről alkotott véleményeket és fejlesztési javaslatokat mérték fel, míg az eredményértékelés során a kialakított projekttervek kerültek értékelésre független szakemberek segítségével.

A programtervezés Kézikönyvben javasolt menetével összhangban a vizsgálat a következő szakaszokból épült fel:

A Kézikönyv elolvasása és teoretikus értékelése.

Problémafelmérés: az alkohol és a kábítószeres által az éjszakai élet színterein okozott problémák felmérése az adott városban, illetve ezek okainak azonosítása, amennyiben ez lehetséges.

Hálózatépítés: a lehetséges kapcsolati partnerek, valamint érdekeik és lehetséges felelősségkörük feltérképezése.

Intervenciók kiválasztása (és amennyiben szükséges, ezek kifejlesztése).

Projektterv elkészítése.

A vizsgálat eredményei szerint a szolgáltatók a kézikönyvet a vizsgált szempontok mentén (Kezelhetőség/Átláthatóság, Adaptabilitás, Egyértelműség/ Világosság és a Gyakorlati hasznosság/ Praktikusság) jól felépített, átlátható, gyakorlatias és könnyen alkalmazható eszköznek találták. A szolgáltatók ugyanakkor arra hívták fel a figyelmet, hogy érdemes lenne nagyobb teret szentelni a kulturális különbségeknek, valamint a kommunikáció témakörének. Az eredményértékelés tapasztalatai szerint a Kézikönyv meggyorsította, és megkönnyítette a projektterv elkészítésének munkafolyamatát, illetve pozitívan befolyásolta annak eredményét, a segítségével készült projekttervek rendezettebbé és logikusabbá váltak.

²⁷ www.hnt-info.eu

²⁸ A fentebb vázolt programok, valamint a 7. sz. mellékletben összesített további programok egy kivételével olyanok, melyek a HNT gyűjtésében nem szerepelnek.

II.3.2. Szabályozó anyagok a területen

II.3.2.1. Hazai szabályozó anyagok

Specifikusan a zenés-táncos szórakozásra vonatkozó szabályozásról Magyarországon nemigen lehet beszélni. Hiányzik mind a példákban említett szórakozóhelyekre vonatkozó ártalomcsökkentő szabályozás, valamint hiányoznak a szolgáltatókra vonatkozó specifikus követelmények is. Ettől függetlenül léteznek útmutatások, mind a szórakozóhelyek, mind a szakmai szolgáltatók felé, ezek azonban sajnos kevésbé ismertek a célcsoportok körében.

A fentebb vázolt Biztonságos Szórakozóhely Program által megfogalmazott ajánlás a szórakozóhely tulajdonosok felé fogalmazott meg elvárásokat, amelyek azonban a gyakorlatban sajnos kevésbé érvényesültek, a program valójában sikertelen volt. Már évekkel ezelőtt is jellemző volt az ellenállás és az érzéketlenség az üzemeltetői kör részéről. Néhány elkötelezett, a humánus szempontokra érzékeny vállalkozó hajlandó volt a programba bekapcsolódni, megalakult a Biztonságos Szórakozóhelyek Egyesülete is, azonban igazi áttörést nem sikerült a területen elérni. A szórakozóhelyen dolgozók és a helyek tulajdonosai és üzemeltetői egyértelműen hárítják a droghasználat, arról számolnak be, hogy nem érzékelnek droghasználatot a szórakozóhelyeken. A tulajdonosok és üzemeltetők tartanak a hely stigmatizálódásától és a lehetséges rendőri beavatkozásoktól abban az esetben, amennyiben felvállalnák a droghasználat, és a helyen ártalomcsökkentő szolgáltatásokat biztosítanak. Mindezek mellett úgy tűnik, nem látják érdeküknek ezen szolgáltatások biztosítását, mivel például az ingyen ivóvíz, keksz, szőlőcukor osztása csökkentené anyagi bevételeiket. /92/.

Ezen felül a szociális terület munkáját segítő szakmai ajánlás emelendő ki, mely foglalkozik a partiszervíz területével is, mely a szakmai szolgáltatók számára ad szakmai útmutatást:

Szakmai ajánlás a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére. FFSZH, Szociálpolitikai és Munkaiügyi Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport. Budapest, 2008.

A partiszervízzel foglalkozó rész az alábbiakat fogalmazza meg a dokumentumban:

„A partiszervíz olyan segítő tevékenység, amelynek célja a biztonságos szórakozás és a biztonságos táncolás elősegítése az elektronikus zenei partikon. A partiszervíz szolgáltatásai a szermentes, a szereket kipróbáló, alkalmi és rekreációs használó egyéneket és csoportokat egyaránt célozzák. A szolgáltatások elsősorban a droghasználatból adódó fizikai és pszichoszociális ártalmak csökkentésére irányulnak.

A partiszervíz legfőbb szolgáltatásai:
biztonságos szórakozás szemléletmódjának átadása,
pihenési lehetőség biztosítása,
a célcsoport szükségletei szerinti, a droghasználat ártalmait csökkentő információk megadása, eljuttatása az érintettekhez,
a célcsoport ellátása a droghasználat ártalmait csökkentő információs anyagokkal, egyéb ártalomcsökkentő eszközökkel (pl.: ásványvíz, vitamin, óvszer, szőlőcukor, keksz),
a célcsoport tagjainak informálása, tájékoztatása a problémáikkal foglalkozó egészségügyi, szociális intézmények szolgáltatásairól, a szolgáltatások elérhetőségeiről, igénybevételeinek lehetőségeiről,
szükség szerint az intézményi szolgáltatások elérésének elősegítése,
krízisintervenció, elsősegélynyújtás (ez utóbbihoz célszerű akkreditált tanfolyami képzéssel rendelkezni vagy a szolgáltatón belül – 1 mentőorvossal – évenként belső képzést szervezni).

A partiszervíz színterei: elektronikus zenei rendezvények, partik.

A partiszervíz személyi feltételei:

A partiszervíz tevékenység ellátásához egy időben minimum 4 fő szükséges. A célcsoport nagyságától és az elvégzendő feladatok mennyiségétől függően természetesen több munkatárs is alkalmazható. (Egy időben, egy szűkebb helyszínen legalább 2 munkatárs tartózkodjon, akik szükség esetén segíteni tudnak egymásnak.) A tevékenységet folytató szolgálatnál legalább 1 főnél szükséges a felsőfokú szociális alapvégzettség, aki ellátja a megkereső tevékenység koordinációs feladatait. A többi munkatársnál a munkakör betöltéséhez speciális iskolai végzettség nem kötelező, de az intézmény feléjük irányuló elvárásainak meg kell tudni felelni. A megkereső tevékenység bizonyos feladatainak ellátására önkéntes munkatársak – akár a célcsoport tagjai – is bevonhatók, az alkalmazásban álló munkatársak felügyelete és kontrollja mellett. Fontos, hogy munkatársak szükség esetén igazolni tudják, hogy egy intézményt képviselnek.

A tevékenység tárgyi feltételei:

Bázis/intézmény és annak infrastruktúrája, amely a tevékenység koordinációs hátterét biztosítja (helyiség, telefon, számítógép, irodai eszközök), mobiltelefon biztosítása a tevékenységet folytató munkatársak számára, legalább akkor, amikor az ellátási területen a munkájukat végzik, igény szerint a tevékenység helyszínének megközelítését, a szükséges eszközök szállítását szolgáló gépjármű.” /98/ (9-10. oldal).

Amint azt már fentebb említettük, a Nemzeti Drogstratégiában megfogalmazott alapelvek értelmében is elvárt lenne (VII/1.3. Célkitűzések d, A szabadidő-eltöltés színterei) bizonyos lépések megtétele. A stratégia ebben a pontban a szórakozóhelyeken a biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtését javasolja és a feltételrendszer megvalósulásának ellenőrzését, illetve beszél a szórakozóhelyekre eljutás, illetve az onnan hazajutás lehetőségeinek megteremtéséről és támogatásáról.

A stratégia által említett biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtésére jó példa lehet a britek állami szintű ajánlása, a fentebb ismertetett Safer Nightlife home office kiadvány /79/, ami jól tükrözi, hogy a beavatkozás és szabályozás különböző területeken és szinteken kívánatos.

II.3.2.2. Nemzetközi szabályozó anyagok

Az európai kutatások sorra alátámasztják, hogy a zenés-táncos szórakozóhelyeket látogatók körében az átlag népességnél magasabb a szerfogyasztás prevalenciája /90/. Európai szinten az intervenciók széles köre hivatott megváltoztatni a rekreációs színterek fizikai, szociális és kulturális normáit, ezzel próbálva befolyásolni a fiatalok rekreációs szerhasználatát, elsősorban éjszakai szórakozóhelyeken és fesztiválokon.

Rác és Demetrovics jelzik egyik írásukban/100/, hogy „már korán megfogalmazódtak a „biztonságosabb táncolás szabályozásának alapelvei” (idézik Newcombtól, 1992). (294. o.).

Ezek az alapelvek a következők:

„Részletes irányelvek kidolgozása a rave-partik szabályozására; a kidolgozásban az összes szóba jöhető intézmény és szervezet részt vesz (rendőrség, tűzoltóság, mentők; valamint szervezők, klubüzemeltetők, közösségi csoportok).

Az engedélyezési eljárás során arra kötelezik a szervezőket, hogy működjenek együtt a rendőrséggel és a helyi hatóságokkal a problémák megelőzése, illetve csökkentése érdekében. A biztonsági személyek szabályozása: regisztrációjuk, tréningjük, monitorozásuk. Ezekben a lépésekben a rendőrség meghatározó szerepet játszik. A rendőrségi erőforrásokat a leginkább költséghatékony formában kell felhasználni, azaz a rendőrség a drogterjesztő bandákra koncentráljon. A „tánc-drogok” káros hatásait jelentősen csökkenteni lehet megfelelően tervezett egészségügyi intervenciókkal.” (294. oldal)

Rácz és Demetrovics /100/ szintén idézik a londoni drogpolitikai fórum állásfoglalását Griffiths és munkatársaitól (1997), mely „a biztonságos táncolás feltételeiről hasonló alapelemekből építkezett:

Biztonság: a lehető legteljesebb mértékben biztosítani, hogy a táncos eseményen 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, a paranoia és más kóros állapotok 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 klubokba járóknak, valamint olyan tanácsadás, hogy mit kell tenniük, ha biztonságosan akarnak 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.” /100/ (296-296. oldal)

Ugyanezen szerzők, Griffiths és mtsai (1997) valamint 10 évre rá az EMCDDA (2006) (idézi Rácz és Demetrovics /100/) megfogalmazták azokat az eszközöket is, melyek szükségesek a zenés-táncos szórakozóhelyeken a megfelelő ártalomcsökkentő szolgáltatáshoz.

Mint fentebb említésre került, Magyarországon is megfogalmazódtak ezek az elvek, működnek szolgáltatók, de sajnos csak kevés helyre jutnak el, kevésbé lefedett ez a szcena /100/.

Az Egyesült Királyságban is kidolgoztak biztonságosabb szórakozásra vonatkozó irányelveket (a már említett Safer Nightlife Guidelines, 2008) /79/, amik mára alapvető eszközzé váltak a területen, és több országban is alkalmazzák őket. Azonban bár 12 európai ország rendelkezik irányelvekkel az éjszakai élet színtereire vonatkozóan, ezek közül eddig négy ország esetében monitorozzák ezek megvalósulását (Hollandia, Szlovénia, Svédország és Egyesült Királyság).

A legszélesebb körben elterjedt intervenció még a „Responsible Beverage Service (RBS)” (kb. Felelős Italkiszolgálás), mely a helyszínen dolgozó alkalmazottak és vezetők számára ad iránymutatást az ártalomcsökkentés szempontjából.

További intervenciók még például az üvegpoharak használatára vonatkozó tilalom, az elsősegélynyújtó személyzet alkalmazása a szórakozóhely területén, illetve a (sokat vitatott) helyszíni tablettatesztelés.

Összességében elmondható, hogy nincsen európai szintű egységes megegyezés a rekreációs helyszíneken történő ártalomcsökkentésről, csak az említett irányelvek léteznek és helyi szintű szabályozások. A törvényi szintre emelés még jövőbeli feladat.

II.3.3. Javaslatok hazai szabályozó anyagok kialakításához

A szabályozó anyag típusa

A működő és bevált külföldi példák alapján a zenés-táncos szórakozáshoz köthető szerfogyasztás prevenciójára és ártalomcsökkentésére kialakított szabályozás egy többszintű szabályozással lehet teljes.

Javaslatunk alapján az indokolt szakmai szabályozó anyagok szintje a módszertani levél szintjéig terjedhet, jelenleg ennek van realitása a magyarországi körülmények között.

Az ajánlások egyfelől a szórakozóhelyet működtetők felé, másfelől a szakmai szolgáltatók felé irányulhatnak. Ezen felül a működtetéshez szükséges engedélyek kiadását felügyelő szervek tájékoztathatók még a kérdésben.

A korábban ismertetett okokból a prevenció munkája ezen a szinten eltér a hagyományostól a helyszínek egyedi adottságai és a speciális populáció következtében. A zenés-táncos szórakozóhelyeken való szerfogyasztás esetében nemcsak egy fogyasztó vagy még nem fogyasztó a beavatkozás célpontja, hanem a személy környezete is, a rajta kívül álló tényezők. Történhet információátadás, és lehet a partizó tájékozott, ha a rossz szellőztetés miatt „nem kap levegőt”, és lehet bármilyen jól képzett csapata egy szolgáltatónak, ha be sem engedik a parti színterére, mert nincsen párbeszéd a klubtulajdonosok, szolgáltatók és egyéb helyi szervek között. Ezeket a példákat hosszan lehetne sorolni. A lényege mindennek az, hogy a megvalósult programok alapján úgy tűnik, hogy csakis helyi szintű együttműködéssel, azaz a tulajdonosok/partiszervezők, a helyi hatóságok és a szolgáltatók közös megegyezésével és szabályozásával érhető el a kívánt eredmény. A prevenció programok megvalósulása is nagyban azon múlik, hogy egyáltalán elérik-e a célközönséget és milyen feltételekkel.

Konkrét javaslatok

A szakmai szabályozó anyag elkészítésekor a szakemberek tekintsék át és vegyék figyelembe

a Biztonságos Szórakozóhely Program útmutatásait,
a fent idézett szakmai ajánlást,
a nemzetközi javaslatokat,
egyéb, ezen anyagban felvázolt tapasztalatokat.

A szakmai szabályozó anyag segítse a meglévő és jövőbeni programgazdákat programjuk megtervezésében,
továbbfejlesztésében és
megvalósításában.

II.3.3.1. A fenntartó/tulajdonos felé irányuló szabályozás

A szabályozás egyik pontjaként a szórakozóhelyek tulajdonosait kellene megcélozni. Ez irányban más országokban is kezdetben ellenállást tanúsítottak a tulajdonosok és üzemeltetők. A *Safer Nightlife*, a több ízben hivatkozott brit dokumentum is megemlíti a kezdeti ellenállásokat és kételyeket, amik ott merültek fel (pl. a helyek féltek, hogy „drogos helyként” bélyegzik meg őket, tartottak a bevétel kieséstől stb.), de az évek során a kormányzati és civil nyomásra felülkerekedtek az általános humanitárius eszmék, illetve az a (nyugat) európai szemlélet, mely az emberek jóllétét elsődlegesen fontosnak tartja.

A szakmai szabályozó anyag adjon támpontokat a következőkhöz:

1. A biztonságos fizikai környezet megteremtése.

Ez az egészségmegőrzés alappillére is, mely kis odafigyeléssel megvalósítható, amennyiben felhívják rá a figyelmet, ha a helyek kapnak információt, és biztosítunk tréningeket. A fizikai környezet megteremtésének bizonyos alapfeltételei magyar szabályozásokban is léteznek, csak más formában, illetve célzottsággal (pl. illemhelyek száma, kijáratok száma, biztonsági előírások stb.). Ezen szabályok betartatása is cél lehet esetünkben.

A biztonság-tudatosság egyébként növelhető az ártalomcsökkentő szervezetek munkája által a tulajdonosoknak és alkalmazottaknak nyújtott tréninggel, amire számos nyugat-európai példa említhető (ld. fentebb).

2. A szolgáltatókkal való együttműködés szabályozása és kívánatossá tétele, a párbeszéd elősegítése a programok kivitelezhetősége és a közös fellépés érdekében.

3. A drogárusítás elleni fellépés.

Ez egyértelmű érdeke és célja mind a szórakozóhelyeknek, mind a hatóságoknak a legtöbb országban, hiszen a drogok árusítása célponttá teszi a helyeket a rendőrségi akciók számára, illetve áttételesen okozhat bevétel kiesést is.

Javasoljuk a Biztonságos Szórakozóhely Program alapelveinek rögzítését a szabályozó anyagban, miszerint a szórakozóhelyen szükséges:

ingyenes, korlátlan mennyiségű ivóvíz elérhetővé tétele;

a megfelelő szellőztetés biztosítása;

a droghasználat veszélyeire vonatkozó szóróanyagok terjesztése;

a legolcsóbb italként alkoholmentes üdítő elérhetővé tétele;

a nyitvatartási idő alatt olyan képzett szakember jelenléte a szórakozóhelyen, aki felvilágosítást tud nyújtani a droghasználat következményeit illetően, és tanácsot tud adni a drogfogyasztás következtében fellépő egészségügyi és pszicho-szociális kockázatok elkerülésével kapcsolatosan, illetőleg

egy elkülönített – csendes – helyiség, vagy helyiség rész biztosítása ezen szakember működéséhez;

a nyitvatartási idő alatt elsősegély-nyújtásban képzett szakember jelenléte a szórakozóhelyen, aki szükség esetén további segítséget (mentőt) hív;

a látogatók rendelkezésére áll egy hűvösebb, csendes, pihenésre alkalmas helyiség;

belépéskor a veszélyes tárgyak kiszűrése fém-detektorral;

az üzemeltetők együttműködési megállapodás aláírására törekcszenek a helyi önkormányzattal, a rendőrséggel, a területen illetékes egészségügyi szolgáltatóval és a droghasználat megelőzésének célját felvállaló civil szerveződésekkel.

II.3.3.2. A szakmai szolgáltató felé irányuló szabályozás

A szolgáltatókra vonatkozó lehetséges szabályozások köre szűkebb, és elsősorban a szakmai színvonalra, a minőségbiztosításra koncentrálhatók.

A fentebb említett okokból a szórakozóhelyeken végzett megkereső munka eléggé speciális terület, ami a segítőktől is speciális ismereteket, illetve tapasztalatokat kíván meg. A különböző programok sikerességének felmérése, a beavatkozások hatékonyságának megítélése pedig nehéz feladat. Magyarországon egyáltalán nem végeztek eddig kutatást kifejezetten a zenés-táncos szórakozóhelyeken működő programok hatásvizsgálatával kapcsolatosan, és a szervezetek maguk sem monitorozzák a tevékenységet oly módon, hogy abból következtetéseket lehetne levonni. Külföldön is hiány van a kapcsolódó adatokból. Egy-egy kiemelt terület van, ami jobban kutatott, mint pl. az Egyesült Királyságban a meleg zenés-táncos szórakozóhelyeken (klubokban történő komplex ártalomcsökkentő tevékenység vizsgálata) /79/.

A zenés-táncos szórakozóhelyeken történő szerfogyasztás a fentebb már ismerttetettek tükrében egy összetett kulturális jelenség, ami a nemzetközi tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy a helyszínen már nem megakadályozható, így az ártalmak csökkentése a kívánatos cél, és sokak szerint az egyik leghatásosabb, ami elérhető az éjszakai szórakozás terében.

A zenés-táncos szórakozóhelyeken végzett megkereső munkát tipikusan az erre szakosodott szervezetek droggal foglalkozó szakemberei vagy önkéntesei végzik. Ez utóbbiak gyakran az adott közeget jól ismerő, „tapasztalt” kortársak.

Azonban a szolgáltatások működtetését illetően javasolhatók lennének bizonyos minimum irányelvek:

A szakmai szabályozó anyag adjon támpontokat a következőkhöz:

1. Előzetes helyzetfelmérés, tájékozódás

Az egyes szolgáltatások beindításának szükségessége lehetőleg alapuljon helyzetfelmérésen, előzze meg szükségletfelmérés, vagy legalább konkrét tapasztalatokra építkezzen.

A szabályozó anyag adjon javaslatokat a helyzetfelmérő technikákra, javasolja a szórakozóhely fizikai környezetének előzetes feltérképezését, az észlelt probléma feltárását, vizsgálatát (pl. milyen mértékű, kik az érintettek), a lehetséges célcsoporttal kapcsolatos konkrét tapasztalatok összegyűjtését, korábban működtetett, hasonló célzatú programok, valamint a tervezett programmal kapcsolatos fogadókészség feltérképezését a szórakozóhelyen (szórakozóhely tulajdonosa, célcsoport részéről).

2. A célcsoport meghatározása

A helyzetfelmérés eredményei, a szórakozóhely feltérképezése alapján meghatározható azoknak a köre, akik számára a szolgáltatást leginkább nyújtani kívánjuk. A tapasztalatok, a sokféle szórakozóhely, a sokféle közönség jelzi, hogy többféle csoport is megcélozható.

A szabályozó anyag vegye számba a legfontosabb szórakozóhely-típusokat, azok jellemzőit, az ott elérhető közönség jellemzőit (pl. életkor)

3. A szolgáltatás általános és konkrét céljainak megfogalmazása

A zenés táncos szórakozóhelyeken a munkánk célja, hogy megelőzzük a drogfogyasztást. Ha az már jelen van, akkor célunk, hogy megakadályozzuk a drogfogyasztással összefüggő esetleges egészségi állapotbeli vagy szociális problémákat, továbbá célunk lehet, hogy ne alakuljon ki problémás droghasználat.

A szabályozó anyag definiálja a zenés-táncos szórakozóhelyeken megvalósítható munka lehetséges céljait az egyes szórakozóhely típusok és az azokat látogatók jellemzői függvényében.

4. A szolgáltatás szakmai tartalmának kialakítása:

A megfogalmazott célokhoz illeszkedve szükséges a szakmai tartalmat kialakítani, figyelembe véve a szórakozóhely típusát, a célközönség várható létszámát.

Javasoljuk, hogy a szabályozó anyag készítsen egyfajta leltárt a lehetséges szolgáltatásokról az ismertetett javaslatok és program példák alapján, figyelembe véve az egyes szórakozóhelyek, célcsoportok különbözőségeit.

Ilyen szolgáltatások lehetnek:

biztonságos szórakozás szemléletmódjának átadása,

pihenési lehetőség biztosítása,

a célcsoport szükségletei szerinti, a droghasználat ártalmait csökkentő információk megadása, eljuttatása az érintettekhez,

a célcsoport ellátása a droghasználat ártalmait csökkentő információs anyagokkal, egyéb ártalomcsökkentő eszközökkel (pl.: ásványvíz, vitamin, óvszer, szőlőcukor, keksz),

a célcsoport tagjainak informálása, tájékoztatása a problémáikkal foglalkozó egészségügyi, szociális intézmények szolgáltatásairól, a szolgáltatások elérhetőségeiről, igénybevételének lehetőségeiről,

szükség szerint az intézményi szolgáltatások elérésének elősegítése,

krízisintervenció, elsősegélynyújtás (ez utóbbihoz célszerű akkreditált tanfolyami képesítéssel rendelkezni vagy a szolgálaton belül – 1 mentőorvossal – évenként belső képzést szervezni).

5. A szükséges szakmai létszám, szakképesítés és tárgyi feltételek meghatározása:

A más szakmai háttérből érkező szakemberek elé a konkrét tér speciális igényei állíthatnak kihívásokat, amiben legyenek bármilyen jól képzettek is, nem biztos, hogy van megfelelő tapasztalatuk. A kortárssegítőknek azonban, bár pontosan ismerik a szcénát, megvannak a sajátélményeik is, és a kapcsolatot is valószínűleg jól felveszik a célcsoporttal, sokszor nem rendelkeznek a segítő szakmák alapvető eszközrendszerével, nem ismerik a kereteket, illetve nincsenek pontos információik a háttérrel. Mindezen okokból és természetesen sok más szakmai szinten felmerülhető okból elengedhetetlen a specifikus tréning. Mind a szolgáltatás színvonala, mind a személyek lelki egészsége szempontjából elengedhetetlen, hogy a felmerülő problémák, helyzetek elemzésre kerüljenek, illetve az esetleges lelki sérülések oldódjanak, elkerülhetők legyenek. A tárgyi feltételek meghatározása szintén szükséges.

Javasoljuk, hogy a szakmai szabályozó anyag, figyelembe véve a szociális szolgáltatásokat szabályozó jogszabályokat is, a szolgáltatás nyújtásában részt

vevők minimum életkorát 18 év felett határozza meg. Alapkövetelmény legyen a „szermentesség”, azaz a segítők maguk ne legyenek semmilyen legális vagy illegális szer hatása alatt a szolgáltatás nyújtása során.

Egyetértve a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet (SZMI) által készített szakmai ajánlás fentebb idézett szempontjaival, a következőket javasoljuk:

A partiszervíz tevékenység ellátásához egy időben minimum 4 fő szükséges. (Ennél lehet kevesebb is, de min. 2 fő). A célcsoport nagyságától és az elvégzendő feladatok mennyiségétől függően természetesen több munkatárs is alkalmazható. (Egy időben, egy szűkebb helyszínen legalább 2 munkatárs tartózkodjon, akik szükség esetén segíteni tudnak egymásnak.) A tevékenységet folytató szolgálatnál legalább 1 főnél szükséges a felsőfokú szociális alapvégzettség, aki ellátja a megkereső tevékenység koordinációs feladatait. A többi munkatársnál a munkakör betöltéséhez speciális iskolai végzettség nem kötelező, de az intézmény feléjük irányuló elvárásainak meg kell tudni felelni. A megkereső tevékenység bizonyos feladatainak ellátására önkéntes munkatársak – akár a célcsoport tagjai – is bevonhatók, az alkalmazásban álló munkatársak felügyelete és kontrollja mellett. Fontos, hogy munkatársak szükség esetén igazolni tudják, hogy egy intézményt képviselnek.

A szabályozó anyag térjen ki a munkatársak részére biztosított speciális képzés szükségességére is.

Az esetmegbeszélő csoportok és a szupervízió biztosítása szintén elengedhetetlen része a folyó munkának.

A tárgyi feltételek szempontjából szintén az idézett szakmai ajánlás szempontjai érvényesülhetnek:

Bázis/intézmény és annak infrastruktúrája, amely a tevékenység koordinációs háttérét biztosítja (helyiség, telefon, számítógép, irodai eszközök), – mobiltelefon biztosítása a tevékenységet folytató munkatársak számára, legalább akkor, amikor az ellátási területen a munkájukat végzik.

6. Vezetendő dokumentáció:

A személyzet által közösen kialakított szempontok alapján történő dokumentálás elengedhetetlen a szakmai munka monitorozásához.

A jogszabályok által megkövetelt dokumentáció hangsúlyozása mellett (pl. regisztrált alacsonyküszöbű szolgáltatás esetén) a minimális dokumentációs szempontokat vegye számba a szabályozó anyag (pl. kapcsolatfelvétel száma, szétosztott víz mennyisége).

7. A szolgáltatást befogadó szórakozóhellyel történő tárgyalás:

A tapasztalatok alapján sok esetben nagyon nehéz vagy lehetetlen a szórakozóhely tulajdonosát meggyőzni arról, hogy engedje be az ártalomcsökkentő szolgáltatást.

A szabályozó anyag adjon szempontokat a tárgyalások lefolytatásához (pl. a tervezett programról rövid, meggyőző írásos összefoglaló készítése pozitív üzenetekkel, tulajdonos számára előnyök hangsúlyozása).

8. Egyéb:

Mindezek mellett a szakmai szabályozó anyag definiálja a terület szempontjából legfontosabb fogalmakat (pl. ártalomcsökkentés), hivatkozzon kulcs szakirodalmakra, melynek segítségével a szakemberek fejleszthetik

tudásukat a területen (kutatási beszámolók, összefoglaló tanulmányok, jelen szakirodalmi összefoglaló, jó gyakorlatok összefoglalója).

II.3.3.3. Kulcsszereplők közötti együttműködésre vonatkozó javaslatok

Az eddigiek mellett a tulajdonosok/üzemeltetők/partiszervezők szolgáltatókkal való együttműködése tekintetében (a Safer Nightlife által is javasolt módon) /79/ is megfogalmazhatók javaslatok.

Javasoljuk, hogy a szabályozó anyag emelje ki az alábbiak fontosságát:

Tulajdonosok/üzemeltetők/partiszervezők ismereteinek bővítése és szinten tartása a drogfogyasztás tapasztalható trendjeiről és ezek lehetséges mellékhatásairól, következményeiről (konkrét területeken pedig egy-egy felkészült tag kiképzése a személyzetből, pl. elsősegélynyújtásra).

Hozzájárás biztosítása az ártalomcsökkentésben és prevencióban alkalmazott elvekhez, információkhoz a tulajdonosok /üzemeltetők / partiszervezők számára.

Tanácsadás és tréning biztosítása a szolgáltatók által a szórakozóhely személyzete részére a szerfogyasztásból eredő helyzetek kezelésére, a szerfogyasztás jeleinek felismerésére, az ártalmak csökkentésére amennyiben arra éppen szükség van.

A szolgáltatók kapjanak lehetőséget, hogy megismertessék kínált szolgáltatásaikat a tulajdonosokkal/üzemeltetőkkel/partiszervezőkkel.

Az engedélyeket kiadó szervek is ismerjék meg a szórakozóhelyek tulajdonosai felé támasztott szakmai elvárásokat.

A szabályozó anyag készítsen listát a lehetséges együttműködő partnerekről. Az együttműködéshez együttműködési megállapodás javasolható.

II.3.4. Egyéb javaslatok az adott területhez kapcsolódó jövőbeni kutatásokhoz, fejlesztésekhez

Kíváncsún lenne az adatgyűjtés a magyarországi zenés-táncos szórakozóhelyekről, így a célzott kutatások végzése, hiszen ismereteink még rendkívül hiányosak, és főként tapasztalati alapon nyugszanak. A drogfogyasztási trendek nem követhetők pontosan, arra vonatkozóan pedig nincsenek információink, hogy a magyar zenés- táncos szintéren felmerülő beavatkozási igények miben térnek el esetleg a külföldi példákban említettektől.

Szintén nem rendelkezünk információkkal a megvalósult és működő programok eredményességéről, illetve kérdéses, hogy az érzékelhetően változó (bár ez bizonyítékokkal nyilván az említett okokból nem alátámasztott) „partitérben” mi az eredményes jövőbeli irány és a valós igény a jövőbeli programok részéről, hol vannak a hiányok, a lefedetlen területek. Ezek vizsgálata is pótolandó.

A magyar szervezetek megfogalmazhatnák saját irányelveiket a működésükre vonatkozóan, melyek specifikusan a helyi viszonyoknak felelnek meg.

III. Általános javaslatok – összefoglalás

Mint látható, mind a három területhez kapcsolódóan rendelkezünk változatos programpéldákkal, melyek tapasztalatai jól felhasználhatók az egyes területekhez illeszkedő, a következő lépésben fejlesztendő szakmai szabályozókhoz. Bár a keresés során specifikus szakmai szabályozó anyagokkal nem találkoztunk – kivéve az Alternatíva program által közreadott javaslatokat, valamint a Biztonságos Szórakozóhely Program javaslatait –, léteznek mindegyik terület munkáját segítő jogszabályok, irányelvek, módszertani kiadványok. Ezeknek, valamint a gyakorlati tapasztalatoknak a felhasználásával specifikus útmutatók fogalmazhatók meg.

Az egyértelmű, hogy mind a három területen kulcsfontosságú lenne a fejlődés mind a programok számában, mind szakmai tartalmukban, továbbá fontos elem lenne az egységes szakmai irányelvek mentén való előrelépés. A szakmai szolgáltatók számára mind a három területen indokolt valamilyen szakmai útmutatás kidolgozása, és közreadása, mely a szakemberek munkáját segíthetné, akár különböző szakterületeken is. Azonban a célcsoportok sokfélesége, a programok megvalósításának helyszíne tekintetében jelentkező sokféleség, valamint a lehetséges szolgáltatások változatossága mind abba az irányba mutat, hogy magas szintű szakmai szabályozó anyagok nem segítenék elő a határozott elmozdulást. Sőt, bizonyos tekintetben akadályozná a programok fejlődését, a szolgáltatók próbálkozásait.

A bevásárlóközpontok területén létesített programok esetén jól látható, hogy egymástól független szakmacsoportok (szociális szféra – bűnmegelőzési terület) hasonló célcsoportnak, hasonló szolgáltatásokat dolgozott ki, mégis ezek a programok egymástól elszigetelten működtek, megakadályozva így a szakmai konzultációt, a tapasztalatcserét, az erőforrások egyesítését. A szabályozó anyagok kapcsán így mindenképpen érdemes mindkét programtípus képviselőit bevonni a munkába, és olyan javaslatokat kidolgozni, mely felhívja a figyelmet ezekre a lehetséges szinergiákra, és elfogadható több szakterület képviselői számára. Ezen összefoglaló szakmai megvitatása első körben erre már lehetőséget is adott.

A lakótelepi és egyéb városrészekre irányuló programok esetén véleményünk szerint a sokféleség lehetőségének megtartása mellett a célcsoport tekintetében a minimum célkitűzések és minimum szolgáltatások kialakításának elősegítésére, valamint minimum feltételek biztosítására kell a szakmai iránymutatásnak fókuszálnia.

A zenés-táncos szórakozóhelyeken nyújtott programok esetén még inkább igazodnunk kell a realitásokhoz, a hazai körülményekhez. Hiába lenne célszerű a szórakozóhely működtetőjének tevékenységét szabályozni, ha ez az itthoni körülmények között egyelőre nehezen megvalósítható, ill. számonkérhető. Ezért itt is a minimumelvet kellene érvényesíteni a szakmai szabályozásban. Továbbá amellet, hogy a lehető legnagyobb teret meghagyjuk a szakmai szolgáltatóknak tevékenységükhöz, mégis valamilyen közösen elfogadott útmutatás lenne szükséges a hazai szolgáltatói kör szakmai fejlődésének elősegítéséhez, melynek elkészítése során feltétlenül tekintettel kell lennünk a különbségekre Budapest és vidék, a szórakozóhelyek típusai és a célcsoportok között.

IV. A szakmai konzultáció során megfogalmazott észrevételek, javaslatok a szakmai szabályozó anyagokkal kapcsolatosan

Ebben a fejezetben a tervezett szabályozó anyagokról megfogalmazott legfontosabb véleményeket, hozzászólásokat közöljük, melyek kiegészítik a tanulmány készítői által előzetesen írásba foglalt javaslatokat. A szervezett szakmai konzultáción összesen 35, a területen jártas szakember vett részt.

IV.1. Bevásárlóközpontokban, valamint lakótelepeken és egyéb városrészekben csellengők számára működtetett prevenciós programok

1. Előzetes helyzetfelmérés, tájékozódás

A szükségletfelmérés ne legyen „homogén”, hanem több szinten, több elemből építkezzen.

A környéken működő szakmai szervezetek feltérképezésével szükséges kezdeni a helyzetfelmérést; azoknál, akik ismerik a célcsoportot, akiknek lehetnek hasonló programjaik, kezdeményezéseik mind a múltban, mind a jelenben – pl. civil szervezetek, ÁNTSZ, pláza.

Általában más, hasonló célzatú programokat, jó gyakorlatokat is szükséges megismerni.

A szükségletfelmérés módját célszerű úgy kiválasztani és oly módon lebonyolítani, hogy az a szolgáltató adatszolgáltatási kötelezettségeinek teljesítésében is segítséget nyújtson.

A szükségletfelmérés így a monitorozás miatt is fontossá válik.

A remélt finanszírozók igényeit, elvárásait is fel kell térképezni.

A célcsoporttal történő kapcsolatfelvétel módja nagyon fontos, ennek lehetséges eszközeire külön térjen ki a szabályozóanyag mind a két esetben. A kapcsolatfelvétel magát a szükségletfelmérést is megelőzheti, ill. annak akár első lépésévé is válhat, hiszen a sikeres, jó kapcsolatfelvétel akár felhatalmazást is jelenthet a szakember számára a fiatal látogatók részéről az alaposabb helyzetfeltárára.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok szerepe fontos a szükségletfelmérésben, hiszen képviselőik helyismeretük miatt sokat segíthetnek a szolgáltatások beindításához szükséges információk összegyűjtésében. A szabályozó anyag említse meg szerepüket a folyamatban.

Fontos a lakossági attitűdök feltérképezése is – főként a lakótelepi környezet esetében –, ami segíthet az esetleges félelmek feltárásában, az ellenállás leküzdésében. Mindez a szükségletfelméréshez is kapcsolódhat.

Összességében az alábbiak feltérképezése a legfontosabb:

Célcsoport (érintettek) szükségletei,

Egyéb szakemberek, szervezetek előzetes és jelenlegi tapasztalatai,

Finanszírozók igényei,

Előzetes tapasztalatok, kutatások, legjobb gyakorlatok (országos és helyi kutatások stb.).

2. A célcsoport meghatározása

A szakmai tartalom összeállításánál arra is hangsúlyt kell helyezni, hogy milyen szolgáltatások nem tartoznak a „portfólióba” (pl. a hajléktalan-ellátás, gyermekmegőrzés), azonban ki kell emelni, hogy a továbbírányításban viszont fontos szerepe van mind a két példaként említett programtípusnak.

A célcsoport életkorának meghatározásakor bizonyos életkor alatt és felett nemet kell mondani. Ha mégis fennáll ilyen szükséglet, tehát a megállapított célcsoport életkora alatti vagy feletti kliensek megjelenése rendszeres, a hely jelzőrendszerként is kell, hogy funkcionáljon, mind más szolgáltatások, mind pedig a szolgáltatásszervezők felé. Az ehhez szükséges kapcsolati háló kialakítása és fejlesztése alapkövetelmény e szolgáltatástípusok esetében.

Gyermekvédelemben a 12-24 éveseket tekintik egy korcsoportnak, ehhez lehetne illeszteni a szakmai programot egy adott helyen belül.

Lakótelepi programok esetében szélesebb lehet az életkori sáv, mint a plázaprogramoknál, pl. éjszakai sport esetén hasznos is lehet, ha különböző életkori csoportok sportolnak együtt.

A programoknak maguknak kell meghatározni, hogy milyen életkori csoportot fogadnak be a helyi sajátosságoknak, igényeknek megfelelően, de ha nagy eltérések vannak az életkorban a befogadott célcsoporton belül, akkor a szakmai tartalmat bizonyos életkori sávok mentén szükséges differenciálni.

A befogadott célcsoport életkorától függ a szakmai program, és az ott dolgozó szakemberek képzettségének irányába támasztott szakmai elvárások is ennek megfelelően alakulhatnak.

3. A szolgáltatás általános és konkrét céljainak megfogalmazása

A szabályozó anyag térjen ki arra, hogy a három alábbi szolgáltatástípushoz hogyan viszonyulhatnak a vizsgált programtípusok:
rendező-pályaudvar funkció (delegálás a megfelelő intézménybe),
probléma kezelése helyben,
időtöltés strukturálása.

Fontos meghatározni a programok alacsonyküszöbű szolgáltatásokhoz való viszonyát is.

Fontos, hogy az adott szolgáltató egyértelműen és világosan meg tudja fogalmazni programja általános és konkrét céljait. A konkrét céloknak az általános célból levezethetőknek kell lenniük. A szabályozó anyag erre fogalmazzon meg elvárásokat. Általános cél lehet például: a fiatalok lelki egészségének, személyiségének, alkalmazkodásának fejlesztése; a fiatalok társadalmi tőkéjének erősítése, személyes támaszadás, közösségbe való illeszkedés elősegítése, társadalmi integráció, értékközvetítés.

4. A szolgáltatások szakmai tartalmának kialakítása – működési rend kialakítása, fizikai környezet kialakítása

Az érintettekkel közösen kerüljön kialakításra a fizikai környezet.

Fiatalos legyen, tetsszen a célcsoportnak.

Illeszkedjen az adott környezet sajátosságaihoz (pl. plázához, lakótelephez).

A tér kialakítása teremtsen alkalmat egyéni és csoportos foglalkozások lebonyolítására.

A szabályozó anyag ne határozzon meg számbeli konkrétumokat (pl. hánytól hányig legyen a nyitva tartás, hány négyzetméter terület szükséges), de a hatósági engedélyek, előírások figyelembevételére hívja fel a figyelmet.

Nyitva tartás ideje fontos: igazodjon a programot látogatók igényeihez és a programot befogadó hely igényeihez, de mindenképpen legyenek elérhetőek a szolgáltatások a fiatalok számára kritikusnak számító időben, pl. este. Ahogy más tényezők esetében, úgy a nyitva tartás esetében is fontos a gyorsan változó igényekre való reagálás. Nagyon fontos, hogy a program kiszámítható módon elérhető legyen, és egy állandó (pontosan meghatározott) nyitva tartással rendelkezzen.

A házirend kialakításba fontos a fiatalok bevonása. Nem is fontos házirendnek hívni, hogy még kevésbé legyenek „hivatalosak”, formalizáltak a körülmények. A szabályozó anyag kitérhet arra, hogy mit érdemes ebben rögzíteni (pl. személyzettel, más látogatókkal való viszony, nyitvatartási időhöz alkalmazkodás, viselkedési normák).

A szabályozóanyag tartalmazzon egy leltárt a lehetséges szolgáltatásokról, és akár az is szerepelhet benne, hogy milyen szolgáltatás ne kerüljön be a körbe, pl. hosszabb távú Internet biztosítása ne legyen célunk.

5. A szolgáltatók társintézményekkel történő együttműködésének kialakítása

Helyi szükségletfelmérés alapján a stábnak legyen kapcsolata a szóba jöhető egyéb segítő intézményekkel.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórum ehhez a kapcsolattartáshoz felületet adhat.

6. A szükséges szakmai létszám és szakképesítés meghatározása

Kortárssegítők és önkéntesek alkalmazásának fontosságára térjen ki a szabályozó anyag.

A szabályozó anyag a várt látogatók számának tükrében adhat egy létszámbeli ajánlást a jelenlévő segítők számára vonatkozóan.

Alacsonyküszöbű szolgáltatások esetében pontos elvárások léteznek a szakembereket illetően.

Minimum 2 fő legyen jelen egyidejűleg, egyikük legyen professzionális segítő.

Pályakezdők nem biztos, hogy alkalmasak a feladatra, inkább tapasztalattal rendelkezők és kortárs-segítők.

7. Vezetendő dokumentáció

Kliens jogait figyelembe véve történjen.

A munka monitorozására is alkalmas legyen az adatgyűjtés.

8. A bevásárlóközpontokkal/szolgáltatást befogadó intézményekkel történő tárgyalási technikák

Emelje ki a szabályozó anyag az üzleti szempontok áttekintését a tárgyalások megkezdésekor.

A tárgyalási technikák kapcsán a szabályozó anyag említse meg az előnyök hangsúlyozásának fontosságát, pl. milyen károkat előzünk meg és milyen előnyökkel járhat a szolgáltatás beindítása.

Más pláza vezetését is be lehet vonni a tárgyalás során (azokét, ahol már sikeres tárgyalások zajlottak).

Törekedni kell a megegyezésekre, dokumentumba foglalt konszenzus iratokra mind a tulajdonossal, üzemeltetővel, mind akár a többi üzlettulajdonossal. Ennek érdekében a program különböző szolgáltatásokat is megajánlhat a tulajdonosok felé (pl. játszóház egy másik helyiségben, takarítás, közmunkák).

IV.2. Zenés-táncos szórakozóhelyeken megvalósított programok

Első lépésben a szórakozóhelyek szabályozásával kapcsolatos szempontok kerültek tárgyalásra. Ehhez kiindulási pontnak a Biztonságos Szórakozóhely Program (Demetrovics és Pelle, 2000) által meghatározott ajánlásokat jártuk körbe. A konzultációs munkacsoport végül arra a döntésre jutott, hogy egy kivétellel a BSzP minden pontját jelenleg is relevánsnak tartja, melyet a szórakozóhelyek képviselői felé mint ajánlásokként lehet megfogalmazni. Az egyetlen kivétel a következő:

„a látogatók csomagját biztonsági szolgálat vizsgálja át”.

A 2000-ben publikált ajánláshoz képest két további szempontnak is meg kellene jelennie:

„A szórakozóhelyek csak annyi vendég belépését engedélyezik, amennyi a működési engedélyben előírásként szerepel. Ennek biztosítása érdekében a bejáratnál a beérkező vendégek számlálása történik.”

„A szórakozóhely főbb alkalmazottai vegyenek részt a téma szempontjából releváns képzésen.”

A munkacsoport egyetértett abban, hogy a BSzP módosított javaslataiban célszerű kiemelt pontokat is megfogalmazni: legyen néhány olyan elvárás, amely kiemelt jelentőséggel bír, amelyek betartása mindenképpen kötelezően elvárt legyen, mint pl. az ingyen elérhető hideg ivóvíz biztosítása.

Felmerült, hogy ezen elvárásokról a szórakozóhely számára az engedély(eke)t kiadó szakhatóságok képviselőit is szükséges legyen tájékoztatni. Abban azonban nem volt döntés, hogy ez a tájékoztatás kinek a feladata és hatásköre.

Második lépésben a **szolgáltatók működésével** kapcsolatos javaslatok kerültek áttekintésre.

1. Előzetes helyzettfelmérés, tájékozódás

Nagyon fontos az érintettektől/szórakozó fiataloktól információkat szerezni a helyzettfelmérés során.

Kapcsolódó kutatási eredmények áttekintése kulcsfontosságú.

2. A célcsoport meghatározása

A különböző zenei stílusok és a szórakozóhely típusai alapján célszerű a lehetséges célcsoportokat meghatározni.

A zenei stílusokat és szórakozóhely típusokat a korábban „Egyéb” kategóriában jelzett fogalmak között lehet kifejezni.

3. A szolgáltatás általános és konkrét céljainak megfogalmazása

Nagyon fontos az általános cél és a konkrét célok elkülönítése. Erre vonatkozóan elvárásokat kell megfogalmazni a szabályozó anyagban. Az általános cél és a konkrét célok viszonya egyértelmű legyen, utóbbiak az előbbiből levezethetők legyenek.

Általános cél: biztonságosabb szórakozás elősegítése.

A konkrét célok azonban nem feltétlenül ugyanazok minden szórakozóhely típus esetében: a fix telephelyű programoknál mások lehetnek a célok, mint egy egyalkalmas parti típusú rendezvény esetében előbbinél ui. inkább van lehetőség a kapcsolatépítésre, tanácsadásra és delegálásra az ellátórendszerbe, míg az utóbbi esetében nagyobb hangsúlyt kap az akut fizikai ártalomcsökkentés.

A céloknál figyelembe kell venni a célcsoport gyorsan és folyamatosan változó szükségleteit, valamint szórakozási, illetve szerhasználati szokásait.

4. A szolgáltatások szakmai tartalmának kialakítása – működési rend kialakítása, fizikai környezet kialakítása

Célszerű ezeket táblázatos formában, a különböző célcsoportok mentén megfogalmazni.

Négy jól elkülöníthető típus került azonosításra:

- Fesztivál
- Elektronikus zenei parti
- Diszkó
- Klub/Pub.

Ez a felosztás tovább csoportosítható a fix telephelyű és az alkalmi típusú helyszínekre a következőképpen:

- Fix telephelyűek: diszkó, klub/pub
- Alkalmi típusúak: fesztivál, elektronikus zenei parti.

Felmerült még a befogadóképesség szerinti differenciálás (<250 fő, 251-500 fő, illetve 500 fő >), valamint a főváros vs. vidék szerinti megkülönböztetés szükségessége. Ez utóbbi is egy nagyon markáns elkülönítési szempont, hiszen a tapasztalatok szerint nagyon más jellemzői lehetnek a zenés-táncos szórakozásnak Budapesten és vidéken.

A konzultációs munkacsoport egyetértett abban, hogy az ajánlásban szerepeljen egy leltár a lehetséges szolgáltatásokról. Ezen szolgáltatásokon belül el kell különíteni azokat, amelyek általánosak, azaz mind a 4 ill. 2 típusra érvényesek, és amelyek csak valamelyik típushoz (pl. fix telephely vagy pl. fesztivál) köthetőek. Először az általános szolgáltatásokat szükséges felsorolni, utána jöhetnek a differenciáltabb szolgáltatások.

A fenti szempontok szerinti áttekintés történjen táblázatos formában. Jelezze, hogy az egyes helyszíntípusok esetén a célcsoport milyen főbb jellemzőkkel rendelkezhet, milyen típusú drogfogyasztással találkozhatunk, milyen általános és konkrét célkitűzéseket fogalmazhatunk meg (amelyek természetesen a helyi helyzetfelmérés kapcsán alakíthatóak), továbbá hogy ezek tekintetében milyen szolgáltatások javasolhatóak.

5. A szükséges szakmai létszám, szakképesítés és tárgyi feltételek meghatározása

A segítők minimum 18 évesek legyenek.

Minimum 2 fő legyen jelen egy időben.

A szermentesség elvárás a munkatársak körében.

A szociális végzettség a szociális törvény (alacsonyküszöb) miatt lehet elvárás.

Kortársak/sorstársak szerepe elengedhetetlen ebben a munkában.

Nagyon fontos, hogy a segítők előzetes képzésben vegyenek részt. Ennek időtartamát nem kell specifikálni, ez az adott segítői feladatnak megfelelő legyen. Amennyiben tanácsadást, konzultációt is végez a segítő, ezt megalapozó képzettséggel/végzettséggel kell rendelkeznie.

A koordinátor/vezető esetében lehet elvárás az addiktológiai szakmában szerzett jártasság, pl. 3 év gyakorlat.

Nem kell megfogalmazni felső korhatárt a segítők életkora tekintetében, viszont azt meg lehet fogalmazni, hogy kortársak legyenek!

Szupervízió fontossága kerüljön megfogalmazásra a szabályozó anyagban.

Gépjárművet nem kell feltüntetni technikai elvárásként, a program nélkül is megvalósítható.

6. Vezetendő dokumentáció

Az alábbi adatok dokumentálását mindenképpen el kell végezni: kontaktszám, továbbírányított kliens, egészségügyi ellátottak száma, kiosztott pohár, víz, pezsgőtabletta, óvszer száma.

7. Tárgyalás a szolgáltatást befogadó szervezettel/tulajdonossal

A szabályozó anyag térjen ki arra, hogy

„Üzletet” kell kötni a szórakozóhellyel, hogy a szórakozóhely működtetője számára is „megérje” a szolgáltatás – mit tudunk adni neki cserébe?

Érdemes nem az illegális drogfogyasztásra, hanem inkább az alkoholfogyasztásból származó ártalmak csökkentésére fókuszálni a kommunikáció során.

Nem reális célként kitűzni a drogmentes szórakozóhelyek megteremtését.

Az együttműködések hangsúlyozása szintén kiemelendő. Egy esetleges együttműködési megállapodás főbb tartalmi elemeire is adhat ajánlást a szakmai szabályozó anyag. Az együttműködések létrejöttekor (tekintet nélkül

arra, hogy a szórakozóhelyek működési feltételei, az ezzel kapcsolatos engedélyek jogszabályilag mennyiben módosulhatnak) mind az önkormányzat, mind a szórakozóhelyek, mind pedig a szakma részéről legyenek jelen a képviselők. A szakemberek szempontjából ez elengedhetetlen a félreértések elkerülése, a pontos célok meghatározása, a bizalom kialakítása és a hatékony, hosszú távú együttműködések érdekében.

Általános, összegző vélemény volt, hogy érdemes lenne először a biztonságosabb szórakozóhely program feltételeit meghatározni általánosan, majd azt differenciálni a zenei stílus, a befogadóképesség és a telephely adottságai szerint. Végül a szabályozó dokumentumnak javaslatot kellene adni arra, hogy melyeket kellene jogszabályban is megerősíteni, kötelező elvárásként kezelni. A pontok egy részét mindenképpen az önkormányzat és a hatóságok, az üzemeltető és a szolgáltatók tripartit megegyezésének keretébe kellene utalni. Ezt a megegyezést erős elvárásként, elsősorban az önkormányzat felé lenne szükséges megfogalmazni (ő legyen az aktora, mozgatója, tulajdonosa a megegyezésnek).

Hivatkozások

1. Felvinczi K. (2009) A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciós tevékenység Magyarországon (143-189) In: Felvinczi K., Nyírádi A.: *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest. (186. oldal)
2. Nádas E. (2008) *A célzott/javallott prevenciós programok nemzetközi tapasztalatai*. Háttéranyag a „Lépés – váltás” című konferencián elhangzott előadáshoz (2. oldal.)
3. Rácz J. (2007) *Leszakadók. A társadalmi kirekesztődés folyamata*. L'Harmattan Kiadó, Budapest
4. *Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség. Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010-2018*. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium szakmai kiadványa, 2010.
5. Vadász P. (2007). *Alternatíva – egy ifjúsági szubkultúra hétköznapijai*. ELTE TÁTK, Kulturális antropológia. Szakdolgozat.
6. Vidra Anikó (2006). *A bevásárlóközpontok szerepe a budapesti fiatalok szabadidő-felhasználásában*. Debreceni Egyetem BTK, Interdiszciplináris (Társadalomtudományok és Bölcsészettudományok) Doktori Iskola, Doktori Ph.D. értekezés tézisei 2006.
7. Sikos T. Tamás, Hoffmann Istvánné (2004) Budapesti bevásárlóközpontok tipológiája. *Földrajzi Értesítő*, 2004, LIII. évf. 1-2. füzet, 111-127. old.
8. *Bevásárlóközpontok és hipermarketek*. 2002. Magyar Bevásárlóközpontok Szövetsége, Központi Statisztikai Hivatal.
9. Düll A., Demetrovics Zs., Paksi B., Felvinczi K., Buda B. (2006) A bevásárlóközpontok, mint a csellengés helyei: a „helyfogyasztás” kontextuális elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61.1. 107-132., és ennek „folytatása”: Demetrovics Zs., Paksi B., Düll A. (szerk). (2009). *Pláza, ifjúság, életmód. Egészségképzési vizsgálatok a fiatalok körében*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 13-18. old.
10. Buda B. (2009). Plázák és ifjúság. Valóság és virtuális világok. In: Demetrovics Zs., Paksi B., Düll A. (szerk). (2009). *Pláza, ifjúság, életmód. Egészségképzési vizsgálatok a fiatalok körében*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 13-18. old.
11. Kun B., Kovacsics L., Felvinczi K., Fábíán R., Vadász P., Erdélyi I., Sebestyén E., Buda B., Demetrovics Zs. (2009). „Alternatíva”: múlt, jelen, jövő. Előzetes elképzelések és megvalósulás. In: Demetrovics Zs., Paksi B., Düll A. (szerk). (2009). *Pláza, ifjúság, életmód. Egészségképzési vizsgálatok a fiatalok körében*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 157–198. old.
12. Terényi-Szabó V. (2002). *A bevásárlóközpontokban csellengő fiatalok helyzete és a szociális munka lehetőségei*. Szakdolgozat. ELTE Társadalomtudományi Könyvtár, Budapest.
13. Záró beszámoló (2006). „Fények és árnyak” – *Rizikótényezők, prevenciós szükségletek és lehetőségek*. NKFP 1B/2002 számú projekt. Kézirat.
14. *Pécs Alternatíva Szakmai beszámoló* a Pécs M.J. Város Önkormányzata számára, 2009
15. Alternatíva Program – Csepel Pláza, Szakmai beszámoló 2008, 2009. Belső anyag
16. EMLÉKEZTETŐ, *Alternatíva programok szakmai találkozója*, 2009. október 30., Budapest
17. *A nyíregyházi „ALTERNATÍVA” Ingyenes Prevenciós Tanácsadó Iroda működésének tapasztalatai, jövőbeni lehetőségei*. Szakmai beszámoló, 2010
18. *TÁMOP 5.2.5-08/1-2008-0135, „c. ENTER” – ALTERNATÍVA iroda létrehozása Békéscsabán c. projekt*, Monitoring beszámoló
19. „Open Doors” – *a fiatalok alternatív konzultációs és szolgáltató centrumának létrehozása a Debrecen Plázában*, TÁMOP-5.2.5-08/1-2008-0333, szakmai beszámoló
20. Kecskemét – Pályázati beszámoló:
www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1756&lang=hu

21. Tatabánya – Pályázati beszámoló: www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1682&lang=hu
22. Győr – Pályázati beszámoló: www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1431&PHPSESSID=0fa929d25274e11ee383db60dcca72f3
23. White, R., Kosky., B., & Kosky M. 2001, MCS Shopping Centre Youth Project – A youth- friendly approach to shopping centre management, produced for MCS Property Ltd & MK Strategic Research, Australian Clearinghouse for Youth Studies, Tasmania. <http://speak.mironet.com.au/images/assets/Spaces/MCS%20shopping%20cente.pdf>
24. Turner, S. 2002, Shopping for a Solution – Full Report: An evaluation of Western Sydney shopping centre youth projects, Youth Policy Association, Sydney. www.yapa.org.au/yapa/policy/shopping.pdf
25. http://politik-gesellschaft-deutschland.suite101.de/article.cfm/langeweile_im_einkaufszentrum (google.de keresés alapján: Jugendliche, Einkaufszentrum szavakra)
26. www.sozialraum.de/der-sozialraum-einkaufszentrum-als-paedagogisches-arbeitsfeld.php
27. Usien, O. and Clancey, G. (2007) Shopping centres – Considering Youth Issues In Shopping Centre Development Applications. Developed for the Youth Action & Policy Association (YAPA) and the Western Sydney Area Assistance Scheme of the Department of Community Services www.yapa.org.au/youth/facts/shoppingyouth.pdf
28. Balázs Máté Á., Pikó B., Dékány K., Pluhár Zs. (2010): Lakóhely és a lakókörnyezet: Kockázat vagy védelem. In: Pikó Bettina (szerk.) (2010): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 163. oldal.
29. Rácz József (2002): Ifjúsági marginalizáció, ifjúsági szubkultúrák. In: Buda Béla dr. (szerk.): *Drogok, drogprevenció, ifjúsági problémák, intézményi szerepzavarok*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 109. oldal.
30. Szabó A., Bauer B. (2009). *Ifjúság2008 Gyorsjelentés*, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, 2009.
31. Szabó A., Bauer B. (2009). *Ifjúság2008 Gyorsjelentés*, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, 2009, 95. oldal
32. Szabó A., Bauer B. (2009). *Ifjúság2008 Gyorsjelentés*, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, 2009, 96. oldal
33. Szabó A., Bauer B. (2009). *Ifjúság2008 Gyorsjelentés*, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, 2009, 97. oldal
34. A nagy lakótelepek – a holnap attraktív városrészei. Stratégiai tanulmány. (2000). Studio Metropolitana In: www.studiometropolitana.hu
35. Slézia G. (szerk.) (2001). *Fiatalok az utcán – Tanulmányok a városi fiatalok utcai csoportjait elérni kívánó közművelődésről, 1998-2000*. Budapesti Művelődési Központ, Budapest.
36. Mátyus, A. (2001) A városi fiatalok utcai csoportjait elérni kívánó közművelődés. In: Slézia G. (szerk.) *Fiatalok az utcán – Tanulmányok a városi fiatalok utcai csoportjait elérni kívánó közművelődésről, 1998-2000*. Budapesti Művelődési Központ, Budapest
37. Diósi P. (2000). *Tarisznyaeltár*. Fővárosi Pedagógiai Intézet, Budapest.
38. Diósi P. (2001). Aszfaltkirályság. In: Slézia G. (szerk.) (2001) *Fiatalok az utcán – Tanulmányok a városi fiatalok utcai csoportjait elérni kívánó közművelődésről, 1998-2000*. Budapesti Művelődési Központ, Budapest
39. Kacsuk Z. (2005). Szubkultúrák, poszt-szubkultúrák és neo-törzsek – A látványos ifjúsági szubkultúrák brit kutatásának legújabb hulláma. *Replika*, 53.
40. *2009-es éves jelentés az EMCDDA számára*. Magyarország „Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont. (pp 22.)
41. www.helpi.hu/

42. www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=372
43. www.obuda.hu/cikk/1022/523223/20100602_megnyilt_a_kaloztanya_1.htm;
www.facebook.com/people/Kaloztanya-Jatszohaz/100001051758791;
www.obuda.hu/hirek/1022/523223/20100602_megnyilt_a_kaloztanya_1.htm
44. www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1960&lang=hu&PHPSESSID=bf938aac044638d9d8b2b850ae897eee
45. www.ejsport.hu/ismerj-meg-bennuenket/szakmai-bemutakozas.html;
www.siralysport.hu/web/index.php; www.c3.hu/~ejsport/
46. www.holdsugar.hu/
47. www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1296&lang=hu
48. www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1330&lang=hu
49. www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1331&lang=hu
50. www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples
51. www.posfutures.org.uk/index.asp?m=794&t=About+us;
www.sefton.gov.uk/default.aspx?page=6897
52. www.bbr.bund.de/cIn_015/nn_336266/BBSR/DE/FP/ExWoSt/Forschungsfelder/2010/JugendlicheImStadtquartier/Modellvorhaben/HerfordDerlangeWegnachHause.html?__nnn=true (google.de: Grosswohnsiedlung, Jugendliche szavakra való keresésre)
53. www.streetleague.co.uk/aboutus.htm
54. [www.sozialestadt-rosenheim.de/htmls/index.php?id=149&tx_ttnews\[tt_news\]=12&cHash=008b1ba5cecc64a5ba2a8a8f9a4fe092](http://www.sozialestadt-rosenheim.de/htmls/index.php?id=149&tx_ttnews[tt_news]=12&cHash=008b1ba5cecc64a5ba2a8a8f9a4fe092) (google.de: rumhängen, Jugendliche)
55. www.moerfelden-walldorf.de/default.asp?action=article&ID=1047 (google.de: rumhängen, Jugendliche)
56. www.gsj-berlin.de/kick.html (google.de: rumhängen, Jugendliche:
www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/0,1518,450157,00.html cikk, emiatt keresés:
 „Sozialarbeit, Kreutzberg, Jugendliche” szavakra: www.rbb-online.de/klartext/beitrag/2007/sozialarbeit_harte.html, innen: „Jugendklub, Naunynritze” szavakra való keresésre: www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/1996/0802/lokales/0004/index.html)
57. [www.oz-online.de/index.php?id=227&tx_ttnews\[tt_news\]=9086&cHash=4de8302957&ftu=16aec98faf](http://www.oz-online.de/index.php?id=227&tx_ttnews[tt_news]=9086&cHash=4de8302957&ftu=16aec98faf) (google.de: rumhängen, Jugendliche)
58. www.naunynritze.de/
59. www.streetunivercity.de/
60. www.staaken.info/stadtteil/ (google.de: Grosswohnsiedlung, Jugendliche szavakra való keresésre)
61. www.staaken.info/kinder-und-jugendliche/streetwork-staaken/
62. www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention (magyarul: www.drogefokuszpont.hu)
63. Demetrovics, Zs. (2001). *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Szakmai forrás sorozat, Kutatások I. L'Harmattan, Budapest.
64. Demetrovics, Zs. (1998). *Drog és Disco Budapesten. Táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok szocio-demográfiai jellemzői és drogfogyasztási szokásai*. Budapesti Szociális Forrásközpont, Budapest.
65. Elekes Zs. – Paksi B. (1996). *Magyarországi középiskolások alkohol és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
66. Fejér B. (1998). *Az LSD kultusza. Egy budapesti kulturális színpad krónikája*. MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzet sorozat 48. MTA PTI. Budapest.

67. Hoyer M. (2000). A stimulánshasználat, mint metafora. In: Demetrovics Zs. (szerk.) *A szintetikus drogok világa. Diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák*. Animula, Budapest. 231-241.
68. Rácz J. – Urbán B. – Lencse M. (2000). “Biztonságosabb táncolás” – Party Service. In: Demetrovics Zs. (szerk.) *A szintetikus drogok világa. Diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák*. Animula, Budapest. 241.-263.
69. www.dancesafe.org/
70. www.drinking.nhs.uk/
71. www.talktofrank.com
72. www.thisislondon.co.uk/standard/article-23820756-fixed-fares-up-to-pound-50-for-a-black-cab-home-at-night.do
73. Mervó B., Kun B., Demetrovics Zs. (2010). Eszközkészlet a biztonságosabb és egészségesebb éjszakai élet elősegítéséhez. A Healthy Nightlife Handbook értékelése. *Addiktológia*, (megjelenés alatt).
74. *2009-es éves jelentés az EMCDDA számára*. Készítette. Nemzeti Drog Fókuszpont.
75. EMCDDA Monographs 10.: *Harm Reduction: Evidence, impacts and challenges*, 2010.
76. Julie Holland M.D. (szerk) 2001. *Ecstasy: The complete guide. A comprehensive look at the risks and benefits of MDMA*. Park Street Press, Washington.
77. Nigel South (szerk) 1998. *Drugs: Cultures, Controls and Everyday Life*. Sage Publications Ltd.
78. Patrick Branigan, Kaye Wellings (1998). Dance drug education in clubs: evaluation of the London Dance Safety Campaign. *Health Education Journal*, Vol. 57, No. 3, 232-240 (1998)
79. Safer Nightlife. Best practice for those concerned about drug use and the night-time economy. 2008. Home Office Publications Service
80. www.safer-clubbing.ch/index.php?page=main&action=default
(innen: www.clubhealthconference.com/default.aspx)
81. www.contactnetz.ch/de/streetwork_biel_nightlife_content---1--1086--1468.html#anchor_XTINYA (innen jutottunk ide: www.safer-clubbing.ch)
82. www.raveitsafe.ch/de
83. www.awaredance.ch/
84. http://cms.hls-online.org/index.php?option=com_content&view=article&id=190%3Aimpuls-jugendschutz-und-discoveranstaltungen&catid=50%3Aimpuls&Itemid=161
(www.suchtmittel.de –ről: www.drobs-dortmund.de/links.htm–ről jutottunk ide)
85. www.ka-nightlife.de/news.php?id=72&sid (google.de: *sicheres Nachtleben* szavakra keresve)
86. www.kessel.tv/nightwatch-aktion-fur-sicheres-nachtleben-in-stuttgart/ (google.de: *sicheres Nachtleben* szavakra keresve)
87. www.police.qld.gov.au/programs/personalsafety/situationaladvice/partysafe.htm
(Google.de: *discos, sicher* szavakra keresve)
88. www.directionsact.com/partysafe
89. www.hnt-info.eu/default.aspx
90. EMCDDA Annual Report 2006: The state of the drugs problem in Europe, European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction, Lisbon.
91. <http://mek.oszk.hu/07900/07917/07917.pdf>
92. Demetrovics, Zs., Kun B., Nádas E., Vadász P. (2008): A magyarországi táncos-zenés rekreációs színtéren megjelenő droghasználat jellemzői. In: Demetrovics Zs., Rácz J. (szerk) *Partik, drogok, ártalomcsökkentés*. Kvalitatív kutatások a partiszcénában. L'Harmattan Kiadó. (25-224 o.)

93. Demetrovics Zs., Pelle A. (2000). „Biztonságos szórakozóhely” program. Ajánlás valamint elméleti és jogi háttéranyag a táncos szórakozóhelyek biztonságos üzemeltetéséhez. *Szenvedélybetegségek*, 8(6), 433-441.
94. www.druglinelancs.co.uk (Blackpool project)
95. [www.nottinghamcity-pct.nhs.uk/ Chill Out Sound Support](http://www.nottinghamcity-pct.nhs.uk/Chill%20Out%20Sound%20Support))
96. www.partywise.be
97. www.stad.org
98. www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101818_EN_2.%20HU02_low%20threshold.pdf
99. http://youth-partnership-eu.coe.int/youth-partnership/documents/Publications/T_kits/8/Hungarian/content.pdf
100. Rácz J., Demetrovics, Zs., (2008): Összefoglalás és javaslatok. In: Demetrovics Zs., Rácz J. (szerk) Partik, drogok, ártalomcsökkentés. *Kvalitatív kutatások a partiszcénában*. L'Harmattan Kiadó. (291-295. o.)
101. www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=6516&tab=overview
102. www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=710&tab=overview
103. Szakmai beszámoló, 2006, Alternatíva, Pólus Center, Kézirat
104. Cselleng Center, Tatabánya, 2010 – Szakmai beszámoló. Belső anyag
105. www.uszse.hu/?-ez-az-a-haz!-projekt,49
106. <http://kapocs.gongo.hu/>
107. www.kekpont.hu/cityart.htm
108. www.mobilitas.hu/dariszi/konyvtar/ifjusagugy
109. www.mogyesz.hu/index.php?option=com_rokdownloads&task=download&id=124%3Akonszenzus_kiadvany_2010&Itemid=63

Mellékletek

I. Bevásárlóközpontokban létesített hazai és nemzetközi prevenciós programok

ÖSSZEFOGLALÓ TÁBLÁZATOK

1. sz. melléklet – Bevásárlóközpontokban létesített hazai programok

Program/Szolgáltató neve	Típus	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Pécsi Alternatíva Ifjúsági Iroda, INDIT Közalapítvány	célzott	közösségi	Pécs, FORRÁS – ÁRKÁD	<ul style="list-style-type: none"> – A plázát látogató, ott csellengő fiatalok – Devians életvitelű fiatalok, a nehezen elérhető és magas kockázatú csoportok – Kifejezetten drogproblémával küzdő kliensek, kortársak, hozzátartozók, közvetlen szociális környezetük 	<ul style="list-style-type: none"> – Alacsonyküszöbű jellegű szociális szolgáltatások – Szabadidő-eltöltés: pl. teaház, filmvetítés, kézműves foglalkozás: gyöngyfűzés, rajz, Úti-muri az amerikai futballról, újságolvasás, társas játékok: póker, jenga, Ki nevet a végén?, rajz, Tabu, solo, kanaszta, rómi, Az élet játéka, malom, Activity stb. 	A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 'Alternatíva' kísérleti program tapasztalataira épül
Csepel Alternatíva program, Kompanya Alapítvány	célzott	közösségi	Csepel Pláza	<ul style="list-style-type: none"> – A Plázában, annak környékén csellengő, zömében marginalizálódó réteghez tartozó fiatalok, fiatal felnőttek (12-24 év) 	<ul style="list-style-type: none"> – Alacsonyküszöbű jellegű szociális szolgáltatások <ul style="list-style-type: none"> o Továbbirányítás, o Konzultáció/tanácsadás, o Életvezetés segítése, o Jogi információadás, o Állskeresési tanácsadás, o Klubszerű foglalkozás (kézműves-, film-, játéklklub stb.) o Szociális/egészségügyi ellátás szervezése, melegedő/pihenő funkció, o Józanodás, o Elsősegély, o Krízisintervenció, o Információnyújtás – Szabadidő-eltöltési lehetőségek nyújtása 	A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 'Alternatíva' kísérleti program tapasztalataira épül
Pólus Center, Budapest XV. Ker.	célzott	közösségi	Pólus Center	<ul style="list-style-type: none"> – A Plázában, annak környékén csellengő, zömében marginalizálódó réteghez tartozó fiatalok, fiatal felnőttek (12-24 év) 	<ul style="list-style-type: none"> – Alacsonyküszöbű jellegű szociális szolgáltatások – Szabadidő-eltöltés: pl. teaház, filmvetítés, kézműves foglalkozás: gyöngyfűzés, rajz, Úti-muri az amerikai futballról, újságolvasás, társas játékok: póker, jenga, Ki nevet a végén?, rajz, Tabu, solo, kanaszta, rómi, Az élet játéka, malom, Activity stb. 	A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 'Alternatíva' kísérleti program tapasztalataira épült – lezárt program

Program/Szolgáltató neve	Típus	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Nyíregyházi „ALTERNATÍVA” Ifjúsági Szintér, Észak-Kelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület	célzott	közösségi	Nyír Pláza	14-25 éves, a plázában csellengők fiatalok	Szociális, lelki és közösségi támasz nyújtása elsősorban alulról szerveződő programokon keresztül: <ul style="list-style-type: none"> – Információs bázis – Kreaklub – Filmklub – Társasjáték „sarok” – Kép-Zene-Szó Kiállítás Sorozat – Titkok kamrája (segítő beszélgetések) – Önismereti beszélgetések 	A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 'Alternativa' kísérleti program tapasztalataira épül TÁMOP támogatásból valósult meg
„c.ENTER” – ALTERNATÍVA iroda, Alternativa Ifjúsági Műhely, Békéscsaba	célzott	közösségi	Csaba Pláza	14-16 évesek a leggyakoribb látogatók, de betérnek 13 év alattiak és 19 év felettiek is	<ul style="list-style-type: none"> – Információnyújtás, – Érdeklődés, – Segítő beszélgetés, – Kézműves foglalkozás, – Filmezés, – Társasjáték, – Egyéb 	A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 'Alternativa' kísérleti program tapasztalataira épül TÁMOP támogatásból valósult meg
„Open Doors” – fiatalok alternatív konzultációs és szolgáltató centruma, Debrecen	célzott	közösségi	Debrecen Pláza	A plázát látogató, ott csellengő fiatalok	<ul style="list-style-type: none"> – Egyéni konzultációs lehetőség pszichológus és mentálhigiénés szakember segítségével (alacsonyküszöbű szolgáltatásként) – Esetkezelés, terápiás kapcsolatra felkészítés, pszicho-szociális tanácsadás (tanulástechnikai tanácsadás, szexológiai tanácsadás) – Személyiségfejlesztő csoport a drog- és alkoholproblémával küzdő fiatalok részére – Kreatív csoport – képzőművészeti klub kéthetente – Filmklub – Élménycentrikus zenecsoprot 	Részen a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 'Alternativa' kísérleti program tapasztalataira épül TÁMOP támogatásból valósult meg

Program/Szolgáltató neve	Típus	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
„MALOM-TÁRSALGÓ”, Twist Olivér Gyermek- és Ifjúságvédelmi Egyesület, Kecskemét	Célzott - bűnmege- lőzés a középpont ban	közösségi	Malom Center, Kecskemét, Kereskedelmi, Pénzügyi és Szórakoztató Központ	Elsődleges célcsoportként kiskorúak, fiatalok (12-17 év között), kiterjesztve fiatal felnőtt korúak egyéni, formális és informális csoportok számára is. Megcélzottak a bűnözés szempontjából talán legveszélyeztetettebb célcsoport, az iskolából magántanulói státuszba helyezett, sok szabadidővel rendelkező, vagy a tanköteles korban lévő, frusztrált, teret, „kifutási”, sikerélmény lehetőséget kereső bukdácsoló/éviszmélő, jellemzően sodródó problémás fiatal, illetve ezek csoportosulásai, akik számára a családi és intézményi ellenőrzések lehetőségei egyaránt beszűkültek.	<ul style="list-style-type: none"> – Nyitott térben végzett rendszeres tevékenységek, szolgáltatások péntek-szombat napokon 18-22 óráig <ul style="list-style-type: none"> o Spontán és irányított beszélgetések o Internet o Kézműves foglalkozások o Sakk o Kérdőívek o Segítő-tájékoztató szociális információs szolgáltatás Intézményi kereteken belül végzett alkalmi tevékenységek <ul style="list-style-type: none"> o Vendégvárás o Kézműves foglalkozások aktualitásokkal – Intézményi kereten kívül végzett (alkalmi) tevékenység: <ul style="list-style-type: none"> o Szakmai programzáró konferencia o Szakmai tapasztalatok összegzése o Modell-jelleg bemutatása 	OBNB pályázat keretében valósult meg, a projekt 2009. május 15-én zárult le.
„Kék-Fehér” Ifjúsági, Információs és Szolgáltató Ház, Komárom-Esztergom Megyei Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálat, Tatabánya	Célzott - bűnmege- lőzés a középpont ban	közösségi	Tatabánya OMEGA Pláza	Veszélyeztetett fiatalok, pedagógusok	<ul style="list-style-type: none"> – A munkaerőpiaci, pályaeorientációs tanácsadás és tréning, amely elsősorban egyéni esetkezelés formájában a pálya-munka elfogadásának szükségessége, szakma- munkavállalás fontossága, képességek minőségének és érdeklődési irány megismerése, egyéni terv kialakítása, pályaválasztást segítő beszélgetések, kulcsképeség fejlesztése, munkatanácsadás, motivációs foglalkozások, pálya és képzési tanácsadás, álláskeresési, rehabilitációs, pszichológiai tanácsadás, másodsorban csoportos tréningek szervezése és lebonyolítása volt – Kommunikációs tréningek pedagógusoknak, gyerekeknek 	OBNB pályázat keretében valósult meg, a projekt 2009. május 15-én zárult le.

Program/Szolgáltató neve	Típus	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
„Cselleng-Center”, Utcai Szociális Segítők Egyesülete, Tatabánya	Célzott	közösségi	Tatabánya, Vértesszentgyörgy	12-18 év közötti, a bevásárlóközpontban és a környékén csellengő fiatalok	<ul style="list-style-type: none"> – Sporttevékenységek: ping-pong, egyéb labdajátékok, sorversenyek – Beszélgetések környezetvédelemről és a tudatos vásárlási szokásokról – Tematikus beszélgetések meghívott előadókkal (problémákról, a kamaszokat érintő kérdésekről, mint iskola, család, barátok, szexualitás stb.) – Személyiség- és készségfejlesztő gyakorlatok (agressziókezelés, kommunikációs készségek fejlesztése stb.) – Preventív, illetve ártalomcsökkentő célú beszélgetések (szervenéllybetegségek, nemi úton terjedő betegségek stb.) – Információs szolgáltatás – Tanácsadás 	2010. júniusában lezárult a program helyhiány miatt, a folytatást tervezik
„Veled – Érted”, Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Nyugat-dunántúli Régió Központ (Győr)	Célzott - bűnmegelőzés a középnyomokban	közösségi	Győr Pláza, egyéb helyszínek	<ol style="list-style-type: none"> 1. A plázában csellengő fiatalok (12-18 év) 2. Akik a nagyobb rendezvényeiken (nyitó-, sportnapok) vettek részt 3. Kortárs segítő, akik részt vettek a képzésen, teljesítették heti 2 órás szolgálati idejüket, és ezen felül részt vettek szinte minden egyéb foglalkozáson, rendezvényen 	<ul style="list-style-type: none"> – Sportrendezvények – Klubhelyiségben kortárs segítői ügyelet mellett <ul style="list-style-type: none"> o police klubok o kreatív foglalkozások o önismereti foglalkozások o csocsó o karaoke o társasjáték 	<p>OBNB pályázat keretében valósult meg, a projekt 2009. május 15-én zárult le.</p> <p>A program jelenleg a Magyar Máltai Szeretetszolgálat keretein belül folytatódik „Színesítér” Szervenélly-betegek Alacsonyküszöbű Ellátása néven.</p>

2. sz. melléklet – Bevásárlóközpontokban létesített nemzetközi programok

Program/Szolgáltató neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Caritas im Erzbistum Köln: http://caritas.erzbistum-koeln.de/oberberg_cv/angebot_hilfen/Kinder_und_Jugendliche/		NÉMETORSZÁG	Szabadidős klub, online	Engelskirchen, JugendZentrum	Iskolások, fiatal bevándorlók	Szabadidős programok minden korosztálynak, iskolai szünetben felügyelet, online nevelési tanácsadás, bevándorlók beilleszkedésének segítése	Google.de: Jugendliche, Kaufhaus szavakra való keresés alapján jutottam a programhoz
www.jhleoberberg.de/		NÉMETORSZÁG	Közösség, iskola, fesztivál, egyéb	Iskola, ifjúsági központ, tábor, stb.	Gyerekek, és fiatalok	Drogmegelőzés, erőszak-megelőzés, tolerancia-és szociális kompetencia tanulás, személyiségfejlesztés	www.sozialraum.de/der-sozialraum-einkaufszentrum-als-paedagogisches-arbeitsfeld.php -ebben a cikkben található a neve
Mexx Treff ifjúsági központ Bécs mextreff.jugendzentrum.at		AUSZTRIA	Közösség, szabadidős klub,	Ifjúsági központ, tábor, fesztiválok	Gyerekek és fiatalok 6-19 éves korig	Szabadidős tevékenységek (darts, biliárd, ping-pong stb.) és programok (kirándulás, parklátogatás, stb.), buliszervezési lehetőség, sportolási lehetőségek, fotólabor, kézműves- és barkácsműhely, lányszoba	www.sozialraum.de/sozialraumanalyse-mexx-treff.php ebben a cikkben erről a központról van szó (de nem derül ki, hogy milyen pénzből tartják pl. fenn)
Bécsi Ifjúsági Központok Egyesületének portálja – 34 bécsi ifjúsági központ összefogása http://typo.jugendzentrum.at/vjz/		AUSZTRIA	közösség	Ifjúsági központ, tábor, fesztiválok stb.			http://mextreff.jugendzentrum.at – innen lehetett átlélni erre az oldalra
Tanulmány egy Leonbergi (németországi) pláza-programról www.sozialraum.de/der-sozialraum-einkaufszentrum-als-paedagogisches-arbeitsfeld.php	célzott	NÉMETORSZÁG	közösség	pláza	Általános iskolás, gimnazista fiatalok	1. Alacsonyküszöbű szolgáltatásként működő megkereső szolgáltatás: a pedagógust, mint vendéget tekint, nem mint nevelő személyzetet (mint az iskolában, vagy az ifjúsági házakban), így teret, és időt adva a fiataloknak a meghallgatásra. A fiatalok állítják össze a játékszabályokat, és ők döntenek el, mennyire engednek be a személyes terükbe a segítő személyzetet. 2. Játék-pedagógia: a játékpedagógiai elemek a következő célokat szolgálják: a gyerekek és fiatalok számára hozzáférhetővé tenni a játék lehetőségét, a játékon keresztül fejleszteni és tanulni 3. Élménypedagógia: az élménypedagógia eredetileg a természethez kötődik, mégis a legfontosabb eleme maga az élményszerzés, tehát plázákban is alkalmazható.	google.de: Jugendliche, Einkaufszentrum szavakra rákeresve

II. Lakótelepeken, egyéb városrészekben létesített hazai és nemzetközi prevenciós programok

ÖSSZEFOGLALÓ TÁBLÁZATOK

3. sz. melléklet – Lakótelepeken, egyéb városrészekben létesített hazai programok

Program/Szolgáltató neve	Típus	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
HELPI Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda - Eleven Ifjúsági Közösségi Tér	célzott	közösség	fix működési helyszín	„12-28 éves lakótelepi fiatalok problémás” fiatalok alkotják,	csoportos tanácsadás (pályaorientáció, életvezetés), tanoda, önismereti tréningek, társasjátékok, filmklub, teaház, próbaterem és alkotóház. Hétvégeken esténként: éjszakai játszótér, asztalitenisz- és asztalifoci-bajnokság	A hangsúlyt a bűnmegelőzésre fektetik, alacsonyküszöbűként indult, de a részvétel feltételei egyre magasabbra tolódtak,
Kalóztanya Játszóház www.obuda.hu/cikk/1022/523223/20100602_megn_yilt_a_kaloztanya_1.htm	célzott	lakótelep	Békásmegyer, Budapest III.ker.	Alsó tagozatos ált.iskolások	angol, néptánc, hangszeres zene, bűvész, meseolvasás ingyenesen	www.facebook.com/people/Kaloztanya-Jatszohaz/100001051758791
Egészséges Ifjúságért Alapítvány www.bunmegelozes.hu/index.html?pid=1960	célzott	n.a.	Vác	fiatalok	„Deviánsokból kortárssegítők II” – bűnelkövetővé válás szempontjából veszélyeztetett környezetben élő és/vagy iskolából kimaradó, iskolakerülő, illetve egyéb devianciákat mutató középiskolás fiatalokból kortárs-segítők képzése.	
„Éjfél Sportbajnokság” (ÉSB) program (Jövőbarát Alapítvány, SIRÁLY Életmód Klub)	célzott	közösség	fix működési helyszín	nehéz vagy szociálisan hátrányos élethelyzetű gyermekek, különösen a csellengő vagy egyéb okból veszélyeztetett tíz év felettiek	péntek és szombat esténként sporttevékenység, illetve az egyéb kulturális programokkal + hétköznapi alternatív napközbeni ellátás	Alapprogram: péntek és szombat esténként sporttevékenység. Budapesten 2 szolgáltató is működteti a programot.
Magyarországi Éjfél Sportbajnokság Egyesület	célzott	közösség	fix működési helyszín	12-25 év közötti fiatalok	hátrányos helyzetű fiatalok szabadidős tevékenységét szervezi, éjszakai sportklubokat működtet	A kábítószerrel és az alkohollal való ismerkedés helyett – az országban már 16 helyszínen is, de különböző szolgáltatókon keresztül működik a program.

Program/Szolgáltató neve	Típus	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Baranya Ifjúságáért Kht.	célzott	közösség	fix működési helyszín + célzott területeken	Pécs város veszélyeztetett területein (keleti városrész, kertváros) élő 16-25 éves nem tanuló, nem dolgozó fiatalok	elsősorban sport és szabadidős tevékenységek	bűnmegelőzési pályázat finanszírozásában
Periféria Egyesület – „Varázscseruza” A halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek lakótelepen kívüli, közösségi integrációjának előmozdítása, a fiatalok devianciák kialakulásának megelőzése. c. projekt	célzott	közösség	a program nem a Huszár – telepen valósult meg, hanem 5 iskolai helyszínen	Nyíregyházán a Huszár-telepen élő gyerekeket és fiatalokat céloz	közösségi, sport és szabadidős foglalkozások, egészségfejlesztés, drogrevenió, szociális készségfejlesztés	a program 2007-ben indult a bűnmegelőzési pályázat finanszírozásában
Budapest XVIII. kerület Pestszentlőrinc-Pestszentimre Önkormányzat Csibész Gyermekjóléti Központ	célzott	közösség	a programelemek különböző helyszínek bevonásával valósultak meg	lakótelepen és annak környékén kallódó 12-18 év közötti gyermekek,	sporttevékenység, közös alkotás, kulturális programok + kárhelyreállító gyakorlatok, drámapedagógiai foglalkozások	bűnmegelőzési pályázat finanszírozásában
Iránytű Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda: www.iranytu.net	célzott	Közösség, iskola, tábor	Iskola, Vidék, Budapesti iroda	Fiatal felnőttek, felnőttek	Alacsony-küszöbű mentálhigiénés szolgáltatás, Információ-szolgáltatás, Egészséges életmód megőrzése és szenvedélybetegségek megelőzése (drog-kábítószer), Szexuális felvilágosítás – AIDS prevenció	
Kapocs Ifjúsági Önszolgáltató Szolgálat	Célzott, segítő funkciót betöltő program	Közösségi	Budapest, 8. kerület	Kockázati csoportok (jelenleg leginkább komoly alkalmazkodási problémákkal küzdő, túlnyomórészt tizenéves cigány fiatal tanulási és egyéb problémákkal), a környéken, utcán csellengők.	„alacsony-küszöbű” elérési segítő tevékenység – megkeresés – segítségnyújtás – Szabadidő-eltöltési lehetőségek biztosítása	
Utcai Szociális Segítők Egyesülete	Célzott	Közösségi	Tatabánya, lakótelepi környezet	Csellengő, veszélyeztetett fiatalok	„alacsony-küszöbű” elérési segítő tevékenység – megkeresés – segítségnyújtás – Szabadidő-eltöltési lehetőségek biztosítása	
Kék-Pont, City Art Műhely	célzott	közösségi	Budapest, Békásmegyeri lakótelep	Környéken csellengő, 14-25 év közötti fiatalok	– speciális művészeti klub kreatív foglalkozásokkal, beszélgetésekkel (pl. modern művészetek, városi mozgalmak) mindezt biztonságos környezetben, alternatívát nyújtva így az esetleges drogfogyasztás helyett	Európai Szociális Alap támogatásával valósul meg

4. sz. melléklet – Lakótelepeken, egyéb városrészekben létesített nemzetközi programok

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Youth Counselling Centre: WAGGON) www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=710&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	AUSZTRIA	közösség	Régi vonatkocsi a vasútállomás előtt	13-23 évesek	Alacsonyküszöbű találkozóhely Tanácsadás, támogatás, továbbírányítás, networking	Sokan ingáznak a városba iskolába
Blands Bands on the Move www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=6516&tab=overview	célzott	OLASZORSZÁG	közösség	Lakókocsi	15-25 évesek, szerfogyasztás szempontjából veszélyeztetett, vagy szerhasználó fiatalok	A fogyasztás felé ható tényezők feltárása a fiatalokkal, továbbá infoátadás, szabadidős tevékenységek	Gyerekek informális csoportjainak elérése, megjelenés a fiatalok találkozóhelyein
Positive Futures www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5076&tab=overview	célzott	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	közösség	Sportklubok, bűnmegelőzési szolgálatok	10-19 éves, rossz környéken élő, marginalizálódott fiatalok	Fiatalok bevonása és kötődés kialakítása sporttevékenységek segítségével	Anglia 30, kábítószer-bűnözés szempontjából leginkább érintett területek mindegyikén folyik valamilyen PF projekt, összesen 107.
Németországi herfordi „Intézet az építészeti, város, és térfejlesztésért” (Bundesinstitut für Bau- Stadt, und Raumforschung) modellprogramja, megvalósító: Diakonisches Werk Herford www.bbr.bund.de/cn_015/nm_336266/BBSR/DE/FP/ExWoSt/Forschungsfelder/2010/JugendlicheImStadtquartier/Modellvorhaben/HerfordDerlangWegnachHause.html?_nnn=true	célzott	NÉMETORSZÁG	Helyi, Herford Nordstadt lakótelep	Herford, Németország különböző városai	fiatalok részére, akik bevándorló háttérrel rendelkeznek, különböző képzési nívóval rendelkeznek, illetve különböző klikkekbe tartoznak	A projekt célja, hogy elősegítse a megakadt párbeszédet a lakótelep felnőtt, és fiatal lakói, illetve a döntéshozók között arról, hogy a közösségi tereket és a városrész struktúráját milyen módokon lehetne alakítani. Párbeszéd elősegítése a változtatás lehetőségeiről, fiatalok számára is alkalmas városi (lakótelepi) infrastruktúra kialakításáról, jelenlegi látásmód megváltoztatásáról. Lakókocsis utazás célja, hogy a fiatalok felfedezhessék és értékelhessék más városok szociális tereit.	
Anglia, Street League www.streetleague.co.uk/aboutus.htm	Célzott	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	közösség	London, Glasgow és Észak-Kelet Anglia	hátrányos helyzetű, munkanélküli, hajléktalan, drog- és alkoholfüggő, vagy tanulási nehézségekkel küzdő, esetleg mentális problémákkal rendelkező fiatalok	foci- és oktatási program	A szervezettel többnyire hajléktalan szálláson, drog rehabilitációs központokon keresztül, vagy a menekültekkel foglalkozó team-en keresztül kerülnek kapcsolatba a fiatalok.

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Rosenheim város, Soziale Stadt projekt: www.sozialestadt-rosenheim.de/htmls/index.php?id=149&tx_ttnews[tt_news]=12&cHash=008b1ba5cecc64a5ba2a8a8f9a4fe092	célzott	NÉMETORSZÁG	közösség	Rosenheim város	hátrányos helyzetű fiatalok	éjszakai sport	A „Soziale Stadt” (szociális város) kezdeményezés egy állami program, célja az egyes városrészek építészeti, gazdasági, szociális és környezeti erősítése, magán a helyszínen
Berlin – „Társaság a Sport-és Ifjúsági szociális munkáért” (Gesellschaft für Sport-und Jugendsozialarbeit) www.gsj-berlin.de/kick.html	célzott	NÉMETORSZÁG	közösség	Berlin	szociálisan hátrányos helyzetű fiatalok, büntetendő fiatalok	8 különböző helyszínen edzhetnek, sportolhatnak	A berlini rendőrséggel állnak kapcsolatban, akik a büntetendő fiatalokat közvetítik feléjük; ők különböző sportegyesületek felé küldik tovább a fiatalokat.
Leer városa	célzott	NÉMETORSZÁG	közösség	Leer város	csellengő fiatalok	Mobil Internet-szolgáltatás a fiatalok részére, bicikli-szerelést vállalhatnak a fiatalok	www.oz-online.de/index.php?id=227&tx_ttnews[tt_news]=9086&cHash=4de8302957&ftu=16aec98faf
Street UniverCity www.streetuniversity.de/	célzott	NÉMETORSZÁG	Berlin	Berlin	szociálisan hátrányos helyzetű fiatalok, csellengők és emigránsok	Célcsoport tanulmányainak fejlesztése: graffiti-szeminárium, street-dance bemutató, streetculture szeminárium szervezése, kamevál-szervezés, színházi programok, utazás-szervezés stb.	Ifj. klub Naunynritze (ld. feljebb) kezdeményezése ez a projekt
Németországi Berlin-Spandau kerületben található Heerstrasse www.staaken.info/kinder-und-jugendliche/streetwork-staaken/	célzott	NÉMETORSZÁG	Lakótelep, streetwork	Berlin-Spandau, Staaken, Heerstrasse	hátrányos helyzetű fiatalok, fiatal felnőttek	A megkereső szolgálat feladatai: utcai tanácsadás, segítség és támogatás az iskolai problémákban, az önálló eljárási képességek erősítése, egzisztenciális biztonság támogatása, erőszak-és drogmegelőzés, illetve a drogfogyasztás intervenciója, illetve tanácsadás a függőség elkerülésére, csoportos és szabadidős ajánlatok	www.staaken.info/stadtteil/ – a lakótelep önálló portálja különböző programokkal, elérhetőségekkel
Ifjúsági klub Naunynritze (Jugendklub Naunynritze), Berlin, Kreutzberg kerülete www.naunynritze.de/	célzott	NÉMETORSZÁG	Helyi közösség	Berlin, Kreutzberg, maga az ifj. klub területe	szociális problémákkal küzdő fiatalok és szüleik, környékbeli lakók	Számítógépes kurzusok, színelőadásban való részvétel, hip-hop táncanfolyam, női shiatsu, capoeira, foci, digitális filmvágás, jogi tanácsadás, tanácsadás gyerekeiket egyedül nevelő szülőknek, tanácsadás szexuálisan zaklatottaknak	
Mörfelden	célzott	NÉMETORSZÁG	közösség	Mörfelden város	hátrányos helyzetű, csellengő fiatalok	„Lógás helyett sportolás” (Sport machen statt „rumhängen”)	www.moerfelden-walldorf.de/default.asp?action=article&ID=1047

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Community addiction prevention www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=6200&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	LENGYELORSZÁG	közösség	Közösségi klub	10-18 éves veszélyeztetett fiatalok, kelet-lengyelországi közösségekben (lakótelepek)	Klub tevékenységek, szocio-terápiás módszerek Helyi szereplők közötti együttműködés elősegítése	Szociális változások az elmúlt években (munkanélküliség, szerfogyasztás növekedése, „gyors örömök”)
SUSPERTU: Adolescent Support Programme www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=953&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	SPANYOLORSZÁG	közösség	Program központja	13-20 évesek	Személyes készségek, szociális felelősség erősítése; szülők informálása, képzése (pl. problémamegoldás); fiatalokkal foglalkozó szakemberek támogatása	Szerhasználat (főként a rekreációs) növekedése, nem volt megfelelő ellátás ezeknek az egyéneknek
Prevention Centre for Children and Youth ALTUM – Environment Programmes / Prevention Centre www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=6183&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	LENGYELORSZÁG	közösség	NEM DERÜL KI	10-25 évesek, veszélyeztetett, illetve akik kerültek már kapcsolatba illegális szerekkel	Edukációs, szocio-terápiás és terápiás foglalkozások; tanácsadás és kreatív foglalkozások; kortársképzés; Magatartás-befolyásolási és egészségfejlesztési célkitűzések	Ezen a környéken a legnagyobb a rejtett munkanélküliség aránya, szociális és gazdasági marginalizálódás
Face to Face www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5556&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	közösség	NEM DERÜL KI	4-19 évesek	Fiatalok továbbírányítása a megfelelő szolgáltatásokhoz. Program munkatársaival „kábitószeres incidensek” esetén veszik fel a kapcsolatot. Ők személyes találkozókon és telefonon tartják a klienssel a kapcsolatot. Nyújtanak: egyéni foglalkozásokat, tanácsadást, alternatívákat, stb.	
SISU Sports Educators in Örebro: Mobilization against narcotics www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5796&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	SVÉDORSZÁG	közösség	Helyi klubokban, önszerveződő csoportokban	10-20 évesek	„popular education” keretében: vezetői kurzusok fiataloknak, lányoknak külön is; tanulói körök (iskolán kívül) drogokkal kapcsolatos ismeretek átadásához; akciótervek a kisebbségi és sportkörök bevonásával; találkozó helyek kialakítása; a különböző csoportok/klubok és a helyi szereplők találkozásai	Veszélyeztetett környéken: magas a bevándorlók aránya, munkanélküliség, bűnözés,
Early Intervention Of First Time Noticed Drug Users: FreD www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=2091&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott		közösség	NEM DERÜL KI	14-21 évesek, szerfogyasztás miatt a rendőrséggel kapcsolatba kerülők (first time offenders), önkéntes a részvétel	Egy egyéni interjú, 8 alkalmas foglalkozás	Rendőrség, vagy az ifjúsági bíróság ajánlja fel a programban való részvételt, olyanoknak, akik ellen valószínűleg ejtik majd a vádakat
Positive Futures) www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5076&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	közösség	Sportklubok, bűnmegelőzési szolgálatok	10-19 éves, rossz környéken élő, marginalizálódott fiatalok	Fiatalok bevonása és kötődés kialakítása sporttevékenységek segítségével	Anglia 30, kábítószer-bűnözés szempontjából leginkább érintett területe mindegyikén folyik valamilyen PF projekt, összesen 107.
Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ

Ferrybank Drug Prevention Project www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=4837&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	ÍRORSZÁG	közösség	Ifjúsági és közösségi központ	12-20 éves veszélyeztetett fiatalok (iskola által azonosított: alacsony önbecsülés, iskolából kimaradás veszélye, bűnözői és antiszociális magatartás, szerfogyasztás)	Ifjúsági munka a fiatalok konstruktív fejlesztési és drog edukációs programokba bevonására (Pl. spec csoportnak esténként csoportfoglalkozás, kényes témák megbeszélése); szülőknek tanácsadás, drop-in	
Re-Invent Outside Leisure Time www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5122&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	PORTUGÁLIA	közösség	NEM DERÜL KI	5-18 éves veszélyeztetett fiatalok (szegénység, bűnözés, iskolából kimaradás, nincsenek Szabadidő-eltöltési lehetőségek), szülők, családok	Egyéni szociális intervenció, továbbírányítás Személyes és szociális készségek program, sport és szabadidős tevékenységek, családoknak pszichológiai és szociális támogatás, információátadás	
Traveller Specific Drugs Initiative www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=4517&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	ÍRORSZÁG	közösség	NEM DERÜL KI	Utazó közösségek Írországban	Ellátók figyelmének felhívása az Utazó közösségek drogproblémáira, szolgáltatók képzése	Kutatások több veszélyeztetett csoportot azonosítottak az utazó közösségen belül
Kamelamos Guinar (meaning 'We want to be heard'). A programme for the prevention of drug addiction, HIV/AIDS and sexually transmitted disease among Gypsy children and teenagers www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5277&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	SPANYOLORSZÁG	közösség	NEM DERÜL KI	6-18 éves santiago-i cigány fiatalok	Cigány fiatalok kulturális háttéréhez igazodó program. Kultúrájuk megismerésének elősegítése; részvétel közösségi programokban; információátadás	Kisebbségekre irányuló programok végrehajtásához javaslatok: - Kulturális kódok használata a beavatkozás során - Megfelelő információs csatornák használata - Az érintettek bevonása (pl. cigány egyesületek, elismert közösségi szereplők) - Fiatalok alkalmazása egészség közvetítőként
Municipal Plan for Primary Prevention of Drug Addiction in Gouveia: Animabué 2003 www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5299&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	PORTUGÁLIA	közösség	NEM DERÜL KI	6-27 éves, iskolából kimaradó fiatalok, szociális kirekesztődés szempontjából veszélyeztetettek	4 tevékenység: fiatal szociális mediátor képzés, a képzett fiatalok utánkövetek fiatalokat és programokat népszerűsítettek; ifjúsági fórum szervezése; szülők és tanárok képzése; csoportjátékok	
Programme for Counteracting Social Pathology in Adolescents www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=PL0208&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	LENGYELORSZÁG	közösség	NEM DERÜL KI (a szolgáltatónál)	13-19 éves szerfogyasztók, vagy a szociális kirekesztés szempontjából veszélyeztetettek	EDDRA	

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
STAY (St. Aengus Stay-In-School Youth Project) www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=2247&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	ÍRORSZÁG	közösség	NEM DERÜL KI (szabadtér, a szolgáltatónál)	Iskolából kimaradás szempontjából veszélyeztetett 10-14 éves fiatalok	A célcsoport szükségletein alapuló tevékenységek. Egészséges szabadtéri alternatívák nyújtása, pl. kenuzás, túrázás. Aktív együttműködés támogatása az otthon, az iskola és a közösségi szolgáltatások között. Szociális készségek fejlesztése.	
Millennium www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=4256&tab=objectives (EDDRA adatbázisból)	célzott	OLASZORSZÁG	közösség	Ifjúsági centrumokban	15-25 évesek	Iskolai, munkahelyi reorientáció; önmeghatározás tanácsadás segítségével; szakképzés, képzési kurzusok; helyi együttműködések elősegítése	Tengerpart (Rimini), nyaralóövezet Hangsúlyozzák a helyi problémák helyi szintű megoldását
Municipal Plan of Drug Addiction Prevention of Oliveira do Bairro: Building www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=2540&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	PORTUGÁLIA	Iskola, család, sport és szabadidős klubok	Szabadidős helyszínek, iskola, szolgáltató?	6-20 évesek, iskolából kimaradók	5 tevékenység: csoportfoglalkozások, személyes és szociális készségek fejlesztése veszélyeztetett fiataloknál; iskolai foglalkozások a tanárok bevonásával; szabadidős edukációs és kulturális tevékenységek; szülői találkozások	
F.E.E.T. to Walk: Prevent, Educate, Socialize (P.E.S. P'andar: Prevenir, educar e socializar – Programa de Competências Pessoais e Sociais e Promoção de estilos de Vida Saudáveis) www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=08PT02&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	PORTUGÁLIA	Család, iskola, közösség	Közösség (szolgáltató), iskola	10-19 éves, rossz környéken élők	Kognitív-viselkedés megközelítés, tevékenységek a célcsoport közvetlen környezetében, kortárs csoportok, családok, iskolák, helyi sportegyesületek bevonásával. Megerősítő megközelítés, szociális készségek fejlesztése. Pszicho-educatív krízis beavatkozás modell.	
Mahis: Chance Is Inside of You www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=1955&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	FINNORSZÁG	iskola	NEM DERÜL KI (szabadtér, a szolgáltatónál)	13-17 évesek	Korai beavatkozás, projektszerű szabadidős tevékenységek, felnőtt támogató hálózat, személyes segítő, kreatív és multikulturális projektek, sport tevékenységek,	
Young Net www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5196&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	PORTUGÁLIA	iskola	Ifjúsági klub	11-25 éves, rossz környéken élő, hátrányos helyzetű fiatalok	Személyes és szociális készségek fejlesztése, egészséges szabadidős alternatívák felkínálása, fiatalokat érdeklő témák megtagyargalása	

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Young leaders in the community www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Initiatives/PreventionPrize/2004/2004PrevPrizeApplication_YoungLeaders.pdf (Pompidou group prize winner 2004)	célzott	ANGLIA	közösség	szervezetnél, „terepen”	11-19 éves, rossz, hátrányos helyzetű környéken (magas a munkanélküliség és a rossz egészségügyi állapot) élő fiatalok	Megkereső szolgáltatás, kortársképzés, fiatalok bevonása különböző programok lebonyolításába, generációk közötti együttműködés fejlesztése (annak elosztása, hogy minden fiatal drogozik és bűnözik), helyi szervezetek, közösség (használók családjainak, barátainak) bevonása, képzett mentorok a fiatalok mellett	
Battle of the West (Hollandia) www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Initiatives/PreventionPrize/2008/2008PreventionPrizeApplication_BattleOfTheWest.pdf (Pompidou group prize winner 2004)	célzott	HOLLANDIA	közösség	utcán, iskolában (de nem tanórai keretek között, iskola csak a termet adta)	partizó, rossz környéken élő, szerfogyasztó fiatalok	táncverseny (hip-hop) a fiataloknak a szermentes szórakozást promótálva, a fiatalok bevonása a szervezésbe, utána egy hónappal afterparty: fotók, videók közös megnézése, táncolás	

III. Zenés-táncos szórakozóhelyeken megvalósított hazai és nemzetközi prevenciós programok

ÖSSZEFOGLALÓ TÁBLÁZATOK

5. sz. melléklet – Zenés-táncos szórakozóhelyeken programokat megvalósító szervezetek adatai¹ /73/

Szervezet neve	Alapítás éve	Alkalmazottak száma	Fizetett alkalmazottak száma	Önkéntesek száma	A juttatás módja	Éjszakai intervenció jelenleg (2010)	Éjszakai intervenció kezdete
Kék Pont Party Service (Budapest)	1997	11	1	10	Alkalmanként/ Rendszeres	Igen	1998
Lelkierő Egyesület (Debrecen)	2003	30	12	18	Rendszeres	Igen	2004
Tükör Drogambulancia (Kaposvár)	2007	7	7	0	Rendszeres	Igen	2007
INDIT Buli segély (Pécs)	1999	65	49	16	Rendszeres/ Óradíj	Igen	2000
Markusovszky Kh. Drog szakamb. (Szombathely)	2003	7	6	1	Rendszeres/ Óradíj	Nem	
Mi-Értünk Egy. (Békéscsaba)	2000	16	6	10	Rendszeres	Igen	2008
Mi-Értünk Egy. (Orosháza)	2008	8	3	5	Rendszeres	Igen	2008
Független Egyesület (Gyula)	2006	Nincs adat	Nincs adat	Nincs adat	Nincs adat	Igen	2007

¹ A lista nem feltétlenül tartalmazza az összes szervezetet, mely ez irányú tevékenységet végez

6. sz. melléklet – Zenés-táncos szórakozóhelyeken programokat működtető szervezetek tevékenysége 2009-ben²

Program neve	Szolgáltatás földrajzi hatóköre	Program indulásának éve	Munkatársak száma	Rendezvények típusai	Események száma	Kontaktus szám
INDIT Közalapítvány Pécsi Bulisegély Szolgálat (Pécs)	Pécs, Baranya, Dél-Dunántúli régió	2000	7 professzionális segítő	Rock, disco, alternatív, egyetemi klub, fesztiválok	182	2239
„Mozgó-társ” party service szolgáltatás (Debrecen)	Észak-alföldi régió, országos	2000	3 főállású és 7 részállású szakember, 53 egyetemi kortárs hallgató	Fesztiválok, egyetemi partik	40-45 egyetemi buli, 4 fesztivál	Kb. 1400 fő
MI-ÉRTÜNK – Prevenció és Segítő Egyesület (Békéscsaba)	Békéscsaba	2005	2 főállású 1 részállású alkalmazott, 10 önkéntes	Buli előtti alapozás (sörözőben), szórakozóhely	78	5068 fő
Bulisegély (Kaposvár)	Kaposvár	2007	7 főállású alkalmazott	Rock/metal bulik, elektronikus parti, diszkó, diáknapok	55	652
DrogPont Szenvedélybetegeket Segítő Szolgálat (Mosonmagyaróvár)	Mosonmagyaróvár Város és Kistérsége	2008. október és 2009. június	2 fő főállású alkalmazott 4 fő önkéntes		24	24
ADELANTE ALAPÍTVÁNY (Nyíregyháza)	Nyíregyháza	2008	3 fő főállásban 1 fő vállalkozási szerződés 2 fő önkéntes	Szórakozóhelyeken, fesztiválokon	38	1274
Zöld Alma Egészségfejlesztő Alapítvány (Székesfehérvár)	Székesfehérvár	2005	1 főállású szociális munkás, 10 fő önkéntes kortárs-segítő	Iskolai buli, fesztivál	5	669
Magyar Ökumenikus Segélyszervezet, Debreceni Szociális Központ (Debrecen)	Debrecen és Mikepércs kistérség	2009	3 fő főállású alkalmazott 8-10 önkéntes	Szórakozóhelyeken, fesztiválokon	40	2161
MI-ÉRTÜNK KontaktPont (Orosháza)	Orosháza	2008	6 főállású alkalmazott,	Iskolai diákklub, söröző, parti, fesztivál	15	330 fő
Független Egyesület (Gyula) ³	Gyula	2006	Nincs adat	Klubok, fesztiválok, sörözők, diszkók	71	2418 fő

² Éves jelentés a magyarországi droghelyzetről, 2010. (Lektorálás alatt)

³ Nem szerepel az éves jelentésben

7. sz. melléklet – Zenés-táncos szórakozóhelyeken megvalósított nemzetközi programok

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
London Dance Safety kampány 26 londoni szervezet együttműködése a brit kormány kezdeményezésére http://hej.sagepub.com/cgi/content/abstract/57/3/232 1997, UK	Ártalomcsökkentés, célzott	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG		Klubok, bárók, afterpartik, Közösségi terek (reklámfelületek)	Dance-klubok látogatói	Többszintű megközelítés: Posztertkampány tömegközlekedési eszközökön, információs könyvecskék terjesztése klubokban (az ártalomcsökkentő üzenetek alaptéziseként elhíresült „Vital Information Pack” és VIP könyvecskék), Klub-dolgozók tréningje (menedzsment, alkalmazottak, doormen-ek, elsősegély-személyzet), Kampány telefonvonal operátorokkal, Outreach tevékenység éjszakai szórakozóhelyeken	Kampány értékelése itt: http://hej.sagepub.com/cgi/content/abstract/57/3/232
Check It www.checkyourdrugs.at	Ártalomcsökkentés	AUSZTRIA		Szórakozóhelyek, Internet, média, oktatási intézmények	„parti-drogokat” fogyasztók és rizikócsoport	Face to face, telefonos és mail tanácsadás, Helyszíni tablettatesztelés, Információs anyagok készítése és terjesztése, Krízisintervenció	Tudományos kutatómunkát végeznek és a programjaikat is értékelik, illetve a kutatási eredményeiket elérhetővé teszik a szórakozóhelyeket látogató fiatalok számára is
STAD (Stockholm prevents alcohol and drugproblems) www.stad.org 2003		SVÉDORSZÁG	Közösségi	Éjszakai szórakozóhelyek	Tulajdonosok, alkalmazottak és vendégek stockholmi klubokban	Információátadás, tréningek a tulajdonosoknak, személyzetnek és doormen-eknek A klubok közösen részt vesznek az irányelvek kidolgozásában Média kampány (nemzeti TV, rádió, újságok), sajtókonferenciák	
Dance Drug Safety Outreach in pubs and clubs in Blackpool (Drugline-Lancashire Ltd) www.druglinelancs.co.uk 2000	Ártalomcsökkentés	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG		Bárók, klubok, diszkók, táncos események	Szórakozóhelyeket látogatók	Szóróanyagok terjesztése, Klub alkalmazottak tréningje, Kortárssegítők képzése	A program alapja Nagy-Britanniában a Home Office (kb. belügyminisztérium) 'Safer Clubbing' és 'Safer Nightlife', Alcohol ártalomcsökkentés, szexuális egészség és HIV Stratégiája.

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Chill Out Sound Support www.nottinghamcity-pct.nhs.uk/ Nottingham, 1997	Ártalom- csökkentés	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	Közösségi	Bárok, klubok, diszkók, Egészségügyi központ	18 év feletti felnőttek	Ártalomcsökkentő információk, kognitív terápia és motivációs interjúk, holisztikus terápiák Megkereső tevékenység éjszakai szórakozóhelyeken, Biztonságos szexről és fogamzásgátlásról tanácsadás, Tréningek tartása drogokról és a Safer Nightlife irányelvekről, Más szak szolgáltatókhoz irányítás	NHS (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) által fenntartott szolgáltatás, PCT (Primary Care Trust)
National Drug and Alcohol Research Centre (University of NSW) Australia, 2006 http://ndarc.med.unsw.edu.au/	Ártalom- csökkentés, célzott	AUSZTRÁLIA	Bárok, klubok, diszkók, afterpartik	Bárok, klubok, diszkók, afterpartik	Ecstasy és egyéb szerhasználók (Alkohol, Cannabis, Amphetaminok methamphetamine, GHB)	2 év alatt 24 dance eseményen részvétel, 60 ecstasy és egyéb droghasználó fiatal tréningje (peer educators), majd általuk a rendezvényeken peer group információátadás Program és közvetített üzenetek hatékonyságának mérése	Evaluation references: Technical Report 299, The Feasibility of Peer-Led Interventions to Deliver Health Information to Ecstasy and Related Drug Users, Bleeker, AM., Silins, E, Dillon, P, Simpson, M, Copeland, J and Hickey, K
primaEpoi.it www.alainrete.org 1998	célzott	OLASZORSZ ÁG	klub/ disco/ afterpartik Média, Internet	klub/ disco/ afterpartik Média, Internet	Nők és férfiak 16-35 év	Drogmentes délutánok szervezése klubokban 18 év alattiaknak, Prevenációs videó klubokban, Szórakozóhelyi alkalmazottak tréningje, blogok és facebook használata a kapcsolattartásra, Együttműködés a klubtulajdonosokkal és rendezvényszervezőkkel	A Health Nightlife Toolbox Project Kézikönyv értékelésében szereplő program
Partywise VAD (Association for alcohol and other drug problems), www.partywise.be Brüsszel, 2003	célzott	BELGIUM		Szórakozóhelyek, Média	15-25 éves partizók, klubtulajdonosok és promóterek	Partywise websiten információközlés, Flyerek, posztterek, matricák...stb. terjesztése, Cikkek és hirdetések fiataloknak szóló magazinokban, Szórakozóhelyek alkalmazottjainak elsősegély tréning, Szervezőkkel és promóterekkel konzultáció	

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Safer Clubbing Egyesület – Svájc (zürichi központ) www.safer-clubbing.ch/index.php?page=main&action=default	célzott	SVÁJC	Parti szcena	Buli, parti	17-25 éves korosztály és a klubtulajdonosok	chill-out részek kialakítása a szórakozóhelyeken, víz-szolgáltatás, óvszer-, fűldugó-osztás, információk a HIV- és AIDS megelőzésről, és az anyaghasználatról, szakember-gárda a bulikon. Évente kampányok különböző témákban.	Partnerségben dolgoznak a prevenció szakemberek, a mentősök, és az AIDS-segítők. Tervben van egy képzés indítása.
Safer Party www.saferparty.ch/	célzott	SVÁJC	Parti szcena	Online tanácsadás	fiatalok	Információ-nyújtás, online tanácsadás	
Svájc, Biel – Contact Netz www.contactnetz.ch/de/streetwork_biel_nightlife_content--1--1086--1468.html#anchor_XTINYA Streetwork Biel	célzott	SVÁJC	Parti szcena	Buli, parti	Fiatalok, parti-élet résztvevői minden szinten	<ul style="list-style-type: none"> – www.outgoing.ch – az éjszakai élet Internetes felülete – „Drugchecking” – mobil laboratórium a nagyobb partikon – Nightcare – a parti-éjszakai élet érdeklődői számára oktatás szervezése (elsősorban egészségügyi) – AwareDanceCulture – partidrogokról infok – Safer clubbing – ld. fent. 	Nem egyértelmű, hogy átfedésben van-e a rave it safe-el
Svájc, www.outgoing.ch	Célzott	SVÁJC	Parti szcena	Online	Fiatalok, partizók	Online tanácsadás és információk	Svájc, Biel – Contact Netz internetes felülete
Rave it safe www.raveitsafe.ch/de	célzott	SVÁJC	Parti szcena	Buli, parti	Fiatalok, partizók	Partidrogokkal kapcsolatos információs pult, mobil laboratórium (kisebb klubokban és nagyobb, nyitott parti-kon is), komplett chill-out részek kialakítása, online tanácsadás és adott esetben továbbkövetítés szakemberekhez. Képzés-szervezés partidrog témakörében maguknak a partizó fiataloknak, a szórakozóhely-tulajdonosoknak, segítő szervezeteknek, szakembereknek.	
Hessen tartomány http://cms.hls-online.org/index.php?option=com_content&view=article&id=190%3Aimpuls-jugendschutz-und-discoveranstaltungen&catid=50%3Aimpuls&Itemid=161	célzott	NÉMETORSZÁG	Parti szcena,	Bulik, partik	Fiatalok, szórakozóhely-tulajdonosok, biztonsági emberek, városi és megyei alkalmazottak, önkormányzati alkalmazottak	(Rendőrségi) kampány a szórakozás biztonságosabbá tételére: cél a felvilágosítás, a felelősségérzet növelése a klubtulajdonosokban, az égetett szeszes italok kínálatának csökkentése a szórakozóhelyeken, a különböző erőszakos cselekedetek számának csökkentése a discok környékén	

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	További információ
Nightwatch – németországi, Stuttgart-i biztonságos szórakozóhely-projekt www.kessel.tv/nightwatch-aktion-fur-sicheres-nachtleben-in-stuttgart/	célzott	NÉMETORSZÁG	Parti szcéná	szórakozóhelyek	Szórakozóhelyek	Prevenációs program, aminek elsődleges célja az egységes házirendek kialakítása és megtartása	
Ausztráliai, Queensland-i rendőrség biztonságos parti oldala www.police.qld.gov.au/programs/personalsafety/situationaladvice/partysafe.htm	célzott	AUSZTRÁLIA	Parti szcéná	online	Fiatalk, szülők, szórakozóhelyek tulajdonosai	Online gyakorlatias ajánlások megfogalmazása: mit igyon a résztvevő, hova írja ki a fontos telefonszámokat (rendőrség, mentők, tűzoltók elérhetőségei), kikkel tartózkodjon együtt a bulin stb.	
Canberra-i party safe projekt www.directionsact.com/partysafe	célzott	AUSZTRÁLIA	Parti szcéná	Buli, parti, Canberra város	Fiatalk	Party safe busz, Különböző oktatási anyagok terjesztése (hogyan tegyünk biztonságossá egy partit, biztonságos szex csomag), víz-osztás, elsősegély kurzus stb.	
Rave Against Drugs www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=6340&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	FINNORSZÁG	Parti szcéná	Rave partik	16-30 éves parti látogatók	A célcsoportra szabott információ átadás, „Rave against drugs” alkohol és szermentes partik szervezése. Ártalomcsökkentő megközelítés	
Decubed -Safer Dancing Service www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=1603&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	Parti szcéná	klubok	17 évesnél idősebb partizók	Információ átadás és ártalomcsökkentés	
Energy Control (Information and Guidance for Youngsters in the Techno Scene) www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=1097&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	SPANYOLORSZÁG	Parti szcéná	Techno/rave partik	Partizó fiatalok	Információ átadás, útmutatás a partizó fiataloknak	

Megvalósító szervezet – Program neve	Típus	Ország	Setting	Megvalósítás helyszíne	Célcsoport	Tevékenység	E További információ
Informabus Project www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=320&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	OLASZORSZÁG	Parti szcena Megj.: Az EDDRA adatbázisban a parti szcena van megadva, de a leírás alapján nem feltétlenül az.	busz	Fiatalok informális csoportjai (13-14 évesek)	Fiatalok bevonása, fiatalok közötti és a fiatalok és felnőttek közötti kommunikáció elősegítése, fiatalok megismertetése az ellátó rendszerrel, együttműködés a szociális ellátó rendszerrel	
Drug Advisory Office De Loor www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=9&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	HOLLANDIA	Parti szcena	House partik	Partizó fiatalok (17-18 évesek)	Információ átadás, drogtesztelés (bevizsgálás), elsősegélynyújtás	
Streetwork Mobile Youth Work: „Rumtrieb” Wiener Neustadt www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=3839&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	AUSZTRIA	Parti szcena Megj.: Az EDDRA adatbázisban a parti szcena van megadva, de a leírás alapján nem feltétlenül az.	Szolgáltatónál, és „terepen”	11-20 éves „problémás” fiatalok (a hagyományos szolgáltatásokkal nem elérhető fiatalok: punk-ok, hajléktalanok, nagyon fiatal drogfogyasztók, hátrányos helyzetűek)	Megkereső munka, alacsonyküszöbű szolgáltatások, tanácsadás és segítségnyújtás, tapasztalat központú és vonzó szabadidős tevékenységek, információ átadás	
Touch Project: Peer Led Outreach Project www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=3356&tab=overview (EDDRA adatbázisból)	célzott	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	Parti szcena, iskola, közösség	Egyetemi partik, iskolai tanórák	14-24 évesek	Kortárs megkereső munka, ártalomcsökkentő üzenetek, személy-központú, tapasztalaton alapuló, információ átadás,	

Hatékony prevenció munka
ÖSSZEFOGLALÓ

8. sz. melléklet – Mi működik a prevencióban?

A következő összefoglaló 4, 2000-ben, vagy azután megjelent irodalmi áttekintés áttekintésén (review of reviews) alapul: Buehler and Kroeger (2006), McGrath et al. (2006), Canning et al. (2004) és NICE (2007). A célzott prevenció hatékonyságáról rendelkezésre álló információk korlátozottsága miatt másod szintű és néhány első szintű, 2003 óta megjelent kutatást is figyelembe vettek, melyeket a fenti kutatások nem tartalmaznak.

Mi működik a célzott prevencióban?

Néhány bizonyíték azt mutatja, hogy a veszélyeztetett diákokra irányuló iskolai prevenció programok hatékonyabbak, mint az iskolai populációt általánosan megcélzó programok.¹

A célzott függőség megelőzési intézkedéseknek akkor van hatásuk a fogyasztási magatartásra, ha azokat az iskolában szociális készségeket fejlesztő, mentori, vagy életvezetési programok keretében hajtják végre.²

Úgy tűnik, hogy a kognitív magatartás befolyásolására irányuló programok nagyobb valószínűséggel sikeresek.³

Azok a programok, melyek a csapatépítést, az interperszonális kommunikációt, és az önreflektációra koncentráló introspektív tanulási megközelítést hangsúlyozzák.⁴

Azok a programok, melyek figyelembe veszik az egyéni szükségleteket.⁵

A fiatalok azonosítása és bevonása olyan érzékeny módon történik, mely kerüli a „címkézést”, ami stigmatizációhoz vezethet.⁶

Azok a beavatkozások a hatékonyak, melyek a motivációra, készségek fejlesztésére, döntéshozatalra és a téves normatív hiedelmek korrigálására irányulnak.⁷

Kisebbségi, jól kontrollált vizsgálatokból van arra bizonyíték, hogy a családlátogatás egy megvalósítható stratégia a hátrányos helyzetű családokkal végzett munka során; csökkentheti a korai fejlődési zavarok kockázati tényezőit, ezáltal javítva a gyermekkori fejlődés eredményeit.⁸

A legerősebb bizonyítékok a kábítószer-fogyasztással összefüggő ártalmakhoz vezető fejlődési utak redukálásának hatékonyságáról olyan beavatkozásokból származnak, melyeket

¹ Gottfredson and Wilson (2003) in: McGrath, Y et al. (2006) *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. National Institute for Health and Clinical Excellence

² Gottfredson and Wilson (2003), Wicki. and Stübi. (2001), Catalano et al. (1998), Mowbray and Oyserman. (2003) in: Buehler, A & Kroeger C. (2006) *Report on the prevention of substance abuse*. Federal Centre for Health Education BZgA; Roe, E., Becker, J. (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy*, 12 (2), pp. 85-99.

³ Gottfredson and Wilson (2003) in: McGrath, Y et al. (2006) *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. National Institute for Health and Clinical Excellence

⁴ Springer J. F. et al. (2004), 'Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth', *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2) , pp. 171-219.

⁵ Windle and Windle (1999) in: Canning, U. et al. (2004) *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. Health Development Agency

⁶ Sussman, S. et al. (2004), *The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of "Drug Abuse" Prevention*, *Substance Use & Misuse*, 39, (10–12), pp. 1971–2016.

⁷ uo.

⁸ 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.

a korai iskolás évek alatt az oktatási környezet fejlesztése és a szociális kirekesztettség csökkentése érdekében hajtottak végre.⁹

A szerfogyasztás szempontjából magas kockázatúnak értékelt veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekeknek, és 11-16 éves fiataloknak a következő program ajánlott: családra irányuló két, vagy több éven át tartó strukturált támogatást nyújtó program, melyet a gyermek/fiatal szüleivel, vagy gondviselőivel közösen dolgoznak ki, és a területen kompetens szakember vezeti. A programnak:

- tartalmaznia kell legalább három rövid motivációs beszélgetést a szülővel/gondviselővel
- értékelnie kell a család interakciókat
- ajánlania kell szülői készségeket erősítő tréninget
- ösztönöznie kell a szülőket, hogy figyeljék gyermekeik magatartását és iskolai teljesítményét
- tartalmaznia kell visszajelzést
- akkor is folytatódnia kell, ha a gyermek/fiatal iskolát vált.

Intenzívebb támogatás nyújtása családoknak, akiknek erre szükségük van (pl. családterápiát).¹⁰

Azok voltak a leghatékonyabb programok a veszélyeztetett fiatalok szerfogyasztásának csökkentésére – az Egyesült Államokban több helyszínen készített értékelések szerint – melyek ajánlottak az életvezetési készségek fejlesztésére irányuló programelemeket, és a csapatépítést, az interperszonális kommunikációt, és az önreflektációra koncentráló introspektív tanulási megközelítést hangsúlyozták. Ezek a hatékony programok világosan megfogalmazott és koherens elméleten alapultak és minőségi kapcsolatot nyújtottak a fiataloknak.¹¹

Veszélyek

Az információátadás önmagában nem hatékony a veszélyeztetett fiatalok kábítószer-fogyasztással kapcsolatos magatartásának és attitűdjének megváltoztatásában.¹²

Magas kockázatú egyének csoportba szervezése a droghasználat növekedéséhez vezethet. Ez akkor következik be, ha a fiatalok eltanulják egymástól a deviáns viselkedést. Ha nem strukturáltan, vagy felügyelet nélkül töltenek együtt időt, eltanulhatják egymástól a deviáns viselkedést.¹³

Célzott prevenció esetében fennáll annak a veszélye, hogy a fogyasztási magatartást nem preventív módon befolyásolják.¹⁴

A magas kockázatú fiatalok kortárs programokban való részvétele során a veszélyeztetett csoportok közötti lehetséges negatív „fertőző hatások” miatt nagy körültekintésre van szükség.¹⁵

⁹ uo.

¹⁰ NICE (2007), 'Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. Public Health Intervention Guidance no.4', Technical report, National Institute for Health and Clinical Excellence.

¹¹ Springer J. F. et al. (2004), 'Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth', *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2), pp. 171–219.

¹² Roe, E., Becker, J. (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy*, 12 (2), pp. 85-99.

¹³ Sussman, S. et al. (2004), *The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of "Drug Abuse" Prevention*, *Substance Use & Misuse*, 39, (10–12), pp. 1971–2016.

¹⁴ Wicki. and Stübi (2001) in: Buehler, A & Kroeger C. (2006) Report on the prevention of substance abuse. Federal Centre for Health Education BZgA

Korlátok

Hiányoznak a célzott prevenció eredményességéről és hatásosságáról rendelkezésre álló bizonyítékok.¹⁶

Több és jobb minőségű kutatásra van szükség annak megállapításához, hogy mely beavatkozások működnek a különböző célcsoportok körében, vagyis, hogy például mi működik a magas rizikójú csoportok, vagy a szerhasználók körében. A nem iskolai szintén működő célzott beavatkozások gyakran rövidebbek voltak és gyengébb módszertannal dolgoztak, mint az iskolai programok.¹⁷

Forrás: EMCDDA – Best Practice Portal www.emcdda.europa.eu/best-practice. Magyarul: Bevált Gyakorlatok Portálja www.drogfokuszpont/?pid=214.

¹⁵ Cho, H. et al. (2005), 'Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth', *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (3), pp. 363–7.

¹⁶ Canning, U. et al. (2004) Drug use prevention among young people: a review of reviews. Health Development Agency; Roe, E., Becker, J. (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy*, 12 (2), pp. 85–99.

¹⁷ Canning, U. et al. (2004) Drug use prevention among young people: a review of reviews. Health Development Agency; White and Pitts (1998) in: McGrath, Y et al. (2006) *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. National Institute for Health and Clinical Excellence.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kialakítása

Dr. Jambrik Ágnes

Dudits Dénes

Gáspár Gabriella

Törzsökné Góczán Emese

1. A tanulmány létrejöttével kapcsolatos információk

A tanulmány a TÁMOP-5.4.1/08/01 kiemelt projekt keretében készült.

A tanulmány elkészítésének lépései:

1. Az irodalmi áttekintés tárgyának meghatározása:
A megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerére vonatkozó nemzetközi szakmai irányelvek (best practice guidelines) áttekintése.
2. Keresőszavak meghatározása:
Keresőszavak: drug diversion scheme, substance abuse prevention program, treatment in place of prison, drug court, arrest referral, best practice guidelines in drug diversion programmes, quasi compulsory treatment, drug treatment alternatives to prisons, drug treatment and testing order
3. A keresés során használt adatbázisok és egyéb források meghatározása:
Adatbázisok: PubMed, MedLine, PsycInfo
Egyéb internetes források:
 - Google
 - The International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP)
 - Beckley Foundation
 - Drug Policy Modelling programme
 - National Institute of Justice
 - Global Programme on Health Promotion Effectiveness (GPHPE)
 - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Department of Health
 - National Institute on Drug Abuse
 - NGC – National Guideline Clearinghouse
 - National Institutes of Health
 - United States Department of Health and Human Services
 - National Criminal Justice Reference Service
 - Australian Institute of Criminology
 - National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information
4. A keresés végrehajtása
5. A keresés eredményeként relevánsnak minősített anyagok alapján a tanulmány elkészítése
6. Az irányelvekre vonatkozó ajánlások elkészítése.

2. Bevezetés

Hazánkban a büntetőeljárás alternatívájaként létrejött ún. elterelésnek három szolgáltatási típusa van. Ezek: a megelőző-felvilágosító szolgáltatás, a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, ill. a kábítószer-használatot kezelő más ellátás. Jelen tanulmány a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kialakításáért is felelős TÁMOP-

5.4.1/08/01 számú kiemelt projekt keretében készült. A tanulmány elkészítésének során előre meghatározott kulcsszavak alapján összegyűjtésre és áttekintésre kerültek a büntetőeljárás alternatívájaként létrejött – a nemzetközi gyakorlatban fellelhető – különféle beavatkozások minőségügyi rendszerével kapcsolatos tudományos publikációk és szakmai háttéranyagok, valamint a magyarországi megelőző-felvilágosító szolgáltatás szakmai elméleti háttérével és gyakorlati megvalósulásával kapcsolatos kutatások. A büntetőeljárás alternatívájaként létrejött kezelések nemzetközi és hazai gyakorlatának áttekintését követően ajánlások kerültek megfogalmazásra a megelőző-felvilágosító szolgáltatás szakmai irányelveinek kidolgozásához.

A büntető igazságszolgáltatási rendszer megpróbál lépést tartani a társadalmi és gazdasági változásokkal, az elterelés intézménye az egyik ilyen, változásokra adott válasznak tekinthető. A nemzetközi szakirodalomban az „elterelésnek” nevezett jogintézmény nagyon sokféle megoldást (eljárást, szakmai tartalmakat) takar, a háttérben álló megfontolás viszont hasonló: a droghasználatával küzdő elkövető¹ hagyományos igazságszolgáltatási útról (vagy annak keretén belül) állapotának megfelelő szociális-egészségügyi ellátásba való irányítása. Itt meg kell említenünk, hogy az ún. hagyományos elterelés lényege ugyanakkor éppen a hivatalos eljárásokból eredő káros következmények minimalizálása, ilyen értelemben teljes „kiterelést” jelent a rendszerből, kezelési vagy utánkövetési szakaszok nélkül. A mai, „új” típusú elterelés során azonban az elkövető törvénysértő magatartása, illetve droghasználata révén lehetőséget kap ezen problémák kezelésére (Hughes és Ritter, 2008). Az elterelés azon formájának, amely a még nem problémás drogfogyasztókat célozza (Magyarországon például ilyen a megelőző-felvilágosító szolgáltatás, Ausztráliában a rendőrségi elterelés) éppen a korai beavatkozás az alapelve. Felvilágosító-tájékoztató vagy éppen kezelő szolgáltatás nyújtásával a kliens pozitív változások iránti eltökéltségének erősítése a cél.

A jogintézmény háttérben a droghasználó pönalizációjából eredő hátrányok minimalizálásán túl természetesen anyagi, költséghatékonysági megfontolások is állnak, de ezek részletezésére ebben az anyagban nem térünk ki. Jelen tanulmány feladata az elterelés, azon belül a magyarországi szabályozás szerinti megelőző-felvilágosító szolgáltatás szakmai irányelveinek kidolgozásához egy hazai és nemzetközi szakirodalmi áttekintés. Ezért az elterelés jogi mechanizmusát (pl. eljárási szabályok, az elterelésben való részvétel feltételei, szertípusok és -mennyiségek) meghatározó egyes nemzeti szabályozás részleteire nem térünk ki, kivéve amennyiben az hozzátartozik a szakmai tartalmak megértéséhez.

Itt kell megemlítenünk azt a problémát, amely az elterelés hazai és külföldi jogi szabályozásának különbözőségeiből fakad. Természetesen nem gondoljuk, hogy az egyes nemzetek (akár Európai Unión belüli vagy azon kívüli) jogintézményi szabályozásának egyöntetűnek kellene lennie. A magyarországi megelőző-felvilágosító szolgáltatás mint elterelési forma viszont páratlan a nemzetközi porondon. Ideális esetben olyan kliensek kerülnek ebbe a programba, akik nem tartoznak a problémás drogfogyasztók közé, sok esetben csak egyszeri vagy alkalmi fogyasztók, mégis ugyanolyan időtartamú „kezelésben” kell részt venniük, mint a problémás fogyasztóknak vagy drogfüggőknek. A nemzetközi áttekintés alapján kiderül, hogy még utóbbi esetekben is ritka a 6 hónap hosszúságú elterelés.² A magyar megelőző-felvilágosító szolgáltatás „hatókörébe” eső eseteknek más országokban

¹ Szeretnénk hangsúlyozni, hogy a „bűnelkövető” kifejezés itt kizárólag jogi tartalmat takar, hiszen az elterelés intézménye mindig törvénysértő magatartást feltételez. Mivel azonban országonként és elterelés-formánként eltérő, hogy az illető valójában szabálysértést, kisebb vagy nagyobb súlyú bűncselekményt követ-e el a kábítószer használatával vagy azzal kapcsolatos egyéb cselekményével, az elterelésben résztvevő kliens jogi szempontú meghatározása az adott kontextustól függően többféle lehet, így: „szabálysértő”, „törvénysértő”, „elkövető”, „bűnelkövető” vagy „eljárás alá vont személy”.

² Itt természetesen csak az egyéb büntetőjogi következmények elkerüléséhez szükséges programteljesítésről van szó; az elterelésben résztvevőknek mindenhol megvan a lehetősége folytatni a programot vagy kezelést, amennyiben egészségi állapotukból eredően arra szükség van.

jellemzően rendőri figyelmeztetés, megrovás, pénzbírság vagy rövid, általában egyszeri tájékoztató-oktató előadás a büntetőjogi következménye. Mindezt azért fontos megemlíteni, mert – ahhoz, hogy pl. egyszeri alkalomnál hosszabb időtartamú külföldi elterelés-programok szakmai tartalmaira is rátaláljunk – áttekintésünket ki kellett terjeszteni a bűnelkövetés súlya és drogfogyasztás mértéke szempontjából a fentebb említettél súlyosabb esetekre is.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás kritikus fejlesztési területként való kezelésének indokoltsága

Kritikus fejlesztési terület alatt általánosságban egy adott szakma olyan részterületét értjük, melynek fejlesztése kiemelten indokolt. Ezt az alábbi szempontok alapján állapíthatjuk meg: az egész szakma szempontjából jelentős részterületnek tekinthetjük, a konkrét tapasztalatok és a szakirodalmi ajánlások között komoly eltéréseket tapasztalhatunk, a fejlesztéssel a részterület, valamint ezáltal az egész szakma eredményessége hatékonyan javítható, szakmai konszenzus alakult ki a részterület fejlesztési szükségletét illetően.

Az Európában megfigyelhető növekvő drogfogyasztás és a vele összefüggő bűncselekmények számának növekedése hazánkban is szükségessé tette, hogy a korábban domináns kínálat-csökkentési gyakorlat mellett az olyan különböző kereslet-csökkentési beavatkozások is megjelenjenek, mint az igazságszolgáltatás által elrendelt és felügyelt megelőző-felvilágosító szolgáltatás.

A büntetés helyett kezelés európai gyakorlatát vizsgáló legjelentősebb irodalmi áttekintés végső jelentésének bevezető részében a kötelezés kapcsán két cél megfogalmazásával találkozhatunk (Werdenich és Waidner, 2003):

Hozzásegíteni a szerhasználókat a drogmentes élethez

Csökkenteni a szerhasználat társadalomra gyakorolt hatásainak negatív következményeit.

A kötelezés lényegében mint motivációs eszköz jelenik meg ezen célok elérésében. A kábítószer-probléma kezelése kapcsán kiemelt szerepet kell kapnia a megelőző-felvilágosító szolgáltatásnak, mint a szociális kontroll egyik eszközének, ugyanis a szerhasználattal együtt járó tagadás gyakran megakadályozza a saját szándékú változtatás melletti elköteleződés kialakulását. Az igazságszolgáltatás szerepe, hogy kívülről motiválja az egyént mindaddig, míg annak belső motivációja ki nem alakul, illetve meg nem erősödik (Werdenich és Waidner, 2003). A „Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma kezelésére” című dokumentum – összhangban az európai elvárásokkal – a büntetés helyett kezelés intézményrendszerének szükségességével kapcsolatban a következőképpen fogalmaz:

„A fogyasztói típusú magatartást folytatók esetében továbbra is szükséges fenntartani a büntetés helyett kezelés intézményrendszerét. Ezen eszközrendszer illeszkedik a helyreállító, közösség-központú igazságszolgáltatás modelljéhez.” (Nemzeti Drogstratégia, 2010, 20.)

Az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. és a Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete által 2009-ben a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával megvalósított *Tanulmány „Az elterelés hatásosságának vizsgálata”* című kutatás eredményeiről című komplex kutatási projekt főbb megállapításai alátámasztják a Nemzeti Drogstratégia Büntető-igazságszolgáltatás intézményeire – azon

belül is a javallott prevencióra – vonatkozó célkitűzéseinek fontosságát. „...az elterelés intézményrendszerének jelenleginél rugalmasabbá tételét szükséges megvalósítani, vagyis a megelőző, felvilágosító szolgáltatás keretében végzett tevékenység tartalmi és időbeli kereteit a kliens tényleges szükségleteihez és a mérvadó szakmai megfontolásokhoz, standardokhoz igazítani.” (Nemzeti Drogstratégia, 2010, 20.)

A következőkben a *Tanulmány, Az elterelés hatásosságának vizsgálata* című kutatás eredményeiről című komplex kutatás azon főbb megállapításai következnek, melyek indokoltá teszik a megelőző-felvilágosító szolgáltatás kritikus fejlesztési területként való kezelését (Vitrai és mtsai, 2010, 271-272.):

A szakemberek véleménye nem egységes abban, hogy mikor tekinthető eredményesnek az elterelés, valamint gyakran egymással ellentmondóan értelmezik ugyanazokat a szakmai feladatokat.

Az elterelés eredményességének teljesülését másképpen ítélik meg az intézmények vezetői és dolgozói.

A szolgáltatók nagy része nem végez követéses vizsgálatot, így gyakorlatilag nem lehet megítélni az elterelés hatékonyságát – sikerességét.

A szakemberek és az intézményvezetők által az elterelésről alkotott kép jelentősen eltér attól, amit a kliensek tapasztalnak.

Az EMCDDA 2009-ben kiadott a „Pszichoaktív-szer-használat zavarainak megelőzése veszélyeztetett gyermekek és fiatalok körében. A javallott prevenció elméletének és tudományos bizonyítékainak áttekintése” című, tematikusan összeállított kiadványa kb. 7000 db különféle – irodalmi, valamint egyéb forrásokból származó – tanulmány áttekintésének eredményeit mutatja be, és a következő összefoglaló megállapításokat teszi a javallott prevenció programokkal kapcsolatban (EMCDDA, 2009):

Hiányoznak a bizonyítottan hatékony programok

A programok rövid utánpótlási ideje és a kutatási minták alacsony száma nagyban csökkenti a kutatási eredmények megbízhatóságát

A programok minimum egy hónapos utánpótlása szükséges

A randomizált kontrollált vizsgálatok nagyobb szerepet kell, hogy kapjanak a jövőben

Csak olyan programok finanszírozhatóak, melyek alaposan kidolgozott értékelési rendszerrel rendelkeznek

Új programokra van szükség eddig elhanyagolt kockázati célcsoportok számára (állami gondozásban nevelkedett fiatalok, fiatalok pszichiátriai betegek)

Szükséges a fiatalok veszélyeztetettségének kiszűrésére alkalmazott eszközök európai szintű harmonizációja

Az értékelt bevált gyakorlatokat terjeszteni kell

A sikertelen programokat is publikálni kell.

A „Tanulmány Az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről” című komplex kutatási projekt főbb megállapításai összevetve az EMCDDA kiadványa által megfogalmazottakat figyelembe véve arra a megállapításra juthatunk, hogy a magyarországi megelőző-felvilágosító szolgáltatás intézményrendszere jelentős fejlesztésre szorul. Célként fogalmazható meg, hogy a büntető-igazságszolgáltatással összehangoltan működő, olyan, magas színvonalú szolgáltatások álljanak rendelkezésre, melyek szakmai programjai mindenkor a kliensek tényleges szükségleteihez igazodnak. A büntetés helyetti kezelés abban az esetben lehet hatékony alternatíva, ha hatására (Stevens, 2003):

több bűnelkövető kerül kezelésbe,

a biztosított kezelések hatékonyabbak vagy legalább annyira hatékonyak, mint az önként igénybe vett kezelések,

a kvázi-kötelezettek nem hozzák hátrányba azokat, akik önként jelentkeznek a kezelésre azért, hogy lekötik az ellátási kapacitásokat, csökken a bűnelkövetések száma mind egyéni, mind pedig társadalmi szinten.

Ezen célkitűzések megvalósítását szolgálja a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kialakítása, mint kritikus fejlesztési terület.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. kutatást végzett³ a „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című program értékelésére 2009-ben. Ebből megállapítható, hogy fejlődés tapasztalható a kábítószer kezelése területén, és a jó nemzetközi gyakorlatok is megjelentek a hazai ellátásban, de azért maradtak hiányosságok is. 2009-ben új drogstratégia vált aktuálissá, melynek 2009. február–december között zajlott a kidolgozása, szakmai és társadalmi vitára bocsájtása és elfogadása. A stratégia értelmében az elterelés tekintetében fontos feladata a rendszer további fejlesztése: a szolgáltatások javítása, földrajzi kiterjesztése, a célcsoportok elérésének biztosítása. A nemzeti stratégia megvalósítását a Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Igazgatóság irányítja.

3. Nemzetközi kitekintés

Az alábbiakban országonként, illetve földrajzi területenként tekintjük át az elterelés mint szociális vagy egészségügyi ellátás/program tartalmait, illetve – amennyiben fellelhető – szakmai irányelveit.

3.1. Ausztrália

A legtöbb angol nyelvű szakirodalom talán nem véletlenül található az ausztrál elterelésről. Több évtizedes múlttal rendelkező, mind eljárásjogilag, mind szakmai tartalom szempontjából nagyon differenciált, részletesen kidolgozott rendszere van az országnak. Az 1980-90-es években már elkezdődött különböző büntető igazságszolgáltatási kezdeményezések kidolgozása, az új évezred elejére pedig szinte minden tagállam rendelkezett a büntetőeljárás különböző szakaszaiban belépő elterelési programok széles palettájával, ráadásul a tagállamokon belül az egyes szolgáltatók is kialakították saját elterelés programjukat (Wundersitz, 2007). Az ausztrál elterelés rendszere ennek ellenére centralizáltnak tekinthető, mert egyrészt országos és tagállami szinten lettek kialakítva a jogintézmény alapvető keretei, másrészt összeegyeztethetők a nemzeti szintű irányelvekkel (Bull, 2003).

Az illegális szerrel kapcsolatos azon elkövetői magatartások,⁴ amelyek esetében az elterelés jogintézménye alkalmazható, a következők lehetnek: kábítószer-bűncselekmények (pl. illegális szerek birtoklása), intoxikációval közvetlen összefüggésben lévő bűncselekmények (azaz kábítószer hatása alatt elkövetett bűncselekmény), és a kábítószer-használat mint cél érdekében elkövetett bűncselekmények (pl. lopás drog megszerzése

³ Dr. Vitrai József: Tanulmány a drogstratégia megvalósulásának értékeléséhez 2009.

⁴ <http://en.scientificcommons.org/33318553>

érdekében).⁵ Az eljárás egységesen az egész országban a rendőri észleléssel kezdődik, innentől az elkövetési magatartás típusától és súlyától, az elkövető drogproblémájának súlyosságától és addigi bűnelkövetői életútjától függ. Az egyes programok menete pedig már tagállamonként, sőt azon belül földrajzi területenként vagy akár programszolgáltatónként változik.

A bírósági szakasz előtti elterelés-programoknak két fő irányuk van:⁶ közvetlenül kezelő vagy felvilágosító programba utalni az illetőt, illetve az egyszerűbbnek tűnő eljárás: helyszíni bírság vagy szabálysértési figyelmeztetés kiszabása. Ebben a szakaszban a kannabisz a leggyakoribb „célszer”, tehát az ezzel a drogtípussal visszaélőknek kínálnak legtöbbször elterelés-programokat/intézkedéseket, bár az egyes tagállamok különbözőképpen szabályozzák a részvételi feltételeket, a program menetét, a nem teljesítés következményeit. Bizonyos tagállamok a kannabiszon kívül az egyéb illegális szerekre történő elkövetés esetén is kínálnak elterelő programokat (felvilágosítás, kezelés).

A drogbíróságok – szintén valamennyire eltérő formában – az ausztrál tagállamok közül Új-Dél-Walesben, Queenslandben, Dél-Ausztráliában, Victoriában és Nyugat-Ausztráliában működnek, legfőbb céljuk az illegális droghasználókat drogfüggőséget kezelő szolgáltatásba irányítani szabadságvesztés/büntetés helyett. E jogintézmény a büntetőeljárás bírósági, azon belül ítélethozatal utáni szakaszában kínál lehetőséget az elkövetőnek. Gyakran olyan kliensek kerülnek az ausztrál elterelés e fázisába, akik nem teljesítették, illetve jogesetük nem felelt meg a bíróság előtti elterelés feltételeinek.

Abból a szempontból, hogy az eljárás mely pontján kínál alternatívát az érintett számára, az ausztrál elterelésnek négy fő csoportját különböztetik meg⁷ (Wundersitz, 2007):

rendőrségi elterelés, amely kis mennyiségű kannabisz vagy egyéb illegális szer birtoklása esetén kínál állapotfelmérést és felvilágosító szolgáltatást;

törvényszéki elterelés, amelynek során állapotfelmérésre és rövid távú kezelés igénybevételére van lehetősége a kisebb súlyú bűncselekményt elkövetőknek, amennyiben az elkövetés illegális szerfogyasztásukhoz kapcsolódik (pl. drog megszerzése érdekében lopás);

ítélet előtti és utáni elterelés, vagyis az ún. drog törvényszéki programok (*drug courts*), amelyek hosszú távú intenzív kezelést kínálnak olyan elkövetők számára, akiknek törvénysértő magatartásában a drogfüggőség kulcsszerepet játszott;

absztinenciát megkövetelő kezelés és rehabilitációs program a régóta drogfüggőségben szenvedő, folyamatos bebörtönzésben lévő kliens számára.

Értelemszerűen és a bevezetőben kifejtett problematikából adódóan itt az első két elterelési formát tekintjük át szakmai tartalmak szempontjából.

Szinte minden tagállamban és azon belül is a különböző területeken kialakultak a rendőrségi elterelés sajátos formái, az alapvető szerkezetük azonban nagyon hasonló legalábbis az alábbiakban:

⁵ A hazai szakirodalomban Lévay Miklós nevezi ezeket direkt, indirekt és következmény-bűnözésnek a kábítószer-bűnözésen belül.

⁶ http://www.aic.gov.au/crime_types/drugs_alcohol/illicit_drugs/diversion.aspx

⁷ Egy ennél elterjedtebb csoportosítás is létezik, amely megkülönbözteti „letartóztatás előtti”, „tárgyalás előtti”, „ítélet előtti”, „ítélet utáni”, és „szabadulás előtti” formáját az elterelésnek. (Australian Institute of Criminology, AICrime reduction matters: Australian approaches to drug-crime diversion. 6 May 2004, no. 23.

<http://www.aic.gov.au/documents/F/5/C/%7BF5C913B2-AD10-45AE-899D-6BB4524A0625%7Dcrim023.pdf>) A magyarországi megelőző-felvilágosító szolgáltatásnak leginkább az első két verzió feleltethető meg, amely olyan intézkedéseket (illetve olykor az intézkedés elmaradását) takarhat, mint szabálysértési figyelmeztetés, megrovás, ezek kiegészítése intervencióval, illetve egyéb, a magyar jogrendszerben nem használatos jogi intézkedés.

az elterelésbe utaló szerv mindig a rendőrség (ezen belül lehet különbség abban, hogy az elterelést kötelező felkínálnia vagy mérlegelési joga van);
 olyan törvénysértő magatartások esetén lehet alkalmazni, ahol kábítószer birtoklás történt, tehát egyéb bűncselekmény/szabálysértés esetén még akkor sem alkalmazható, ha az elkövetés összefüggésben volt az elkövető kábítószer-fogyasztásával;
 minden rendőrségi elterelés programnak van a kannabiszhasználatot célzó eleme;
 a programok a kannabiszhasználaton kívül általában egyéb illegális szerfogyasztást is céloznak, néhányuk pedig legális szer visszaélésszerű használatával és alkoholproblémával is foglalkozik;
 a programok többsége tartalmaz felvilágosító-oktató elemet is, ami jelentheti tájékoztató anyag (brosúra) helyszínen való átadását, telefonos szolgáltatást, vagy szakemberrel való személyes találkozókat;
 mindegyik program tartalmaz állapotfelmérést és amennyiben szükséges, kezelést, amelyek azonban alacsony intenzitásúak (általában 1-5 egyéni vagy csoportos találkozás);
 többségük rendelkezik világosan megfogalmazott megfelelőségi és kizárási feltételekkel (pl. erőszakos vagy szexuális bűncselekmények elkövetőinek kizárása);⁸
 általában meghatározzák az elterelés igénybevehetőségének maximális számát (1-2 elterelést tesz lehetővé többségében, de van, ahol egyáltalán nincs ilyen limit);
 általában feltétel, hogy az elkövető vállalja az elterelésben való részvételt (beleegyezés) és beismerje törvénysértő magatartását;
 többségükben felnőtt elkövetőket céloznak a programok.⁹

Néhány példa a rendőri elterelés programok szakmai tartalmára vonatkozóan tagállamonként:¹⁰

Új-Dél-Wales: egészségügyi és jogi felvilágosítás a kannabiszhasználatról; telefonos elérhetőség megadása, ahol további tájékoztatás és tanácsadás igényelhető a kannabiszhasználattal kapcsolatosan; amennyiben az illető egészségi állapota szükségessé teszi, egészségügyi állapotfelmérésre vagy kezelő szolgáltatásba utalás.

Victoria: rendőri figyelmeztetés (kannabiszbrosúra átadása az elkövetés helyszínén), opcionális tájékoztató program,¹¹ telefonos információ és tanácsadás, amennyiben az illető egészségi állapota szükségessé teszi, állapotfelmérés, legalább egy kezelésen való részvétel.

Dél-Ausztrália: egy állapotfelmérő – prevenció alkalom, amennyiben szükséges, klinikai állapotfelmérés és kezelés.

Queensland: 1-2 órás komplett állapotfelmérés-felvilágosítás-tanácsadás program, kannabiszfüggőség esetén gyógykezelési program (ami azonban önkéntes és nem a teljesítendő elterelés része). Itt érdekességgént említjük azt a praktikus gyakorlatot, hogy a rendőr az, aki időpontot egyeztet a helyben (tekintettel a lakó- és munkahelyre is) legközelebb eső elterelést végző szolgáltatóval. Az állapotfelmérés egyébként abból áll, hogy kikérdezik a

⁸ Ezt azzal magyarázzák, hogy az ilyenfajta beavatkozásoknak a lényege éppen a korai beavatkozás, tehát a klijent még a droghasználat és a „bűnözői életmód” korai szakaszában kell „kezelésbe venni”.

⁹ Ahol fiatalok kimaradnak a célcsoportból, ott külön programokat biztosítanak a kábítószer-birtoklás esetén is – pl. rendőri figyelmeztetés, családi konzultáció.

¹⁰ A programok tartalma sokszor függ attól, hogy kannabisz vagy egyéb illegális szer használatáról, illetve, hogy első vagy második (ahol lehetőség van rá, sokadik) elterelésről van-e szó.

¹¹ A 2 órás önkéntes tájékoztató program Victoriában a *UnitingCare Moreland Hall* nevű szervezet által kifejlesztett szolgáltatás és a következőket tartalmazza: naprakész, tényszerű információk a kannabiszról, a kannabiszhasználatból eredő ártalmakról, ártalomcsökkentő stratégiák, viselkedésváltozási stratégiák. (Australian Drug Foundation, DrugInfo Clearinghouse Fact Sheet: Drug diversion and the „Cautious with Cannabis” education program (2006). No.2.16

http://www.druginfo.adf.org.au/druginfo/fact_sheets/lawregpolfactsheets/drug_diversion_and_the_cautio.html

klient kannabiszhasználati szokásairól (milyen gyakran, milyen mennyiséget, milyen szituációban) és hogy van-e olyan problémájuk, amely befolyásolhatja a droghasználatot. A felvilágosítás tényszerű tájékoztatást jelent a kannabiszhasználat jogi és egészségügyi következményeiről, amelynek során videoanyag kerül bemutatásra és brosúra kiosztásra. A szolgáltató és a kliens együtt dolgozzák ki a kannabiszhasználat abbahagyására vonatkozó személyre szóló tervet. A klienseket ösztönzik családtagok, barátok programba való bevonására.¹²

Nyugat-Ausztrália: szabálysértési figyelmeztetés, amely pénzbírság megfizetésével vagy egy oktató előadáson való részvétellel kiváltható, szükség esetén állapotfelmérés és három kezelési és tanácsadói ülésen való részvétel.

Tasmania: rendőri figyelmeztetés, amely tájékoztató anyag átadásával jár. Amennyiben szükséges, rövid intervenció személyes tanácsadással; állapotfelmérés, egy vagy több tanácsadói és kezelési szolgáltatás.

Északi terület: szabálysértési figyelmeztetés és tájékoztató, információs füzet. Szükség esetén állapotfelmérés,¹³ felvilágosító előadás vagy/és kezelés.

Ausztrál fővárosi terület: állapotfelmérés, tájékoztató és kezelési szolgáltatás.

A törvényszéki elterelés szakmai részét akkreditált kezelő intézmények végzik, nagyon sok tagállamban ugyanazok, akik a rendőrségi elterelés keretében is a gyógykezelési szolgáltatást nyújtják. A szolgáltatók jellemzően bekerülési feltételként írják elő a „kezelhető/kimutatható drogpációt” vagy problémás droghasználatot. A programok közötti különbségek sokkal nagyobbak, mint a rendőrségi elterelés esetén, másrészt e szint és a következő elterelési forma (drog törvényszéki programok, *drug court*-ok) közötti elkülönítés nem mindig egyértelmű.

Értelemszerűen a törvényszéki elterelés szakmai tartalmai hasonlóak a rendőrségi elterelés azon formájával, amikor a kliens állapotából eredően gyógykezelésre van szükség. Jelentős különbség azonban az időtartam, illetve a kezelés intenzitása, amely az utóbbi esetben legfeljebb néhány, de leginkább egy alkalom, míg a törvényszéki formánál 3-12 hónap (illetve többször előírt megjelenés) lehet az adott programtól és a kliens állapotától függően. A fenti okból tagállamonként itt nem tekintjük végig az egyes variációkat, ehelyett kiemeljük azokat a programelemeket, amelyek a rendőrségi formában nem kerültek említésre:

családi konzultáció

motivációs interjú

életvezetési tanácsadás

esetkezelés

elérő programok fiatalok számára

egyéni kezelési terv kidolgozása

feszültségek kezelése

kommunikációs technikák fejlesztése

drogteszt

bentlakásos rehabilitáció

farmakoterápia

detoxifikáció

relapszus prevenció

utánkövetés

egyéb egészségügyi szolgáltatás (orvosi kezelés)

¹² Queensland Illicit Drug Diversion Initiative, Police Diversion Program for a Minor Drugs Offence (Cannabis)
http://www.police.qld.gov.au/Resources/Internet/services/documents/pdp_general.pdf

¹³ Az állapotfelmérés (törvényszéki elterelés esetén) kiterjed a szerhasználati probléma természetére, korábbi kezelésekre, általános pszichés állapotra és körülményekre, motivációra, kezelési javaslatokra, kezelési elérhetőségekre és bírósági ajánlásokra.

alapfokú oktatás (pszichoedukáció)
lakhatással kapcsolatos szolgáltatások.¹⁴

Az elterelés szolgáltatáshoz általánosságban tartozik egy 24 órás telefonos ügyfélszolgálat is, amely hasznos lehet az általános tájékozódás és könnyű elérhetőség szempontjából. Az elterelésen való részvétel egyébként az egész országban ingyenes a kliensek számára.

Természetesen az ausztrál szakemberek között is felmerül a kérdés, mely elterelés program hatékony, és egyáltalán hatékony-e az elterelés a bevezetőben megfogalmazott alapelvek szempontjából.¹⁵ Mivel az országban ennyire sokszínű és differenciált mind az elterelés feltételrendszere, mind a programok szakmai tartalma, a hatékonyság definíciója az egyes szolgáltatástartalmakra vonatkozóan is különböző. Egészen mást jelenthet a hatékonyság például egy egyszeri felvilágosító szolgáltatásnál, mint a három hónapos tanácsadásnál.

A különböző programok értékelő vizsgálatának köszönhetően az alapvető kritériumok egy „jó” elterelési programhoz azonban mégis megfogalmazhatóak:

a rendőri észlelés vagy letartóztatás és a beavatkozás/program között eltelt idő rövidsége (korai intervenció);

a felvilágosító szolgáltatás vagy a kezelési modell típusa szempontjából: a legjobb gyakorlatok még kialakulóban, de néhány értékelő vizsgálat azt mutatta, hogy hatékonyak pl. a kognitív-viselkedéses terápiák, valamint, hogy a holisztikus modellek¹⁶ hatékonyabbak, mint a kizárólag drogfogyasztásra koncentráló programok. Az esetkezelési szemléletet is több tanulmány támogatja, mert az olyan szociális kérdésekkel, mint lakhatás, munkahely, szociális támogatással való foglalkozás a drogprobléma kezelésének sikerességére is nagymértékben kihatással van. Ennek érdekében pedig nagyon fontos a jól működő, kiterjedt szakmai „beutaló” hálózat kiépítése, fejlesztése, illetve az érintett szervezetek együttműködése, hiszen nem várható el, hogy egy-egy elterelést végző szolgáltató minden kérdésben segítséget tudjon nyújtani.

Azzal kapcsolatban, hogy az elterelésbe utalás kötelező vagy mérlegelést lehetővé tevő formája a hatékonyabb, még nincs egyértelmű megegyezés. Azonban úgy tűnik, hogy a rendőri jogkörbe tartozó mérlegelés elve jól működik, mert Ausztráliában ez a hivatalos szerv rendelkezik a legtöbb tapasztalattal a drogfogyasztói magatartásról és ismeri legjobban a különböző szolgáltató szervezetek elérhetőségét, kritériumrendszerét, a szolgáltatások tartalmát (így azok elkövető számára való megfelelőségét).

Számos szerző rámutatott a kezelésekkel/szolgáltatásokkal adott kliensnél elérhető, reális célok előzetes megfogalmazásának fontosságára, mert enélkül a célcsoport specialitása (visszaesés) miatt sokszor ütközhetnek a szakemberek a sikertelenség érzésének csapdájába.

Az elterelésre vonatkozó nemzeti szakmai irányelvek Ausztráliában nem feltétlenül kísérleti kutatások, sokkal inkább az igazságszolgáltatásban és egészségügyi szektorban tevékenykedő érintett szakemberekkel való konzultációk eredményei¹⁷ (Bull, 2003). A következőkben ezeket mutatjuk be.

A legjobb gyakorlatokra vonatkozó irányelvek az elterelésben:

¹⁴ Ezen szolgáltatások közül a legtöbbet az Új-Dél-Wales-i MERIT program (Magistrates Early Referral into Treatment) nyújtja.

¹⁵ Australian Institute of Health and Welfare 2008. The effectiveness of the Illicit Drug Diversion Initiative in rural and remote Australia. Drug statistics series no. 19. Cat. no. PHE 96. Canberra: AIHW.

¹⁶ Így például olyan kérdésekkel való foglalkozás, mint lakhatás, munkahely, alapfokú oktatás, adósságkezelés, családi problémák, családon belüli erőszak, lelki és egészségügyi problémák.

¹⁷ Konkrétan egy kétnapos tanácskozás eredménye, amelyet az ADCA (Alcohol and other Drug Council of Australia) szervezett 1996-ban, a végleges anyag címe: „Principles for Best Practice Diversion”

Filozófiai alapelvek: ártalomcsökkentés, amelyről a szakemberek, politikusok és a közösség egyetértése, az alapelv elfogadása szükséges a jó elterelés programok érdekében. Az elterelést a szociális változás kezdeti lépéseként kell tekinteni, nem pedig a drogprobléma egyszerű kezelésekként. Egy jó elterelés program egyszerre foglalkozik a különböző szociális (lakhatás, munkahely, jogi kérdések stb.) és egészségügyi kérdésekkel, amennyiben arra igény mutatkozik.

Differenciáltság: az elkövető szükségleteinek és a törvénysértő magatartás súlyosságának megfelelő program biztosítása.

Jogalkotás: ahol lehetséges, a nemzeti és az egyes tagállami szabályozásnak összhangban kell lennie egymással.

Tervezés-irányítás: egy jó elterelés program a következő szereplőket foglalja magába a tervezés, végrehajtás, ellenőrzés megfelelő szakaszaiban: rendőrség, elkövető/kliens, javító intézetek, fiatalok bírósága, kezelő intézmények, bíró, bírósági dolgozó.

Kommunikáció: a különböző érdekhordozói csoportok közötti egyértelmű kommunikáció.

Programdokumentáció: a program világos dokumentálása, a programban résztvevő szakemberek számára szakmai irányelvek kidolgozása, rugalmas programszerkezet.

Szerepek egyértelmű meghatározása: eljárások, irányelvek kidolgozása.

Kliensjogok: az eljárás korrektségéhez, a panasztételhez való jog, védelem az önvád ellen.

Elérhetőség: a programok elérhetőek tekintet nélkül az elkövető korára, az általa preferált szerre, nemére, kulturális hátterére, tartózkodási vagy lakóhelyére, anyagi helyzetére.

Utókezelés: egy jó elterelés program biztosítja az elkövető számára, hogy jogi kötelezettsége teljesítése után is igénybe veheti a számára szükséges szolgáltatásokat.

Képzés: speciális képzést kell biztosítani mindazon szakemberek számára, akik az elterelés bármely szakaszában részt vesznek (rendőr, bíró, bírósági dolgozó, szolgáltató szervezetek). A képzésnek az elterelés alapvető elveire (ártalomcsökkentés) kell fókuszálnia, másrészt egyértelművé kell tennie az egyes szereplők speciális feladatait, funkcióit.

Finanszírozás: egy jó elterelés program három éves időszakokra kap finanszírozást. A költségelszámolásnak egyértelmű eljárásnak kell alapulnia. A kiutalásokban el kell különíteni az adatgyűjtésre és programértékelésre szánt összegeket.

Értékelés: a programokat előre meghatározott eredménymutatók alapján kell értékelni. Az értékelés során kvantitatív és kvalitatív adatok egyaránt gyűjtésre kerülnek. Amennyiben lehetséges, és az adatvédelem szabályait sem sérti, olyan adatbázisok kerülhetnek kialakításra, amelyek tagállamok közötti összehasonlítást tesznek lehetővé.

3.2. Amerikai Egyesült Államok

Az Amerikai Egyesült Államokban a drogfüggő elkövetők számára rendelkezésre álló elterelő programok nagyrészt a törvényszék keretében valósulnak meg („drug treatment courts”) (Bull, 2003). Itt a bíróság nem egyszerűen gyógykezelésbe irányítja az arra alkalmas elkövetőt, hanem maga is a kezelési program részévé válik. A rendszer a drogtörvényszéki szakemberek bírók által vezetett mozgalmának köszönhetően épült ki és élvezi a mai napig támogatást.

Egyéb elterelési programok is léteznek, de általában ezek is a törvényszéki rendszer keretein belül vagy arra épülve működnek. Esetkezelést nyújtanak például drogfüggő elkövetők számára a TASC-programok (Treatment Alternatives to Street Crime), a DTAP (Drug Treatment Alternatives to Prison) a börtön elkerülését lehetővé tevő programokat szolgálat, a BTC (Breaking The Cycle) program pedig a TASC és a törvényszéki elterelés módszereit ötvözi.

Az amerikai rendszer alulról felfelé építkező, nagyon sok kezdeményezés ered a már említett drogtörvényszéki szakemberek szövetségétől (National Association of Drug Court Professionals) vagy egyéb szervezetektől. Az elterelés programokat az absztinencia alapelve jellemzi és mindenfajta, problematikusnak nyilvánított droghasználattal foglalkoznak. A drogteszt (vizeletminta alapján) a programok kulcseleme. Szemléletmódjuk ilyen módon megegyezik az Anonim Alkoholisták (AA) és a Narcotics Anonymous (NA) 12 lépéses programjával, a hosszú távú bentlakásos terápiás közösségi és metadon fenntartó programokkal.

A „Drog Elterelő Programok”¹⁸ célja alkohol- vagy drogfüggőség megelőzése vagy gyógyítása bizonyos bűnelkövetők esetében. A programban való részvétel egyik feltétele a komoly szerhasználati probléma. Ezen és egyéb feltételeknek, követelményeknek való megfelelés a program során folyamatosan ellenőrzésre kerül. Nem teljesülésük esetén az illető visszakérül a büntető igazságszolgáltatás rendes menetébe.

Az amerikai „Drog Elterelő Programok” azon elemei, amelyek a magyar megelőző-felvilágosító szolgáltatás szempontjából relevánsak lehetnek:

felvilágosító elemet tartalmazzak, amelynek során tényszerű, aktuális és pontos információkat szolgáltatnak a drogfüggőségről, elmagyarázzák az alkohol és egyéb drogfajták egyénre, családra, közösségre való hatását;

támogatást és bátorítást nyújt a résztvevőknek abban, hogy droghasználatról hozott egyéni döntéseikért felelősséget vállaljanak;

olyan egészségmegőrző modelleket közvetítenek, amellyel támogatják a résztvevőket a megfelelő életmódbeli változtatásaikban;

a szerhasználat és az ahhoz kapcsolódó kriminális tevékenységek csökkentését célozzák;

a közösségi biztonság erősítését célozzák;

megjutalmazzák, értékelik a résztvevők életmódjában tapasztalt pozitív változásokat, míg hangsúlyozzák a negatív életvitelért való felelősség vállalását.

Ami a teljes program menetét illeti, például a PC 1000 Drog Elterelő Program legalább 12 hét időtartamú, amelynek során minimum 30 órányi egyéni és csoportos foglalkozásokon vesz részt a kliens, a következő megoszlásban: 10 óra egyéni tanácsadás, 10 óra csoportos konzultáció, 5 óra felvilágosító-tájékoztató foglalkozás, 5 óra relapszus prevenció és 10 alkalommal önszorgú programban való részvétel is ajánlott.

A következőkben bemutatjuk egy amerikai elterelési program, a korábban már említett TASC-program irányelveit. Természetesen figyelembe kell vennünk azt a tényt, hogy ez is, mint más amerikai elterelés, feltételezi a problémás droghasználatot. Az irányelvek (ill. critical elements) felsorolása az ausztrál irányelvek korábban bemutatott szempontjai alapján történik (ld. Bull összehasonlítását, Bull, 2003).

TASC 10 Critical Elements:

Filozófiai alapelvek: erre vonatkozóan nincs határozott kitétel.

Differenciáltság: a kezelési és igazságszolgáltatási rendszer széleskörű elérhetősége.

Jogalkotás: az irányelvekben nem került kifejtésre.

Tervezés-irányítás: széleskörű támogatás a kezelői és a büntető igazságszolgáltatási rendszer oldaláról, amelyek mindegyike egy, a hatékony kommunikációra és együttműködésre kialakított eljárási rendszerrel működik. Független TASC-egységek működnek kijelölt adminisztrátori dolgozóval.

Kommunikáció/partnerség: ld. tervezés-irányítás.

¹⁸ <http://www.drug-rehabs.org/drug-diversion-program.html>

Programdokumentáció: dokumentált stratégiák és eljárások, valamint drogtesztelési technikák. Az állapotfelmérésre és elterelésbe való utalásra vonatkozó eljárások dokumentálása.

Kliensjogok: az irányelvek között nem került kifejtésre.

Alkalmasság és elérhetőség: előre meghatározott alkalmassági feltételek.

Utókezelés: az irányelvek között nem került kifejtésre.

Képzés: a szükséges szakember-képzés a TASC stratégiákban és eljárási szabályokban meghatározott.

Finanszírozás: az irányelvek között nem került kifejtésre, egyébként pedig arra fókuszál, *hogyan* lehet megszerezni az anyagi támogatást, nem pedig a konkrét forrásokra.

Értékelés: adatgyűjtési rendszer a programirányításra és értékelésre vonatkozóan. Az elkövetők monitorozását illetően eljárásokat ajánl a program sikeres teljesítése és nem teljesítése ellenőrzésére (programteljesítési és nem teljesítési kritériumok), a beutaló büntető igazságszolgáltatási szerv felé pedig folyamatos jelentés/visszajelzés történik.

3.3. Kanada

Kanadában 1998-ban egy négyéves kísérleti program keretében állították fel amerikai mintára a drogtörvényszékeket (Bull, 2003). Ez a program olyan kokain és/vagy opiátfüggő nem erőszakos elkövetőknek kínált lehetőséget, akik szerfogyasztói vagy kis mennyiségű kereskedelmi magatartás, illetve prostitúcióval kapcsolatos szabálysértés miatt kerültek a hatóságok elé. A programot akkor tekintik teljesítettnek, ha az illető megteremtette szociális biztonságát (lakhatás, munkahely/oktatás) és felhagyott a droghasználattal (min. 4 hónapnyi absztinencia). A nemteljesítés következményei széles skálán mozognak, az esszéírástól a rövid szabadságvesztésig terjednek.

A kanadai rendszer érdekessége, hogy a drogtörvényszék lelki egészségügyi szakember tagja az, aki felhívja a bíróság figyelmét, ha az elkövetőnek olyan mentális problémája van, amely akadályozhatja a program sikerességét.

3.4. Európa

Az angol nyelvű szakirodalom az elterelésről elsősorban az ausztrál, angol és amerikai rendszerekről fellelhető, ami nem feltétlenül vezethető vissza csupán nyelvi okokra. Az elterelés háttérében húzódó megfontolások, alapelvek ezeken a területeken alakultak ki a legkorábban, és ezáltal itt a legdifferenciáltabbak, legkidolgozottabbak a büntetés alternatívájaként kínált programok.

Az európai szinten elsősorban az *Egyesült Királyság* elterelését mutatjuk be, emellett említésre kerülnek egyéb európai országok is.

Az amerikai elterelés-rendszerrel szemben a brit rendszer felülről lefelé építkező (Bull, 2003). Meglehetősen centralizált koncepció, ahol az egyes programok a tagországok közötti aránylag konzisztens jogalkotásra és a skót irányelvekre épülnek. Az elterelési programok az „*arrest referral*” (letartóztatási beutalás), a feltételes szabadlábra helyezés, valamint a drogkezelési és -tesztelési rendszer (DTTO – Drug Treatment and Testing Order) keretei

között valósulnak meg. Néhol az országban a törvényszéki elterelés egyes formáival is kísérleteztek.

A DTTO általában olyan szolgáltatásokat nyújt, mint bentlakásos rehabilitáció, közösségi detoxifikáció, fenntartó programok (Turnbull és mtsai, 2000). A megelőző-felvilágosító szolgáltatás szempontjából érdekesek lehet néhány angliai kísérleti program (Croydon, Gloucestershire, Liverpool) egyes módszerei és elemei: kognitív-viselkedéses terápia, pszichoanalízis, személyközpontú terápia, életmód-változás, érzelmek (főként harag) kezelése, szabadidő-szervező szervezetek kreatív használata, akupunktúra, sport, egyéb szabadidős tevékenységek, asszertív tréning, problémamegoldás, az elkövetői magatartással kapcsolatos foglalkozás, öntudat fejlesztése, reflexológia.

Az elterelés-programok a problémás drogfogyasztónak minősített elkövetőket célozzák, és ezzel élesen elhatárolódnak azoktól, akik egyszerű illegális szerhasználók. Ennek következtében alapelvük az ártalomcsökkentés és -minimalizálás. A beavatkozások legjellemzőbb formái a járóbeteg ellátás, metadonfenntartó program, mindez kombinálva a drogteszteléssel (vizeletminta). Fekvőbeteg-ellátásra (bentlakásos programokra) akkor kerül sor, ha az szükséges és elérhető.

A letartóztatási beutaló programok a 80-as évektől működnek az országban és a rendőrség, a helyi drogközpontok és a DAT-ok (Drog Akció Csoportok) partnerségi kezdeményezéseként definiálhatók, amelynek során a rendőrségtől független segítő szakember az elkövetőt kezelésbe irányítja (Bull, 2003). Ezáltal támogatják a letartóztatott droghasználót állapotfelmérésen és a megfelelő kezelési programban való részvételét.¹⁹ Ezen programokba olyan elkövetők kerülnek, akiknek törvénysértő magatartása összefüggésben van a droghasználatával, tehát nem egyszerű drogfogyasztás az eljárás megindulásának oka. Három letartóztatási beutaló programfajta került azonosításra: tájékoztató (rendőrség által kiosztott brosrák), proaktív (speciális segítő szakemberek, tanácsadás) és támogató (kezelésbe utaló) program. Ezen és a másik két elterelési forma értékelésekor a szakemberek olyan problémákra mutattak rá többek között, mint a többszereplős (több intézményt érintő) eljárás nehézségei, a szolgáltatások kivitelezésében tapasztalt nagy különbségek, a nem konzisztens törvényvégrehajtási, rendészeti gyakorlatok.

3.4.1. A skót közigazgatási szervek által kidolgozott irányelvek a letartóztatási beutaló-programra

A különböző szereplők közötti együttműködés: Stratégiai szinten a Drog Akciócsoportok (a magyar Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokhoz hasonló fórumok), operatív szinten egy koordináló csoport koordinálja a folyamatot.

Proaktív szemlélet: A program szakemberei találkoznak minden olyan letartóztatottal, aki érdeklődését fejezi ki a szolgáltatás iránt.

Képzett és kompetens szakemberek: Drogokról, drogproblémáról, helyi kezelési lehetőségekről megfelelő tájékozottsággal bírnak, tanácsadói, állapotfelmérői képességekkel rendelkeznek, csapatmunkában is tudnak dolgozni.

Átfogó általános állapotfelmérés: Az egyén igényeinek és szükségleteinek teljeskörű felmérése, hogy megfelelő beutalást kapjon kezelő szolgáltatásba vagy egyéb programba.

Széleskörű szolgáltatások elérhetősége: Drogközpontok (országos egészségügyi ellátás, szociális ellátás, önkéntes szektor – gyógyszerfelírás, detoxifikáció, rehabilitáció), lakhatási, foglalkoztatási, képzési szolgáltatások, pénzügyi tanácsadás.

¹⁹ <http://www.ncjrs.gov/app/publications/abstract.aspx?ID=205405>

Egyértelmű irányítási-vezetési struktúrák: Egy olyan szervezet felállítása, amely megoldja a programban dolgozó szakemberek foglalkoztatását és ellátja az egyéb menedzsment-feladatokat.

Monitorozás és értékelés: Az információk megosztása és értékelési stratégiák kialakítása.

Működési feltételek: Idő, hely és szakemberek biztosítása.

Megegyezés a terminológiákat és definíciókat illetően: Az egyes szervezetek közös megegyezése a használt szakkifejezésekről.

Helyszínekről való megegyezés: Az elterelés helyszíne a rendőrség, bíróság vagy mindkettő. A program helyszínéről való megállapodás.

A szerepek egyértelmű meghatározása: Annak meghatározása, hogy ki mit csinál, hogyan működik a folyamat (szakember, rendőr).

Protokollok: Az adatvédelemről és adatbiztonságról, az adattovábbításról, a beutalásról, a kliensek átjárhatóságáról.

Tanulmányunkban végezetül néhány egyéb európai példát szeretnénk bemutatni a szabadságvesztés büntetés alternatívájára drogfogyasztók vagy drogfüggők számára területéről.²⁰

3.4.2. Hollandia

Hollandiában 1998-ban indult az a program (Street Junk Project), amely az elmúlt 1 évben már négy alkalommal letartóztatott drogfogyasztó elkövetőknek ajánlja fel a kezelési szolgáltatást újabb letartóztatás helyett.

3.4.3. Ausztria

Ausztriában felfüggesztik a büntetőeljárást, amennyiben valaki kis mennyiségű illegális szert tartott magánál saját használatra. Ha kezelés látszik szükségesnek, az eljárás alá vont személyen múlik, hogy hogyan alakul ezután az eljárás (beleegyeznek-e a kezelésbe vagy sem).

3.4.4. Belgium

Belgiumban az államügyész mérlegelési jogköre, hogy vádat emel vagy sem. Amennyiben az elkövető elismeri szerfüggőségét, szintén az ügyész dönt a kezelési programba utalásról.

3.4.5. Finnország

Finnországban az ügyész és a bíróság hatáskörébe tartozik, hogy eltekintenek-e a vádemeléstől, amikor az elkövető önként részt vesz a terápiás kezelő programban.

²⁰ A fellelhető anyag (Bull, 2003) kizárólag a jogi feltételeket és mechanizmusokat mutatja be, angol nyelvű anyag a szakmai tartalmakra vonatkozóan nem állt rendelkezésre.

3.4.6. Olaszország

Olaszországban mind a bíróság, mind az ügyész széleskörű lehetőségeket kínálhat a drogfogyasztó vagy drogfüggő elkövető részére, amennyiben az önként vállalja a kezelési programban való részvételt.

4. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás magyarországi gyakorlata

4.1. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás mint indikált prevenció intervenció

Az EMCDDA által vallott szakmai irányelvekkel harmonizálva, a Magyarországon elterjedt jelenlegi szakmai irányelvek is a prevenció 3 típusát különböztetik meg. Deduktív logika mentén haladva, ezek az univerzális, a szelektív és az indikált prevenció.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás – hétköznapi szóhasználatnál „elterelés” – eszerint, az indikált – javallott – prevenciók körébe tartozik, amely az adott területen magas kockázatú személyekre irányuló, egyénre szabott intervenciót jelent. Magas kockázatú személyek, ez esetben a szerfogyasztás korai jeleit mutató egyének, akik a jelenleg használt diagnosztikus eljárások mentén függőnek nem minősülnek, de a szerfogyasztás és a későbbi – esetleges – függőség szempontjából potenciálisan veszélyeztetettek.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás általános célja a rászokás, függőség és a fogyasztással járó problémák megelőzése, és segítségnyújtás az egyéb területen jelentkező problémák megoldásában, a meglévő képességek fejlesztése, újak kialakítása, melyek összekapcsolhatóak a szerfogyasztás kialakulásával. A szolgáltatás folyamán az általánosan meghatározott kereteken belül cél, hogy az érintettek egyéni szükségleteikre, igényeikre, problémáikra fókuszált és ezek mentén kialakított szakmai terv jöjjön létre, valamint hogy a kliensek egyéni értékelés által meghatározott,²¹ személyre szabott szolgáltatást kapjanak.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás azonban jelentősen különbözik az egyéb indikált prevencióktól, mely a szolgáltatás igénybevételenek módjában figyelhető meg. Minden prevenció – de különösen az indikált – intervenció esetében a részvétel módja a folyamat eredményességét, hatásosságát és hatékonyságát erősen meghatározó tényező, ami a szolgáltatást igénybevevő személyek motivációján keresztül is megnyilvánul. Ideális esetben cél és elvárás is egyben, hogy az egyének az adott szolgáltatást önkéntesen vegyék igénybe. Ez az alapelv a megelőző-felvilágosító szolgáltatás tekintetében az esetek túlnyomó többségében nem valósul meg, mivel az egyének ugyan önkéntes vállalással, de kötelezett részvétellel kapcsolódnak a programokhoz, s a részvétel megszakítása, a folyamat sikertelen befejezése büntetőjogi következményekkel jár az egyénre nézve. Ez a speciális tényező alapjaiban meghatározza a megelőző-felvilágosító kezelések teljes szakmai vetületét.

Egy nemzetközi szakirodalmi áttekintés²² hangsúlyozza, hogy az ilyen jellegű, indikált prevenció programok fontos helyet foglalnak el a kábítószer-megelőzési, kezelési palettán, de jelenlétük, speciális voltuk egy sor kérdést is felvet. Ilyen például a különböző beavatkozási területek közötti határkérdések, melyek nem választhatók el élesen egymástól,

²¹ EMCDDA összeállítása: Pszichoaktív szer használat zavarainak megelőzése veszélyeztetett gyermekek és fiatalok körében – A javallott prevenció elméletének és tudományos bizonyítékainak áttekintése 2009. <http://www.droffokuszpont.hu/?lang=1&pid=199>

²² Nádas Eszter: A célzott/javallott prevenció programok nemzetközi tapasztalatai című háttéranyaga 2009, 11. oldal.

valamint a finanszírozás kérdése is, amennyiben egy indikált prevenciós szolgáltatást igénybevevő személy más ellátásra, esetleg kezelésre is szorul.

Az ENSZ és az EMCDDA által kiadott „Útmutató a kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelési igény méréséhez” című, 2007-ben kiadott dokumentum szerint „kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelésnek tekinthető bármely strukturált beavatkozás, mely kimondottan az egyének droghasználatára irányul.” Ez a definíció azonban a gyakorlati alkalmazhatóság kérdésében, bizonyos szempontból homályos marad.²³ Szakmai szempontok alapján egyértelmű az időtényező hangsúlya, vagyis ha kezelés válik szükségessé, az annál nagyobb hatásokkal éri el a kívánt célt, minél előbb elkezdődik. Így az – időben – korai beavatkozás önmaga is egy határterület lehet, ahol az intervenció az indikált prevenciós és a kezelés egymást fedő területén is történhet.

4.2. Jogi háttér

A hazai büntetőszabályozás előzménye az Egységes Kábítószer Egyezmény,²⁴ a Bécsi Egyezmény a pszichotróp anyagokról (1971), és a Kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni egyezmény (1988) kidolgozása. Az 1970-es évektől a nemzetközi egyezmények ratifikálásán túl megjelent a 1978. évi Büntető Törvénykönyv (Btk.) 282-283.§-ban: visszaélés kábítószerrel és kóros szenvedélykeltés fogalma. A fogyasztó már ekkor is enyhébben büntetendő.

1993-ban került bevezetésre az elterelés a Btk. módosításával, amikor a kereskedőkkel szemben szigorították a szabályozást. 1998-as módosítás következtében elterelésre csak a kábítószerfüggő személyeknek volt lehetőségük. 2003-ban újabb változás történt, amikor az alkalmi fogyasztók a törvényben meghatározott esetekben újra lehetőséget kaptak a büntetőeljárás felfüggesztésére, megszüntetésére. Az 55/2003 (IX. 4.) rendelettel módosított 26/2003. (V. 16.) EszCsM-GyISM rendelet az elterelés elkezdéséhez előzetes állapotfelmérést ír elő, mely megállapítja a fogyasztó addikciójának súlyosságát. 2006-ban a Büntetőeljárásról szóló törvény (Be.) módosításával a fogyasztóknak lehetőségük nyílt már rendőri szakban elkezdni az elterelést. 2008 novemberében került elfogadásra a 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól, ezzel harmonizálva a végrehajtási és az eljárási szabályokat, mely szerint már nyomozati szakban megkezdhető az elterelés.

Amennyiben az elterelés törvényi keretei fennállnak,²⁵ a nyomozás felfüggesztésének, a vádemelés elhalasztásának, az eljárás felfüggesztésének lehet helye, amennyiben az érintett személy önként vállalja az elterelésen való részvételt, illetve nyomozati szakban önként aláveti magát az elterelésen való részvételnek. Feltételei: bizonyos elkövetési magatartások (termesztés, előállítás, megszerzés, tartás), a csekély mennyiség, saját használat. A kezelés elvégzését az érintett személynek igazolnia kell. Függők esetében eltérő, enyhébb szabályozás jellemző, mert nagyobb mennyiség és más magatartások esetében is lehetőségük van az elterelés választására.

„Az elmúlt évek adatai alapján a kezelőrendszerben, azon belül is a járóbeteg-ellátásban megjelenő kliensek száma és összetétele alapvetően a Büntető törvénykönyv és a

²³ Nádás Eszter: A célzott/javallott prevenciós programok nemzetközi tapasztalatai című háttéranyaga 2009, 15. oldal

²⁴ 1965. évi 4. tvr. az ENSZ 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezményének kihirdetéséről.

²⁵ A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi törvény szerint.

büntető-igazságszolgáltatás aktivitásától meghatározott”,²⁶ tehát az elterelésbe jelentkezők száma a rendőrök aktivitásán múlik.

4.3. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás biztosítását meghatározó pályázati rendszer

Hazánkban a megelőző-felvilágosító szolgáltatás végzésére a szervezeteknek pályázni kell. A pályázatok benyújtása folyamatos, amelyeket a pályázat kiírója negyedévente bírál el.

A szolgáltatás fenntartása, a finanszírozás a pályázati keretek közötti működtetés következtében bizonyos mértékig tervezhető. Rendszeres pénzügyi jelentés, a megjelenések szerint történik a szervezet részére kifizetés, mely megközelítőleg becsülhető mind a szolgáltató, mind a finanszírozó oldaláról. Fontos szempont, amely a pályázati kiírásban és a megvalósulásban is érvényesül a szektorsemlegesség, ami azt jelenti, hogy a kiíró a szektorok között sem a feltételek, sem a finanszírozás, sem egyéb tekintetben nem tesz különbséget.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás végzésére jelentkező szervezeteknek a szolgáltatás biztosításához többféle kritériumnak kell megfelelniük. A pályázati kiírásban szerepel a megelőző-felvilágosító szolgáltatás elválasztása egyéb – a szervezetre jellemző és a szervezet által kínált – betegellátó tevékenységtől, ami a térbeli és időbeli elválasztást is szükségessé teszi. Azon szervezetek, amelyek súlyos függőségi problémákkal küzdőkkel (pl. szubsztitúciós programokban résztvevő opiát-függőkkel), különösen magas kockázatú (pl. intravénás) aktív szerhasználói csoportokkal foglalkoznak, csak abban az esetben nyernek befogadást, ha a szolgáltatás közelében nincs befogadott megelőző-felvilágosító szolgáltató, és igazolni képesek, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatás a betegellátástól teljesen függetlenül, azzal időben nem ütközve, lehetőség szerint külön telephelyen történik.

A szolgáltatás tartalmilag egy kötelező elemmel, az állapotfelméréssel kezdődik, amely az alapját jelenti annak, hogy a kliens állapotától függően a megfelelő szolgáltatás típusát vehesse igénybe. A pályázati rendszer a csoportkialakítás folyamatát is szabályozza, mivel a szolgáltató felé követelmény, hogy az eltérő pszichoszociális probléma-súlyosságú érintetteket nem sorolhatja egy csoportba.

Ugyanúgy, mint az elterelés területi lefedettsége, az előzetes állapotfelmérés igénybevételi lehetősége országos szinten nem egyenletes. Az előzetes állapotfelmérő helyek listáján²⁷ jóval több intézményt és elérhetőséget találunk, mint megelőző-felvilágosító szolgáltatót. Az összesen 185 egészségügyi szolgáltató közül jelentős eltéréseket láthatunk a területi eloszlás tekintetében. Budapesten találjuk a szolgáltatók 26%-át, azonban több megyében igen kevés ilyen szolgáltató érhető el. Például Zala megyében csak Zalaegerszegen (2 helyen), Hajdú-Bihar megyében mindössze 2 településen (Debrecenben 5 helyen) végezhetnek előzetes állapotfelmérést.

Sok helyen csak területi ellátási kötelezettség szerint fogadnak jelentkezőket, tehát akinek az egészségügyi ellátási területen kívül esik a lakóhelye, hátrányba kerülhet az igénybevétel tekintetében. A megelőző-felvilágosító szolgáltatók területi ellátási kötelezettség listáján²⁸ látható, hogy minden megyében található szolgáltató, de például Baranya és Somogy

²⁶ Rácz József: A drogbetegek ellátása. In: Felvinczi Katalin, Nyírády Adrienn (szerk.): *Drogpolitika számokban*. 2009. 189–232 oldal.

²⁷ lásd: <http://www.ndi-szip.hu/Controls/DownloadEDoc.aspx?attId=9e34a95b-c479-423a-9adc-b1a35ada1905> az NDI-SZIP honlapján

²⁸ lásd: <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=1291>, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium honlapján, rendszeresen frissítve

megyében mindössze egy-egy lehetőség kínálkozik, bizonyos településeken, mint például Debrecenben három szolgáltatás is választható. A szolgáltatóknak vállalniuk kell az illetékességi területükről érkező, ott állandó lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkezők fogadását. Azonban a kliensek, ha a hosszas utazási idő, a drága útiköltség miatt nem tudják a szolgáltatást igénybe venni és a büntetőeljárás folytatódik ellenük, nem mentesülnek a büntetés alól. Az esélyegyenlőség az ellátáshoz való hozzájutásban is alapvető szempont kellene, hogy legyen, de ez több megyében csak kis mértékben valósul meg a megelőző-felvilágosító szolgáltatások elérhetősége szempontjából. A pozitív változást jelzi, hogy mára minden megyében található szolgáltató.

Az együttműködés módját a szolgáltatók és az eljáró hatóságok, illetve a pártfogó felügyelők között a 42/2008. (XI. 14.) EÜM-SZMM²⁹ együttes rendelet szigorúan szabályozza. Ennek megfelelően nemcsak a klienssel, hanem a különböző hatóságokkal (rendőrség, ügyészség, bíróság) és pártfogó felügyelőkkel is fontos a szolgáltatóknak a kapcsolat kialakítása. E rendelet szabályozza a szerződéskötés feltételeit: a kliensnek be kell mutatnia a nyomozóhatóság által kiállított, a rendelet mellékletében szereplő tanúsítványt, ügyési vádelhalasztó határozatot vagy bírósági végzést és előzetes állapotfelmérés eredményéről készített dokumentumot vagy igazságügyi orvosszakértői véleményt, mely tartalmazza az állapotfelmérés eredményét és az annak megfelelő kezelés/szolgáltatás indokoltságát. E mellett a szolgáltatásra való jelentkezéskor hitelt érdemlően meg kell győződnie a jelentkező személyazonosságáról.

A szakmai programmal kapcsolatos követelményeket a pályázati kiírás szintén részletesen tartalmazza. Egyik ilyen követelmény a már fentebb említett személyi és tárgyi feltételek időbeli és térbeli elhatárolása egyéb betegellátó tevékenységtől. A szolgáltatásnak az addikció súlyosságához kell igazodnia, és célját, valamint eszközeit is ennek megfelelően kell megválasztania. A szolgáltatást nyújtónak a klienssel – a büntetőeljárástól függetlenül – megkülönböztetés nélkül kell foglalkoznia, a vonatkozó szakmai etikai szabályok szerint. Ez a szociális és egészségügyi szolgáltatók etikai szabályozását tekintve megfelelően szabályozott.

Ahogy az egy korábban bemutatott vizsgálatból kiderül, a szakmai tartalmat tekintve nem minden szolgáltatónál van csoportos foglalkozás. Ahol működik, ott a csoportalakításra kizárólag úgy kerülhet sor, hogy az eltérő pszichoszociális probléma-súlyosságú érintettek – amelyet az állapotfelmérés eredménye határoz meg – nem kerülhetnek egy csoportba. A csoportok létszáma nem haladhatja meg a 15 főt, amely mint kiscsoportos forma, lényeges a javallott prevenciós programok hatékonysága érdekében.

A szolgáltatóknak minden esetben írásban, szolgáltatási szerződést kell kötnie az elterelésre jelentkezővel, amelynek ki kell térnie az alábbi tartalmakra:

időtartam (melyből legalább ¼ résznek egyéni esetkezelésnek kell lennie),

szakmai keretek,

cél,

módszerek,

a megfelelés kritériumai,

a kizárás feltételei (figyelembe véve a rendelet erre vonatkozó szabályait),

személyre szabott fejlesztési terv, amely tartalmazza az adott kliens prevenciós szükségleteinek meghatározását, a prevenciós szükségletek meghatározásához felhasznált diagnosztikus eszközöket és a program során elérhető személyes fejlesztési célokat.

A kizárás feltételeit a szolgáltatók a szakmai programjukban szabályozhatják, melynek meg kell jelennie a szerződésben is. Az elterelést nyújtó a klienst csak írásban megfogalmazott

²⁹ 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól részletesen szabályozza a megjelenés feltételeit, folyamatosságát

indokkal veheti ki a programból. Van olyan szolgáltató, ahol a szűrőpróbaszerűen végzett vizeletteszt pozitív eredménye kötelező szolgáltatóváltást eredményez.

A klienseknek jogorvoslati, panasztételi lehetősége nincs, csak intézményen belül megoldott, ahol az intézmény vezetőjéhez fordulhatnak. Konkrét esetben az intézményvezetőnek a kliens érdekében, védelmében lehetősége van a Nemzeti Drogmegelőzési Intézethez fordulni, de ez pontosan nem szabályozott.

Az elterelést végző intézmények a következő tartalmi szolgáltatások ötvözésével végezhetik a diverziós eljárást:

egyéni és/vagy csoportos konzultációs (*counselling*) technikák és foglalkozások,
interaktív edukációs foglalkozások,
támogató (szupportív) folyamatok biztosítása,
a (gyógyulási) motiváció megerősítésére törekvő technikák alkalmazása,
önismereti csoportok szervezése,
célcsoport-szegmentált foglalkozások szervezése (pl. korosztályi, kulturális, droghasználati stb. megkülönböztetésekkel),
egészségfejlesztési szemlélet (az Ottawai Charta tükrében),
szülők, hozzátartozók bevonása (önmagában nem, csak kiegészítő elemként alkalmazható).

Ezek az eljárások a külföldi célzott és javallott prevenciók programok tapasztalatai alapján³⁰ is hatékony programelemeknek bizonyulnak.

Az elterelés sikerességét a pályázati program szerint a szolgáltatási szerződésben meghatározott program elvégzése jelenti. A szakemberek legtöbbje viszont az országos kutatás adatai szerint mást vél sikerességgnek, erre utal Vitrai 2009-es tanulmányában.

A pályázati kiírásban megjelenik a speciális végzettség igénye a szolgáltatókra vonatkozóan. Egyrészt a folyamatos és visszaellenőrizhető adatkezeléshez – a vállalt kliensszámtól függő mértékben – megfelelő létszámú és felkészültségű *adminisztrációs személyzetet* kell biztosítani. A *szakmai* tartalom végzéséhez a pályázó szervezet dolgozói között legalább egy felsőfokú végzettségű és legalább 5 éves szakmai gyakorlattal rendelkező munkatársnak kell lennie.

Az elfogadható végzettségek a következők:

- pszichiáter,
- addiktológus szakvizsgával rendelkező orvos,
- pszichológus,
- mentálhigiénés szakember,
- addiktológiai konzultáns,
- szociális munkás,
- lelkipásztor,
- pszichopedagógus,
- szociálpedagógus.

A programban dolgozó többi munkatársra végzettségi kritériumot a pályázat nem határoz meg. Valószínűsíthető, hogy a szolgáltatók szakmai programja az intézmény és a szakmai vezető végzettsége szerinti szemléletben kerül kialakításra.

A pályázó minden esetben kötelezettséget vállal arra, hogy rendszeres és folyamatos szupervíziót biztosít a programban részt vevő munkatársak számára, de ezek rendszerességének meghatározása nem szabályozott. A szociális területen a szupervízió fontossága és szükségessége nem vitatott, ennek ellenére nem minden szervezetben megoldott a munkatársak mentálhigiénéjének rendszeres karbantartása, fejlesztése. A finanszírozás sok

³⁰ Nádas Eszter: A célzott/javallott prevenciók programok nemzetközi tapasztalatai című háttéranyaga 2009,19-20. oldal

esetben – még többféle szolgáltatás nyújtása esetén – sem biztosít kellő anyagi forrást ennek a biztosítására. Ebben a szegmensben – a szakemberek támogatásának szegmensében – szükséges a hosszú távú szervezés, tervezés, biztosítás szemléletének megerősítése, mely a hatékony működés egyik garanciája lehet.

A tervezés, végrehajtás, értékelés hármában az értékelés terén van elmaradás az elterelés esetében. Az országos kutatásból kiderül, hogy a szolgáltatóknak összesen csak több mint fele végez klienselégedettségi vizsgálatot, de az elterelés hatékonyságát már csak az összes szolgáltató negyede értékeli.³¹ Egyrészt a pályázati kiírásban nem jelenik meg feltételként a szolgáltatás eredményességének mérése (bár az elbírálásnál előnyt jelent, ha a pályázó szervezet rendelkezik minőségbiztosítási rendszerrel), másrészt az értékelésszakmai módszertana sem pontosan körülhatárolt.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás egyértelmű kommunikációjára is hangsúlyt kell fektetni, mert jelenleg nem megfelelő a kommunikáció sem a klienssel kapcsolatba kerülő szakemberek (kezelőhelyek, rendőrség stb.) között, sem a közvélemény felé. Az elterelés folyamatáról, működéséről, a benne dolgozó szakemberek végzettségéről, hozzáállásáról nincs információja az elterelésbe kerülővel foglalkozó többi szakembernek. A pályázatok elbírálásánál szintén előnyt jelent az együttműködés más kábítószer-fogyasztók ellátásával foglalkozó intézményekkel, amely egyben a kommunikáció területén is hasznot jelent.

4.4. A megelőző-felvilágosító szolgáltatással kapcsolatos adatok

Hazánkban 2003-ban vezették be a megelőző-felvilágosító szolgáltatásokat, ettől az évtől kezdve kínálnak a területen tevékenykedő szakmai szervezetek megelőző-felvilágosító szolgáltatást. Jelenleg az ezt a tevékenységet felvállaló szervezetek száma 52, amelyekben szakmailag különböző módszerekkel szerveznek egyéni és csoportos foglalkozásokat az elterelésben részt vevő kliensek számára. A megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesülők száma 2003 és 2006 között – 2005-ben kisebb visszaeséssel – emelkedő tendenciát mutatott, majd 2007 és 2009 között csökkenés volt megfigyelhető (Felvinczi és Nyírády, 2009).

1. táblázat: A megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesülők száma

Év	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kliensek száma	1108	2419	2285	4152	3752	3308	3067

Forrás: NDI 2009

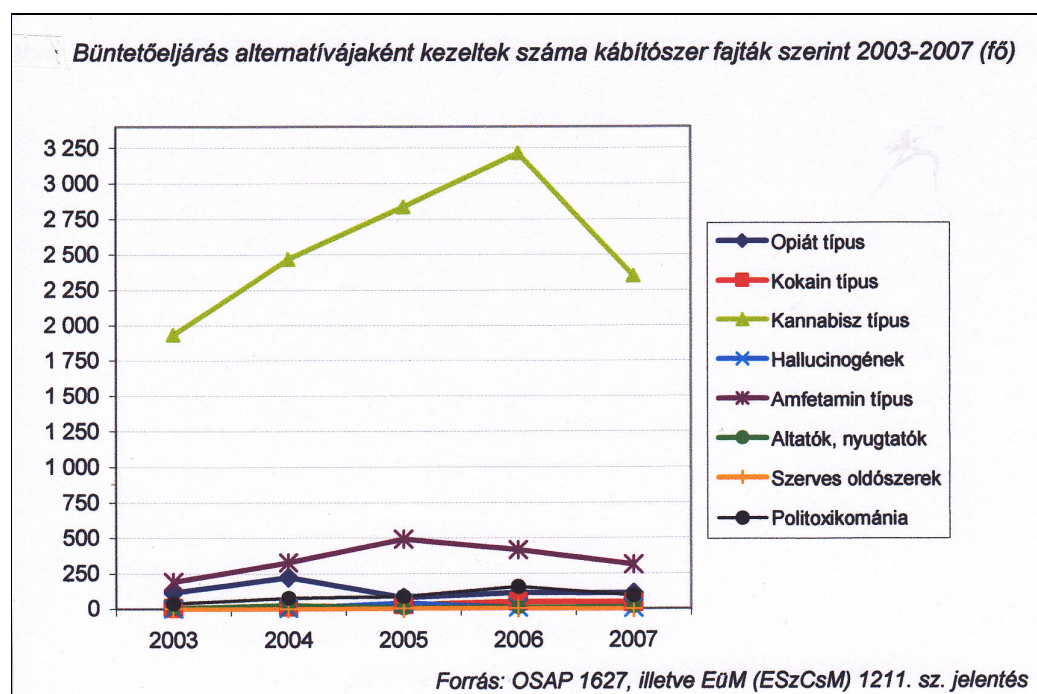
A 2005–2006-ban bevezetett jelentési kötelezettségnek a kezelésiigény-indikátor³² felvételével lehet eleget tenni. Az ún. TDI adatgyűjtő rendszer mindhárom elterelés formába tartozó kliens adatait összesíti, tehát a megelőző-felvilágosító szolgáltatásokon kívül a függőséget gyógyító kezelésben, és a kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesülők jellemzőit is tartalmazza. Tartalmát tekintve átfogó képet ad az elterelésben résztvevők szociodemográfiai jellemzőiről, drogfogyasztási szokásairól is.

³¹ Az EMCDDA Kézikönyv drogreveníciós beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez ehhez nyújt segítséget.

³² Treatment Demand Indicator – TDI: Az EMCDDA által koordinált adatgyűjtések alapjául szolgáló kezelési igény indikátor, célja az, hogy összehasonlítható, megbízható, illetve anonim információt biztosítson az EU-tagállamokban kábítószer-használat miatt kezelésbe került személyek számáról és jellemzőiről.

Az eddigi eredmények alapján³³ az elmúlt években a szolgáltatást igénybevevők összetétele szempontjából megfogalmazható, hogy a férfiak vannak túlnyomó többségben (88%), míg életkori bontásban a fiatal korosztály (20–29 évesek) a legnagyobb alcsoport. Az életkörülmények, lakhatási feltételek szempontjából az elterelésen résztvevők nagyobb része szüleivel (59%), kisebb részük partnerrel, illetve gyermekével (17%) él, és minden tizedik személy él életvitelszerűen önállóan. Lakhatási körülményeit az összes megkérdezett jelentős része (92%) rendezettnek ítélte.

A szerhasználatra, azon belül az illegális szerhasználatra vonatkozó kérdésekre adott válaszokból kitűnik, hogy az elsődleges kábítószer az elterelésben résztvevők számára a kannabisztípusba tartozó marihuána volt (1. ábra).³⁴ Mindezt számszerűsítve elmondható, hogy a 2007-ben a szolgáltatást igénybevevő férfiak 82%-nak a kannabisz volt az elsődleges szere, míg nők esetében ez az arány 68%. A kannabiszt és az amfetamint legtöbbször 15–19 éves koruk között fogyasztották először, de közel 20%-uk 15 éves kora előtt használt először kábítószert (kannabiszt).



1. ábra

Egy 2004-es vizsgálatban az Igazságügyi Minisztérium Pártfogó felügyelői és Jogi Segítségnyújtó Szolgálat Országos Hivatala Módszertani és Jogi Osztályán a pártfogó felügyelők tapasztalatait összegezték az elterelésről, elsősorban a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevőkre fókuszálva. E vizsgálat megállapításai között olvasható, hogy az eltereltek többsége fiatal, felnőtt férfi, aki valamilyen szakképzettséggel vagy érettséggel, (középfokú végzettséggel) rendelkezik. Általában van jövedelmük vagy eltartójuk, dolgoznak vagy tanulnak.³⁵

Az Országos Addiktológiai Intézet 2005-ben, az adatszolgáltatási rendszer tesztelése okán végzett vizsgálatot, a nagy forgalmú megelőző-felvilágosító szolgáltatók adatai

33 Az adatok a Nemzeti Drog Fókuszpont 2008-as éves jelentése alapján a 2007-es évre vonatkoznak.

34 2007-ben mindegyik illegális szer esetében csökkent az eltereltek száma.

35 Nemzeti Drog Fókuszpont 2006-os éves jelentése.

alapján.³⁶ Eredményeiből kiderül, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba kerülők nagyobb része férfi (kb. 85%), jelentős részük a szüleivel él (65–80%), munkaügyi státuszukat tekintve a vizsgálatba kerültek fele alkalmazásban van vagy rendszeresen foglalkoztatott (kb. 50%), és jelentős részük tanul (25–40%). Az elkövetéskor használt szer fajtájára vonatkozó kérdésre a legtöbben a kannabiszszármazékot említették. Fontos adat, hogy az elterelésben részt vevők 85–95%-a nem állt korábban kezelés alatt.

2008-ban a Fact Intézet által vezetett vizsgálat megállapításai között szerepel, hogy az elterelésben lévő kliensek átlagosan a megelőző-felvilágosító szolgáltatás igénybevétele előtt 4,9 éve fogyasztanak kábítószer.³⁷ A kliensek válaszaiból kitűnik, hogy jelentős – kétharmad – részüknek nem okozott sem egészségügyi, sem életvitelbeli problémát a szerfogyasztás, vagyis sem a munkahelyén, sem az iskolában nem voltak ebből fakadó problémáik. A függő kliensekre vonatkozó kérdések körében megjelentek olyan kérdések, amelyek a szolgáltatással, a szolgáltatókkal kapcsolatos megelégedettségre kérdeztek rá. A válaszokból az derült ki, hogy a leszokóban lévő vagy absztinens kliensek nagy része (92,4%) minden általa szükségesnek ítélt segítséget megkapott, valamint az is kiderült, hogy a kliensek megítélése alapján a segítő szervezetek szakemberei az elmúlt pár évben elfogadóbbá váltak a problémával szemben, mint korábban (42,4%). Ugyanakkor az egészségügyi intézmények dolgozói kisebb mértékben (28,9%) feltételeznek pozitív változást. Az elterelésben résztvevő kliensek környezetében élőkre vonatkozó kérdésekre kapott válaszokból az derült ki, hogy a kliensek közvetlen munkatársai, diáktársai közel az esetek felében közömbösen viszonyultak az érintett problémájához, ötödük egyáltalán nem tudott róla és csak viszonylag kevesen (12,1%) próbált meg segíteni. A segítségnyújtás kapcsán külön vizsgálták a közeli ismerősöket. Az ő esetükben a segítségnyújtás magasabb százalékpontot ért el (34%), de igen jelentős az a hányad (31,2%), akik ugyanebből a körből közömbösen viselkedtek. A legmagasabb százalék a családtagok részéről nyújtott segítség esetében adódott (58%). Ez a vizsgálat arra is rámutatott, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevők kisebb részét diszkrimináció sújtja, egyrészt és leginkább a hatóságok részéről, de előfordul mindez az iskolák és a munkahelyek és az egészségügy részéről is.

4.4.1. A jelenlegi hazai gyakorlat a kutatások tükrében

A legfrissebb – 2010-es – adatok szerint hazánkban jelenleg 52 szervezet kínál megelőző-felvilágosító szolgáltatást. A szervezetek jelentős része – kétharmada – a szociális területről kerül ki, szervezeti formájukat tekintve egyházi- vagy egyéb társadalmi szervezet vagy gazdasági társaság. Külön kell említeni a megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtó szervezetek egyik speciális megjelenését, a büntetés-végrehajtási intézményekben működő szolgáltatásokat. A jelenleg hatályos rendelkezések kötelezettséget rónak a büntetés-végrehajtási intézményekre, amit a területen tevékenykedő szervezetekkel kötött együttműködési szerződés keretében valósítanak meg. Ma Magyarországon a fogvatartottak és büntetésüket töltők számára biztosított megelőző-felvilágosító szolgáltatások teljes körű lefedettsége nem megoldott.

A kábítószer-kérdéssel összefüggő kutatások a probléma megértésének alapját jelentik, ezért kiemelt a jelentőségük. Mára az EU-tagállamokban hivatalosan is a prioritások közé

³⁶ Nemzeti Drog Fókuszpont 2006-os éves jelentése.

³⁷ Fact Intézet (2009): *A drogfogyasztók és a társadalom*. Kérdőíves vizsgálat elterelésben résztvevő kliensek körében 2008-ban. Fact Intézet, Pécs.

tartozik. A kutatásokat mint kiemelt célterületet az EMCDDA 27 adatközlő országa³⁸ közül mára 20 – köztük Magyarország is – megemlíti nemzeti drogpolitikai dokumentumában. A szolgáltatások számszerűsíthető adatain túl, az ellátások eredményességének, hatékonyságának vizsgálatára is lehetőség nyílik.

2010. február 18-án a hazai, kábítószer-problémával kapcsolatos kutatások áttekintése, értékelése, a jövőbeli prioritások, finanszírozási lehetőségek megvitatása céljából konferencia zajlott a kábítószerügy területén dolgozó szakemberek részére. Demetrovics Zsolt előadásában hangsúlyozta, hogy „viszonylagsok a hazai kutatás, de sok az elfecsérelt idő, pénz, energia, mivel kevés a jól felépített, megfelelő módszertani standardok mentén végzett kutatás, és még kevesebb a publikáció. Nem szabad elfelejteni, hogy új kutatási területről van szó, és a folyamatos fejlődés is érezhető.”³⁹

Magyarországon 1999 és 2008 között 149 kutatást szerveztek és bonyolítottak a kábítószer-probléma területén, s ezen belül főként epidemiológiai kutatásokra helyeződött a hangsúly.⁴⁰ A hazai elterelés szakmai, elméleti háttéréről és gyakorlati megvalósulásáról ez idáig kevés kutatás készült. Mindösszesen négy jelentősebb kutatással találkozhatunk. 2008-ban, a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia által végzett vizsgálat azt kívánta feltárni, hogyan érvényesül a büntetés helyett kezelés elve egy budapesti drogbetegekkal foglalkozó intézmény gyakorlatában. 2009-ben a pomázi Gyermekjóléti Szolgálatnál a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevő kliensek után-követéses vizsgálatát végezték el. Szintén 2009-ben, az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. és a Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete az SZMM támogatásával valósította meg az „elterelés hatásosságának vizsgálatát”, valamint 2010-ben ugyanez a két munkacsoport folytatta kutatását „az elterelés eredményességének elemzése követéses vizsgálatban” címmel.

Ezek közül „*az elterelés hatásosságának vizsgálata*” című, 2009-ben megjelent tanulmány tekinthető a legátfogóbbnak. A részletes ismertetést ezzel kezdjük.

4.4.1.1. Tanulmány „Az elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről

Az átfogó tanulmány összefoglalja a – még jelenleg is zajló – első országos kutatást Magyarországon, mely az elterelés hatásosságát vizsgálja. Nemcsak a megelőző-felvilágosító szolgáltatást, hanem mindhárom elterelési forma hatásosságát vizsgálták, az alábbi célok megfogalmazásával: „A kutatás általános célja az elterelés monitorozása, hatásosságának vizsgálata volt annak érdekében, hogy konkrét megoldási javaslatok szülessenek a *”Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére”* című dokumentumban megfogalmazott célok, valamint az európai uniós elvárások elérése érdekében.”(Vitrai és mtsai, 2010, 10.) A kutatás során vizsgálták az elterelést biztosító szolgáltatók szakmai programját a célkitűzések, az elméleti háttér, az alkalmazott módszerek és az eredményességi indikátorok vonatkozásában.

A vizsgálat három szinten, az elterelésben résztvevő intézmények, az elterelésben dolgozó szakemberek és az elterelésben résztvevő kliensek szintjén valósult meg, több

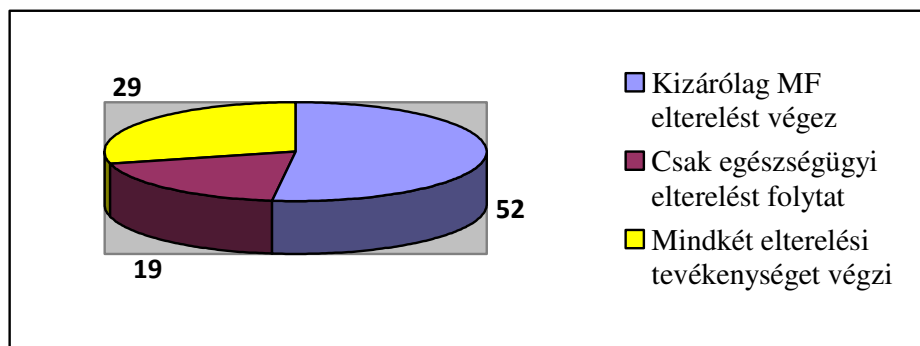
³⁸ EMCDDA Reitox hálózata, amely 27 tagállam, Horvátország, Norvégia, és Törökország nemzeti fókuszpontjaiból áll. In: EMCDDA 2008/2. szám Kábítószerrel összefüggő országos kutatások Európában összefoglalója

³⁹ Demetrovics Zsolt: Drogkutatások Magyarországon: helyzetértékelés és következtetések 2010. 02. 18.-án elhangzott előadása <http://www.ndi-szip.hu/Controls/DownloadNews.aspx?attId=9d20e875-7196-4a75-a8cc-c56dc3e5458e>

⁴⁰ Demetrovics és Kun (2009). Drogkutatások Magyarországon. In Felvinczy és Nyírády (szerk.) *Drogpolitika számokban*. 57–80. oldal. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

szakaszban. A kutatás eddig elkészült két tanulmányának a megelőző-felvilágosító szolgáltatására vonatkozó részei mind fontos információkat tartalmaznak, így ehelyütt csak a tanulmány témája szempontjából releváns megállapítások kerülnek megemlítésre.

A megelőző-felvilágosító és egészségügyi tevékenység szerinti megoszlásában a kizárólag megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtása jellemző (36 intézmény, mely 52%) az összes elterelést nyújtó intézmény (69 intézmény) között (2. ábra).



2. ábra: Eltereléssel kapcsolatos tevékenységek (%)

Noha hivatalosan hazánkban 2003 óta lehet pályázni a megelőző-felvilágosító szolgáltatás biztosítására, s ettől az évtől kezdve van módjuk az érintetteknek igénybe venni ezt a szolgáltatást, a kutatás szerint az összes elterelést végző intézmény közül 11% az intézményvezető vagy szakmai vezető emlékezte szerint 2003 előtt is végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatást. A szolgáltatások elindításának motivációját vizsgálva kiderült, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatások elsősorban a hazai droghelyzet és a szolgáltatók környezetében lévő fogyasztók számának növekedése miatt, szükségletre reagálva jöttek létre. Második leggyakoribb motivációs tényező az volt, hogy a szolgáltatás beleillett az intézmény profiljába, és rendelkezésre állt a szaktudás és szakmai kapacitás.

A kutatás során az intézményvezetők többnyire részletesen ismertették az elterelés céljait, elsősorban önismeret- és személyiségfejlesztést említettek, de e kategória meglehetősen tágan értelmezhető. A kliensközpontság mindössze 17 említésben szerepel. Az egészségfejlesztési szemlélet 10, a problémamegoldó készségek fejlesztése 8, az ártalomcsökkentés koncepciója 5 alkalommal szerepelt a válaszok között. Ez az eredmény mindenképpen a szakmai irányelvek részletesebb, konkrétabb és pontosabb kidolgozásának szükségességét jelzi.

A kutatásban vizsgált szervezetek mindegyikénél megjelennek azok a szakmai módszerek, tartalmi elemek, amelyek a megelőző-felvilágosító szolgáltatás pályázati kiírásában szerepelnek. Ezen belül a szervezetek szinte teljes köre (96,4%) a szolgáltatáson belül alkalmaz egyéni és csoportos konzultációs technikákat, és a támogató (szupportív) folyamatok biztosítása (89,7%) és a motiváció megerősítésére törekvő technikák alkalmazása is gyakori (86,2%). Az egészségfejlesztési szemlélet (az Ottawai Charta tükrében) az intézmények háromnegyedében, az interaktív edukációs foglalkozások pedig kétharmadában megvalósulnak. Ez az arány jellemző az önismereti csoportok tartására és a szülők, hozzátartozók bevonására is.

A fentiekben az intézményvezetők körében végzett kutatás eredményei szerepeltek. A szakmai vezetők véleményében ehhez képest többféle eltérés is tapasztalható volt. Négyötödük állította, hogy saját munkahelyükön szakmai programok, protokollok alapján végzik az elterelést. Viszont a mélyinterjú tapasztalatok szerint a megkérdezett szakemberek nem tudtak olyan szakmai programokat, szabályozó anyagokat mutatni az interjúkészítőknek, amelyek alapján a munkájukat végzik. A valamilyen szabályozó anyagot megemlítő

legtöbbször az intézmény szakmai elveit, tapasztalatait említették. A szakemberek majdnem kétharmada (64,6%-a) válaszolta, hogy a szabályozó anyag elveit kell csak követniük az elterelés folyamán.

A válaszok alapján az a következtetés vonható le, hogy bár a szolgáltatás végzésére lehetőséget adó pályázatban a szakmai keretek jól megfogalmazottak, mégis a szakemberek egyéni mérlegelésén múlik, hogy milyen konkrét módszereket alkalmazva, milyen konkrét tartalmú és jellegű foglalkozást vezetnek.

A kliensek együttműködési hajlandósága a szakemberek véleménye szerint a közepesnél magasabb, ötös skálán mérve a válaszok értéke a 3-4. helyen mozog. Az elterelés eredménytelensége a szakemberek 85,9%-a szerint a kliensek motiválatlanságában rejlik. Az elterelés eredményességének kritériumai nem egyeznek meg a szakemberek válaszaiban a zárt, illetve nyitott kérdések feltevésekor. Nyitott kérdésnél az első helyre az absztinencia elérése, majd a kliens szemléletmódjának változása, harmadik helyre pedig a kezelőhely és a kliens közötti bizalmi kapcsolat kialakulása került. Zárt kérdésnél a bizalmi kapcsolat a rangsorolás első helyén van mint eredményességi kritérium, viszont az absztinencia elérése az utolsó helyre kerül (2. táblázat). Az igazolás megszerzésének teljesülése az eredmények tekintetében túlszárnyalja az elvártakat, a többi szempont a szakemberek elvárásához képest elmarad.

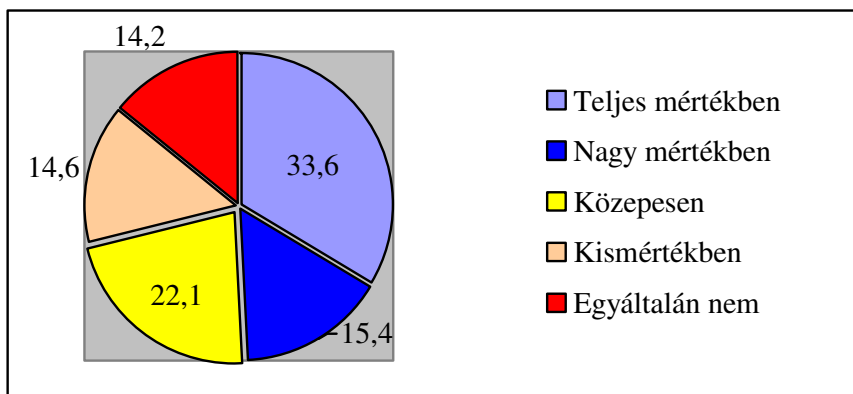
2. táblázat: Az eredményes elterelés kritériumainak rangsora a kérdésfeltevés módja szerint⁴¹

Eredményes elterelés kritériumai	Rangsor nyitott kérdések esetében	Rangsor zárt kérdések esetében
Absztinencia elérése	1.	12.
Kliens szemléletváltozása a drogokkal kapcsolatban	2.	2.
Bizalmi kapcsolat kiépülése a kliensek és az ellátók között	3.	1.
Kapcsolat kiépülése az ellátórendszerrel, hogy probléma esetén tudja, hová kell fordulnia	-	3.

A kutatás harmadik célcsoportja a szolgáltatást igénybevevő kliensek köre volt. A kliensek részéről elsődleges elvárás, hogy elkerüljék a börtönt, vagyis az igazolás megszerzése, másodszorra pedig, hogy csökkenjen a droghasználata. 49% teljesen vagy nagymértékben egyetért azzal, hogy csökkent a droghasználata. 14,2% nem ért egyet ezzel az állítással (3. ábra).

3 ábra: Az elterelés hasznossága a csökkenő droghasználathoz (%)

⁴¹ Vitrai József: Tanulmány Az „Elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről 2009. 114. oldal.



4.4.1.2. „Az elterelés eredményességének elemzése követéses vizsgálata”⁴²

A kutatásban az elterelésben résztvevő kliensek szerhasználatra vonatkozó viselkedésváltozásait vizsgálták az elterelés eredményességének elemzése céljából. A kliensek szerhasználatra csökkent mindegyik eltereléstípusban, a problémás és a kevésbé problémás fogyasztók körében is. A megállapítás teljességéhez hozzátartozik, hogy a mintavesztés a problémásabb szerhasználók között magasabb volt, mint a kevésbé problémások körében, és a mintavesztésből adódóan nem rendelkezünk információval a drogfogyasztási szokásaikról. Az elterelés mint szolgáltatás összegző értékelése a kliensek részéről egy 5 fokú skálán történt. A kutatásban részt vevő kliensek fele (49,%-a) a legjobb, 5-ös értékelést adta, azaz maximálisan elégedett volt az eltereléssel, és további közel egyharmaduk is jó (4-es) osztályzattal értékelte. Teljesen elégedetlen egy kliens sem volt. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás különböző részterületeit vizsgálva többé-kevésbé, de mindenhol javulás mutatkozott.

További kutatási célt jelenthet mindezekon túl a szakmai módszerek, intézményi különbségek szerinti eredményességi vizsgálat.

4.4.1.3. A pomázi Gyermekjóléti Szolgálat megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevő klienseinek utánkövetéses vizsgálata

A pomázi Gyermekjóléti Szolgálat utánkövetéses vizsgálatot végzett az elterelésre járó klienseik körében a program befejezése után 1-3 évvel.⁴³ Az illegális drogfogyasztás a program alatt 86%-al, utánkövetéskor 78%-kal csökkent. A legális drogok fogyasztása nőtt a program után, ezen belül a rendszeresen dohányzók száma 31%-al emelkedett. Az iskolai végzettség nőtt, a kliensek munkanélkülisége megszűnt a követéses vizsgálat idejére, bűnismétlés pedig nem fordult elő. A programot a résztvevők 90%-a hasznosnak tartotta.

4.4.1.4. A „Büntetés helyett kezelés elvének érvényesülése egy drogambulancia betegeinek vizsgálatára alapján” című kutatás

⁴² Vitrai József vezetésével végzett követéses kutatásának második része, melynek tanulmánya 2010 májusában készült el, „Az elterelés eredményességének elemzése követéses vizsgálatban - Zárójelentés” címmel

⁴³ Szögi Lakatos Mária, Törzsök Góczán Emese (2006): The follow-up of drugusers In: *Proceedings of the International Conference: Epidemiology and social effects of drug-taking in the Visegrad four countries. 2006.* Nyíregyháza, 113-120. oldal

A „büntetés helyett kezelés” elvéről különbözőképpen vélekednek a szakemberek. Rác, M., Márványkövi és Lencse (2008)⁴⁴ bemutatja egy budapesti drogambulancia, a Kék Pont Alapítvány klienseinek droghasználati, kezelési jellemzőit 2001–2005 között. A kezelésre jelentkező betegek addikciós súlyossági index interjú alapján nyert adatait elemezték. 2003 után a „büntetés helyett kezelésben”, vagyis elterelésben részt vevők aránya 24%-ról 72,6%-ra nőtt. Jól elkülöníthető egy betegcsoport, a vizsgálati minta fele, amely nem bír kezelést igénylő problémával. 2003-tól a „problémamentes” betegpopuláció⁴⁵ több mint fele (60%) a „büntetés helyett kezelést” választotta. A szerzők indokoltnak tartják a „büntetés helyett kezelés” elvének pszichiátriai-addiktológiai átgondolását.

A kutatás megállapította, hogy „a büntetés helyett kezelés jogi intézménye nem a súlyos állapotban lévő drogfogyasztókat éri el. „A „büntetés helyett kezelésben” résztvevő problémamentes „betegek” jelentős egészségügyi kapacitást kötnek le feleslegesen.” (Rác és mtsai 2008. 606. o.)

5. Összefoglalás

A magyarországi elterelés keretében biztosított megelőző-felvilágosító szolgáltatáshoz hasonló a nemzetközi gyakorlatban nem találunk. Mint ahogyan azt a bevezetőben már említettük, a magyar megelőző-felvilágosító szolgáltatás „hatókörébe” eső eseteknek más országokban jellemzően rendőri figyelmeztetés, megrovás, pénzbírság vagy rövid, általában egyszeri tájékoztató-oktató előadás a büntetőjogi következménye. Kutatásunk eredményeként beazonosítottuk azon fellelhető, jó nemzetközi gyakorlatokat, melyek a problémás szerhasználókat illetve függőket célozzák meg. Mivel azonban e szolgáltatások célcsoportjai erősen eltérnek a megelőző-felvilágosító szolgáltatás célcsoportjától, így azok szakmai irányelvei⁴⁶ csupán általános támpontként szolgálhatnak a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kidolgozásához, mellyel kapcsolatos szakmai tartalomra vonatkozó irányelveket nem sikerült beazonosítanunk.

A fentieket figyelembe véve megállapítható, amennyiben az elterelés magyarországi rendszerét a jogalkotás nem kívánja differenciáltabbá tenni az elkövető szükségleteinek megfelelően – igazodva a nemzetközi gyakorlathoz –, úgy a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kidolgozása kapcsán leginkább a drogprevenációs beavatkozások tervezési és értékelési irányelvei jelenthetnek támpontot a szolgáltatók által biztosított programok magasabb színvonalú biztosításához.

A korábban már részletesen bemutatott a „*Tanulmány Az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről*” című komplex kutatás eredményei rávilágítottak az elterelés magyarországi gyakorlatának leggyengébb pontjaira (Vitrai és mtsai, 2010, 271-272.):

A szakemberek véleménye nem egységes abban, hogy mikor tekinthető eredményesnek az elterelés, valamint gyakran egymással ellentmondóan értelmezik ugyanazokat a szakmai feladatokat.

⁴⁴ Rác, J., M., Márványkövi F. és Lencse M. (2008). Büntetés helyett kezelés elvének érvényesülése egy drogambulancia betegeinek vizsgálata alapján. *Orvosi Hetilap* 149 (13), 601-607.

⁴⁵ A megelőző-felvilágosító szolgáltatásokban nem tekintjük betegeknak a jelentkezőket, a problémamentesség is egészen mást jelent ebben a megvilágításban. Nem vitatott, hogy másként látja egy függővel foglalkozó személy a marihuánafogyasztót, mint egy szociális szolgáltatásban dolgozó.

⁴⁶ Lsd. az elterelés gyakorlatának országonkénti bemutatásánál.

Az elterelés eredményességének teljesülését másképpen ítélik meg az intézmények vezetői és dolgozói.

A szolgáltatók nagy része nem végez követéses vizsgálatot, így gyakorlatilag nem lehet megítélni az elterelés hatékonyságát – sikerességét.

A szakemberek és az intézményvezetők által az elterelésről alkotott kép jelentősen eltér attól, amit a kliensek tapasztalnak.

A prevenciós programok magas szakmai színvonalú biztosításához nyújtanak támpontot a drogprevenciós programok számára kidolgozott bizonyítékokon alapuló irányelvek. Jelen tanulmányban az elérhető drogprevenciós irányelvek közül most egy amerikai és egy európai munkát mutatunk be a teljesség igénye nélkül.

Az Egyesült Államok Nemzeti Kábítószer-ellenőrző Hivatala bizonyítékon alapuló irányelvet dolgozott ki a prevenciós programokhoz.⁴⁷ A munka elsősorban szakirodalmi összefoglalón alapult, néhány a vizsgálatba bevont prevenciós beavatkozás még bevezetése előtt a legszigorúbb kutatási módszereket használva laboratóriumi, klinikai és közösségi közegben került tesztelésre. Az irányelv megállapításai közül a megelőző-felvilágosító szolgáltatás szempontjából a következők a fontosak:

Egy meghatározott célcsoportban fókuszálás a megfelelő kockázati és védő faktorokra:

A célcsoport definiálása – ennek az elterelés, illetve a megelőző-felvilágosító szolgáltatás szempontjából nincs nagy jelentősége, hiszen a célcsoport adott és jogszabályok által meghatározott.

Kockázati és védő tényezők, szerhasználat felmérése – részben ez a feladat is teljesített az elterelési program megkezdése előtt.

A kockázati tényezők minden szintjének figyelembevétele, különös tekintettel a magas kockázati és alacsony védő faktorokra.

Hatékony szemléletmódok alkalmazása:

Drogellenes attitűdök és normák erősítése – a környezet támogatása, pontos információk a szerhasználatról, drogmentes tevékenységek támogatása.

Életvezetési készségek és a nemet mondás képességének fejlesztése a kritikai gondolkodást, kommunikációt, szociális kompetenciát fókuszba állító interaktív technikák alkalmazásával.

A családon belüli kockázati tényezők csökkentése, védő faktorok erősítése – a család mint védőközeg készségeinek fejlesztése: szabályok felállítása, elvárások tisztázása, a viselkedés monitorozása, rendszeres kommunikáció, pozitív viselkedésmódok bemutatása.

A szociális hálózatok erősítése – a családi, iskolai, kortársi, szakmai, vallási élet vagy szabadidős tevékenységek területén olyan személyekkel való kapcsolat erősítése, akik a szerhasználattal szembeni erős, stabil szemléletet képviselik.

A célcsoport (és szubkultúra) igényeinek, motivációinak megfelelő beavatkozás.

A megfelelő szintéren és tárgykörben való beavatkozás

A szerhasználat védő és kockázati tényezőire leginkább hatást gyakorló szintér, közeg megválasztása a program végrehajtásakor – lehetséges szinterek: otthon, szociális ellátó szervezet, iskola, kortárs csoportok, munkahely, szabadidős-rekreációs tevékenységek, vallásos-spirituális és közösségi szintér. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás szempontjából is érdemes megfontolni, hogyan lehetne a programokat még színesebbé és a kliensszükségletekhez még inkább alkalmazkodó módon megvalósítani.

⁴⁷ Office of National Drug Control Policy, Evidence-Based Principles for Substance Abuse Prevention, http://www.ncjrs.gov/ondcppubs/publications/prevent/evidence_based_eng.html

Hatékony programirányítás

Következetes prevenciós programok, stratégiák és üzenetek.

A szakemberek és önkéntesek rendszeres (tovább)képzése.

A programok rendszeres monitorozása és értékelése, a szükséges kiigazítások megtétele.

Az EMCDDA gondozásában megjelent *Kézikönyv Drogprevenciók Beavatkozások Tervezéséhez és Értékeléséhez* című kiadvány további segítséget nyújthat a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kidolgozásához. A kiadvány a drogprevenció területén dolgozó szakemberek számára nyújt segítséget a tervezési és értékelési munkában. Részletes és gyakorlatias útmutatásokat tartalmaz végigkísérve a szakembert a programtervezés kezdeti lépésétől egészen az eredmények kommunikálásáig. Utóbbi azért is rendkívül fontos, mert a magyarországi elterelés rendszerén belül a megelőző-felvilágosító szolgáltatás – mint a nemzetközi gyakorlatban egyedülálló beavatkozási forma – csak akkor élvezhet létjogosultságot, ha eredményessége és hatékonysága kimutathatóvá válik, ezzel megteremtve a további szakmai diskurzus alapjait.

5.1. Az elterelés hazai rendszerére vonatkozó, ez idáig megfogalmazott, fellelhető fejlesztési javaslatok

Mint azt már korábban is említettük, a magyarországi elterelés szakmai elméleti háttéréről és gyakorlati megvalósulásáról ezidáig kevés kutatás készült, és legalább ugyanilyen kevés azon fellelhető dokumentumok száma, melyek fejlesztési javaslatokat fogalmaznak meg az elterelés intézményével kapcsolatban. A hazai szakirodalomban egyedül Rácz (2005, 97-98. o.)⁴⁸ összegzi az eltereléssel kapcsolatos tanulságokat és fogalmaz meg javaslatokat az elterelés értékelési rendszerére, amelyek a következők:

A háromféle „elterelés” (kábitószer-függőséget gyógyító, kábitószer-használatot ellátó más szolgáltatás, és felvilágosító-megelőző szolgáltatás) nem elég differenciált a célcsoportokhoz képest.

Az „elterelés” folyamata (késői állapotfelmérés, késői kezelésbe kerülés) hosszú, a kliensek számára nehezen átlátható.

Az „elterelés” idői szabályozása (félév, kéthetente min. 2 óra) rigid: a terápiás – vagy éppen igazságügyi – szempontok rugalmas figyelembevételét nem teszi lehetővé. Az állapotfelmérésnek, esetleg igazságügyi konzultációval (ügyész, bíró, pártfogó?) a kliensek igényeihez kellene igazodni: megjelenések száma, a kezelés időtartama tekintetében (szem előtt tartva az igazságügyi szempontokat is): itt akár radikális változásokat is el tudok képzelni: az „elterelés” fogalomkörén maradv pl. néhány alkalomból álló, elsősorban motivációt fokozó foglalkozásokat.

A felvilágosító kezelés „igazolásgyártó” funkciója helyébe szakmai tartalmakat kell kialakítani.

Az „elterelésben” résztvevőkről pontos nyilvántartást kell vezetni, amely lehetővé teszi a terápiás intézmények számára klienseik követését, a kapacitás tervezését, a párhuzamos kezelések – szükség szerinti – kiiktatását.

A klienskövetés az „elterelés” eredményességének, hatékonyságának is egyik mutatója lehet.

A kliens/elkövető számára átláthatóvá, érezhetővé és észlelhetővé kell tenni, miben és mikor dönt, ennek milyen előnyei és hátrányai vannak. A döntést össze kell kapcsolni a motiváció és

⁴⁸ Rácz J. (2005): Az „elterelésről”. Szakirodalmi összegzés. Addiktológia 5. évfolyam, 1. szám, 97-98. o.

a kliensautonómia kérdésével – akkor is, ha részben büntető-igazságszolgáltatási rendszerről van szó.

Meg kell szervezni az ellátást végző képzését, szupervízióját, az ellátás protokolljait: ki kell alakítani az „elterelés” minőségbiztosítását.

A sajtóban és a stakeholderek felé kommunikálni kell az eredményeket – akár a negatívakat is.

További – kvantitatív és kvalitatív kutatásokra van szükség az „elterelés” jelen formájának használhatósága érdekében; itt célszerű lenne EU-s projekteken is gondolkodni.”

A másik jelentősebb dokumentum⁴⁹ – bár nem került publikálásra –Buda Béla eltereléssel kapcsolatos szakmai javaslatait tartalmazza, melyben többek között a következő összefoglaló megállapításokkal találkozhatunk:

Az elterelés – mint másodlagos prevenciós eljárás – működjön általános mentálhigiénés céllal a még nem függő, de veszélyeztetett rendszeres szerhasználók részére.

Az elterelést eldöntő szakértői vizsgálatot lehetőség szerint egy olyan újabb vizsgálat kövesse, amely megszabja a további tennivalókat.

Az elterelés kapcsán kiemelt szerepet kell kapnia a családokkal történő foglalkozásnak.

A beavatkozások tekintetében legfőképpen a célzott konzultációk és a rövidterápiás technikák javasoltak, illetve a különféle készségfejlesztő technikák (pl. kommunikációs, illetve agressziókezelési tréning).

Az elterelés biztosítására vonatkozóan a szerző a brit közösségi pszichiátriában fellelhető modellt javasolja, mely szerint a felelős szerv szolgáltatásokat vesz az ellátótól, és azokat monitorizálja.

Az elterelés részeként formalizált és akkreditált oktatás, vizsgáztatás bevezetése.

Klinikai szakpszichológusok, illetve egészség-pszichológusok bevonása az elterelésbe, tőlük programozható, akkreditálható beavatkozási egységek rendelése.

A rendőrségi eljárás során mielőbb el kell engedni azokat, akiknél a szerhasználat nem teljesen bizonyított, vagy kismértékű (pl. a vizelet- és vörteszt alapján). Újbóli eset kapcsán azonban hasonló mérlegelésre ne legyen lehetőség a kontingenciaelv és a hétköznapi igazságérzet indokoltsága kapcsán.

5.2. Ajánlások a megelőző-felvilágosító szolgáltatás szakmai irányelveinek kidolgozásához

A következőkben azoknak a már korábban is bemutatott – a „büntetés helyett kezelés” gyakorlatokra vonatkozó – irányelveknek a felsorolása következik, amelyek támpontként szolgálhatnak a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kialakításához. Ezek Bull (2003) tanulmánya szerint a következők:

Filozófiai alapelvek: ártalomcsökkentés, amelyről a szakemberek, politikusok és a közösség egyetértése, az alapelv elfogadása szükséges a jó elterelés programok érdekében. Az elterelést a szociális változás kezdeti lépéseként kell tekinteni, nem pedig a drogprobléma egyszerű kezeléseként. Egy jó elterelés program egyszerre foglalkozik a különböző szociális kérdésekkel (lakhatás, munkahely, jogi kérdések stb.), amennyiben arra szükség mutatkozik.

Differenciáltság: az elkövető szükségleteinek és a törvénysértő magatartás súlyosságának megfelelő program biztosítása.

⁴⁹ Buda Béla „Elterelés” nem publikált dokumentum. A fentiek közlése a szerző engedélyével történt.

Jogalkotás: ahol lehetséges, a nemzeti és az egyes tagállami szabályozásnak összhangban kell lennie egymással.

Tervezés-irányítás: egy jó elterelés program a következő szereplőket foglalja magába a tervezés, végrehajtás, ellenőrzés megfelelő szakaszaiban: rendőrség, elkövető/kliens, javító intézetek, fiatalok bírósága, kezelő intézmények, bíró, bírósági dolgozó.

Kommunikáció: a különböző érdekhordozói csoportok közötti egyértelmű kommunikáció.

Programdokumentáció: a program világos dokumentálása, a programban résztvevő szakemberek számára szakmai irányelvek kidolgozása, rugalmas programszerkezet.

Szerepek egyértelmű meghatározása: eljárások, irányelvek kidolgozása.

Kliensjogok: az eljárás korrektségéhez, a panasztételhez való jog, védelem az önvád ellen.

Elérhetőség: a programok elérhetőek tekintet nélkül az elkövető korára, az általa preferált szerre, nemére, kulturális hátterére, tartózkodási vagy lakóhelyére, anyagi helyzetére.

Utókezelés: egy jó elterelés program biztosítja az elkövető számára, hogy jogi kötelezettsége teljesítése után is igénybe veheti a számára szükséges szolgáltatásokat.

Képzés: speciális képzést kell biztosítani mindazon szakemberek számára, akik az elterelés bármely szakaszában részt vesznek (rendőr, bíró, bírósági dolgozó, szolgáltató szervezetek). A képzésnek az elterelés alapvető elveire (ártalomcsökkentés) kell fókuszálnia, másrészt egyértelművé kell tennie az egyes szereplők speciális feladatait, funkcióit.

Finanszírozás: a költségelszámolásnak egyértelmű eljárásnak kell alapulnia. A kiutalásokban el kell különíteni az adatgyűjtésre és programértékelésre szánt összegeket.

Értékelés: a programokat előre meghatározott eredménymutatók alapján kell értékelni. Az értékelés során kvantitatív és kvalitatív adatok egyaránt gyűjtésre kerülnek.

5.3. A tanulmány szerzőinek további javaslatai

Mivel a megelőző-felvilágosító szolgáltatás az EMCDDA szerint ún. indikált (javallott) prevenció intervenciónak minősül, ezért a drogprevenció programok számára kidolgozott és bizonyítékokon alapuló irányelvek felhasználását javasoljuk minőségügyi rendszerének kialakítása során.

Bár jelenleg is előnyt jelent a hazai pályázati elbírálásnál, ha minőségbiztosítási rendszerrel rendelkezik a megelőző-felvilágosító szolgáltatást végző szolgáltató, de megfontolásra ajánljuk, hogy kötelező elemként kerüljön be a folyamat- és eredményértékelés a pályázati kiírásba.

Az előzetes állapotfelmérés gyakorlatát érdemes felülvizsgálni annak érdekében, hogy a kliensek tényleges szükségletei határozzák meg, hogy az elterelés három típusa közül melyikben vesz részt.

Megfontolásra javasoljuk, hogy az előzetes állapotfelmérést olyan független szakemberek végezzék, akik az elterelés gyakorlati munkájában nem vesznek részt.

6. A megelőző-felvilágosító szolgáltatók szakmai konzultációján megfogalmazott javaslatok és észrevételek

Ebben a fejezetben a megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályozó anyagának kidolgozásával kapcsolatos azon javaslatok és észrevételek olvashatók, melyek a megelőző-felvilágosító szolgáltatók szakmai konzultációján fogalmazódtak meg. A konzultáció előtt a résztvevők kézhez kapták, és így megismerhették a jelen tanulmányban ismertetett kvázi-

kötelezéssel kapcsolatos legfontosabb kutatási eredményeket és legjobb gyakorlatokat, valamint a megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályozó anyagára vonatkozó javaslatokat. A szakmai konzultációkra 2010 júliusa és augusztusa között került sor, és összesen 14 szolgáltató szervezet képviseltette magát.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatás (továbbiakban: MFSZ) szabályozó dokumentumának javasolt tartalmi elemei:

1. Bevezetés

A szabályozó anyag bevezetője a következőkre térjen ki:

A szabályozó anyag célcsoportjának meghatározása

A kvázi-kötelezés definíciója

A kvázi-kötelezés háttere, magyarországi helyzetkép

A szabályozó anyag fejlesztésének indoklása

A jelenlegi és az elvárható gyakorlat közötti eltérések és hatásainak bemutatása

A szabályozó anyag bevezetésével elérhető eredmények

A szabályozó anyag gyakorlati bevezethetőségének esélyei, feltételei, a jelenlegi gyakorlat megváltozásának esélyei.

A szakmai szabályozó anyag gyakorlati bevezethetőségével kapcsolatban a következő észrevételek fogalmazódtak meg a konzultáció során:

A szabályozó anyag gyakorlati bevezethetőségének esélyeit csökkenti, ha nem bír kikényszerítő erővel, így amennyiben a szabályozó anyag módszertani levél vagy szakmai irányelv formájában kerül kiadásra, úgy számítani lehet arra, hogy a jelenlegi gyakorlat megváltoztatására csak korlátozott mértékben lesz képes. Ezért célszerű lehet a MFSZ pályázati kiírását oly módon átírni, hogy az támogassa a szabályozó anyagban megfogalmazottak megvalósulását.

A szabályozó dokumentum bevezethetőségének esélyét növelheti azon jogszabályi előírás, miszerint a szakmának módszertani levelek, szakmai irányelvek mentén kell kidolgoznia módszertanát. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet az elterelés keretében nyújtható megelőző-felvilágosító szolgáltatást biztosító intézmények szakmai és adminisztratív koordinátora jogszabályi felhatalmazással rendelkezik, ezáltal hozzájárulhat a szakmai szabályozó dokumentum gyakorlati bevezetéséhez.

Célszerű lehet a MFSZ számára egy független akkreditációs szervezetet létrehozni annak érdekében, hogy a szabályozó dokumentum széleskörű szakmai elfogadtatásra találjon. Ugyanezt a célt szolgálhatja egy saját szakmai szervezet létrehozása is (Megelőző-felvilágosító szolgáltatók szervezete MFSZSZ).

2. A MFSZ célcsoportjának meghatározása

A célcsoport jelenlegi meghatározása (Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről: 2008):

„Mindig egyes személyeket céloz meg, akik a szerfogyasztás vagy ahhoz kapcsolódó egyéb magatartási problémák enyhe, de kimutatható, érzékelhető jeleit mutatják.”

„A szerfogyasztás kezdeti jeleinek tekintetében (pl. alkoholfogyasztás, iskolai, tanulmányi problémák, kannabisz fogyasztása) magas kockázatú személyekre irányul, akik azonban nem sorolhatók a jelenlegi klasszifikációk (BNO-X., DSM-IV) alapján diagnózissal bíró kategóriába.”

A fenti célcsoport-meghatározás a MFSZ kliensköréből többek között kizárja a függőket és az abúzív szerhasználókat is. A gyakorlatban ennek ellenére az tapasztalható, hogy az előzetes állapotfelméréskor az abúzív szerhasználóként diagnosztizáltakat az állapotfelmérést végző szakember MFSZ-re alkalmasnak minősíti. Ezekben az esetekben indoklasként a függőség meglétének hiányával találkozhatunk. A szakmai egyeztetés során a következő javaslatok születtek ennek a szakmai következetlenségnek a felszámolására:

A MFSZ célcsoportján belül szükséges két alkategóriát meghatározni: ún. „enyhe” és „súlyos”. Ezt a javaslatot jelenleg csak informálisan lehet megvalósítani, mégpedig úgy, hogy az előzetes állapotfelmérés eredményében kitérnek a kliensek speciális szükségleteire. Ehhez azonban az egészségüggyel kell egyeztetni. Egyébként a formális megvalósításhoz jogszabály-módosítást tesz szükségessé.

A korábbi célcsoport-meghatározást érdemes lehet kiegészíteni azzal, hogy az abúzus diagnózissal bírók MFSZ-re alkalmasnak minősíthetők. Ezzel kapcsolatban is szükséges az egészségüggyel tárgyalni.

3. A MFSZ céljainak meghatározása

A javallott prevenció céljainak jelenlegi meghatározása (Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2008):

„Az indikált prevenció célja nem lehet a szerfogyasztás megelőzése (mivel már előfordult megelőző szerfogyasztás), célja viszont a rendszeres fogyasztás megelőzése, a függőség vagy egyéb magatartási zavarok irányába történő további progresszió megállítása, a kockázatos, veszélyes szerfogyasztás időtartamának és gyakoriságának lecsökkentése/minimalizálása.”

A fenti definíció kapcsán két meghatározó javaslat született. Az egyik szerint a definíció kiegészítésre szorul annak érdekében, hogy jobban igazodjon az MFSZ-hez mint indikált prevenció eljáráshoz, a másik javaslat pedig az MFSZ önálló definíciójának megalkotását sürgeti.

A jelenlegi céldefiníció átfogalmazására vonatkozó javaslat:

A korábbi definícióba, kiegészítésként kerüljön be a következő mondatrész: *cél a rendszeres fogyasztás megelőzése.*

Ennek alapján a javasolt definíció a következő:

Az indikált prevenció célja nem lehet a szerfogyasztás megelőzése (mivel már előfordult megelőző szerfogyasztás), célja viszont a rendszeres fogyasztás megelőzése, a függőség vagy egyéb magatartási zavarok irányába történő további progresszió megállítása, a kockázatos, veszélyes szerfogyasztás időtartamának és gyakoriságának lecsökkentése/minimalizálása.

Az MFSZ önálló definíciójára vonatkozó javaslat:

Az eltereléskutatás⁵⁰ eredményei szerint a szakemberek az MFSZ céljainak meghatározására vonatkozóan nyílt válaszként az absztinencia elérését, valamint a kliens szemléletmódjának megváltoztatását, illetve a bizalmi kapcsolat kiépítését említették. Zárt kérdésekben (csökkenő sorrendben) bizalmi kapcsolat, szemléletmód, kapcsolat az

⁵⁰ Vitrai József: Tanulmány Az „Elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről 2009.

intézménnyel későbbi alkalomra, motiválás, probléma felismerése, konfliktuskezelés javítása. A fentiek alapján célszerű lenne az MFSZ céljának újradefiniálása, és az egyéni beavatkozási terv fentieknek megfelelő szempontjainak rögzítése.

4. Ajánlások és azok indoklása

A szabályozó anyag olyan, világosan megfogalmazott ajánlásokat tartalmazzon, melyekről egyértelműen lehet tudni, hogy milyen körülményekre vonatkoznak, továbbá mutassa be a beavatkozás logikai menetét.

A beavatkozás javasolt logikai menete:

Szükségletfelmérés
Egyéni beavatkozási terv kidolgozása
Egyéni és/vagy csoportos foglalkozások biztosítása
Folyamat- és eredményértékelés
Programbefejezés
Utánkövetés.

A szabályozó anyag tartalmazza azon módszerek felsorolását és részletes bemutatását, melyek alkalmazására sor kerülhet az MFSZ biztosítása során. A módszerek részletes leírása a dokumentum függelékében kapjon helyet.

A különféle módszerek bemutatásának lehetséges szempontjai:

A módszer indokoltsága
A módszer megnevezése
A módszer részletes ismertetése
A módszer elsajátításával kapcsolatos információk
Kapcsolódó irodalmak.

A különböző módszerek alkalmazására vonatkozó javaslatok:

A MFSZ biztosítása során alkalmazható módszerek csoportosítása három kategória mentén történik, úgymint *kötelező*, *kötelezően választandó* és *választható*. Minden szolgáltató esetében a kötelező és a kötelezően választandó kategóriának meg kell jelennie a programban, azonban az már szabadon megválasztható, hogy az adott kategórián belül milyen módszer kerül alkalmazásra. A kötelezően választandó kategóriából minimum egy, de akár több intervenció típus is választható.

I. Kötelezően választandó kategória:

Motivációs technikák
Csoportos
Egyéni

II. Kötelezően választandó kategóriák:

1. Önismeret-, készségfejlesztés
Egyéni, csoportos
Verbális, nonverbális
2. Életvezetési tanácsadás
Munkaügyi és pályaorientációs

- Jogi
- Szabadidő-eltöltés, rekreáció
- Kapcsolati rendszerek
- 3. Család
 - Tanácsadás
 - Terápia
 - Szülői, hozzátartozói foglalkozás
 - Mediáció

III. Választható kategória:
Ismeretátadás.

5. Szükséglet-meghatározás

A szabályozó anyag határozza meg a szükségletfelmérés célját, valamint eszközeit, továbbá a különböző pszichodiagnosztikai eszközök használatához szükséges szakmai kompetenciákat.

Mérési célok:

- szűrés és korai felismerés
- motivációfokozás, változásra való készség
- problémafeltárás
- személyiségtényezők.

Mérési eszközök:

- Strukturált interjú. Alkalmazása minden olyan esetben javasolt, amikor az előzetes állapotfelmérést követően további ismeretekre van szükség a kliens valódi szükségleteinek meghatározásához.
- Szűrés és korai felismerés.
 - Droghasználat Szűrőkérdőív (DAST) A Droghasználat Szűrőkérdőívet (Drug Abuse Screening Test, DAST) klinikai szűrésre és a kezelési hatékonyság mérésére dolgozták ki.
- Motivációfokozás és a változásra való készség
 - Motivációs interjú. A Miller és Rollnick (1991) által kidolgozott kliensközpontú, félig-direktív módszer célja a viselkedésváltozás motivációjának elősegítése.
 - SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) A mérőeszköz a változásra való készség 3 területét tárja fel: Felismerés, Ambivalencia és Cselekvés (Miller és Tonigan, 1996). A SOCRATES 8D kérdőívét a droggal kapcsolatos változásokra dolgozták ki.
- Problémafeltárás
 - Addikció Súlyossági Index (ASI)
 - EuroADAD (Serdülőkori problémák értékelő interjúja).Serdülők számára kidolgozott és validált módszer.
- Személyiségtényezők
 - Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI). A kérdőív a személyiség hét alapvető dimenzióját különbözteti meg (Cloninger, 1994). Az Újdonságkeresés, az

Ártalomkerülés, a Jutalomfüggőség és a Kitartás alkotják a temperamentum-dimenziókat, míg az Önirányítottság, az Együtműködés és a Transzcendencia-élmény a karakterdimenziókat.

- MMPI-2. A Minnesota Többtényezős Személyiség-kérdőív (MMPI) egy olyan átfogó önjellemző mérőeszköz, amely alkalmas a személyiség- és a pszichológiai zavarok feltárására.

6. Egyéni beavatkozási terv

A szabályozó anyag a beavatkozási tervre vonatkozóan a következőkre térjen ki:

Formai és tartalmi elemek meghatározása

A beavatkozási terv felülvizsgálatával kapcsolatos ajánlások

A beavatkozási terv összeállításakor az egyén biológiai, pszichológiai, szociális szükségleteire fókuszálva kell meghatározni az elérni kívánt célokat, és meghatározni az azok eléréséhez szükséges eszközöket.

7. Minőségbiztosítási rendszer

A szabályozó anyag tartalmazzon részletes útmutatást a folyamat- és eredményértékeléshez. Az EMCDDA gondozásában megjelent *Kézikönyv Drogprevenciós Beavatkozások Tervezéséhez és Értékeléséhez*⁵¹ című kiadvány egy olyan szakmai segédanyag, amely a prevenciós programok értékeléséhez nyújt segítséget, ezért javasoljuk, hogy útmutatásainak egy része kerüljön be a szabályozó anyagba.

8. Társintézményekkel történő együttműködés

A szabályozó anyag tartalmazzon útmutatást azokra az esetekre, amikor szükségessé válik a különböző társintézményekkel történő együttműködés. A „kliensutaztatás” lebonyolítása érdekében javasolt, hogy a szolgáltatók találjanak olyan társintézményeket, melyekkel együttműködési megállapodásokat köthetnek.

9. Utánkövetés

A szabályozó anyag határozza meg az utánkövetés tartalmi és formai elemeit.

10. A szükséges szakmai létszám, szakképesítés és tárgyi feltételek meghatározása

A szakmai létszám, a szakképesítés és a tárgyi feltételek meghatározásán túl a szabályozó anyag térjen ki a szakemberek képzésével és szupervíziójával kapcsolatos részletekre is.

11. Kliensjog

A szabályozó anyag térjen ki részletesen a kliensek és szolgáltatók jogaira.

12. Dokumentáció

A szolgáltatók dokumentálással kapcsolatos kötelezettségeinek ismertetése.

⁵¹ Kézikönyv drogprevenciós beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_78087_HU_EMCDDA-manuals1-hu.pdf.

13. Az elterelés jogszabályi keretei

A szabályozó anyag mutassa be a megelőző-felvilágosító szolgáltatás jogszabályi kereteit.

14. Fogalmak és rövidítések

A szakmai szabályozó anyag definiálja a terület szempontjából legfontosabb fogalmakat (pl. kvázi-kötelezés), hivatkozzon kulcs szakirodalmakra, melynek segítségével a szakemberek fejleszthetik tudásukat a területen (kutatási beszámolók, összefoglaló tanulmányok, jelen szakirodalmi összefoglaló, jó gyakorlatok összefoglalója).

Irodalom

- Australian Capital Territory Department of Health ACT Government Health Information, Diversion Services
www.health.act.gov.au/c/health?a=da&did=10038160&pid=1058841259
- Australian Drug Foundation, DrugInfo Clearinghouse Fact Sheet: Drug diversion and the “Cautious with Cannabis” education program (2006). No.2.16
www.druginfo.adf.org.au/druginfo/fact_sheets/lawregpolfactsheets/drug_diversion_and_the_cautio.html
- Australian Institute of Criminology, AICrime reduction matters: Australian approaches to drug-crime diversion. 6 May 2004, no. 23
www.aic.gov.au/documents/F/5/C/%7BF5C913B2-AD10-45AE-899D-6BB4524A0625%7Dcrm023.pdf
- Australian Institute of Health and Welfare 2008. The effectiveness of the Illicit Drug Diversion Initiative in rural and remote Australia. Drug statistics series no. 19. Cat. no. PHE 96. Canberra: AIHW.
www.aihw.gov.au/publications/phe/teotiddiirara/teotiddiirara.pdf
- Bácskai, E., Gerevich, J., Rózsa, S. (2001). *Európai Addikció Súlyossági Index*. Oktatási Kézikönyv. Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa.
- Bull, M. (2003). Just treatment: a review of international programs for the diversion of drug related offenders from the criminal justice system – A report prepared for the Department of the Premier and Cabinet Queensland. School of Justice Studies, QUT
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. M., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press. Magyarul: *MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory –2. Kézikönyv*. OS Hungary. Budapest.
- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, 266–273.
- Edmunds, M., May, T., Hearnden, I., Hough, M. (1998). *Arrest referral – Emerging lessons from research*. Criminal Policy Research Unit, South Bank University
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). Kábítószerrel összefüggő országos kutatások Európában összefoglalója. In: EMCDDA 2008/2. szám.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2009. *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Kézikönyv drog-prevenációs beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez.
www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_78087_HU EMCDDA-manuals1-hu.pdf
- FACT INTÉZET (2009): *A drogfogyasztók és a társadalom. Kérdőíves vizsgálat elterelésben résztvevő kliensek körében 2008-ban*. Fact Intézet, Pécs
- Felvinczi K., Nyírády A. szerk. (2009): *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest
- Felvinczi K., Varga O. szerk. (2009): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Budapest
- Friedman A., Terras A., Öberg D. (2002) *The European Version of the Adolescent Assessment Dialogue – EuroADAD Version 1.0*. Philadelphia/Maastricht.

- Hajnal B., Sárváry A. (2006): *Proceedings of the International Conference: Epidemiology and social effects of drug-taking in the Visegrad four countries*. Printed by Imre Tóth, Nyíregyháza.
- Hughes, C. and Ritter, A. (2008). Monograph No. 16: *A summary of diversion programs for drug and drug-related offenders in Australia*. DPMP Monograph Series. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Felvinczi K., Varga O. szerk. (2008): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Budapest
- Lévay M. (2006): Büntetés helyett kezelés: Racionális és szükségszerű kompromisszum a kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitikában. *Addiktológia*, 2006/4. szám
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College 2007. *Evaluation of Drug Interventions Programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and Drug Treatment and Testing Requirements*. Home Office Online Report 07/07
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York, The Guilford Press.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81–89.
- National Criminal Justice Reference Service, Publications, NCJRS Abstract
www.ncjrs.gov/app/publications/abstract.aspx?ID=205405
- National Drug and Alcohol Abuse Helpline, Drug Diversion Program
www.drug-rehabs.org/drug-diversion-program.htm
- Nádas E. (2009): *A célzott/javallott prevenciók nemzetközi tapasztalatai című háttéranyaga*. www.ndi-szip.hu/EDocumentData.aspx?ID=4d351327-fc94-46c7-be94-346308dedc16
- Nádas E. (2006): *A drogmegelőzés nemzetközi trendjei*
www.drogfokuszpont.hu/?lang=1&pid=42
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2006). „MAGYARORSZÁG” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. 2006-os Éves Jelentés az EMCDDA számára. Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2008): „MAGYARORSZÁG” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. 2008-as Éves Jelentés az EMCDDA számára. Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest
- Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (2010): *A megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevők nyilvántartása*. Részben publikált adatok.
- Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma kezelésére 2010-2018*. www.drogstrategia.hu, letöltés ideje: 2010. Május
- Office of National Drug Control Policy, Evidence-Based Principles for Substance Abuse Prevention
www.ncjrs.gov/ondcppubs/publications/prevent/evidence_based_eng.html
- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek*. L'Harmattan Kiadó, Budapest
- Queensland Illicit Drug Diversion Initiative, Police Diversion Program for a Minor Drugs Offence (Cannabis)
www.police.qld.gov.au/Resources/Internet/services/documents/pdp_general.pdf
www.drogfokuszpont.hu/?lang=1&pid=199
- Rácz J. (2005): Az „elterelésről”. Szakirodalmi összegzés. *Addiktológia* 5. évfolyam, 1. szám, 97-98. o.
- Rácz J. (2002): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest

- Rácz J., Melles K., Márványkövi F., Lencse M. (2008): A „büntetés helyett kezelés” elvének érvényesülése egy drogambulancia betegeinek vizsgálata alapján. *Orvosi Hetilap* 149. évfolyam, 13. szám, 601–607. o.
- Scientific Commons
<http://en.scientificcommons.org/33318553>
- Skinner, H.A. (1982). Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behavior*, 7, 363-371.
- Stevens, A.; Berto, D.; Kersch, V.; Oeuvray, K.; van Ooyen, M.; Steffan, E.; Heckmann, W.; Uchtenhagen, A.: *QCT Europe: Summary Literature Review: The international literature on drugs, crime and treatment*. European Institute of Social Services, University of Kent, Canterbury, UK. 2003
- Szöginé Lakatos Mária, Törzsökné Góczán Emese (2009): *Drogfogyasztók utánkövetése*. kekkocka.uw.hu/.../doks/Drogfogyasztok%20utankovetese.doc, letöltés ideje: 2010. május
- Turnbull, J.P., McSweeney, T., Webster, R., Edmunds, M., Hough, M. (2000). *Drug Treatment and Testing Orders: Final evaluation report*. Home Office Research Study 212, Criminal Policy Research Unit, South Bank University
- UnitingCare Moreland Hall, Cautious with Cannabis
www.cautiouswithcannabis.com.au/
- UnitingCare Moreland Hall, Client Education Courses
www.morelandhall.org/index.php?option=com_content&view=article&id=58:client-education&catid=37:courses-coasters&Itemid=56
- Vitrai J., Busa Cs., Füzesi Zs., Kesztyüs M., Szilágyi J., Tistyán L. (2010): Tanulmány Az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest
- Vitrai J. (2010): *Az elterelés eredményességének elemzése követéses vizsgálatban*.
www.egeszsegmonitor.hu/dok/Eltereles_koveteses_beszamolo.pdf
- Vitrai J. (2009): *Tanulmány „a Nemzeti Drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről*
www.egeszsegmonitor.hu/dok/Tanulmany%20a%20drogstrategia%20ertekelesehez.pdf
 Utolsó letöltés: 2010. július 9.
- Werdenich, W., Wainder, G. (2003): *Final Report on QCT System Descriptions*. University of Kent, Canterbury, UK.
- Wolfgang, W.; Gabriel W.: *Final Report on QCT System Descriptions*, University of Kent, Canterbury, UK. 2003
- Wundersitz, J. (2007). Technical and Background Paper No. 25: *Criminal justice responses to drug and drug-related offending: are they working?* Australian Institute of Criminology

Forrásjegyzék

1965. évi 4. tvr. az ENSZ 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezményének kihirdetéséről
1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről
1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról
- 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól
- 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról

- 1/2007. Büntető jogegységi határozat. Kábítószerrel visszaélés bűncselekménye megvalósulásának kritériumai
- 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról
- 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól

TÚCSEREPROGRAMOK

Munkaanyag

Csák Róbert¹

Dr. Gyarmathy V. Anna^{2, 3}

Varga Mónika⁴

Dr. Honti Judit⁵

¹ Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány, Budapest

² Európai Kábítószer- és Kábítószerfüggőség-megfigyelő Központ (EMCDDA), Lisszabon

³ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore

⁴ Drogprevenció Alapítvány, Budapest

⁵ Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika

1. Bevezető

A tűcsereprogramok az egyik legfontosabb ártalomcsökkentő eszközt jelentik a kábítószer-probléma kezelésének területén, amelyek segíthetnek a Hepatitis C (HCV) illetve a HIV-vírus terjedésének megakadályozásában, megelőzésében az intravénás szerhasználók körében (Hickman 2010). A steril injektáló eszközökhöz való hozzáférés biztosítását az ENSZ (WHO 2004a) és az Európai Unió (EU Drugs Action Plan 2005–2008) vonatkozó állásfoglalásai is egyértelműen fontos eszköznek tekintik, emellett a 2009-ben elfogadott Nemzeti Drogstratégia is egyértelműen fogalmaz ebben a tekintetben (NS 2009). Ugyanakkor a HCV- valamint HIV-fertőzések kockázatának csökkentésében az ártalomcsökkentő programok komplex rendszere tud igazán hatékony lenni (WHO 2004b). Ebben a komplex rendszerben a tűcsereprogramok szerepe nem pusztán a steril eszközök biztosítása, hanem az is, hogy az ott elérhető egyéb szolgáltatásokkal hozzájárul az epidemiológiai kockázatok csökkentéséhez. Azon túl, hogy ezek a programok a problémás, rejtőzködő szerhasználókkal való kapcsolatfelvétel első pontjai lehetnek, nagyon fontos szerepük van abban, hogy a szerhasználókat információkkal lássák el a szerhasználatból eredő egészségügyi kockázatok csökkentésével kapcsolatban, segítsék a szerhasználókat a HCV-és HIV-szűréshez való hozzáférésben, valamint, hogy további kezelésbe juttassák őket.

Ezen kiegészítő szolgáltatások többféle szempontból is fontosak. Egyrészt, a tűcsereközpontokat főleg a szociálisan marginalizált, halmozottan kockázati magatartás jellemezte életmódot folytató injektáló kábítószer-használók látogatják, akik körében az injektáló kábítószer-használattal kapcsolatos fertőző betegségek (főleg a HIV és a HCV) megelőzése azért is fontos, mivel ők olyan kockázati hálózatokkal rendelkeznek, amelyekben ezek a fertőző betegségek megfelelő körülmények között futótűzként terjedhetnek (Rudolph 2010). A tűcsereközpontok fenntartása és működtetése tehát ebben az esetben azért is fontos, hogy egy nagyobb mértékben rejtett populációt kiszolgáljon, és hogy egy magasabb kockázati faktorú csoportban ezeket a tényezőket a lehető legalacsonyabb szintre csökkentse. A kiegészítő szolgáltatások fontosságát az is alátámasztja, hogy a több irányból célzott HIV- és HCV-megelőzési kampányok (pl. ha tűcsere is és metadonprogram is áll a célpopuláció rendelkezésére) sokkal hatékonyabbak, mint csupán egy megelőzési kampány (pl. ha csak tűcsere vagy csak metadonprogram áll rendelkezésre). Az olyan populációkban, ahol több prevenció program fut egyidejűleg, a HIV előfordulási aránya sokkal alacsonyabb, mint olyan populációkban, akik csak egyfajta programhoz férnek hozzá (Des Jarlais 2010).

A hazai és a nemzetközi szakirodalom számos tanulmánya (de Wit és Bos 2004, Gibson 2001, WHO 2004, Wodak és Cooney 2006, Kimber és mtsai 2010, Takács és Demetrovics 2009 – a teljesség igénye nélkül) foglalkozik a tűcsereprogramok illetve a steril injektáló eszközök hozzáférhetőségének szerepével a HIV- valamint HCV-vírusok terjedésének megelőzésében. De Wit és Bos (2004) kutatási eredményeket áttekintő tanulmányukban megállapították, hogy a tűcsereprogramok harmadával vagy még nagyobb arányban képesek csökkenteni a HIV- és HCV-szerokonverziót úgy, hogy nem növelik sem az intravénás szerhasználók, sem az injektálások számát. Ugyanitt megállapítják azt is, hogy a HIV-járvány megelőzésében a tűcsereprogramok költségghatékony megoldást jelentenek, azonban a steril fecskendő önmagában nem elégséges ártalomcsökkentő eszköz – különösen a HCV-vírus megfékezésében, amely sokkal virulensebb a HIV-vírusnál (a HCV-vírus sokkal tovább képes túlélni a szervezetén kívül, így a fertőzés potenciális forrása lehet a tümegosztáson kívül más eszközök, mint a főzőedény vagy a szűrő megosztása is).

Az EMCDDA legutóbbi ártalomcsökkentéssel foglalkozó monográfiájában Kimber és munkatársai (Kimber és mtsai 2010) szerint a szakirodalom alapján megfelelően alátámasztható, hogy a tűcsereprogramok képesek hatékonyan csökkenteni az intravénás

szerhasználók kockázati magatartásainak (eszközmegosztás, eszköz ismételt használat) előfordulását. A tűcsereprogramok pozitív szerepét a HIV-fertőzöttség csökkentésében is bizonyítottan találták, míg a HCV és a tűcsereprogramok közötti kapcsolat esetében úgy találták, hogy nem áll rendelkezésre elegendő kutatás ahhoz, hogy egyértelmű kijelentést lehessen tenni ezzel kapcsolatban. Ez utóbbi – ahogy a szerzők maguk is kiemelik – nem azt jelenti, hogy a tűcsereprogramok nincsenek hatással a HCV-fertőzöttség szintjére, hanem azt, hogy nincsenek ezen a téren megfelelő kutatások a beavatkozás hatékonyságával kapcsolatban.

Összességében elmondható, hogy a tűcsereprogramok önmagukban is komplex tevékenységből, és a tevékenységhez kapcsolódó elvárások összetettségéből adódóan indokolt az érintett szakmaterületek és a résztvevő intézmények számára a szolgáltatások fejlesztéséhez, a fejlesztési erőforrások megszerzéséhez a tűcsereprogramokhoz kapcsolódó szakmai irányelvek kidolgozása. Emellett megfontolandó a kapcsolódó hatásvizsgálatok, kutatások szempontjait is figyelembevevő irányelvek kidolgozása – reflektálva a beavatkozás hatékonyságát vizsgáló kutatásokkal kapcsolatban felvetett problémákra (Kimber és mtsai 2010). A jelenlegi epidemiológiai helyzetre tekintettel különösen fontos a rendelkezésre álló, a helyzet további romlásának megelőzésében szerepet játszó eszközök hatékony működése, amelyben a tűcsereprogramok szerepe több szempontból is lényeges. A steril injektáló eszközökhöz való hozzáférés biztosításán túl ezek a programok segíteni tudják az intravénás szerhasználók fokozottan veszélyeztetett csoportjának elérését és a magasabb küszöbű ellátásokba kerülését is, valamint tanácsadással egybekötött ingyenes és anonim HIV- és HCV-szűrési lehetőséget is biztosíthatnak számukra. Így tehát a tűcsereprogramok működésével kapcsolatos szakmai irányelvek kidolgozása fontos terület, különös tekintettel a tűcsereprogramokban nyújtott kiegészítő szolgáltatásokra.

2. A tűcsereprogramok Magyarországon

A tűcsereprogramok olyan alacsonyküszöbű szolgáltatások, amelyekben a bekerülésnek nem feltétele, hogy az illető személy az egészségügyi kezelőrendszerben regisztrált legyen, vagy kezelés alatt álljon, illetőleg erre motiváltságot mutasson. Ezek a programok nyitottak a rekreációs droghasználó és a naponta szerfogyasztó egyén felé egyaránt (függetlenül a kliens szerpreferenciájától), elfogadják az intravénás droghasználó szerfogyasztó magatartását, döntéseit, jelenlegi pszichés, egészségügyi és szociális állapotát, illetve társadalmi státuszát.

Ahogy azt a bevezetőben is elmondtuk, a tűcsere, mint ártalomcsökkentő szolgáltatás elsődleges célja a szerhasználathoz kapcsolódó egészségügyi problémák, szövődmények megelőzése és csökkentése, ideértve természetesen a népegészségügyi szempontból legnagyobb kockázatot jelentő fertőző betegségeket (HCV, HBV, HIV). A droghasználathoz kapcsolódó ártalmak a különböző kockázati magatartásokból erednek, ide sorolható az alkalmazás módja (intravénás szerhasználat), az eszközmegosztás (közös tű, fecskendő, filter, főzőedény használat), melyeket a kapcsolódó rituálék, a sterilítással, a fertőző betegségek terjedésével kapcsolatos ismeretek hiánya is súlyosbíthat. Mindemellett a kockázati magatartások előfordulásának valószínűségét növeli a szerhasználat közben csökkent veszélyérzékelés, az elvonási tünetek miatti meggondolatlanság vagy az anyagi helyzet.⁶ A cél tehát a kockázati magatartások előfordulásának minimalizálása egyrészt a steril eszközökhöz való hozzáférés megkönnyítésével, másrészt a magatartásváltozást segítő

⁶ A rossz anyagi helyzetben lévő szerhasználók például elkérik mások használt szűrőit, hogy kioldják a benne lévő drogmaradékot, de egy-egy droghasználó társaságban általánossá válhat egymás meg- ill. visszahívása attól függően, hogy ki rendelkezik a drog megvásárlásához elegendő pénzzel (a kábítószer szétosztása pedig gyakran a fecskendőben lévő oldat megosztását jelenti).

kiegészítő szolgáltatásokkal (pl.: HIV- és HCV-tanácsadás, HIV- és HCV-szűrés, információnyújtás, kezelésbe jutás segítése stb.)

A tűcsereprogramoknak több fajtája is létezhet: 1. fix telephelyen elérhető, 2. mobil, 3. automata, 4. utcai megkeresés. Egy nemrégiben megjelent összefoglaló tanulmány megállapította, hogy a fix telephelyen elérhető tűcsereprogramok bizonyíthatóan csökkentik a kockázatos injektlási magatartások előfordulását (Palmateer 2010). Ugyanakkor a tanulmány nem talált megfelelő bizonyítékot arra, hogy mobil, automata, vagy utcai megkeresések a kockázatos injektlási magatartásokra bármilyen preventív hatással lennének. Ennek az oka valószínűleg az, hogy a fix telephelyen elérhető szolgáltatások rendszeresebb és hosszabb nyitva tartással (elérhetőséggel) rendelkeznek, mint a mobil tűcserek vagy az utcai megkeresések. A többnyire rendszertelen életmódot élő injektló kábítószer-használóknak ezért sokkal kézenfekvőbb egy fix helyre menni, mint azt számon tartani, hogy mikor jön és meddig marad a mobil busz vagy az utcai megkereső munkás, főleg ha az különböző napokon és különböző időpontokban keresi fel az érintett egyéneket.

A következőkben áttekintjük a tűcserek hazai gyakorlatából kiindulva a működéssel kapcsolatos legfontosabb területeket, elsőként az ilyen programokban biztosított eszközöket vesszük sorra, majd a Magyarországon működő tűcserek típusait mutatjuk be.

A tűcsereintézmények által biztosított eszközök

A tűcserekben biztosított eszközök között minden olyan felszerelésnek helye van, amelyek a vér útján terjedő fertőzések (elsősorban a HCV, HVB, HIV) valamint a nem steril, nem „új” eszközök használatából adódó egyéb fertőzések, ártalmak csökkentését és elkerülését szolgálják. Itt az injektlásra kerülő oldat elkészítésétől a felhasznált felszerelésig minden eszköz szóba jöhet, hiszen minden, ami potenciálisan kapcsolatba kerülhet vérrrel, az a fertőzés terjedésének lehetőségét jelenti. Az injektlás során használt eszközök könnyű hozzáférhetősége csökkenti a kényszerűségből eredő ismételt használat vagy eszközmegosztás esélyét, emellett tulajdonképpen önmagában is jelzés a szerhasználó felé a felszerelés tisztaságának fontosságával kapcsolatban.

Az injektlás során használt eszközök

Steril injekciós tű és fecskendő

Az elnevezésben fellelhető „csere” szó általában tájékoztató jelleggel bír csak, hiszen nem mindig lehet a steril injektor kiadásának feltétele használt tű visszahozása. Az életforma zaklatottsága, az akár bűnjelnek minősülő droghasználathoz kapcsolódó eszközök miatt induló rendőrségi eljárások következtében nagyon nehezen megvalósítható az egy-az-egyben (egy használt fecskendőért egy steril fecskendő) csere. Ugyanakkor a steril eszközökhöz való hozzáférés minden megnehezítése azzal jár, hogy romlik a lefedettség, azaz az összes injektlásra jutó steril felszerelés aránya és így növekszik az eszközmegosztás, az ismételt használat aránya. Emellett a fecskendők kiadásával kapcsolatos megszorítások azzal is járhatnak, hogy lehetetlenné válik azoknak a személyeknek az elérése, akik nem közvetlenül vesznek részt a programban, hanem más szállítja nekik a steril injektorokat (másodlagos tűcsere).

A használt fecskendők visszahozását – valamint a tűcserek működését – megkönnyítendő 1999-ben megegyezés született a BRFK és a budapesti tűcserek között (ebben a rendőrség vállalta, hogy ad hoc ellenőrzést, igazoltatást nem végez a tűcserek

közelében⁷⁾). A megegyezés gyakorlati működése a kliensek szempontjából azonban nem mindig zökkenőmentes, az eljárást végző rendőrök gyakran nem ismerik a megállapodást. 2009-től tervben van a megállapodás megújítása és országos kiterjesztése, de jelen pillanatig ez nem történt meg.

A steril fecskendők mellett az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó információk átadása kiemelt fontosságú. Ilyen lehet például, hogy a szerhasználó ismerje, és alkalmazni tudja a helyes szűrési technikát, amely segíthet a vénagyulladás, félreszűrés és egyéb problémák kockázatának csökkentésében. Ezzel kapcsolatban a segítők leírást, szemléltető eszközt adhatnak a klienseknek, illetve hangsúlyozhatják, hogy ajánlott rendszeresen változtatni a szűrés helyét.

A tűcserével foglalkozó programok úrtartalom és típus szerint akár többféle injektort (fecskendőt) is tarthatnak, általánosságban az 1 ml-es „inzulinos” fecskendőt (a tű jellemzői 8 mm vagy 12 mm hossz, 29G átmérő) lehet említeni a tűcserékben használt injektorként. A fecskendőkkel kapcsolatban a legfontosabb ártalomcsökkentő, epidemiológiai szempont, hogy lehetőleg egyrészes injektorokat használjon a tűcsereprogram, mert a kétrészes injektorokban nagyobb a holtter, az ott maradó véres drogot közös használat esetén könnyen átadhatja a fertőzést.

Itt érdemes megemlíteni, hogy a használt, szennyezett fecskendők elhelyezését úgy kell megoldani, hogy azt a kliensek saját kezűleg helyezhessék el (olyan tárolóba, amely természetesen úgy van kialakítva, hogy ne lehessen belenyúlni a már ott lévő használt tűkbe). A szennyezett fecskendőket a veszélyes hulladékok tárolására, elszállítására vonatkozó szabályok szerint kell kezelni (pl.: ha a tároló az úrtartalmának 75%-ig megtelt, akkor végleg le kell zárni, és veszélyes egészségügyi hulladékként tárolni, amíg a veszélyes hulladékok megsemmisítésére specializálódott cég el nem szállítja).

Kupak, kanál

Melegítésre, előkészítésre szolgál. Az intravénás szerhasználók körében nem ritka az akár földről felszedett bármilyen melegítésre alkalmas fém eszköz használata (pl.: üdítő doboz alja), emellett gyakori a melegítéshez használt eszköz többszöri használata, ami nem csupán a vér útján terjedő betegségek, hanem a nem megfelelő tisztításból adódó egyéb egészségkárosító következményekkel is járhat. A kiosztott mennyiség ideálisan fecskendőnként egy melegítő.

Aszkorbinsav (C-vitamin)

A heroin használathoz szükséges, mert a heroin csak savas közegben oldódik. A kliensek leginkább citrompótlót, citromlevet használnak ehhez, amely azonban a bennük lévő adalékanyagok miatt egészségkárosító lehet – az aszkorbinsav (C-vitamin) tisztább, így csökkenti az ártalmakat. A túlzott savhasználat azonban mindenképpen vénaronszoló, így ennél az „eszköznél” az információátadás is fontos ártalomcsökkentő tényező.

Desztillált víz és/vagy ivóvízvételi lehetőség

Különösen akkor nélkülözhetetlen, ha a fogyasztók olyan helyen szűrnak, ahol nincs emberi fogyasztásra alkalmas víz (kliensek beszámolója alapján víz hiányában akár pocsolya vagy üdítőital is helyettesítheti a desztillált vizet), illetve nincs lehetőség a rendelkezésre álló víz megfelelő sterilizálására (szigorúan véve a csapvíz sem alkalmas forralás nélkül az oldat elkészítéséhez).

Szűrő

7 Bővebben lásd: http://www.drogfokuszpont.hu/dfp_docs/?id=tucsere_brk_megallapodas_2004.pdf

A szűrő a már elkészített oldat fecskendőbe való felszívásakor kell, hogy a nagyobb szemcséket, szennyezéseket kiszűrje. A szűrő esetében kiemelten meg kell említeni a fertőzések terjedésének, átadásának megakadályozását, mert a szűrő ismételt használata, átadása jellemző gyakorlat (a szűrőben maradó hatóanyag kinyerése miatt). Az intravénás droghasználók gyakran nikotinfüggők is, így nem ritka, hogy a cigarettájuk szűrőjét használják a drog megszűrésére, ami nem mindig érintetlen állapotú, így – a nem steril szűrőből adódó kockázatokon túl – némi kátrány is kerülhet az intravénás szerhasználó szervezetébe.

Alkoholos törlőkendő

Az injektálás előtt az érintett bőrfelület tisztításához elengedhetetlen eszköz. Itt is meg kell említenünk az információ átadás fontosságát, mert a tapasztalatok azt mutatják, hogy sok kliens nincs tisztában a bőrfelület tisztításának szükségességével (ezen kívül előfordul az alkoholos törlőkendő nem megfelelő használata, pl. szűrés után a vérzés elállításához).

Érszorító

Az érszorító ahhoz szükséges, hogy az injektálásnál az erek jobban kirajzolódjanak. A drogfüggők vénái a gyakori igénybevétel miatt igen hamar túlterhelődnek, esetenként használhatatlanná válnak, így nem mindegy, hogy van-e olyan bevált eszközük, amellyel el tudják szorítani az adott testrészüket. Ehhez egészségügyi gumicsövet, kerékpár-gumibelsőt vagy az egészségügyben használatos érszorítót szoktak használni. (A rutinosabb férfiak olykor a szíjukat alkalmazzák, míg a nők a táskájuk pántját – ezek motozásnál nem keltenek feltűnést, és mindig kéznél vannak).

Óvszer

Az óvszer biztosításának a célja a szexuális úton terjedő betegségek elkerülésének segítése, illetve átadásának megakadályozása. Ezzel kapcsolatban érdemes megjegyezni, hogy sokáig tartotta magát az a meggyőződés, hogy a drogfüggők nem igazán élnek szexuális életet – kiemelten értették ezt az ópiát-/ópioidfüggőkre, akik az anyag befecskendezése után a hatást leginkább az orgazmus sokszorosához hasonlítják. Ugyanakkor a tapasztalatok azt mutatják, hogy a szexuális motivációjuk valóban halványulni látszik, de nem huny ki. Emellett a nőknél a szerfogyasztás hosszabb idő után cikluszavarokhoz vezet, ami azonban a fogamzó képességet nem zárja ki. Sok kliens nincsen tisztában ezzel, amely hozzájárulhat a szexuális rizikómagatartások gyakori megjelenéséhez.

Vénagyulladás megelőző, enyhítő krémek (körömvirág, Venoruton, feketenadály-tő, Buray)

Ezen krémek biztosítása szintén nagyon fontos a tűcserével foglalkozó szervezetek szolgáltatásai közül. A szervezet anyagi helyzetétől illetve a helyiség lehetőségeitől függően ez lehet helyszíni felhasználású és elvitelre szánt egyaránt.

Vitaminok

A szerhasználók életmódja, hiányos táplálkozása valamint a szerhasználatból eredő hiányok (pl. kalcium) ellensúlyozása miatt különböző pezsgőtabletták, vitaminok biztosítása is fontos szolgáltatása lehet egy tűcsereprogramnak, hiszen a kliensek sokévnnyi, de akár több évtizednyi szerhasználó múlttal rendelkeznek.

Információs kiadványok

A tűcserek felvilágosító, információs kiadványokhoz is hozzáférést biztosítanak az ártalmak csökkentéséről, betegségekről, illetve a számukra elérhető segítő helyekről, szolgáltatásokról

(pl.: patikák, tűcsereprogramok, tűautomaták, orvosi ügyeletek, HIV- ill. HCV-szűrés, hepatológiai rendelés, rehabilitációs otthonok stb.). Az intravénás szerhasználat ártalmairól szóló információk a kevésbé kockázatos droghasználati módokra való áttérést is elősegíthetik, mint például a szippantás vagy a „fóliázás” (ez utóbbi fogyasztási módhoz kapcsolódva akár alufóliát ill. speciálisan erre a célra kifejlesztett fóliát is biztosíthatnak a tűcsereprogramokban).

A programok finanszírozása

A 2008. év végéig kötelező feladat volt a 30 000 főnél nagyobb lélekszámú településeknek alacsonyküszöbű szolgáltatást biztosítani. Így ezt a helyi önkormányzatok avagy a Magyar Államkincstár finanszírozták. 2009. 01. 01-től – 2011. 12. 31-ig állami feladatok (közösségi alacsonyküszöbű ellátások) közé sorolódtak az alacsonyküszöbű programok. A Szociális Munkaügyi Miniszter döntése alapján a Szociális Foglalkoztatási Hivatal írja ki a pályázatokat, az Európai Szociális Alap Nonprofit Kht. kezeli. A nyertes pályázóknak a Magyar Államkincstár folyósít évi 7 000 000 Ft-ot működési költségre, negyedévente négy részletben, amennyiben nincs a pályázónak köztartozása, nem folyik ellene csőd- vagy felszámolási eljárás, végelszámolás, végrehajtás, illetve adósságrendezési eljárás. Mindez az 191/2008. (VII.30.) Kormány Rendelet 1. § (2) bekezdés h) pontja szerint történik működési és fenntartási költségekre, így az alkalmazottak személyi juttatásaira és a működtetés dologi költségeire.

A szolgáltatás fenntartója az 1993. évi III. törvény 4. § (1) bekezdésének m) pontjában meghatározott személy vagy szervezet lehet. A szolgáltatások: *drop-in* „toppanj be központ”, telefonos információs vonal, tű- és fecskendőcsere-szolgáltatások lehetnek.

Ezekon kívül további támogatások bevonására is szükség lehet, mivel a fenti pályázatokban rendelkezésre álló összeg nem fedezi a szolgáltatók költségeit. Ilyen forrás lehet a Szociális Munkaügyi Minisztérium által kiírt ESZA Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft által kezelt pályázatokon belül az infrastrukturális fejlesztésre, dologi kiadásokra és személyi költségekre kiírt pályázatok, emellett az önkormányzatok is írhatnak ki ilyen típusú pályázatokat (pl. a Fővárosi Önkormányzat is ír ki pályázatot fővárosi működésű szervezetek részére).

Ellenőrző szervek:

Helyi Önkormányzat, Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Magyar Államkincstár, Módszertani Központ.

A tűcsereprogramok típusai

Jelenleg Magyarországon négyféle tűcsere szolgáltatás érhető el: állandó telephelyű, mobil tűcsere, utcai megkereső programok, illetve a tű-automaták. A Nemzeti Drog Fókuszpont 2009-es jelentéséből (N.D.F. 2009) tudjuk, hogy 2008-ban 18 szolgáltató működtetett tűcsereprogramot,⁸ amelyből 4 Budapesten, 14 pedig vidéken található. Mobil tűcserét csak két szervezet folytatott (egy a fővárosban, egy vidéken), utcai megkereső programból 11 volt 2008-ban (4 Budapesten, 7 vidéken). A 12 állandó telephelyű programban összesen több mint

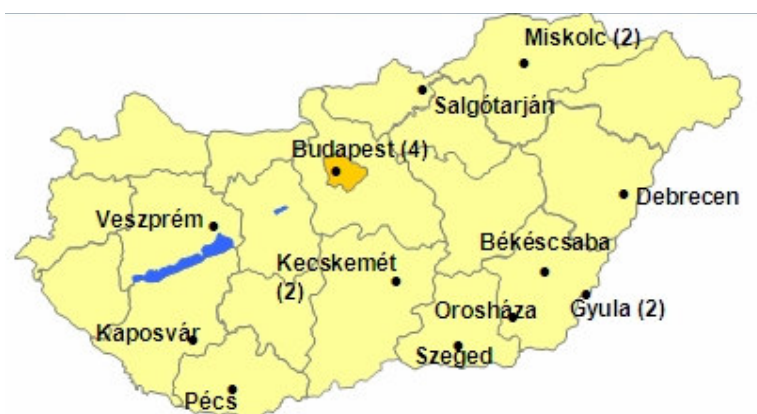
⁸ A Magyarországon működő tűcsereprogramok listáját lásd a mellékletben.

234 ezer fecskendőt osztottak ki és 143 ezret hoztak vissza – mindkét esetben jelentős növekedés figyelhető meg az előző évhez képest, amely elsősorban a Drogprevenációs Alapítvány illetve a Kék Pont Alapítvány által működtetett két budapesti programnak volt köszönhető. Az állandó telephelyű programok keretében adják ki steril fecskendők döntő részét, a 2008-ban összesen (az összes típusú tűcsereprogramban) kiosztott 298 ezer fecskendő 78%-át. Összességében négyből három program-típusban növekedés volt megfigyelhető a fecskendő forgalom tekintetében, a tűautomaták forgalma azonban 11%-kal csökkent 2008-ban.

1. táblázat. Tűcsereprogramok injektor- és kliensforgalmi adatai 2008-ban

	Fix telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
osztott	234 191	19567	19993	24347	298098
hozott (+gyűjtött)	143458	19148	12889	1174	176669
becserélési arány	61,3%	97,9%	64,5%	4,8%	59,3%
kliensek száma	1407	170	367	-	1944
kontaktok száma	15349	1641	3786	-	20776

Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2009



Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2009

1. ábra. Tűcsereszolgáltatók földrajzi elhelyezkedése 2008-ban

Fix telephelyű programok

Ezek a programok – ahogy az elnevezés is mutatja – állandó telephellyel rendelkező, a tűcserek igényeinek kialakított helyiségekben működnek. Az egyik legfontosabb szempont a fix telephelyű programok kialakításánál, hogy olyan helyre települjenek, ahol sok droghasználó fordul meg, illetve könnyedén megközelíthető számukra, hogy ezzel is megkönnyítsék a program felkeresését. A hely megválasztása döntő lehet egy ilyen program esetében, amelyre jó példa lehet a Kék Pont Alapítvány tűcsereprogramjának története is, amely a kezdeti induláskor a budapesti XI. kerületben működött nagyon csekély kliensszámmal, majd a VIII. kerületbe költözve ugrásszerűen megnőtt a programot felkereső intravénás (továbbiakban iv.) szerhasználók száma. (Az új kliensek beáramlása a programba azóta is folyamatos: mind a napi látogatószámában, mind a regisztrált kliensek számában

extenzív növekedést mutatott a 2006 második felében történt költözés óta eltelt években). A telephely kiválasztásakor feltáró kutatások eredményeire (Kék Pont Alapítvány tűcsereprogramja esetében Ritter Ildikó egyik kutatása volt fontos eleme a hely megválasztásának), már működő tűcsereprogramok klienseinek kikérdezésére, esetleg patikák körében végzett tű-forgalommal kapcsolatos megkérdezésekre lehet támaszkodni.

A programok működtetésével kapcsolatban a legfontosabb, hogy – amennyire a körülmények/lehetőségek engedik – az adott klienskör jellegzetességeit figyelembe véve érdemes működtetni. Ezzel együtt általánosságban elmondható, hogy a nyitvatartásukra a délutántól kora este a jellemző, amely nagyjából igazodik a szerhasználók életviteléhez (bár ideális esetben a steril felszereléshez jutást nyilvánvalóan egy éjjel-nappal nyitvatartó program tudja leginkább megkönnyíteni). Nagyon fontos eleme ezeknek a tűcsereprogramoknak a házirend,⁹ amelynek világos, minden kliens számára egyértelmű szabályai létfontosságúak az ott dolgozók biztonságának szempontjából. Ezek a szabályok a program használatának intenzitásától függhetnek, azonban általánosságban elmondható, hogy olyanok, amelyekkel a drog adás-vételét, a helyiségben történő szerhasználatot, agressziót meg lehet gátolni (a házirendnek érdemes tartalmaznia a kiadható steril felszerelés számát, a kitiltással vagy más módon szankcionált viselkedésmódokat, a program igénybevételének olyan feltételeit, mint például, hogy naponta hányszor lehet igénybe venni a programot¹⁰). A kiadott fecskendőkhöz kapcsolatos szabályok a magyarországi programokban és a nemzetközi gyakorlatban is széles skálán mozognak az egy-az-egyben cserétől (ahol a steril fecskendőhöz jutás feltétele a használt fecskendők visszajuttatása, és csak annyi steril fecskendőt vihetnek el a kliensek amennyit visszahoztak) a tűosztó központokig (ahol nincs semmiféle korlátja az elvihető steril fecskendőknek), a tűcseréknek a klienskör jellemzőit illetve természetesen saját anyagi lehetőségeiket mérlegelve kell szabályokat alkotniuk ezzel kapcsolatban. Az azonban ismert, hogy a legjobb lefedettséget (az összes injektlásra jutó steril fecskendők száma) a korlátozás nélküli steril fecskendőhöz jutás biztosítja (lásd például Heimer 2007).

A fix telephelyű programokban nyújtott kiegészítő szolgáltatásokat bővebben tárgyaljuk a 4. fejezetben, azonban itt jegyeznénk meg, hogy a tűcsereprogramok nagyon fontos funkciója a steril eszközök biztosításán túl a kliensek magasabb küszöbű szolgáltatásokba való eljutásának segítése, így elengedhetetlen, hogy ilyen szolgáltatásokkal (jogsegélyek, rehabilitációs otthonok, drogambulanciák, hepatológiai szakrendelések, szűrések és egyéb szakrendelések stb.) kapcsolatos információkkal el tudják látni a klienseket. Fontos kiegészítő szolgáltatás lehet a defibrillátor (újraélesztő készülékkel), ilyenrel rendelkező hely és képzett stáb jelenleg csupán a Drogprevenció Alapítványnál van Magyarországon.

Tű-kiadás/bevétel szerhasználókkal

Szegeden üzemel ilyen szolgáltatás, itt a használók hozzák vissza és viszik el ismerőseiknek és maguknak a szükséges eszközöket.

Mobil tűcsere

⁹ Egy tűcsereprogram házirendjét lásd a mellékletben.

¹⁰ Ezzel kapcsolatban a gyakorlat azt mutatja, hogy nagyon fontos szabálya lehet a házirendnek, hogy naponta csak egyszer lehet igénybe venni a programot, amelynek betartása sok nehézséget jelenthet, ugyanakkor egy ilyen szabály nélkül sokkal nehezebb megakadályozni például a drogokkal való kereskedést a program területén.

Lényege, hogy mobil módon létesít kapcsolatot az iv. szerhasználókkal, nagyon fontos szerepe lehet a tűcserével nem lefedett területek ellátásában, de a szolgáltatás iránti szükséglet feltérképezésében is. Az iv. drogfogyasztók által keresett olyan helyeket érdemes felkeresnie ilyen szolgáltatás működtetőinek, ahonnan a használók nem feltétlenül keresik fel a fix telephelyű programokat, illetve ahol érezhető/szemmel látható a szerhasználók jelenléte. A szolgáltatást nyújtó jármű lehet egy kisbusz vagy lakókocsi, amelyben a tűcsereeszközök szállítására, a használt injektorok tárolására (ill. természetesen a kettő elkülönítésére) van lehetőség, ugyanakkor fontos úgy kialakítani a járművet, hogy alkalmas legyen a klienssel való beszélgetésre, a kapcsolódó kiegészítő szolgáltatások nyújtására is – azaz a járművön más ártalomcsökkentő eszközök, információs füzetek is megtalálhatók legyenek. Lényeges eleme ezeknek a programoknak, hogy a szolgáltatást nyújtó jármű menetrendszerűen közlekedjen, azaz a szerhasználók számára jól ismert legyen az idő és a hely, ahol igénybe vehetik azt.

2010-ben hazánkban Baptista Szeretetszolgálat üzemeltet Budapesten tűcserét.

Tűautomata

A tűautomaták fontosak lehetnek azoknak a függőknek, akiknek nincs bizalmuk a tűcserét működtető szervezetek felé, nem jelentkeztek kezelőhelyeken. A tűcsere-automata különösen fontos lehet, ha ilyen intézmény éppen nincs nyitva, vagy amennyiben az érintett településen nincs ilyen jellegű intézmény. Ezeket az automatákat éppen ilyen megfontolásból külföldön a nem non-stop nyitva tartó tűcsereprogramok bejáratánál, pályaudvarokon állítják fel, ugyanakkor a személyes kapcsolatot, a tűcsereprogramokban folyó szakmai munkát természetesen nem tudják pótolni.

A tűautomaták lehetnek pénzzel, zsetonszerű érmével működők, de léteznek egy-az-egyben cserélő automaták is. A pénzes előnye, hogy annyi fecskendőt lehet belőle vásárolni, amennyire az iv. szerhasználónak szüksége van (ill. amennyi pénze van az adott szerhasználónak), ellentétben például a gyógyszerárakkal, amelyekben a 10 darabos kiszerezéseket nem bontják meg (a sterilítás miatt), és ilyen esetekben előfordulhat, hogy a függő nem tudja megvenni a steril injektort. A zsetonnal működő automaták esetében a cél az iv. szerhasználó bevonása a rendszerbe, mert a zsetonokhoz a kezelőhelyeken lehet hozzájutni (ez ugyanakkor hátrányt is jelenhet, hiszen a nehézkessége miatt többen eleshetnek a steril eszköztől). A cserélő automata lényege, hogy használt fecskendőért ad újat – a cél itt természetesen az, hogy ösztönözze az injektálót a visszahozásra.

A gépeken általában feltüntetik a segélyhelyek elérhetőségeit és elhelyeznek egy tartályt is, amibe az elhasznált fecskendőket gyűjtik. Gyakran az injektoron kívül más ártalomcsökkentő eszközöket is adnak (pl.: törülköződő, óvszert).

Kitelepült programok, utcai munka, tűbegyűjtés

A tűcsereprogramok esetében az utcai munka illetve a kitelepült programok célja, hogy a szerhasználókat saját környezetében próbálják megkeresni, így elérhetnek új, a fix telephelyű programokat nem látogató potenciális klienseket, illetve feltérképezhetnek nyíltszíni droghasználathoz kapcsolódó szűrőhelyeket is (emellett természetesen ezen programok elsődleges célja is az, hogy a steril felszerelés biztosításával próbálják a HBV, HCV, HIV vírus terjedését meggátolni és szociális, egészségügyi rendszerbe vonni a szerhasználókat).

A kitelepült programok olyan helyekre jellemzőek, ahol objektív tényezők miatt nincs mód fix telephelyű program kialakítására. Ilyen program a Drogprevenciós Alapítvány és Kék Pont Alapítvány által közösen működtetett Dzsumbuj Program a IX. kerületben.

Az utcai munkához kapcsolódó kiegészítő tevékenység lehet a tű- illetve drogszemétséggyűjtés, tűfutárság. Ez az egyértelmű közegészségügyi vonatkozások mellett a tűcsere és az azt befogadó környezet közötti jó viszony megteremtése, fenntartása miatt is fontos tevékenység. Jelenleg hazánkban a Drogprevenciós Alapítvány, a Baptista Szeretetszolgálat és a Kék Pont üzemeltet tűbegyűjtő szolgáltatást.

A szegedi megkereső tűcsereprogramot az Ifjúsági Drogcentrum kezdte meg 1996-ban, majd 1997-től a Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő Társaság (DÁT) folytatta. Változó létszámú utcai munkás stáb – akik aktív, vagy korábbi droghasználók voltak, illetve később a metadonprogram beindulását követően metadon kliensek – az intravénás droghasználókat közterületen, és drogfogyasztó lakásokban keresték fel, és ott végezték el a tűcsere, illetve a felvilágosító munkát. A szennyezett fecskendőket összegyűjtötték és a Drogcentrum biztosította a veszélyes hulladék kezelését. A fecskendők szállításához rendőrségi engedélyük volt. A tűcsereprogramok hólabdamódszerrel derítették fel a droghasználókat és a helyszíneket. Ezzel a módszerrel nagy létszámú droghasználó csoport található meg, nem kell megvárni a droghasználók jelentkezését (Honti, Bán, 1998).

3. Tűcsereprogramokkal, intravénás szerhasználókkal kapcsolatos magyarországi adatok és kutatások

Az intravénás (iv.) szerhasználók világa az egyik legkevésbé feltárt területe a hazai drogkutatásnak (Detrovics és Kun 2009). A Magyarországon működő tűcserek hatása az iv. szerhasználói populációra – a kockázati magatartásokat vagy a vér útján terjedő fertőzéseket tekintve – pedig még kevésbé kutatott terület. Ugyanakkor az elmúlt években több az iv. szerhasználók kezelésbe jutásának akadályait vizsgáló kutatás is készült (Márványkövi, Melles, Rácz, 2006; Márványkövi, Melles, Légmán, Rácz, 2008). Itt jegyeznénk meg, hogy a tűcsereprogramok nagyon fontos szerepet töltenek be ennek a rejtőzködő populációnak a vizsgálatában, hiszen – mivel ezek azok a szolgáltatások, amelyek első „vonalban” kapcsolatba kerülnek a szerhasználókkal – rajtuk keresztül könnyebben érhetőek el ezek a szerhasználók. A tűcsereprogramok létesítésekor, a megfelelő helyszín kiválasztásában viszont fontos szerephez kell jusson az iv. szerhasználókkal kapcsolatos feltáró kutatásoknak. A következőkben azt igyekszünk bemutatni, hogy mit tudunk jelenleg a hazai iv. szerhasználó populációról, a jelenleg működő és a jövőben létesülő tűcsereprogramok potenciális kliensköréről.

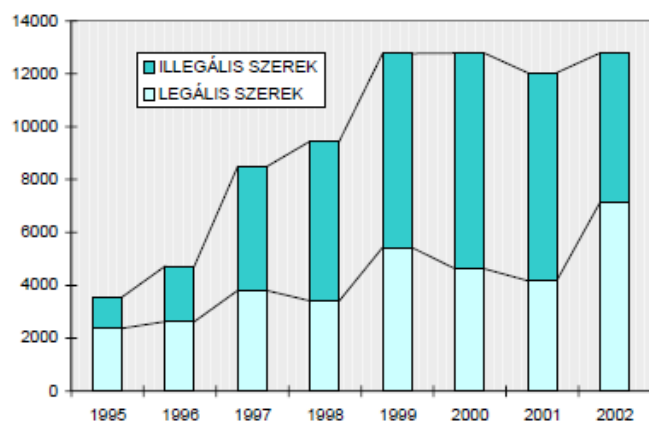
Korai kezdeményezések – történeti áttekintés

Magyarország – akárcsak a kelet-európai régió – rendszerváltás előtti droghasználata nagyban eltért a nyugat-európai mintától, miután a nemzetközi kábítószer kereskedelem nagyrészt elkerülte a régiót. A rendszerváltás előtti időszakban a régióban fellelhető volt ugyan az intravénás drogfogyasztási forma, de kevésbé volt jellemző, és jórészt házi készítésű drogok fogyasztását jelentette.

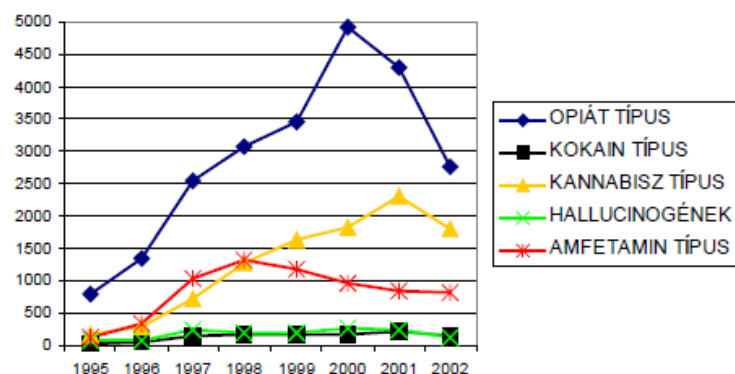
A szerhasználati szokásokban uralkodó a legális szerek kombinált használata volt, ragasztószer inhaláció, gyógyszer abúzus (nyugtatók, kábító fájdalomcsillapítók, anti-parkinson szerek), alkohol és gyógyszer kombinációk használata. Ugyanakkor meglehetősen elterjedt a máktermesztés. A mákból területenként eltérő módon megiható, vagy intravénásan fogyasztható készítményeket állítottak elő. Magyarországon a zöld mák fogyasztása a mákszezon idejére összpontosul, májustól augusztusig, mikor a zöld mákfejek megmetszésével ópiát tartalmú nedv nyerhető. Ezt szárítás, forralás, savazás után intravénásan használják (Honti, Gyarmathy, 2010). Az év maradék részében a száraz mákszalmból melegvizet áztatással mákteát készítenek, amit megisznak.¹¹ A máktea morfin tartalma alacsony, jellemzően 0,3-0,7 g/l, ezért glutetimid (Noxyron, altatószer) együttes fogyasztásával fokozzák a hatást (Farkasinszky és mtsai., 1976, Farkas, 1981; Kolozsi, 1987; Farkasinszky és mtsai., 1989; Honti, Bán, 1998). A rendszerváltás előtti intravénás heroin használat a kábítószer kereskedelmi útvonalak mentén a volt Jugoszláviában, Bulgáriában, majd a szerb háború időszakában az áttolódott útvonalak mentén Magyarországon, Csehszlovákiában volt jellemző (Rhodes és mtsai., 1999a, Honti és mtsai., 2000).

A rendszerváltás előtti adatok számos okkal magyarázhatóan – melyek között főként ideológiai, infrastrukturális okok feltételezhetők – hiányosak, illetve nagy valószínűséggel alulértékelték. Ugyanakkor a határok megnyílásával, a nemzetközi droggereskedelembe való belépéssel a kínálati oldal megerősödött, és a házi készítésű illegális szerek használata mellett előretört a nemzetközi droggereskedelemből származó heroin, amfetamin fogyasztása. Az 1994-től a kelet-európai régióban kirobbanó HIV/AIDS-járvány is arra világított rá, hogy az illegális drogfogyasztás, ezen belül az intravénás droghasználati forma időközben megjelent és nagymértékben elterjedt a régióban (UNAIDS, 2001). Hazai szinten a droghasználat mértékének emelkedése a kezelési adatokból egyértelműen látszott. Magyarországon 1995-től az illegális és legális szerek káros használata miatt kezeltek aránya megfordult, a korábban jellemző legális szerek használata 67% helyett 35%-ra csökkent 2000-re, míg az illegális szereké 33%-ról 65%-ra nőtt. Az illegális szerhasználatot 2000-re eluralt az ópiát használat (Jelentés, 2002). Ugyanakkor a közismert „jéghegy-effektus” szerint a drogfüggő betegek összességének 5% jut el a kezelőhelyekre. Más becslések szerint a mindenkori intravénás drogfogyasztók 85%, azaz túlnyomó része bármely vizsgált időszakban kezelőrendszeren kívül áll (Needle és mtsai., 1998), azaz rejtve marad a különböző statisztikai adatgyűjtések és intervenciók számára. A kezelőrendszerben megjelent ópiát fogyasztók nagy valószínűséggel a valós fogyasztás töredékét képviselték. Az ópiát fogyasztás ugyanakkor az intravénás használattal mutat összefüggést, bár a mákteaivás is tovább él. Az ópiátfogyasztók kezelési adatai az intravénás használat elterjedtségére utaltak.

¹¹ Mákteaivó páciensek közlései a Szeged MJV Önkormányzat Kórház Addiktológiai Szakambulancia betegforgalmából 1995-2009.



2. ábra. Legális és illegális szerek miatt kezelt fogyasztók aránya, 1995–2002 (Jelentés, 2003)



3. ábra. Illegális szerek miatt kezelt betegek száma kábítószerfajtánként, 1995–2002 (Jelentés, 2003)

2. táblázat. A fogyasztás módja (ópiáttípus) – OSAP 3. táblák 1995-1999 (Gerevich, Füredi, 2001)

A fogyasztás módja (ópiát típus)	1995	1996	1997	1998	1999
Injekció	396	833	1573	2130	2783
Szájon át	306	405	634	485	553

3. táblázat. Injektálók aránya a kezelésben részesültek körében (ópiát típus) – OSAP 3. táblák 1995–1999 (Gerevich, Füredi, 2001)

Év	%
1995	50%
1996	62%
1997	62%
1998	69%
1999	70%

Magyarország, akárcsak a volt keleti blokk többi országa, a rendszerváltozás előtt alacsony értékeket mutatott a HIV/AIDS-járvány tekintetében. A sporadikusan előforduló HIV-fertőzések és AIDS-esetek homoszexuálisok között jelentkeztek, kivéve Lengyelországot, ahol az intravénás „kompót” fogyasztók körében a 80-as évek közepétől megjelent a HIV-vírus, illetve Romániát, ahol 1990 körül gyermekek nozokomiális (egészségügyi ellátás során szerzett fertőzés) AIDS-járványát észlelték. A közép-európai régióban az említett időszakban az 1 millió lakosra jutó friss HIV-fertőzések aránya 8-10/1 millió lakos, ez az érték lényeges ingadozást nem mutat. Országankénti bontásban Lengyelország és Románia mutat évi 400-700 új HIV-fertőzést, máshol a friss esetek száma 100 alatti (Dehne, 1998).

A rendszerváltást követő első öt évben régiószerte észlelt alacsony fertőzöttséget 1995-től felváltotta az egyes volt szovjet tagállamokban észlelt kirobbanó HIV-járvány, mely a közép-kelet európai régiót egy alacsony fertőzöttségű közép-európai régióra, és az intravénás kábítószer-használók között kirobbant HIV-járvánnyal jellemezhető kelet-európai régióra osztotta (Hamers és mtsai, 1997; Honti, 2000; Hamers és mtsai, 2003). A kelet-európai HIV-járvány vezető transzmissziós csoportja az intravénás droghasználók rizikócsoportja, szemben a világ más régióiban leírt egyéb terjedési módokkal.

Az intravénás droghasználat terjedésére és a régió sajátos mintázatú HIV-járványára civil szervezetek és drogambulanciák korai reakciót mutattak, és főként külföldi forrásokból alacsonyküszöbű szolgáltatások indultak el. 1995-től az Egészségügyi Világszervezet pályázati támogatásával Budapesten a Lovag utcában (a Drogprevenció Alapítvány előző telephelyén), 1996-tól a Soros Alapítvány pályázatból a Szegedi Drogambulancián, a Kék Pont Drogkonzultációs Központban szintén Budapesten, illetve egyéb forrásokból a Veszprémi Drogambulancián, és a Miskolci Drogambulancián és Pécsen a Gyöngyház Alapítványnál indultak tőcsereprogramok. A korai ártalomcsökkentő beavatkozások régiószerte fellelhetőek, szinte mindenütt külföldi finanszírozással és alacsony lefedettséggel. A nemzetközi szervezetek (World Health Organization, UNAIDS, Central Eastern European Harm Reduction Network, Global Voice, Global Research Network) támogató illetve finanszírozó jelenléte azt célozta, hogy a régiót jellemző mikro- és makroszociális rizikók közegeiben megelőzzék, illetve amennyire lehetséges, késleltessék az intravénás droghasználók más régiókban már észlelt kirobbanó HIV-járványát (Global Research Network Report, 1998, 1999; Rhodes, 1999b; Honti, 2001). 2001-ben a Pszichiátriai Szakmai Kollégium felkérésére megszületett egy korai, tőcserét szabályozó anyag, melyet a Psychiatria Hungarica leközölt (Gerevich, Füredi, 2001, a protokoll szövegét lásd a mellékletben). Az anyag időzítését és nyilvánosságát is tekintetbe véve inkább modell értékű, mint gyakorlati útmutató, a tőcserek szabályozása pedig a leközléstől napjainkig váratott magára. Az alacsonyküszöbű beavatkozások, ezen belül a tőcsereprogramok később már hazai, pályázati finanszírozásból fokozatosan országszerte megjelentek (lásd egyéb források), illetve bekerültek az országos adatgyűjtés rendszerébe.

4. táblázat. Tőcsereforgalmi adatok 2001-ből (Jelentés, 2002)

Város	Fő/év	Tű/fecskendő/év
Budapest	653	20000
Miskolc	22	3000
Szeged	280-350	25000
Pécs	110	3700
Veszprém	15	-

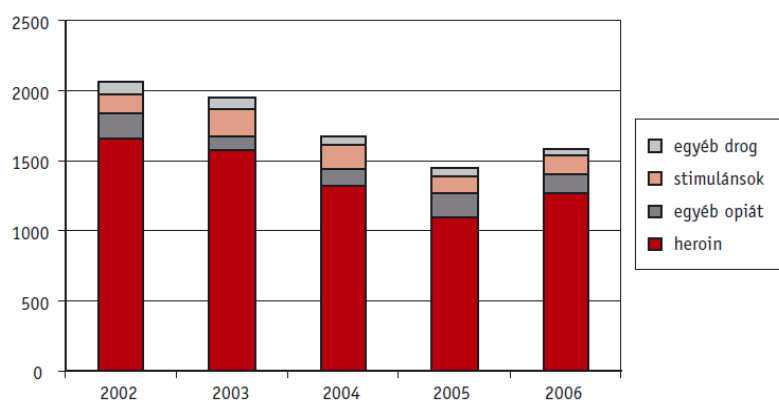
5. táblázat. Országos tőcsereadatok 2004 (Jelentés, 2004)

	Budapest	Vidék	Összesen
Kiadott fecskendő+tű	54490	*23393-28393	77883-82883
Visszavett fecskendő+tű	34440	13120-*16870	47560-51310
Közterületről összegyűjtött, használt	1993	25	2018
Droghasználó kliens kontaktusok száma	6298	**9370	15668
Droghasználó kliensek száma	*830	**463	1293

(*Becsült adatokat is tartalmaz.

**Becsült adatokat és adathiányt is tartalmaz.)

Az intravénás drogfogyasztó fogalom használatát fokozatosan felváltotta a problémás drogfogyasztó fogalma,¹² így az adatgyűjtés nemzetközi szinten valamelyest egységesedett.¹³ Az Európai Kábítószer- és Kábítószerfüggőség-megfigyelő Központ adatgyűjtéséhez való csatlakozáskor Magyarországon már valószínű lezajlott egy korai intravénás ópiát használattal jellemezhető viselkedéscsúszás, mely 1995 és 2000 között ópiáhasználatához kapcsolódó magas kezelési adatokat mutatott, illetve a kezelték legalább 70%-a jelzett intravénás használatot. Későbbiekben az ópiát használat fokozatos csökkenése mutatkozik. 2006-ra a problémás drogfogyasztók száma 24 ezerre becsült (Jelentés, 2006).



4. ábra. Intravénás drogfogyasztók kezelése 2002–2006 (Jelentés, 2007)

A tücsere révén steril felszereléssel végzett droginjektálások száma 2008-ra közel 300 ezer volt. Ez, figyelembe véve a problémás droghasználók becsült számát, 10% alatti lefedettségre utal. Ebben nem jelenik meg a patikai fecskendővásárlás, ami egy 2002-es vizsgálat becslése szerint csak Budapesten évi 140 ezer eladást, és valószínűleg ehhez kapcsolódóan 140 ezer steril intravénás használatot mutat (Kassai, 2004). Az ENSZ korai javaslata szerint a problémás droghasználók legalább 60%-át tanácsos ellátni ártalomcsökkentő szolgáltatással (UNAIDS, 2000), a legutóbbi brit protokoll javaslata szerint (NICE Guideline, 2009) a

¹² Az Európai Unió adatgyűjtési rendszerében elkülönítik a „problémás drogfogyasztó” kategóriát, mint a legnagyobb egészségügyi és szociális kárt szenvedő/okozó szerhasználó csoportot. Ebben a magas rizikójú droghasználati csoportba sorolják – a választott szer, vagy a bevitel módja alapján – a heroin, kokain, amfetamin hosszantartó és/vagy rendszeres fogyasztását, és/vagy az intravénás használatot. A problémás drogfogyasztó kategória bevezetésével az egyes országokban jelentkező drogfogyasztási problémák, a fogyasztott drogok, a fogyasztási módok, az egészségügyi és szociális szövődményekben mutatkozó különbségek ellenére az adatok összehasonlíthatóvá válnak, illetve az időbeli és területi változások követhetővé.

¹³ Az Európai Kábítószer- és Kábítószerfüggőség-megfigyelő Központ (EMCDDA) Kelet-Európában történő szisztematikus, egységes formában történő adatgyűjtését, és hivatalos becslések elkészítését 2004-től kezdte meg. Ezt megelőzően heterogén, országonként nehezen összehasonlítható, jellemzően narratív és helyi, országos szintre, általános lakosságra nem általánosítható adatok álltak rendelkezésre.

belövések 100%-a fölötti lefedettség javasolt ahhoz, hogy az intravénás használathoz kapcsolódó fertőzések ne kerüljenek ki a civil lakosság körébe.

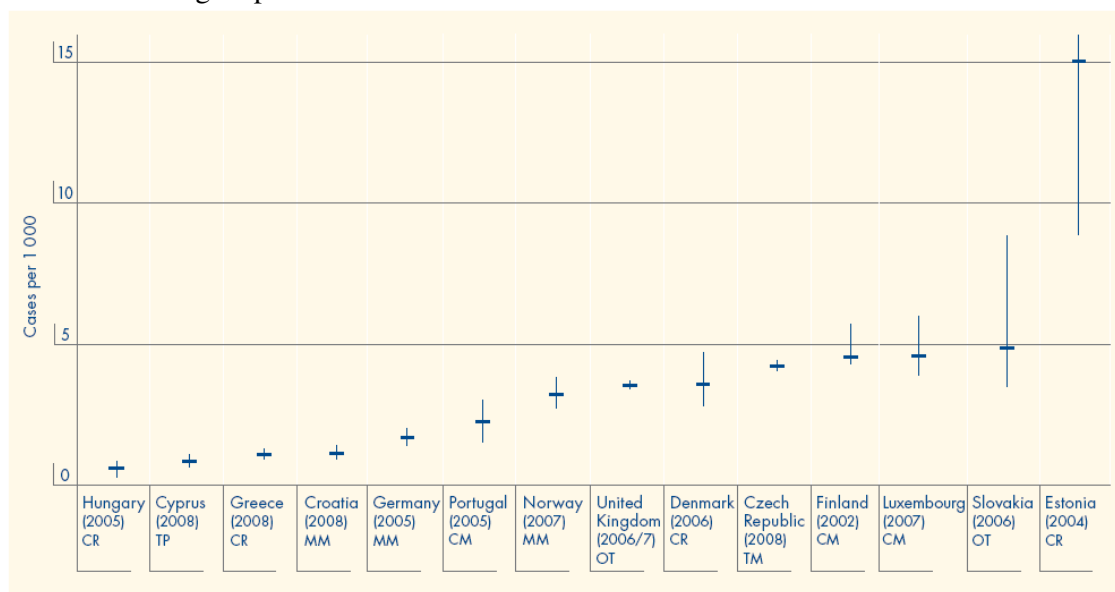
6. táblázat. Tűcsereprogramok injektor- és kliensforgalmi adatai 2004–2008 (Jelentés, 2009)

	Fix telep- helyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
2004					
osztott	30 649	2870	38 742	7510	79 771
hozott (+gyűjtött)	18 739	2370	21 384	65	42 558
becserélési arány	61,1%	82,6%	55,2%	0,8%	53,4%
kliensek száma	561	82	471	–	1114
kontaktok száma	3665	1590	1007	–	6262
2005					
osztott	58 804	5500	20 823	20 263	105 390
hozott (+gyűjtött)	32 941	3722	15 343	496	52 502
becserélési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	–	959
kontaktok száma	5172	2148	1380	–	8700
2006					
osztott	102 981	16 689	22 763	22 090	164 523
hozott (+gyűjtött)	53 907	14 789	12 613	1002	82 311
becserélési arány	52,3%	88,6%	55,4%	4,5%	50,0%
kliensek száma	900	232	636	–	1768
kontaktok száma	6013	3117	1758	–	10 888
2007					
osztott	151 960	16 885	17 687	27 242	213 774
hozott (+gyűjtött)	75 498	16 848	11 787	1180	105 313
becserélési arány	49,7%	99,8%	66,6%	4,3%	49,3%
kliensek száma	1333	145	541	–	2019
kontaktok száma	14 570	3158	10 239	–	27 967
2008					
osztott	234 191	19 567	19 993	24 347	298 098
hozott (+gyűjtött)	143 458	19 148	12 889	1174	176 669
becserélési arány	61,3%	97,9%	64,5%	4,8%	59,3%
kliensek száma	1407	170	367	–	1944
kontaktok száma	15 349	1641	3786	–	20 776

Intravénás szerhasználók száma Magyarországon

Magyarországon az Európai Unió országaihoz képest viszonylag alacsony az intravénás szerhasználat becsült előfordulása a felnőtt népességben, azonban Észtországot kivéve minden uniós országban 1 és 5 között mozog az ezer 16–64 év közötti lakosra jutó intravénás szerhasználók száma (EMCDDA 2010). Az Európai Unió országaiban (illetve mindenhol a világon) az intravénás szerhasználat az egyes országokban előforduló problémás kábítószeres típusához kötődik. Mivel Magyarországon az amfetamin jelentős mennyiségben található meg a droppiacon, ezért a heroinfoogyászók mellett nálunk jelentős mértékben találunk amfetaminhasználókat az intravénás szerhasználók között (Gyarmathy, Neaigus, Ujhelyi 2009; Gyarmathy és mtsai 2009; Rácz és mtsai. 2010). A Kék Pont Alapítvány

tűcsereprogramjában a regisztrált kliensek 60% amfetaminhasználó (Csák 2009), amely szintén ezt a megállapítást erősíti.



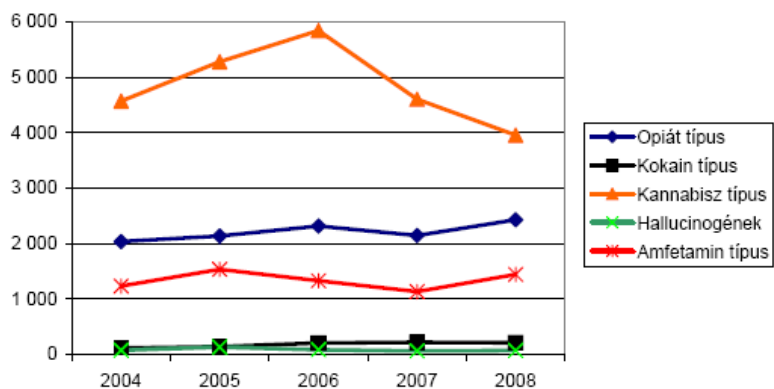
5. ábra Az 1000 főre jutó intravénás szerhasználók száma a 16–64 éves népességben – becslés (EMCDDA 2010)¹⁴

Ha az intravénás szerhasználók számának változásával kapcsolatban szeretnénk képet kapni, akkor információforrásként a szerhasználattal összefüggésben kezelték számának alakulásához fordulhatunk, amelyet a Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentéseiben rendszeresen közölni szokott. Ezen belül is – amennyiben nincs a használat módja kiemelve – az ópiáthasználók aránya az, amely valamilyen szinten képet adhat az iv. szerhasználatról, tekintve, hogy ezen szer esetében ez a jellemző fogyasztási mód.

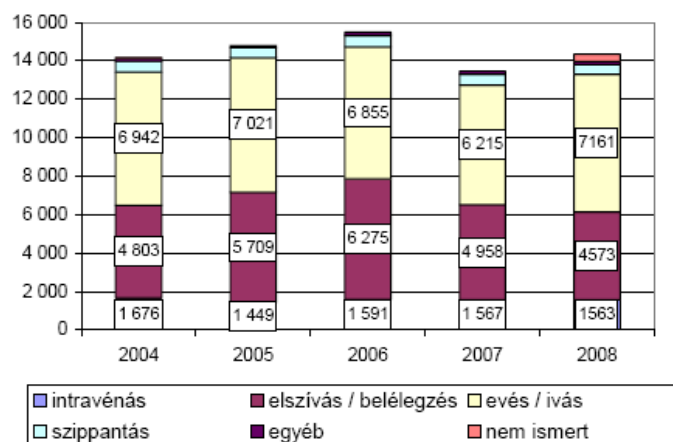
Ahogy azt a Nemzeti Drog Fókuszpont legutóbbi jelentésében is leírják (NDF 2009) az ópiáthasználók aránya a kezelték körében az elmúlt évben érdemben nem változott, 2008-hoz hasonlóan 16,9%, számuk 2003 óta 2000 és 2500 fő között mozog, kisebb évenkénti ingadozásokkal. Az ópiát évek óta a harmadik leggyakoribb szertípus, az illegális szerek között csak a kannabiszszármazékok gyakoribbak. Az amfetamintípusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek számának korábban tapasztalt növekedése 1999-ben megállt, és 2002-ig folyamatosan csökkent. 2003 óta az 1100-1500 fős sávban ingadozik, részaránya 2008-ban 10% volt.

A kezelésbe került iv. szerhasználókkal kapcsolatos részletesebb információk a 2008-as jelentésben (NDF 2008) találhatóak. Ezek alapján az látszik, hogy 2007-ben az intravénás heroin használat a kezelték körében csökkent, de az összes szer körében az injektálás – számát tekintve – nem változott. Az intravénás droghasználók száma, illetve az intravénás beviteli mód aránya a heroin- és az amfetaminfogyasztók esetében az előző évhez képest 2008-ban lényegesen nem változott. Az összes kezelésben részesült intravénás szerfogyasztó számának csökkenésével ellentétben, amint azt az alábbi ábrán láthatjuk, a kezelt intravénás stimuláns fogyasztók aránya emelkedett a 2006-os értékekhez képest (a kezelt intravénás fogyasztókon belül 8,9%-ról 10,1%-ra). Hasonló mértékű növekedést mutat az egyéb ópiátok kategória is (7,9%-ról 10%-ra).

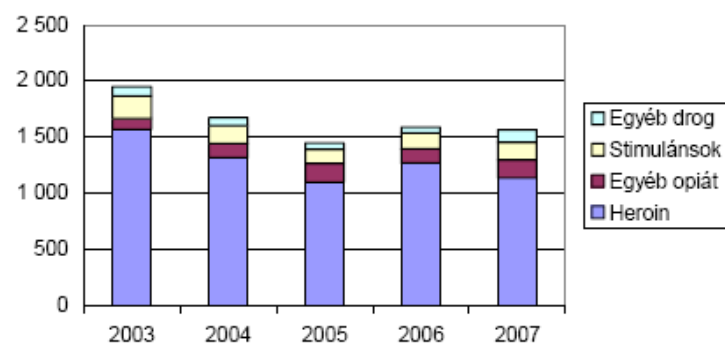
¹⁴ Az egyes országok alatt szereplő rövidítések a becslés módszerére vonatkoznak: CR, capture–recapture; TM, treatment multiplier; TP, truncated Poisson; CM, combined methods; MM, mortality multiplier; OT, other



6. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2004–2008 között – fő (NDF 2009)



7. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2004–2008 között – fő (NDF 2009)



8. ábra. A kezelt intravénás droghasználók megoszlása 2003–2007 – fő (NDF 2008)

A magyarországi intravénás szerhasználók számát fogás-visszafogás módszerrel Elekes és Nyírády becsülte meg (Elekes és Nyírády 2007). Az eljárás lényege, hogy két független adatforrás segítségével a mindkét adatbázisban előforduló személyek alapján megbecsülhető a teljes populáció nagysága. Ez esetben rendőrségi illetve egészségügyi nyilvántartást használták a problémás szerhasználók számának becsléséhez, a két adatforrás összekötését a kezelési igény indikátor, azaz TDI (Treatment Demand Indicator) 2005-ös bevezetése tette lehetővé. Az egészségügyi adatbázisban 627 főnél (a kezelték 42,7%-nál), a rendőrség

esetében 88 személynél (a nyilvántartottak 6,3%-nál) regisztráltak intravénás használatot. Ezek alapján Magyarországon az intravénás drogfogyasztók számát 3941 főre becsülték, 2069–5813 közötti konfidencia intervallummal. A becslést a 15–64 éves népességen kívül a főbb korcsoportokra is elvégezték (7. táblázat).

7. táblázat. Az intravénás drogfogyasztók rejtett és teljes száma főbb korcsoportok szerint* (Elekes, Nyírády 2007)

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

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

Fontos, a tüsszereprogramok létrehozása, működtetése kapcsán kiemелendő megállapítása a fenti tanulmánynak, hogy Magyarországon a problémás¹⁵ szerhasználók döntő többsége, 88,6%-a „*rejtve marad az egészségügy és a rendőrség előtt, és csupán 5,7%-uk kerül kapcsolatba a rendőrséggel és 6%-uk az egészségügyi ellátórendszerrel*” (Elekes és Nyírády 2007, 111. old). A tüsszereprogramok szerepe tehát nagyon fontos lehet abban, hogy az egészségügyi ellátórendszerbe nagyobb arányba tudjanak bejutni az intravénás szerhasználók, különös tekintettel a HCV-fertőzöttekre. Ugyanakkor a kezelésbe került iv. szerhasználók alacsony aránya valószínűsíti, hogy az előzőekben bemutatott, a kezelésbe került iv. droghasználók szerenkénti eloszlását mutató adatok, amelyek az ópiátszármazékok magas arányát mutatják, nem tükrözik az iv. amfetaminhasználat elterjedtségét.

Epidemiológiai helyzet az intravénás szerhasználók között

Magyarországon végzett felmérésekben (Dudás és mtsai, 2009; Gyarmathy, 2008) az intravénás szerhasználók körében eddig nem regisztráltak HIV fertőzést, ugyanakkor a HCV fertőzöttség szintje aggodalomra adhat okot. HCV-fertőzöttség tekintetében az Országos Epidemiológiai Központ által végzett felmérés (Dudás és mtsai, 2009) alapján tudható, hogy országosan körülbelül minden ötödik intravénás szerhasználó fertőzött (22,5%), ugyanakkor a területi eloszlás nagyon egyenlőtlen. Budapesten az országos átlaghoz képest jóval magasabb a HCV fertőzöttek aránya (35,6% [Gyarmathy és Rácz, 2010]). Emellett Budapesten belül is vannak olyan területek, ahol még magasabb arányokat mértek. Ilyen például a Kék Pont Alapítvány VIII. kerületi Kálvária téren működő tüsszereprogramjának kliensköre (63,2% [Dudás és mtsai, 2009]), de nagyon magas fertőzöttségi arányt mértek az Illatos úti lakótelep („Dzsumbuj”) aktív szerhasználói körében is (85%, [Gyarmathy, 2008]). Mivel hazánkban a HIV- és HCV-tesztelés nagyon nehezen hozzáférhető az intravénás kábítószer-használók számára (Gyarmathy és mtsai 2004 és 2005), ezért a HCV-fertőzöttek többsége (61%-a) nem is tudja magáról, hogy fertőzött (Gyarmathy és mtsai 2009).

¹⁵ A tanulmányban az EMCDDA definícióját használták a problémás fogyasztás meghatározásakor. Eszerint problémás szerhasználatnak számít az ópiátok, kokain, amfetamin vagy MDMA és származékainak fogyasztása valamint az intravénás használat.

Az OEK felmérésének eredményei (Dudás és mtsai, 2009) azt is megmutatják, hogy a fertőzöttség aránya növekszik a szerhasználat idejével, azaz minél hosszabb ideje iv. szerhasználó valaki, annál nagyobb eséllyel lesz HCV-pozitív. A két éve, vagy annál kevesebb ideje iv. használók körében a HCV-fertőzöttek aránya 7% volt, míg a leghosszabb ideje iv. szerhasználók (akiknél 10 vagy több év telt el az első iv. használat óta) körében már közel 30% a fertőzöttek aránya (9. táblázat). Valószínűleg ez az összefüggés látszik az életkorral kapcsolatos eloszlásokban (10. táblázat), azaz hogy az idősebb kliensek körében nagyobb arányban vannak HCV-fertőzöttek, mint a fiatalabbak körében (25 év alatti férfiak körében a fertőzöttek aránya 19,4%, nők körében 20,5% a 35 év feletti férfiak körében a fertőzöttek aránya 23,9%, míg a nők körében ugyanebben a korcsoportban 35,7% a HCV-pozitívak aránya). Ebből következően a tűcserék számára az életkor, iv. szerhasználói karrier tekintetében két fontos irány adódik: a legfiatalabb kliensek esetében kiemelten fontos terület lehet a biztonságos szerhasználathoz kapcsolódó, kockázati magatartásokat csökkentő információk hatékony átadása, míg az idősebb, hosszabb ideje iv. használók esetében a kezelésbe kerülés segítése, a fertőzés átadásának elkerülésével kapcsolatos információk átadása lehet fontos terület. A legfontosabb azonban az, hogy a HIV- és HCV-tesztelés minél jobban hozzáférhetőbb legyen a populáció számára (Gyarmathy és Rácz, 2010).

Tisztázatlan, hogy vannak-e különbségek a használt szer típusát tekintve. Az OEK előbbiekben idézett vizsgálatában szignifikáns különbség mutatkozott a használt szer típusa alapján: az ópiáthasználók körében a HCV-pozitívak aránya 25,8%, míg a nem ópiát használók körében 14,2% (0). Egy másik vizsgálatban viszont – igaz azok körében, akik naponta injektáltak heroint – magasabb volt a HCV-fertőzöttségi arány (44% vs. 34%), de ez nem volt szignifikáns. Ez a nem szignifikáns magasabb arány betudható a napi injektálás gyakorlatának, függetlenül attól, hogy milyen kábítószerrel injektálnak.

8. táblázat. A HBV-és a HCV-szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként (OEK, 2009) 2008

TERÜLET/VÁROS	HBsAG ANTIGÉN JELENLÉTÉ- RE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK			HCV ELLENANYAG JELENLÉTÉ- RE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
Budapest	305	1	0,3	303	108	35,6
Szeged	50	0	0,0	50	8	16,0
Pécs	60	0	0,0	60	6	10,0
Miskolc	35	0	0,0	35	2	5,7
Gyula	20	0	0,0	20	0	0,0
Kecskemét	20	1	5,0	20	1	5,0
Szekszárd	16	0	0,0	15	1	6,7
Veszprém	15	0	0,0	15	4	26,7
Debrecen tűcsere	15	0	0,0	15	0	0,0
Debrecen DA	20	0	0,0	20	2	10,0
Győr	8	0	0,0	8	1	12,5
Salgótarján	10	0	0,0	11	0	0,0
Zalaegerszeg	11	1	9,0	10	0	0,0
Nyíregyháza	5	0	0,0	5	0	0,0
Vidék összesen	285	2	0,7	285	25	8,8
Együtt	590	3	0,5	588	133	22,5

9. táblázat. A HCV- és HBV-pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az intravénás kábítószer-használat kezdete szerint (OEK, 2009)

AZ INTRAVÉNÁS DROGHASZNÁ- LAT KEZDETE*	HBsAG ANTIGÉN JELENLÉTÉ- RE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK			HCV ELLENANYAG JELENLÉTÉ- RE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
< 2 év	86	2	2,3	86	6	7,0
2 – 4 év	77	0	0,0	76	16	21,0
5 – 9 év	146	0	0,0	146	35	24,0
10 évnél régebben	254	1	0,4	253	75	29,6
Összesen	563	3	0,5	561	133	23,7

* Mennyi idő telt el az első intravénás kábítószer-használat óta

10. táblázat. A 2008. év folyamán vizsgált intravénás kábítószer-használók HIV-, HCV- és HBV-fertőzöttsége korcsoportok szerint (OEK, 2009)

KORCSOPORT		HIV ELLENANYAG JELENLÉ- TÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		HBsAg ANTIGÉN JELENLÉ- TÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK			HCV ELLENANYAG JELENLÉ- TÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		
		száma	közül pozitív	száma	közül pozitív		száma	Közül pozitív	
					sorszám	%		sorszám	%
< 25 év	férfi	77	0	77	0	0,0	77	15	19,4
	nő	39	0	39	0	0,0	39	8	20,5
25-34 év	férfi	229	0	229	2	0,9	229	48	20,9
	nő	85	0	85	0	0,0	84	19	22,6
> 34 év	férfi	118	0	118	0	0,0	117	28	23,9
	nő	42	0	42	1	2,3	42	15	35,7
Összesen	férfi	424	0	424	2	0,5	423	91	21,5
	nő	166	0	166	1	0,6	165	42	25,4
főférfi+nő		590	0	590	3	0,5	588	133	22,6

11. táblázat. A HCV-, HBV-pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása a kábítószer típusa szerint (OEK, 2009) 2008

KÁBÍTÓSZER TÍPUSA	HBsAg ANTIGÉN JELENLÉTÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK			HCV ELLENANYAG JELENLÉTÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		sorszám	%		sorszám	%
Opiát	428	1	0,2	426	110	25,8
Nem opiát	162	2	1,2	162	23	14,2
Együtt	590	3	0,5	588	133	22,6

Gyarmathy és Rácz (Gyarmathy és Rácz 2010) a magyarországi intravénás szerhasználók járványtani helyzetével foglalkozó írásukban a nemzetközi szakirodalomból három, a HIV- és HCV-fertőzések terjedésének jellemzőit leíró matematikai modellt emelnek ki, amelyek relevánsak lehetnek a jelenlegi hazai epidemiológiai helyzettel kapcsolatban. Az első modell alapján a HIV-járvány megelőzéséhez az szükséges, hogy az intravénás szerhasználók átlagosan havonta kevesebb, mint négy alkalommal osszák meg fecskendőjüket. A második modell szerint a HCV-fertőzés terjedésének megfékezésére akkor van esély, ha az eszkozmegosztás havonta legfeljebb egy vagy két alkalommal történik meg, és minden megosztás előtt ki is mossák a fecskendőt.

A szerzők kiemelik, hogy a steril eszközök legális hozzáférése önmagában nem elégséges. Ahhoz, hogy elérjük azt, ami ezen modellek alapján szükséges lehet, a steril eszközök legális és széleskörű hozzáférhetőségét kell biztosítani, de emellett a magatartásváltozásban a információadásnak, tanácsadásnak, az egészségügyi állapotról való ismereteknek (szűréshez való hozzáférés megkönnyítésének) is fontos szerepe lehet.

A harmadik modell különösen fontos a HCV-fertőzés fent ismertetett jellemzői miatt. Ebben a modellben a HIV-fertőzés terjedésének valószínűségét a HCV előfordulási valószínűségén keresztül vizsgálták. Az intravénás szerhasználók körében a két vírus

járványtana összekapcsolódik, és amíg a HCV előfordulása 30-35% alatti, addig a HIV-járvány valószínűsége nagyon alacsony, azonban ezt a határt átlépve már egyre terjedő HIV-járványra lehet számítani. Ezzel kapcsolatban a szerzők úgy fogalmaznak: „A HCV járványtani helyzete a magyarországi injektló kábítószer-használók körében jelenleg aggodalomra ad okot: a fővárosban és talán Veszprémben (a veszprémi adatok nagy szórással rendelkeznek) a HCV előfordulási aránya ahhoz a tartományhoz érkezett, ahol már várható a HIV-járvány megjelenése. Ez azt jelenti, hogy fokozott közegészségügyi (főleg ártalomcsökkentő) intézkedéseket kell foganatosítani e HIV-járvány elkerülésének érdekében.” (Gyarmathy és Rác 2010, p. 367)

Intravénás szerhasználók körében végzett kutatások – információk a populációról

A következőkben az elmúlt években iv. szerhasználók körében végzett kutatásokat ismertetünk, amelyek támpontot adhatnak a témakör fontosabb kérdéseivel kapcsolatban. Ugyan ezek a kutatások nem törekedtek reprezentativitásra – hiszen nem is lehet erre vállalkozni a populáció demográfiai jellemzőinek pontos ismerete nélkül – azonban nagyon fontosak abból a szempontból, hogy ezek alapján alkothatunk képet arról, hogy milyen jellemzőkkel lehet leírni a tucserék szolgáltatásait igénybe vevő iv. szerhasználókat. Mivel ezek a kutatások rendszerint a tucseriprogramokon keresztül érik el a mintába bekerülő iv. szerhasználókat, így ezek azok a vizsgálatok, amelyek eredményei, illetve a minták demográfiai jellemzői a legtöbb információt adhatják tucserék klienskörének főbb jellemzőiről.

Gyarmathy és Neaigus (2006): A szociális hálózat hatása a közös injektló eszközhasználatra

E kutatásba utcai megkeresés és szociális hálózat révén toborozták a résztvevőket. A szerzők feltérképezték a résztvevők teljes szociocentrikus szociális hálózatát (tehát az összes résztvevő közötti közvetlen és közvetett kapcsolatokat). A kutatás annak megállapítására irányult, hogy a szociális hálózat közvetlenül vagy közvetve milyen hatással van a közös injektló-eszköz használatra. A vizsgálatban összesen 83 injektló kábítószer-használó vett részt. Az átlagéletkor 28,5 év volt, 25% nő, 11% saját bevallása szerint roma, 19% hajléktalan. Főzőedényt 58%-uk és szűrőt 57%-uk használt közösen az elmúlt 30 napban. Összesen 18% jelezte, hogy másnak adta használt fecskendőjét, és 21% azt, hogy mástól használt fecskendőt kapott. Fecskendőből fecskendőbe 31%-uk töltött az elmúlt 30 napban. Szinte mindenki tisztában volt azzal, hogy a HIV és a HCV közös fecskendőhasználattal terjed, viszont csak a résztvevők fele tudta azt, hogy a HIV és a HCV egyéb injektló eszközökkel is terjedhet. Egy negyedük pedig kifejezetten félreinformált volt. A szerzők azt találták, hogy a szociális hálózat nem volt hatással a közös főzőedény-használatra és arra, hogy mástól használt fecskendőt fogadjanak el. Minél többen használnak közös szűrőt a szociális hálózatban, annál nagyobb a valószínűsége, hogy az egyén is közösen használ szűrőt, és minél többen töltenek fecskendőből-fecskendőbe drogot, annál nagyobb a valószínűsége, hogy az egyén is tölt fecskendőből-fecskendőbe drogot. Viszont minél többen adnak át egymásnak használt fecskendőt a szociális hálózatban, annál kisebb a valószínűsége, de minél nagyobb a szociális hálózata, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy az egyén

átadja a használt fecskendőt. Emellett félreinformáltság a HIV- és HCV-fertőzésekkel kapcsolatban, illetve a lelki közelség más injektáló kábítószer-használókkal megnövelte annak kockázatát, hogy az egyén közösen használjon főzőedényt és szűrőt. Amennyiben nem volt nemi partnere és bevallotta, hogy HCV-fertőzött, akkor sokkal nagyobb valószínűséggel vett át másoktól használt fecskendőt. A szerzők azt a következtetést vonták le, hogy a szűrőhasználat „szociális járvány”, ami valószínűleg annak tudható be, hogy a szűrőket félreteszik, és azzal később „kereskednek”. A használt szűrők átadása viszont helyzet-specifikus, mivel minél több drogos van egy szociális hálózatban, annál nagyobb a valószínűsége, hogy „beesik” egy olyan, akinek nincs steril fecskendője, de ha már valaki ad neki egyet, mások nem fognak. A közös főzőedény-használat viszont azért független a szociális hálózatoktól, mert a közös használat oka strukturális: az egy csomagban megvett kábítószer túl sok ahhoz, hogy egy ember egyszerre használja, ezért el kell osztani, és a „legigazságosabban” ezt feloldott állapotban lehet. Azok az intravénás kábítószer-használók, akik tudják magukról, hogy HCV-fertőzöttek, altruista magatartást folytatnak, és ők veszik át a használt fecskendőt – ezáltal kitéve maguknak egy esetleges HIV-fertőzés veszélyének (ami igaz jelenleg alacsony, de ez a jövőben változhat).

12. táblázat. A többváltozós modell eredményei

	Közös főzőedény aOR (90%CI)	Közös szűrő aOR (90%CI)	Átadott fecskendő aOR (90%CI)	Átvett fecskendő aOR (90%CI)	Fecskendőből-fecskendőbe aOR (90%CI)
Szociális hálózat hatása	1.0 (0.7, 1.5)	1.8 (1.1, 2.8)**	0.2 (0.1, 0.5)**	0.8 (0.5, 1.4)	1.6 (1.0, 2.5)*
Szociális hálózat mérete	N/S	N/S	1.3 (1.1, 1.5)**	N/S	N/S
Félreinformált a HIV és HCV terjedésével kapcsolatban	3.7 (1.3, 10.5)**	4.3 (1.5, 12.8)**	N/S	N/S	N/S
Nincs nemi partnere ÉS bevallotta, hogy HCV-fertőzött	N/S	N/S	N/S	13.6 (3.2, 58.2)**	N/S
Lelki közelség más injektáló kábítószer-használóval	2.7 (1.1, 6.6)*	4.0 (1.6, 10.1)**	N/S	N/S	N/S
Nőnemű	3.2 (1.1, 9.8)*	N/S	4.1 (1.3, 13.1)**	7.2 (2.3, 22.5)**	N/S
Életkor	0.9 (0.8, 1.0)**	0.9 (0.8, 1.0)**	N/S	0.9 (0.8, 1.0)**	0.8 (0.7, 0.9)**

* p<0.10 ** p<0.05

A szerzők azt javasolják, hogy a közös főzőedény-használat megelőzésére olyan módszereket lehetne használni, amikkel a feloldott kábítószer biztonságosabban osztható el, illetve esetleg a dílerekkel lehetne közreműködni, hogy kisebb csomagolásban („pakkokban”) kiszerezve adják el a drogot. A közös szűrőhasználatban pedig szociális hálózatokon alapuló megelőzés lenne javallott a „szociális járvány” megállítására, aminek fontos részét képezné a HIV és HCV terjedésével kapcsolatos helyes információk átadása. A közös fecskendőhasználat megelőzésének legfontosabb módja a steril fecskendőkhez való hozzájutás – tehát itt a tűcsereprogramok és a gyógyszertárak szerepe létfontosságú. A megfigyelt altruista magatartás miatt fontos, hogy a hazai injektáló kábítószer-használóknak könnyen hozzáférhető lehetősége legyen a rendszeres HIV- és HCV-tesztelésre, valamint, ami legalább ugyanolyan fontos, az eredmény mielőbbi kézhezvételére.

Márványkövi, Melles és Rác (2006): A kezelésbe és tűcserébe jutás akadályai problémás droghasználók körében Budapesten

A kutatásban kezelőhelyi/szolgáltatói alapú mintavételt alkalmaztak, az adatfelvétel négy egymástól független helyen zajlott (Kék Pont Alapítvány: Contact Café, utcai tűcsere, Baptista Szeretetszolgálat: tűcserebusz, Drogprevenációs Alapítvány: helyi tűcsere, Drog Stop Alapítvány). A szerzők a tanulmányban leírják, hogy a droghasználókra jellemző, hogy sok idő után keresik csak fel az egészségügyi vagy szociális szolgáltatásokat, sokszor a sürgősségi ellátás után nem igényelnek további kezelést (jellemző példa erre a mentők megérkezése/naloxon beadása után távozó túladagolós kliens), valamint kevésbé veszik figyelembe az egészségügyi szakemberek ajánlásait.

A tanulmányban szereplő irodalmi áttekintés alapján a kezelésbe jutás akadályozza és/vagy megnehezíti a kezeléshez való hozzáférést például a szükséges dokumentumok hiánya, a korábbi rossz tapasztalatok (pl.: lekezelő modor, diszkriminatív hozzáállás), a hosszú várólista, és ilyen tényező lehet esetleg a kezelés magas költsége is. Ezek kapcsán érdemes kiemelni, hogy a tűcsereprogramok, mint alacsonyküszöbű szolgáltatások egy sor hasonló akadályt ki tudnak küszöbölni, azaz nincs szükség a szolgáltatás igénybevételéhez igazolványokra, nincs szükség pénzre, és az anonimitás valamint a szerhasználat elfogadása potenciálisan megteremt egy olyan bizalmi légkört, amelyben könnyebben tudnak segítséget kérni az iv. szerhasználók.

Fontos információt jelentenek a megkérdezettek szociodemográfiai jellemzői is, tekintve, hogy az iv. szerhasználók populációjával kapcsolatban csak kevés ilyen információ áll rendelkezésre a kliensekkel foglalkozó segítők, orvosok benyomásain kívül. A mintába kerültek átlagéletkora 27,4 év volt (18-24 közötti 33%, 25-29 közötti 37%, 30 év feletti 30%), háromnegyede férfi, egynegyede nő volt. A megkérdezettek döntő többsége magyarnak vallotta magát, romának 22,4%-uk mondta magát. Alacsony iskolázottság volt jellemző rájuk, 60% nem rendelkezett középfokú végzettséggel, jelentős részüknek nem volt állandó munkája. Kétharmaduk ellen már indítottak büntetőjogi eljárást, 30% pedig ült már börtönben.

A mintába bekerültek 98,5%-a próbálta már ki a marihuánát, több mint kétharmada a kokaint, 91%-a a heroint és 94%-a az amfetamint. A kérdést megelőző 30 napban heroint és marihuánát fogyasztottak a legtöbben (80,6%, illetve 53,7%), míg az elmúlt 30 napra vonatkozó injekciós prevalenciaérték a heroin esetében volt a legmagasabb (82,1%). Közel kétharmadnyian többfajta szert is fogyasztottak az elmúlt 30 napban, és szinte mindenki injekciót adott valamelyik problémás szert.

Az amfetamin-, kokain- és heroinkipróbálás életkora szinte teljesen megegyezett (19-20 év), és ez elmondható a rendszeres használat kezdetéről is. A marihuána első használatának, valamint a rendszeres használat kezdetének életkora is szinte teljesen egybeesett (16,5, illetve 16,7 év). Az is megállapítható, hogy e három szer és a marihuána tekintetében az első és a rendszeres használat kezdete gyakorlatilag teljesen egybeesett, azaz nagyon gyorsan kialakult a rendszeres használat az első használatot követően. A minta problémás szerhasználati karrierjének hossza átlagban 7,6 év.

A mintába került problémás droghasználók jelentős része használt már tűt másokkal közösen injekciós szert, míg 28% az elmúlt 30 napban is; eszközeiket még ennél is többen osztották meg az elmúlt 30 nap folyamán (40,3%).

Az egyes kezeléstípusok közül a metadon fenntartó programba való bejutást látták a legnehezebbnek a megkérdezettek. A legfontosabb akadályként itt a hosszú várakozási időt

ill. ehhez kapcsolódva bejutni akarók magas számát, a bejutási feltételeknek való nehéz megfelelést, a bentmaradás túl szigorú feltételeinek betartásának nehézségét említették.

13. táblázat. Akadályok értékelése kezeléstípusonként¹⁶

	ÁTLAG	N	SZÓRÁS
Ambuláns kezelés	1,98	49	1,31
Metadon fenntartó program	4,28	50	1,33
Nappali ellátás	1,50	28	1,04
Kórházi, fekvőbeteg kezelés	2,39	49	1,50
Drogrehabilitáció	3,03	39	1,50

A tűcserékkel kapcsolatban a kutatásban azt találták, hogy a szolgáltatásra való szükségletet az egészségi állapot megítélése befolyásolja. Azok a megkérdezettek, akik saját egészségi helyzetüket rosszabbnak minősítették kevésbé igényelték ezt a szolgáltatást, mint azok, akik jobbnak ítélték az állapotukat. Összességében a kezelésbe jutással kapcsolatban a droghasználói múlt hossza mutatkozott fontos tényezőnek, azaz minél régebb óta volt szerhasználó az adott válaszadó annál nagyobb eséllyel jutott kezelésbe.

Gyarmathy, Ujhelyi és Neaigus, 2008: HIV és egyéb vér útján vagy nemi úton terjedő betegségek előfordulása egy főként roma közösségben

Bár e kis elemszámú mintán alapuló kutatás célpopulációja nem elsősorban injektló kábítószer-használók voltak, a szerzők mégis azt találták, hogy ebben a közösségben (Dzsumbuj) sok az injektló kábítószer-használó. Ők kizárólag amfetamint injektláltak, és a HCV előfordulása azok körében, akik az elmúlt 30 napban injektláltak, 85% volt. A HCV-fertőzött jelenlegi injektló drogosok mindegyike egyúttal HAV-fertőzött is volt, és nem volt közöttük olyan, aki mindhárom vizsgált hepatitisfertőzésre (HAV, HBV, HCV) negatív lett volna. A kutatás arra hívta fel a figyelmet, hogy a főleg roma lakosokból álló lakóközösségek nemcsak abból a szempontból veszélyeztetettek, hogy közöttük sok az injektló kábítószer-használó, hanem abból a szempontból is, hogy az ilyen lakóközösségekben az injektló kábítószer-használók körében sokkal nagyobb a HCV-fertőzés aránya. Ez arra utal, hogy az ilyen lakóközösségekben nagyon fontos a rendszeres tűcsereprogram működtetése.

Márványkövi, Melles, Légmán és Rácz, 2008: A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten

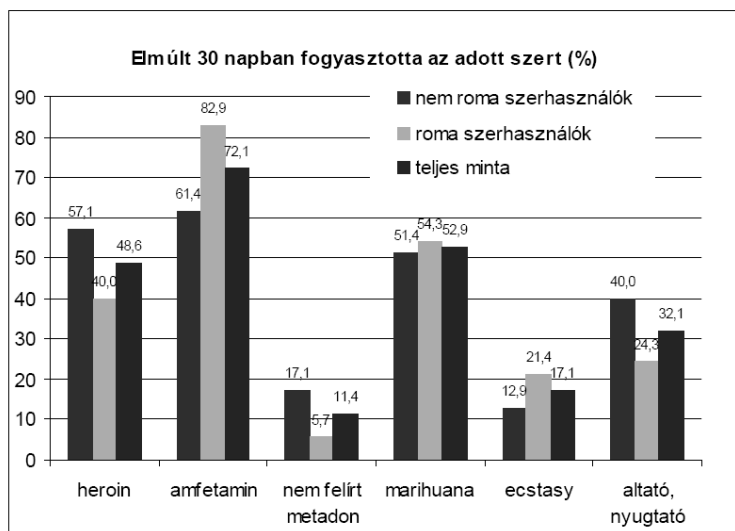
A kutatásban a kezelőrendszeren kívül rekedt roma ill. nem roma iv. szerhasználók társadalmi kirekesztettségét és szerhasználati jellemzőit vizsgálták. A tanulmány bevezetőjében több, specifikusan roma szerhasználókkal kapcsolatos kutatási eredményt is idéznek. Ezek alapján elmondható, hogy a roma szerhasználók nehezebben keresnek szociális vagy egészségügyi

¹⁶ A megkérdezetteknek egy ötfokú skálán kellett értékelnie, hogy véleményük szerint mennyire nehéz az adott kezelésbe bekerülni (1: egyáltalán nem nehéz, 5: nagyon nehéz)

segítséget, amely az alacsonyküszöbű szolgáltatásokra is vonatkozik. Ez fokozhatja marginalizált státuszukat, ugyanakkor a marginalizáció közrejátszik abban, hogy nehezebben keresnek segítséget. A roma szerhasználókkal kapcsolatban gyakran tapasztalható diszkrimináció és stigmatizáció is.

A kutatási minta közel háromnegyede (73,6%-a) férfi volt, míg 26,4%-a nő. A kor megoszlás tekintetében, a teljes mintára elmondható, hogy legnagyobb arányban a 18-25, illetve a 26-30 évesek képviseltették magukat (32,9%, illetve 35,7%). A 31-35 évesek aránya 18%, míg az ennél idősebbeké 13,6% volt. A roma és nem roma használókat összehasonlítva az derült ki, hogy a két legfiatalabb korcsoport tekintetében a romák aránya a nagyobb, ugyanakkor a 31-35 évesek, illetve a 35 év felettiekénél a nem romák aránya volt magasabb (a különbségek nem szignifikánsak). A mintába kerültek 53%-a egyedülálló; ez az arány a romák esetében 48,6%, míg a nem romák esetében 57% volt. Házastársi viszonyban a minta 8%-a él, ami gyakorlatilag ugyanaz a romák és nem romák esetében. Az összes megkérdezett 31,4%-a jelezte, hogy partnere van, vagy élettársi viszonyban él. Ebben a tekintetben nagy eltérés mutatkozott a romák és nem romák között: előbbiek esetében ez az arány 37%, míg utóbbiakéban mindössze 25,7% volt (az eltérés szignifikáns). A gyermekszám tekintetében nagy és szignifikáns különbségek találhatók romák és nem romák között: míg átlagban a mintába kerültek 60,7%-ának nem volt gyermeke, ez az arány a nem romák között 71,4%, míg a romák esetében csak 50% volt.

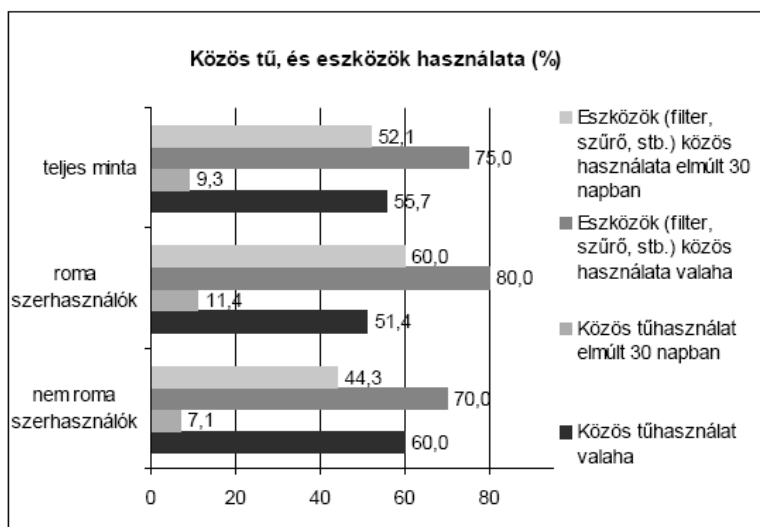
A kérdezést megelőző 30 nap szerfogyasztására vonatkozó kérdésre adott válaszok alapján kiderült, hogy leginkább az amfetamin-származékok használata jellemző, főként a roma használók körében, ahol az arány 83%-os. Ugyan a mintába kerülés kritériuma a rendszeres heroin-, ill. amfetaminfogyasztás volt, emellett a mintának több mint fele marihuánát is fogyasztott rendszeres jelleggel, sőt a minta közel egyharmada nem orvosi javallatra szedett nyugtatót, altatót is. Az amfetamin és az ecstasy használata jellemzőbb volt a roma alpopulációra, míg a heroin, az altatók, nyugtatók használata a nem roma alpopuláció jellegzetessége volt (szignifikáns különbségek).



9. ábra. Az elmúlt 30 napra vonatkozó szerfogyasztás

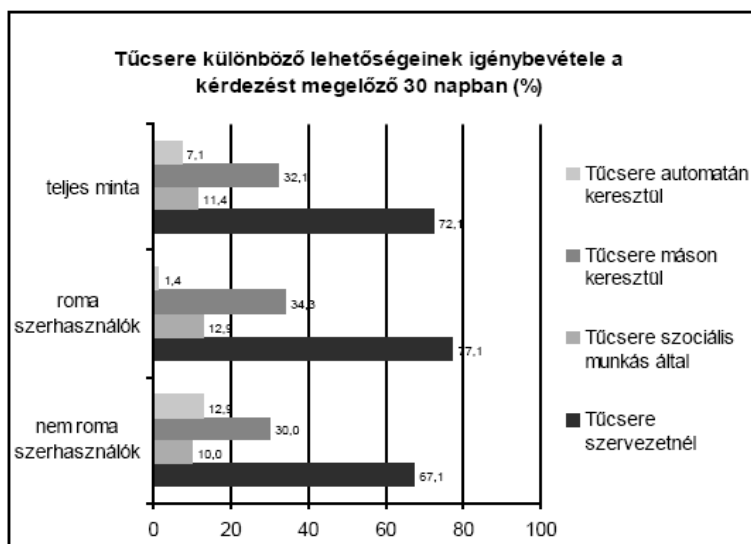
Ugyan az elmúlt 30 napra vonatkozó közös túhasználat mind a teljes mintában, mind a roma-nem roma bontásban alacsonynak mutatkozott, a többi kockázati magatartásformára vonatkozó értékek magasak voltak. A megkérdezettek 55,7%-a használt már életében közös

tűt, háromnegyede, illetve több mint fele közös eszközt életében, illetve az elmúlt 30 napban. A roma szerhasználókra jellemzőbb volt a közös tű- és eszközhasználat: a szűráshoz szükséges közös eszközök használatának életprevalencia értéke romák esetében 80%, nem romák esetében 70% volt; közös eszközt a megkérdezést megelőző 30 napban a romák 60%-a, a nem romák 44,3%-a használt. A roma használók tehát leginkább az injektáláshoz szükséges közös eszközhasználat tekintetében tanúsítottak magasabb kockázati magatartásformát.



10. ábra. Kockázati magatartásformák előfordulása valaha és elmúlt 30 napra vonatkozóan

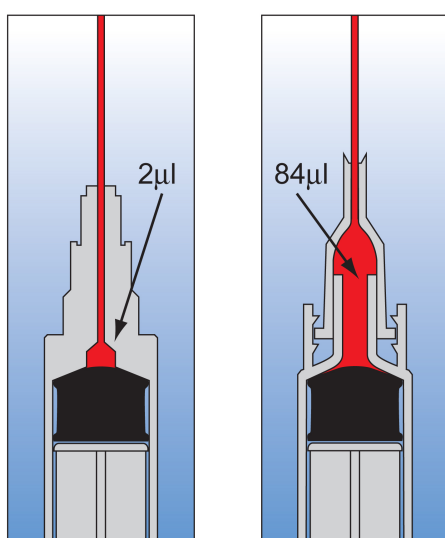
A kutatásban rákérdeztek a tűcsere különböző módjainak használatára is. Ezzel kapcsolatban megállapították, hogy a szervezeteknél történő tűcsere a legjellemzőbb. A teljes minta 79,3%-a, azon belül pedig a romák 90%-a, a nem romák 68,6%-a cserélt már tűt szervezetnél életében. Az elmúlt 30 napban a teljes minta 72,1%-a, a romák 77,1%-a, a nem romák 67,1%-a cserélt tűt valamilyen szervezetnél. Valamivel kevésbé jellemző a másokon keresztül történő tű cseréje (másodlagos tűcsere). Ez mind a valaha, mind az elmúlt havi használat esetében igaz: a teljes minta 53,6%-a, a nem romák 55,7%-a, a romák 51,4%-a cserélt már tűt másokon keresztül életében. A megkérdezést megelőző 30 napban ugyanakkor csak a teljes minta 32,1%-a cserélt tűt máson keresztül (a romák körében valamivel többen, mint a nem romák körében). A tűcsere-automatákat a teljes minta 37,1 % vette igénybe valaha életében, a nem romák között valamivel többen (41,4%), mint a romák között (33%). Ugyanakkor a tűcsere automatákat az elmúlt 30 napban a teljes minta csupán 7,1%-a, a romák mindössze 1,4% használta, viszont a nem romák 13%-a – a tűcsere-automata tehát inkább a nem romák körében használt módja a steril fecskendők megszerzésének.



11. ábra. Tűcsere igénybevételének különböző formái az elmúlt 30 napra vonatkozóan

Gyarmathy, Neaigus, Mitchell, Ujhelyi (2009): A fecskendőtípus és a fecskendő kimosása és a HCV fertőzés közötti kapcsolat

A kutatás 215, utcai megkereséssel és szociális hálózaton keresztül toborzott injektáló kábítószer-használó körében vizsgálta azt, hogy a HCV-fertőzés milyen kapcsolatban áll a fecskendő típusával és a fecskendő kimosásával. A fecskendőknek két fő típusa létezik: az egy darabban levő injektor, és a két darabban levő fecskendő, ahol a tűt rá kell tenni a fecskendőre. Mivel a kétrészes fecskendőknek nagyobb a holttere, mint az egyrészes injektornak, ezért közös használat esetén nagyobb valószínűséggel terjedhet révén a HIV és a HCV.



Egyrészes injektor

Kétrészes fecskendő tűvel

12. ábra. Kétféle fecskendőtípus: a baloldalon az egyrészes injektor, a jobboldalon pedig a kétrészes tű-fecskendő kombináció látható

A kutatásban vizsgálták a bevallott HCV-fertőzést és a vérteszt alapján történt HCV-szerológiát. A szerzők azt találták, hogy azok, akik tudják magukról, hogy HCV-fertőzöttek, ugyanolyan mértékben adnak át másoknak használt fecskendőt, mint azok, akik azt mondják, hogy nem HCV-fertőzöttek. Ugyanakkor azok között, akik az elmúlt 30 napban akár csak egyszer is kétrészes fecskendőt használtak, 62%-nak lett pozitív a HCV-tesztje, míg azok között, akik az elmúlt 30 napban csak egyrészes injektort használtak, átvettek másoktól használt fecskendőt, és nem mindig tisztították meg ezt a használt fecskendőt, 63%-nak lett pozitív a HCV-tesztje. Összehasonlításképp azok között, akik csak egyrészes injektort használtak, és az elmúlt 30 napban egyszer sem vettek át másoktól használt fecskendőt, és azok között, akik csak egyrészes injektort használtak, és bár átvettek másoktól használt fecskendőt, de azt ismételt használat előtt mindig kimosták, 33%-nak illetve 27%-nak lett pozitív a HCV-tesztje. A többváltozós modell szerint azok körében, akik közös fecskendőt használtak, háromszor olyan gyakori a HCV-fertőzés, mint azok körében, akik vagy nem használtak közös fecskendőt, vagy bár használtak, de azt az ismételt használat előtt mindig kimosták. E két utóbbi kategória között nem volt szignifikáns különbség, ami azt jelenti, hogy – igaz a steril fecskendőhasználat a fertőző betegségek megelőzésének a legfontosabb módja – olyan esetben, amikor nincs elég steril fecskendő, a használt fecskendő ismételt használat előtti kimosása elengedhetetlen, mivel ez nagymértékben lecsökkenti a fertőzés valószínűségét. A kutatás még azt is találta, hogy a roma injektáló kábítószer-használók körében a HCV-fertőzöttség majdnem háromszor olyan gyakori, mint a nem roma injektáló kábítószer-használók körében. E kutatás eredményei alapján elmondhatjuk, hogy nagyon fontos az, hogy a hazai tűcsereprogramok csak egyrészes injektorokat adjanak ki a klienseknek, mivel a kétrészes tű-fecskendő kombináció a HCV- (és a HIV-) fertőzés kockázatát megnöveli. Ugyanakkor az is nagyon fontos, hogy az injektáló kábítószer-használók tudatában legyenek annak, hogy amennyiben nincs steril injektor, nagyon fontos az, hogy mindig és alaposan mossák ki és öblítsék le a használt fecskendőt/tűt az ismételt használat előtt, mert ezzel sokkal jobban lecsökkentik a fertőződés kockázatát, mintha kimosás nélkül használnák a használt fecskendőt. A projekt ismét felhívta a figyelmet a roma injektáló kábítószer-használók HCV-fertőzéssel kapcsolatos fokozott kockázatára.

Gyarmathy, Neaigus, Ujhelyi (2009): Kábítószer-használattal kapcsolatos fertőzések előfordulása budapesti injektáló kábítószer-használók körében

A kutatás utcai megkereséssel és szociális hálózaton keresztül toborzott injektáló kábítószer-használó körében vizsgálta a kábítószer-használattal kapcsolatos fertőzések és koinfekciók (amikor valaki több mint egy fertőzést hordoz) előfordulását. A 215 résztvevő közül 186-tól sikerült vért venni. A fertőző betegségek előfordulási arányát a 14. táblázat mutatja:

14. táblázat. Fertőző betegségek előfordulási aránya

	Total N (%)
Total	186 (100)
HIV-fertőzött	0 (0)
Hepatitis (HAV, HBV vagy HCV) fertőzött	95 (51.1)

HCV-fertőzött	69 (37.1)
Kétes eredmény	1 (0.5)
HAV-fertőzött	45 (24.2)
HBV múltbéli fertőzés (vagy HbsAg vagy anti-HBc pozitív)	26 (14.0)
HBV akut fertőzés (anti-HBc negatív és HbsAg pozitív)	1 (0.5)
HBV-immunizált (anti-HBs pozitív, anti-HBc negatív és HbsAg negatív)	28 (15.1)
HBV múltbéli fertőzöttség azok között, akik nem immunisak (n=158)	26 (16.5)
Herpes 1- vagy 2-fertőzött	147 (79.0)
Tuberculosis-fertőzött	22 (11.8)
Chlamydia-fertőzött	12 (6.5)
Kétes eredmény	6 (3.2)
Syphilis-fertőzött	8 (4.3)
Kétes eredmény	1 (0.5)
Gonorrhoea-fertőzött	0 (0)
Syphilis- vagy Chlamydia-fertőzött	19 (10.2)
<i>Koinfekciók</i>	
HAV/HBV-fertőzött	13 (7.0)
HAV/HCV-fertőzött	23 (12.4)
HBV/HCV-fertőzött	17 (9.1)
HAV/HBV/HCV-fertőzött	8 (4.3)
Syphilis- és Chlamydia-fertőzött	1 (0.5)
Fertőzések összesített száma (HIV, HAV, múltbéli HBV, HCV, tuberculosis, syphilis, Chlamydia, gonorrhoea)	
0	71 (38.2)
1	62 (33.3)
2	40 (21.5)
3	12 (6.5)
4	1 (0.5)

A vizsgálat kimutatta, hogy a nemi úton történő fertőzések (vagy syphilis vagy chlamydia) több mint hatszor olyan gyakoriak voltak azok körben, akik az elmúlt évben vidékre utaztak. Bármely hepatitisfertőzés (HAV, HBV, HCV – függetlenül a terjedés módjától) több mint háromszor olyan gyakori volt a 30 fölöttiek, a roma résztvevők, és a hajléktalanok körében.

15. táblázat. Többváltozós modell eredményei

	Nemi betegség	Hepatitis	Fertőzések száma		
			1 vs. 0	2 vs. 0	3 vagy több vs. 0
	aOR (95%CI)	aOR (95%CI)	aOR (95%CI)	aOR (95%CI)	aOR (95%CI)
Női nem	1,8 (0,6; 5,4)	1,2 (0,5; 2,6)	1,0 (0,4; 2,5)	0,7 (0,2; 2,3)	4,1 (0,8; 21,5)
Életkor 30 fölött	0,5 (0,1; 1,6)	3,1 (1,5; 6,3)*	2,1 (0,9; 4,8)	3,3 (1,3; 8,5)*	3,0 (0,6; 14,9)
Roma etnikum	1,9 (0,6; 6,3)	3,2 (1,3; 7,7)*	5,5 (1,7; 17,6)*	4,6 (1,3; 15,8)*	9,1 (1,5; 56,4)*
Legalább középiskolai végzettség	0,5 (0,1; 2,1)	0,6 (0,3; 1,6)	0,8 (0,3; 2,3)	0,3 (0,1; 1,2)	N/A
Hajléktalan	1,2 (0,3; 5,0)	3,3 (1,1; 9,5)*	1,5 (0,4; 5,7)	4,3 (1,1; 17,1)*	13,4 (1,7; 104)*
Havi jövedelem 100 000 Ft felett	0,6 (0,2; 1,8)	0,8 (0,4; 1,6)	0,7 (0,3; 1,5)	0,7 (0,3; 1,7)	0,3 (0,0; 1,6)
Legalább részmunkaidőben dolgozik	1,0 (0,3; 3,5)	0,4 (0,2; 1,0)	0,2 (0,1; 0,7)*	0,9 (0,3; 2,7)	0,1 (0,0; 1,0)*
Az elmúlt egy évben utazott vidékre	6,3 (1,2; 31,5)*	0,9 (0,4; 1,8)	0,6 (0,3; 1,4)	1,0 (0,4; 2,6)	1,2 (0,2; 7,1)
Az elmúlt egy évben utazott külföldre	1,4 (0,4; 4,7)	1,9 (0,8; 4,4)	1,9 (0,7; 5,1)	1,8 (0,6; 5,5)	3,2 (0,4; 23,9)
Jelenleg kezelés alatt áll	1,1 (0,3; 3,6)	0,9 (0,4; 2,0)	0,3 (0,1; 0,9)*	1,2 (0,4; 3,2)	1,0 (0,1; 6,7)
Tűcsereprogram tagja	1,1 (0,4; 3,2)	1,3 (0,6; 2,5)	1,9 (0,9; 4,1)	1,4 (0,6; 3,4)	2,2 (0,5; 10,3)
Kábítószer-használat					
csak heroin	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	referencia
csak amfetamin	1,8 (0,4; 7,3)	2,1 (0,8; 5,4)	1,5 (0,5; 4,8)	2,0 (0,5; 7,6)	13,4 (1,3; 134)*
heroin és amfetamin is	0,6 (0,2; 2,1)	0,7 (0,3; 1,6)	0,9 (0,4; 2,3)	0,8 (0,3; 2,2)	0,3 (0,0; 3,3)

N/A: aOR nem számolható nulla esetszám miatt

* p<0.05

Megjegyzések:

Nemi betegség: Syphilis vagy Chlamydia fertőzött

Hepatitis: HAV, HBV vagy HCV fertőzött

Fertőzések száma: HIV, HAV, HBcAb, HCV, tuberculosis, syphilis, Chlamydia és gonorrhoea (a kétes eredmények nem fertőzöttnek számítanak), értékei: 0 (a vizsgált fertőzések egyikével sem fertőzött), 1, 2, és 3 vagy több fertőzés.

A fertőzések összesített számát tekintve a 30 évnél idősebbek körében háromszor olyan gyakori volt a legalább kettő társfertőzés. A roma és hajléktalan résztvevők körében sokkal gyakoribb volt mind az egy-, kettő- és a háromszoros társfertőzés – háromszoros társfertőzés roma résztvevők között több mint kilencszer gyakrabban fordult elő, mint nem roma résztvevők között, és háromszoros társfertőzés a hajléktalanok körében több mint 13-szor gyakrabban fordult elő, mint a nem hajléktalan résztvevők között. A szociálisan integráltabb résztvevők (tehát azok, akik legalább részmunkaidőben dolgoztak), kevesebb fertőzéssel rendelkeztek. A csak amfetamint fogyasztók körében több mint 13-szor nagyobb valószínűséggel fordult elő legalább három fertőzés, mint a csak heroint, vagy heroint és amfetamint is fogyasztók körében. Ez a kutatás felhívja a figyelmet a szociálisan marginalizáltabb – a roma, hajléktalan, munkanélküli – injekáló kábítószer-használók fokozott veszélyeztetettségére.

Rácz, Márványkövi és Melles (2009): Közösség-alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében.

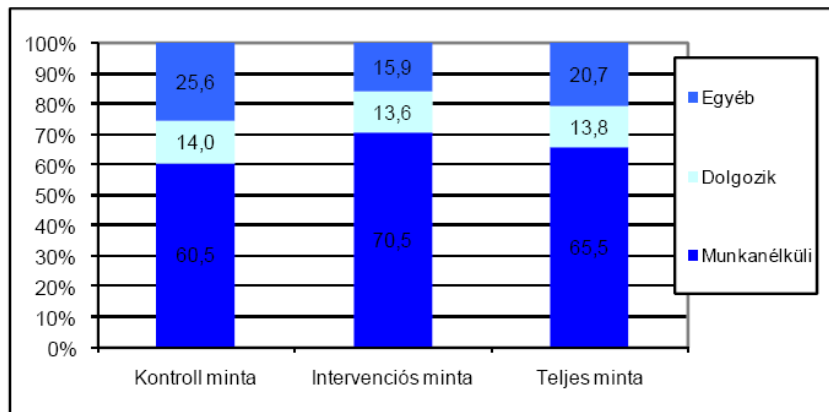
A kutatásban egy intravénás szerhasználóknak szóló HIV/HCV-tanácsadást vizsgáltak. A tanácsadás alapját az amerikai National Institute on Drug Abuse (NIDA) által kidolgozott Közösségi Alapú Utcái Megkereső Modell Program képezte. A program végrehajtására budapesti tüssereprogramokban került sor, az ott dolgozó segítők hajtották végre kiképzés után a tanácsadó programot. (A programba, és így a kutatás mintájába olyan iv. szerhasználók kerülhettek be, akik még soha nem voltak HIV-, HCV-szűrésen, vagy voltak, de nem vették kézhez az eredményüket.) A kutatásban a NIDA tanácsadó programban résztvevő kísérleti csoport mellett egy általános HIV/HCV-tanácsadáson résztvevő kontroll csoportot vizsgáltak. Mindkét csoportban szignifikáns módon nőtt a HIV-vel és HCV-vel kapcsolatos ismeret a program befejezését követően, ugyanakkor nem lehetett kimutatni jelentősebb különbségeket a két csoport között. A kutatás egyik fontos eredménye azonban az, hogy megmutatta, hogy magyarországi tüsserekben is el lehet végezni más országokban bevált, megkereső munkával kombinált HIV/HCV-prevenációs, strukturált tanácsadással összekapcsolt beavatkozást. A tanulmányban emellett azt is leszögezik, hogy az intervenció és a kontroll csoport közötti különbség hiánya ugyanakkor a tanácsadást végzők fokozottabb képzését és monitorozását igényli. A másik fontos megállapítás, hogy az intervenciónak a tudás és percepcióváltozás mellett jobban kell koncentrálnia a viselkedésváltozásra (biztonságosabb injekálás, szűrésben való részvétel).

A kutatásba bekerült 87 fő 80,5%-a férfi, 19,5% nő volt, az átlagéletkor 30,7 év volt. A kor megoszlás tekintetében elmondható, hogy a minta 25,3%-a 19-25 év közötti, 24,1%-a 26-30 év közötti, 32,2%-a 31-35 év közötti, míg 18,4%-a 36 év feletti volt. A minta 47,1%-a vallotta magát magyarnak, míg 64,4% romának, illetve romának. A minta többsége egyedülálló (60,9%), míg közel egyharmada élettársi, partneri kapcsolattal rendelkezik, a házasság aránya elenyésző volt.

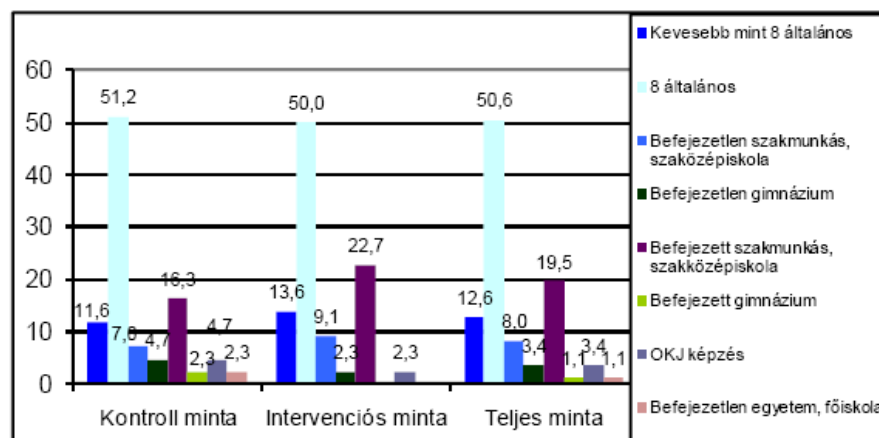
A mintába bekerültek nagyon alacsony státuszúak mind az iskolázottságot, mind a keresetet tekintve. A programban részt vevők döntő többsége, kétharmada munkanélküli, míg 13,8%-ának van valamilyen munkája. Áruk informális adás-vételével („sefteléssel”) 27,6% foglalkozik, lopást a minta 16,1%-a jelölt meg, mint jelenlegi jövedelemforrást. 14,9% vesz igénybe valamilyen segítyt, a mintába kerültek mindegyike azt nyilatkozta, hogy betegállományban van. Munkanélküli segítyt mindössze 4,6% vesz igénybe. A mintába kerültek 12,6%-a általános iskolai osztályt sem végzett, míg 8%-a elkezdte de nem fejezte

be a középiskolát (szakmunkás vagy szakközépiskola). A minta kicsivel több mint felének a legmagasabb iskolai végzettsége 8 általános iskolai osztály, 19,5% befejezett szakmunkásképzőt vagy szakközépiskolát jelölt meg. (Az intervenció és kontroll csoport között nem volt szignifikáns eltérés a fenti eloszlások tekintetében.)

A minta mindössze 20,7%-a mondta, hogy saját tulajdonú lakásban (is) él, más lakását 28,7% jelölte meg, albérletet 16,1%, önkormányzati lakást pedig 21,8%. Hajléktalan szállón 8% lakik, míg utcán, illetve foglalt lakásban gyakorlatilag senki sem. Legtöbbször azt mondták, hogy szülőkkel élnek együtt (39,1%), 23,1% partnerrel él együtt, egyedül él 17,2%. A minta 46,1% volt már valamilyen büntetés-végrehajtási intézetben.

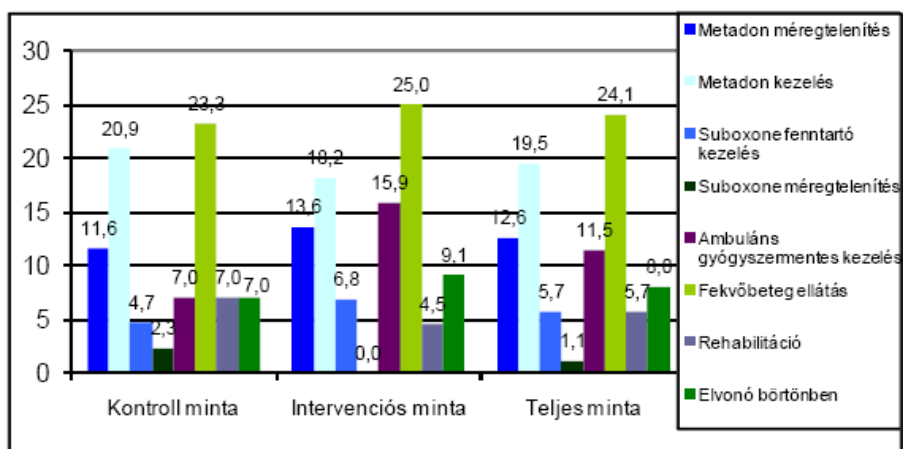


13. ábra. A minta gazdasági aktivitás szerinti megoszlása (%)

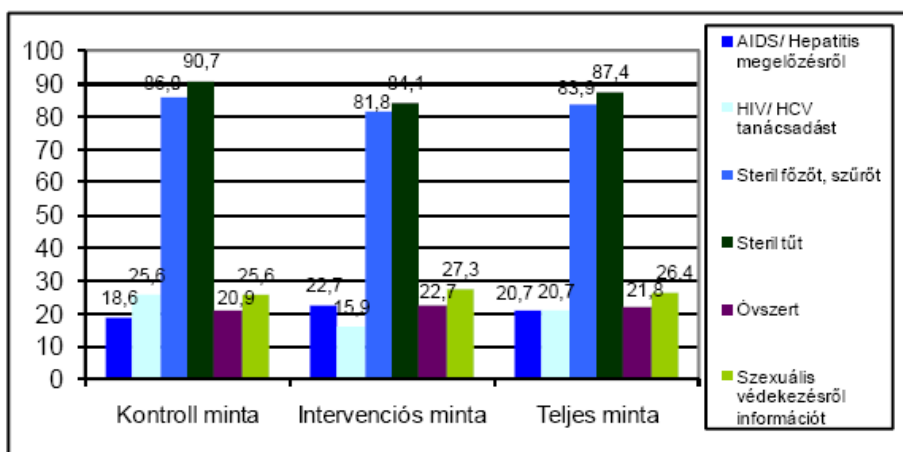


14. ábra. A minta iskolai végzettség szerinti megoszlása (%)

A kutatásban résztvevők 43,7%-a volt már valaha valamilyen kezelési formában, leginkább a metadon fenntartó kezelésben (19,5%), illetve a fekvőbeteg-ellátásban való korábbi részvétel (24,1%) jellemző. Ugyanakkor a programban szereplők jelentős része azt állította, hogy az elmúlt 30 nap során steril, az injektláshoz szükséges steril tűhöz és eszközökhöz jutott, azonban jelentős részük sem óvszert, sem a biztonságos szexuális magatartásról nem kapott információt az elmúlt időszakban. A kezelőrendszerbe való továbbítás mutató sem magasak: drogkezelő programba a résztvevők mindössze 28,7%-át küldték az elmúlt 30 nap folyamán, HIV-, illetve HCV-szűrésre is csak a minta 19,5%-át irányították át, míg más, egészségügyi, szociális szolgáltatásba is mindössze 12,6%-ot.



15. ábra. Kezelésben való részvétel (%)



16. ábra. Az elmúlt 30 napban kapott szolgáltatások (%)

39,9% nyilatkozta azt, hogy életében soha nem használt olyan tűt másokkal, amiről tudta, hogy korábban más is használta. 48,3% 1–10 alkalommal, míg 21,8% 11 alkalomnál többször használt ilyen tűt. Az elmúlt 30 napban a minta mindössze 18,4%-a használt más tűjét. 36,8% nyilatkozott úgy, hogy életében még soha nem használt olyan főzőedényt, szűrőt és/vagy hígításra való vizet, amit már más is használt előtte. 35,6% életében 1–10, míg 27,6% 10-nél több alkalommal tett így. Mindössze 14,9% azok aránya, akik valaha használtak olyan eszközt injektáláskor, amiről tudták, hogy előtte egy hepatitis fertőzött is használta.

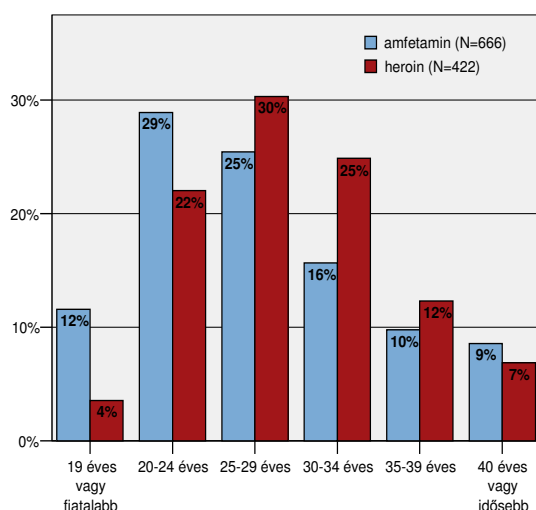
Csák R. (2009): Kálvária téri Kontakt Kávézó program 2008-as kliensforgalmi adatainak elemzése

Az egyik legnagyobb forgalmú állandó telephelyű tűcsereprogram, a Kék Pont Alapítvány VIII. kerületben működő programjának klienskörét felmérő kutatásban (Csák, 2009) a programot igénybevevők jellemzőit is leírták a tűcsereprogram forgalmi adatainak valamint a kliensregisztráció során rögzített információk felhasználásával. Bár a rendelkezésre álló adatok csupán néhány változót tartalmaztak (életkor, nem, a kerület ahol él, intravénásan használt szer, program használatának időpontjai, az egyes alkalmakkor elvitt és visszahozott

fecskendők száma), a nagy elemszám (1208 regisztrált kliens) és az egy éves időtartam nagy, kvantitatív adatokat tartalmazó adatbázis létrehozását tették lehetővé, egy amúgy nehezen elérhető populációról.

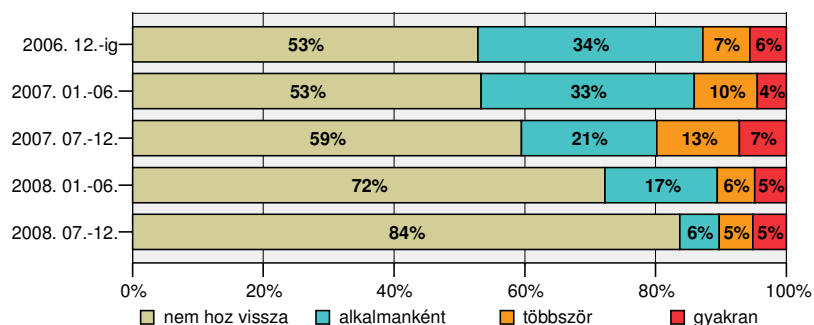
A program forgalmában extenzív növekedés volt megfigyelhető, a regisztrált kliensek száma 2008 folyamán körülbelül heti 10 új klienssel nőtt (amely hasonlóan alakult 2009-ben is). 2008-ban összesen 104 ezer steril fecskendőt adtak ki a programban (az országban kiosztott fecskendők 44%-át), 2009-ben az elvitt fecskendők száma meghaladta a 130 ezret. A klienskör fontos jellemzője a lakóhely: a többség főként a VIII. kerületben illetve a szomszédos VII. és IX. kerületben él, azaz itt egy területileg erősen koncentrált problémás szerhasználó csoportról beszélhetünk.

Az adatok elemzéséből kiderült, hogy nagyon erős a kapcsolat kor és az elsődlegesen használt szer között ($p < 0,0001$). Az életkor és szerhasználat kapcsolata egyszerűen leírható: az amfetaminhasználat inkább a fiatalabbakra jellemző, míg a heroint leginkább a „középkorú”, 25-39 év közötti kliensek használják. A 19 évnél fiatalabbak szinte kizárólag amfetamint használnak (82%-uk), és a 20-24 év közöttiek körében is nagyobb az amfetaminhasználók aránya. 25 év felett viszont felülreprezentáltak a heroinhasználók a teljes mintára jellemző arányukhoz képest, leginkább a 30-34 évesek körében, ahol az összes regisztráltra jellemző 60-40 arányhoz képest fele-fele a heroin és az amfetaminhasználók aránya.



17. ábra. Elsődlegesen használt (injektált) szer életkor szerinti bontásban

A programban regisztrált kliensek száma 2008 végén 1200 felett volt, amiből 831 jelent meg legalább egyszer az év folyamán. A kliensek körülbelül háromnegyede férfi, 60%-uk amfetamin-, 40%-uk pedig heroin-használó, az átlagéletkor 29 év. Az életkor tekintetében fontos kiemelni, hogy a programot használók körében jelentős az idősebb, akár évtizedes intravénás szerhasználói múlttal rendelkezők aránya is (regisztrált kliensek kb. ötöde 35 éves vagy annál idősebb). A fecskendő-visszahozás gyakorisága illetve átlagos mennyisége a regisztráció idejével mutat kapcsolatot, azaz minél régebben regisztrált egy kliens annál valószínűbb, hogy hoz vissza fecskendőt. Azt azonban meg kell jegyezni ezzel az összefüggéssel kapcsolatban, hogy a rendelkezésre álló független változók nem elegendőek ahhoz, hogy meg lehessen állapítani, hogy mennyiben jelenti ez egy ártalomcsökkentő magatartásforma terjedését és mennyiben játszanak közre más motivációk.



18. ábra. Használt fecskendő visszahozásának gyakorisága a regisztráció ideje szerinti bontásban

A látogatások gyakoriságának fontos jellemzője, hogy nagyon nagyok a különbségek a kliensek között: nagyon sokan csak egyszer voltak 2008-ban, míg a leggyakrabban járó kliens 190-szer volt (ami gyakorlatilag azt jelenti, hogy a heti hat nyitvatartási napból négy napon ott volt), és 29 olyan kliens van, aki több mint hetvenszer volt az év folyamán, (tehát mindenképpen heti több alkalommal), azaz létezik egy nagyon masszív magja a programot használó klienseknek. Ugyanakkor sokan csak egyszer voltak az év során, azaz regisztráltak, de többször nem jelentek meg a programban. Ezen kliensek között több olyan lehet, akiket más kliensek kértek meg a regisztrációra, mert szükségük volt az extra fecskendőre, de lehetnek olyan regisztrációk is közöttük, amelyek „egyszer használatosak”, azaz a programmal szemben bizalmatlan szerhasználók egyszeri fecskendőhöz jutását szolgálták. Az év során (2008) regisztrált kliensek körében szignifikánsan magasabb arányban vannak a kéthavonta vagy ritkábban, a havi-kéthavi illetve a kétheti-havi rendszerességgel járók kategóriájába tartozók. Érdeemes megjegyezni, hogy a leggyakrabban járók kategóriájába közel egytizede tartozik mind a régi (2008 előtt regisztrált), mind az új (2008-ban regisztrált) kliensek, szinte azonos az arány a két csoportban (új kliensek: 8,3%, régi kliensek: 9,1%), amiből úgy tűnik, hogy körülbelül ilyen arányban kerülnek ki a regisztráltak közül a programot intenzíven használók.

16. táblázat. Kliensek megoszlása a program látogatásának gyakorisága szerint

	N	%	% (csak az aktív kliensek körében)
heti rendszerességgel	106	8,8	12,7
kétheti-havi rendszerességgel	123	10,2	14,8
havi-kéthavi rendszerességgel	190	15,7	22,8
kéthavonta vagy ritkábban	200	16,6	24,0
egy alkalommal volt	214	17,7	25,7
Total	833	69,0	100,0
egyszer sem volt	375	31,0	
Total	1208	100,0	

A használt szerrel kapcsolatban a lényeges eltérések az ópiáhasználókra vonatkoznak: nagymértékben felülreprezentáltak azok között, akik egyszer sem voltak 2008-ban, azaz a régi regisztrált kliensek közül inkább az ópiát-használók „tűnnek el”. Az is látható, hogy a

leggyakrabban járók kategóriájában szintén nagyobb arányt képviselnek, mint az amfetamint használók, amely magyarázata tulajdonképpen evidens is lehet (a fizikai függőség), ezzel együtt nem szabad figyelmen kívül hagyni egyéb változókat, mint például a rossz anyagi körülmények, hajléktalanság, amelyek mind abba az irányba hatnak, hogy minden lehetséges forrást kihasználjon az adott kliens. A klienskör ugyanis jelentős mértékben lecsúszó, vagy a lecsúszással erősen fenyegetett, hátrányos helyzetű emberekből áll, akik túlélési stratégiájában akár egy tüssereprogram is fontos szerephez juthat, hiszen a steril fecskendő és az egyéb droghasználathoz nemi aktushoz szükséges eszközök pénzt érnek, a program által biztosított ital, fűtött helyiség ingyen van, és sokak számára a program az egyetlen hely, ahol számítógép-, internethasználatra, mosásra lehetősége nyílik.

A programot felkereső kliensek döntő többsége egyáltalán nem hoz vissza fecskendőt: 70% azoknak az aránya, akik az év során egyetlen használt tűt sem cseréltek be. Ebben nagy valószínűséggel az is szerepet játszik, hogy kockázatos használt fecskendőkkel közlekedni Budapesten, hiszen – a BRFK és a budapesti tüssereprogramok közötti megállapodás ellenére – egy esetleges igazoltatásnál kellemetlen következményekkel számolhatnak a kliensek. Az elvitt fecskendőket tekintve a legnagyobb arányú csoportot, a kliensek közel negyztizedét azok teszik ki, akik az év során összesen 1 és 10 közötti fecskendőt vittek el, amely következik abból (ahogy azt az előzőekben bemutattuk), hogy nagyon nagy arányban vannak a kliensek között a programot az év folyamán csak egyszer felkeresők. A képzeletbeli skála másik végén az a 22 kliens van, akik 2008-ban 500-nál több fecskendőt hoztak vissza, ők összesen 33464 darab használt fecskendőt cseréltek be az év folyamán, azaz ők hozták vissza az összes becserélt fecskendő 70%-t (a legtöbbet cserélő kliens 5104 fecskendőt hozott vissza egy év alatt, és – mivel ő volt 2008-ban a programot legtöbbször látogató kliens is – 6135 steril tűt vitt el).

17. táblázat. A kliensek a 2008-ban összesen visszahozott és elvitt fecskendők szerinti bontásban

	2008-ban összesen elvitt fecskendő		2008-ban összesen visszahozott fecskendő	
	N	%	N	%
0	37	4,0	649	69,9
1-10 között	360	38,8	106	11,4
11-25 között	150	16,2	31	3,3
26-50 között	102	11,0	38	4,1
51-100 között	88	9,5	33	3,6
101-200 között	73	7,9	25	2,7
201-500 között	75	8,1	24	2,6
Több, mint 500	43	4,6	22	2,4
Total	928	100,0	928	100,0

Gyarmathy, Neaigus, Li és mtsai (2010 közlés alatt): Folyékony kábítószeresek és nagy holtterű fecskendők állhatnak a HIV- és HCV-járványok mögött – Magyarország és Litvánia összehasonlítása

Ez a közlés alatt álló kézirat a magyar és a litván injektló kábítószer-használók drogfogyasztási szokásait hasonlítja össze. A magyar kutatás 2006-ban utcai megkereséssel és szociális hálózaton keresztül toborzott injektló kábítószer-használókat (215 fő), a litván

kutatás pedig 2008-ban tűcseréből és szociális hálózaton keresztül toborzott injekáló kábítószer-használókat (300 fő). A kézirat magyar vonatkozású részének legfontosabb adataiból kiderül, hogy a hazánkban nem használatos olyan kábítószer, amit folyékony formában vesznek meg („kompót”, vagy „lengyel heroin”)¹. Az elmúlt 30 napban a résztvevők leggyakrabban heroint (68%) és amfetamint (28%) injekáltak, és egyharmaduk (33%) jelezte azt, hogy közösen használt fecskendőt másokkal (függetlenül attól, hogy adta-e vagy kapta). Egyéb injekáló eszközt (főzőedényt vagy szűrőt) 62%-uk használt közösen. Összesen 38%-uk jelezte, hogy valaha részt vett kezelési programban, és 21%-uk jelezte, hogy a vizsgálat idejékor kezelésben részesült. Háromnegyedük (76%) jelezte, hogy minden injekáláskor steril fecskendőt használt az elmúlt hónapban – 41%-uk minden fecskendőjét közvetve vagy közvetlenül a tűcseréből szerzi, 33%-uk minden fecskendőjét a gyógyszerházból szerzi, és 90%-uk minden fecskendőjét vagy a tűcseréből, vagy a gyógyszerházból szerzi. Majdnem mindenki (99%) egyetért azzal, hogy azok, akik HIV- vagy HCV-fertőzöttek, kötelesek ezt tudatni injekáló partnereikkel. Csak 10%-uk jelezte, hogy minden nemi aktushoz gumióvszert használ. Ezen eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a hazai injekáló kábítószer-használók körében a gyógyszerházi fecskendővásárlás fontos szerepet játszik. A tűcsereközpontokban ezért fontos lenne az, hogy a kliensek számára gyógyszerházzal kapcsolatos információk is elérhetők legyenek. Ezen kívül, annak a kutatásnak az eredményei alapján, ami kimutatta az egyrészes injektorok fontosságát (Gyarmathy és mtsai 2009), olyan projektekre is szükség van, amik a gyógyszereszközök felvilágosítják a kábítószer-használattal kapcsolatos stigma elhárítása érdekében. Emellett arra is szükség volna, hogy a gyógyszerházzal tartssanak egyrészes injektorokat is a raktárkészletben, és amennyiben feltételezik, hogy a vevő kábítószer-használó, akkor egyrészes injektor és ne kétrészes fecskendőt adjanak el neki.

4. A tűcsere központok működése és a működéssel összekötött kiegészítő szolgáltatások a nemzetközi gyakorlatok alapján

Az alábbiakban összefoglaljuk, hogy az Európai Unió országaiban milyen gyakorlatok léteznek, amelyek vagy a tűcsere-programok – függetlenül attól, hogy fix telephelyűek vagy sem – fő profilját képezik, vagy pedig kiegészítő szolgáltatások (függetlenül attól, hogy ezeket a kiegészítő szolgáltatásokat maguk a tűcsereprogramok biztosítják, vagy más, velük kapcsolatban levő, külsős intézmények).

Módszerek

Az összefoglalás alapjául az Európai Kábítószer- és Kábítószerfüggőség-megfigyelő Központ (EMCDDA) országos jelentései szolgálnak (EMCDDA 2009). Az EMCDDA-tagországok (melyek a 27 Európai Unió tagállam, valamint Norvégia, Horvátország és Törökország) jelentési kötelezettséggel rendelkeznek az EMCDDA felé, melynek részeként évente angol nyelvű jelentést juttatnak el a Reitox hálózaton keresztül az EMCDDA-nak. Ezen éves jelentések az EMCDDA tagországokban országos szinten mutatják be a kábítószerrel kapcsolatos helyzetet. Többek között ezeken az országos jelentéseken alapul az EMCDDA összefoglaló éves jelentése. Jelen áttekintés alapját az EMCDDA-nak 2009-ben elküldött éves

¹ Vagy ha mégis van ilyen, akkor azt olyan ritkán használják, hogy senki sem jelentette a résztvevők közül.

jelentések képezik, amelyek e kézirat elkészültekor még csak az EMCDDA belső irataiban található. Mivel az EMCDDA 2010-es éves jelentése (mely 2010 őszén fog hivatalosan megjelenni) az EMCDDA-nak 2009-ben küldött adatokon alapul, az EMCDDA a 2009-es országos jelentéseket csak az éves jelentés hivatalos megjelenése után teszi nyilvánosan elérhetővé.

A 2009-es országos jelentések a következő részekből állnak (a fejezetek címét a 2009-es magyar nyelvű országos jelentés fejezetei képezik [NDF 2009]): 1. kábítószer-politika, jogalkotás, stratégia és gazdasági elemzés, 2. drogfogyasztás a populációban, 3. prevenció, 4. problémás drogfogyasztás, 5. drogfogyasztók kezelése: kezelési igény és hozzáférhetőség, 6. a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásai és következményei, 7. válaszok a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásaira és következményeire, 8. a drogfogyasztás szociális vonatkozásai és társadalmi reintegráció, 9. kábítószer-bűnözés, kábítószer-bűnözés megelőzése és a büntetés-végrehajtási szervezet, 10. kábítószerpiac. Jelen összefoglaló alapját a „válaszok a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásaira és következményeire” című 7. fejezet képezi.

A fejezetek áttanulmányozása során azon országok adatait használtuk fel, akik 2009-ben jelentettek (Málta nem küldött országos jelentést). Összefoglalásunk célja nem egy összeurópai statisztika, amely felméri, hogy összesen hány országban milyen szinten milyen programok érhetőek el és ezek hogyan működnek, hanem egy olyan lista összeállítása, ami felsorolja, hogy milyen, a drogfogyasztás egészségügyi következményeire irányuló programok léteznek Európában. Kitér továbbá arra, hogy ezek a programok elsősorban magyar viszonylatban hogyan kapcsolódnak, illetve kapcsolódhatnak a tűcsere szolgáltatásokhoz, szem előtt tartva, hogy némely tűcsereprogram nagyon alacsony költségvetéssel, szűk helyen, és korlátozott számú és esetleg egészségügyi végzettséggel nem rendelkező személyzettel működik.

Eredmények

A 18. táblázatban található tűcsere központokkal kapcsolatos szolgáltatások. Ezen szolgáltatások két fő kategóriába sorolhatók: alapszolgáltatások és kiegészítő szolgáltatások. Az alapszolgáltatások lényege az, hogy a tűcsereprogramok az injektló kábítószer-használók rendelkezésére bocsássanak olyan tárgyakat, eszközöket, melyek használatával a kábítószer-fogyasztással együtt járó fertőző betegségekkel kapcsolatos fokozott kockázat csökkenthető. A kiegészítő szolgáltatások körébe tartoznak olyan szolgáltatások, amik az alapszolgáltatásokon kívül esnek. A kiegészítő szolgáltatásokat vagy maguk a tűcsereprogramok bocsátják a tűcsere-résztvevők rendelkezésére, illetve – s ez az esetek és/vagy a szolgáltatások többségére igaz – a tűcsereprogramok vagy hivatalos, vagy nem hivatalos intézményes kapcsolatban állnak a kiegészítő szolgáltatásokat nyújtó intézménnyel.

18. táblázat. A tűcsereközpontok működése és a működéssel összekötött kiegészítő szolgáltatások

FŐ PROFIL
Injektló fecskendők kiadása és/vagy (esetleges) begyűjtése
Egyéb injektló eszközök és injektláshoz szükséges anyagok (főzőedény, szűrő, citromsav/C-vitamin, alkoholos lemosó, stb.) kiadása és (esetleges) begyűjtése
Gumióvszerek és megfelelő síkosítók kiadása

KIEGÉSZÍTŐ SZOLGÁLTATÁSOK VAGY KAPCSOLAT ILYEN SZOLGÁLTATÁSOKKAL²
Információs brosrák, szóróanyagok
Internetes információs honlap
Egyéni tanácsadás
Biztonságosabb injektlás bemutatása
Elsősegélyre (pl. túladagoláskor segítség) felkészítő oktatás
Nem injektló kábítószer-használatra áttállással kapcsolatos tanácsadás
Kutatási projektek, surveillance
HIV/HCV és esetleg más fertőző betegségekre tesztelés, surveillance
Új és/vagy veszélyes kábítószer nyomon követése („early warning system”)
Szociális hálózatokon alapuló megelőzés
Párkapcsolatokon alapuló megelőzés
KAPCSOLAT KIEGÉSZÍTŐ SZOLGÁLTATÁSOKKAL³
Nőkre specializálódott programok: pl. terhességvizsgálati teszt; nőgyógyászati vizsgálatok; tanácsadás prostitúcióval, terhességgel, gyerekneveléssel kapcsolatban
Felügyelt injekciós helyiségek
Hepatitis A és Hepatitis B védőoltás
Sebkezelés
Fertőző betegsége gyógyítása
Pszichiátriai és szomatikus komorbiditás kezelése
Fecskendők eladása
Egyéb, a fentiekben fel nem sorolt programok

Alapszolgáltatások

Alapszolgáltatások keretében a tűcsereprogramok injekciós tűket és az injektláshoz szükséges egyéb eszközöket (pl. főzőedényt, szűrőt, citromsavat vagy C-vitamint, alkoholos lemosót, elszorító gumit, steril vizet, víztartó edényt, fóliát, szívószálat) bocsátanak a résztvevők rendelkezésére. Ezenkívül nagyon sok helyen, főleg az olyan országokban, ahol a nemi úton is terjedő HIV-fertőzés gyakori az injektló kábítószer-használók körében, a

² Ezen kiegészítő szolgáltatások többsége gyakran a tűcsereprogramok részét képezi. Amennyiben a tűcsereprogramokban ezek nem elérhetőek, úgy a tűcsereprogram hivatalos vagy nem hivatalos intézményes kapcsolatban áll ilyen szolgáltatásokkal, és ide a tűcsereprogram résztvevőit el tudja küldeni.

³ Ezen kiegészítő szolgáltatások többsége nem a tűcsereprogramokban elérhető, hanem úgy, hogy a tűcsereprogram hivatalos vagy nem hivatalos intézményes kapcsolatban áll ilyen szolgáltatásokkal, és ide a tűcsereprogram résztvevőit el tudja küldeni.

résztvevőket óvszerekkel és megfelelő, vizes alapú síkosítókkal, terhességi teszttel is ellátják. A tűcserékben kötszerek is rendelkezésre állnak.

Kiegészítő szolgáltatások, vagy kapcsolat ilyen szolgáltatásokkal

Ezek a kiegészítő szolgáltatások vagy a tűcsereprogramok részét képezik, vagy pedig a tűcsereprogramokban nincsenek, viszont a tűcsereprogram hivatalos vagy nem hivatalos intézményes kapcsolatban áll ilyen szolgáltatókkal, és ide a tűcsereprogram résztvevőit el tudja küldeni. Ebben az utóbbi esetben a tűcsereprogram feladata a kiegészítő szolgáltatások és az azokat nyújtó intézmények „reklámozása” abból a célból, hogy a tűcsereprogramot látogató injektló kábítószer-használók minél tájékozottabbak legyenek az ő igényeiknek vagy szükségleteiknek megfelelő prevenciók vagy gyógyító szolgáltatásokról, és hogy ezeket minél nagyobb mértékben igénybe is vegyék.

A 18. táblázatban ez alatt az alcím alatt található első öt kategória (1. információs brosrák, szóróanyagok, 2. internetes információs honlap, 3. egyéni tanácsadás, 4. biztonságosabb injektlás bemutatása, 5. elsősegélyre felkészítő oktatás) a leggyakoribb, legnépszerűbb, és legolcsóbb kiegészítő szolgáltatások, melyek az esetek többségében magukban a tűcsere központokban is elérhetők. Az információs brosrák tartalmukat tekintve a fertőző betegségek (főként HIV és HCV) megelőzésére, tehát a közös injektló-eszköz használat és a védekezés nélküli nemi kapcsolatok veszélyeire, valamint a túladagolások megelőzésére, felismerésére, és megoldására vonatkozó információkat tartalmaznak. Az internetes információs honlapok általában az információs brosrákhoz hasonló témákat mutatnak be, tehát a biztonságos injektlással és nemi élettel kapcsolatos információkat tartalmaznak, de vannak olyan honlapok is, amelyek azonnal közlést tesznek az új és veszélyes kábítószerekkel kapcsolatos információkat, és a mérgezés (túladagolás) bekövetkeztekor szükséges tennivalókat annak függvényében, hogy milyen kábítószer-használat következményeként lépett fel a túladagolás. Ezeken túlmenően vannak olyanok is, amelyek a drogkezeléssel kapcsolatos információkat közlik (pl. hol lehet kezelést kapni, milyen feltételek mellett stb.). Az egyéni tanácsadás nagyon sok esetben kötetlen keretek között folyik, és inkább beszélgetésszerű, mintsem kioktatáshoz. E tanácsadó szolgáltatások akárcsak a brosrák és az internetes oldalak, főleg az injektlással, nemi élettel, és a túladagolással kapcsolatos témákat érintenek.

A biztonságosabb injektlás bemutatása olyan részleteket taglal, mint például hogyan kell megkeresni a vénát; hogyan lehet injektlás során a vénákban a lehető legkisebb kárt okozni (pl. hogyan kell megtalálni és elkerülni a vénás billentyűket); milyen injektlási formák léteznek (pl. vénába, izomba, bőr alá, kari vénába, lágyéki vénába) és ezek milyen veszélyek forrásai lehetnek; milyen vénasérülési tüneteknél kell orvoshoz fordulni; miért fontos injektlás előtt kezdet mosni; hogyan lehet megelőzni az injekciós sebek elfertőződését; és hogyan lehet biztonságosan megszabadulni a használt injektló eszközöktől (injektlortól és egyéb eszközöktől).

Az elsősegélyre, pl. túladagolásra felkészítő oktatás kétféle lehet: vagy csak tanácsadás, vagy pedig naloxon rendelkezésre bocsátása is. A tanácsadás, mint fent már említettük, kötetlen keretek között is történhet. Vannak olyan országok, viszont, ahol a kábítószer-használók vagy családtagjaik rendelkezésére bocsátanak naloxont, amit ópoid túladagolás esetén tudnak másokon alkalmazni. Egy skóciai egészségügyi dolgozókból álló csoport kifejlesztett egy olyan honlapot, ami kifejezetten a túladagolás megelőzésére és a naloxon használatára specializálódik: (www.take-homenaloxone.com). Az egészségügyi törvények következtében azonban injektlható naloxone több tagállamban nem adható ki

megelőzési célból kábítószer-használóknak vagy nem egészségügyi dolgozó családtagjaiknak, ezért népszerű a spray formájában való alkalmazás.

A 18. táblázat következő öt kategóriája (7. kutatási projektek, 8. HIV/HCV-tesztelés, 9. korai figyelmeztető rendszer 10. szociális hálózatokon alapuló megelőzés és 11. párkapcsolatokon alapuló megelőzés) már kevesebbszer szerepel a tűcsereprogramok saját szolgáltatásai között, mivel ezek nemcsak anyagi, hanem személyzeti és egyéb logisztikai erőfeszítéseket is megkívánnak.

A nem injektláló kábítószer-használatra való átállással kapcsolatos tanácsadást főleg akkor szokták alkalmazni, amikor az ehhez szükséges kellékeket is biztosítani tudják. Csehországban például gél kapszulákat is osztanak a tűcsereprogramban – ebben az országban nagyon sok a főként injektláló metamfetaminfogasztó, és a gél kapszulákat nekik szánják. A metamfetamin e kapszulákba töltve lenyelhető. A lenyelt drog hatása nagyon hasonló az injektlált drog hatásához, és a drog keserű íze nem érződik, mivel a kapszula a gyomorban oldódik csak fel. A helyi metamfetamin injektlálók körében népszerű ez az alternatív megoldás. Több országban pedig alumínium fóliát osztanak heroininjektlálóknak, hogy injektlálás helyett inkább inhalációs technikát alkalmazzanak („fóliázzanak”). Ez a szolgáltatás is népszerű szokott lenni.

A kutatási projektek tűcsereközpontokkal való kapcsolatának két fő oka van: egyrészt könnyű hozzáférést jelent egy magas rizikóprofillal rendelkező kutatási célcsoport felé, másrészt pedig – pontosabban ebből kifolyólag – az illetékes nemzeti szervek könnyebben tudnak eleget tenni az EMCDDA felé a jelentési kötelezettségnek, mivel a tűcsereprogramokkal együttműködésben végrehajtott kutatási projektek jó minőségű adatokat szoktak eredményezni. A fertőző betegségekre történő tesztelés a kutatásokhoz hasonló alapokon folyhat, sőt, ideális esetben a kettő összekapcsolódik. A rendszeres, teszteléssel egybekötött kutatási projektek pedig egy magatartási- és szero-surveillance rendszer alapjait is alkothatják. De mindehhez természetesen megfelelő állami finanszírozás és az érdekek megfelelő egyeztetése szükséges.

A veszélyes kábítószerek nyomon követése („early warning system”) nagyon ritkán szokott a tűcsere-szolgáltatók feladata lenni, hanem szinte mindig a rendőrség, a nemzeti drog fókuszpontok, toxikológiai laboratóriumok és klinikák, valamint hasonló intézmények feladata, vagy ezek együttműködése keretében történik. Ideális esetben az újonnan felbukkant veszélyes kábítószerekről a tűcsere-szolgáltatók azonnal tudomást szereznek, és értesíteni tudják a klienseiket.

A szociális hálózatokon alapuló megelőzés (amit „peer” projektnek vagy korcsoport projektnek is szoktak nevezni) az injektláló kábítószer-használók körében az injektlálással kapcsolatos kockázat lecsökkentésének az egyik leghatékonyabb, leghatásosabb és legolcsóbb módszere, és sok tűcsereközpont keretei között történik ilyen típusú megelőzés. A párkapcsolatokon alapuló megelőzés főleg a nők esetében és a nemi élettel kapcsolatos kockázatok csökkentésében játszik fontos szerepet. Mivel a pártanácsadáshoz képzett munkatársak és több hely szükséges, ennek az anyagi vonzata is magasabb. Emiatt csak kevés tűcserehelyszínen érhető el ilyen szolgáltatás.

Kapcsolat kiegészítő szolgáltatásokkal

Ebben a kategóriában szinte mindegyik kiegészítő szolgáltatás intézményes kapcsolat formájában érhető el a tűcsereközpontokban. Ez azt jelenti, hogy a tűcsereprogram alkalmazottai segítenek a klienseknek hozzájutni ezekhez a szolgáltatásokhoz, megfelelő kapacitás és földrajzi közelség esetében még el is kísérik őket ezekhez az intézményekhez.

Ideális esetben miután a kliensek elkezdtek részvételüket ezekben a programokban, a lehetőségekhez mérten (pl. tanácsokkal) segítenek nekik, hogy minél tovább a partnerprogramokban maradjanak, illetve azokat végig is csinálják. A fecskendők eladása természetesen a gyógyszerárakban vásárolható fecskendőkre vonatkozik, mellyel kapcsolatban a tűcsere-szolgáltatók információt tudnak adni.

5. Tűcsereprogramok szabályozása

A következőkben a tűcsereprogramokkal kapcsolatos jogi illetve szakmai szabályozásokat tekintjük át. A törvényi szabályozás témájában az Európai Unióra koncentráltunk, mint Magyarország közvetlen jogi környezetére. A szakmai szabályozás témakörében szintén Európát tekintettük kiindulópontnak, azonban nagyon csekély volt a rendelkezésre álló információ e témában, így ebben az elérhető joggyakorlatok bemutatására koncentráltunk. A fejezet utolsó részében ennek megfelelően a vonatkozó brit nemzeti irányelvet ismertetjük, majd az ausztrál kormány által készített, tűcserek hatékonyságát értékelő tanulmányt mutatjuk be. Az előbbi modellértékű lehet a magyar szabályozás megalkotásához, utóbbi pedig különösen azért figyelemre méltó, mert a tűcsereprogramok közel egy évtizednyi működését értékelő hivatalos állami dokumentum.

A tűcsereprogramok jogi szabályozása az Európai Unió országaiban⁴

A tűcsérével kapcsolatos EU-s fejlemények önmagukért beszélnek. A 2000–2004-es EU Drog Akcióterv 3.1.2.1-es szakasza felhívja a figyelmet annak a fontosságára, hogy az injektláló kábítószer-használók részére megfelelő szolgáltatások álljanak rendelkezésre, beleértve az injektláláshoz szükséges eszközöket. A Tanács 2003. június 18-i, a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségügyi károk megelőzéséről és csökkentéséről szóló ajánlásának 2(10)-es pontja szerint a tagállamok kötelessége „rendelkezésre bocsátani óvszereket és injektláláshoz szükséges eszközöket és felállítani olyan intézményeket, melyeknek keretei között ezek a tevékenységek végezhetők”. A Tanács ezen ajánlása a 2005–2008-as EU Akciótervben a 14. célkitűzésben (a kábítószer-használattal kapcsolatos egészségkárosodás megelőzése) és a 15. célkitűzésben (ártalomcsökkentő szolgáltatások széleskörű rendelkezésre bocsátása) szerepel. Tűcsereprogramok vagy helyi, vagy regionális, vagy nemzeti szinten működhetnek, viszont rendszerint – de nem mindig – létezik egy olyan nemzeti szintű jogi szabályzás, amely a működésüket lehetővé teszi. Némely országban azonban a tűcserek működését szabályzó törvények ellentétben állnak a drogfogyasztásra való felbujtással és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvényekkel, ami alkalomadtán a közegészségügyi szolgáltatások és a bűnüldözési hatóságok közötti konfliktushelyzethez vezethet. Olyan országokban, mint például Belgium és Németország, ezt a konfliktust egy olyan törvényzáradékkal oldották meg, ami a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvények alól felmenti a tűcsereprogramokat. Előfordul, hogy az ilyen záradékok korlátozzák a kiadandó fecskendők számát, és e fölött a szám fölött a tűcsereprogram törvényt sért. Más országokban pedig a rendőrség részére készült egy útmutató, hogy a tűcsereprogramok környékén fokozott rendőrségi és bűnüldözési

⁴ Ez a fejezet az EMCDDA ELDD adatbázisa alapján készült
<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index13212EN.html>

tevékenységet végezzenek, bár az EU legtöbb országában nagyon ritkán fordul elő az, hogy a rendőrök steril fecskendőket kobozzanak el.

A 19. táblázat leírja az Európai Unió országaiban érvényes, a tűcsereprogramokkal kapcsolatos törvényeket. Az EMCDDA-nak ezekről a törvényekről összesen 19 ország szolgáltatott adatokat. Közülük 11-ben nincs külön törvény a tű- és fecskendőprogramokkal valamint a fecskendőbirtoklással kapcsolatban. Azokban az országokban, ahol léteznek ilyen törvények, 8 országban a törvények közegészségügyi hozzáállást tükröznek, és egyedül Cipruson minősül bűncselekménynek a kábítószer-használathoz szükséges eszközök birtoklása. A drogfogyasztásra való felbujtással és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvények összesen három országban vagy nem léteznek vagy nem jelentettek ilyen törvényeket. A többi országban körülbelül fele-fele arányban vannak vagy olyan tiltó (7 ország), vagy megengedő (8 ország) törvények. A megengedő országok egy részében feltétel nélkül megengedő a törvény, más országokban viszont a törvény igaz bünteti a drogfogyasztásra való felbujtást és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésre bocsátását, de ez alól a törvény alól a tűcsereprogramok és bizonyos egészségügyi intézmények (pl. gyógyszertárak) kivételt képeznek. Az országok döntő többségében az általános rendőrségi gyakorlat a steril tű- és fecskendőhasználattal kapcsolatban megengedő, tehát a rendőrök nem kobozzák el a fecskendőket. Két országban (Görögország és Luxemburg), jöllehet illegális a fecskendők birtoklása, a rendőrök ezeket nem szokták elkobozni. Másik két országban pedig (Ciprus és Svédország) illegális a fecskendők birtoklása, és a rendőrök el is kobozhatják azokat. A fecskendők csupán Svédországban vénykötelesek, az összes többi országban vény nélkül szerezhetők be, bár Skóciában csak meghatározott számú fecskendő adható ki.

19. táblázat. A tűcsereprogramok jogi szabályozása az Európai Unió 19 országában

Ország	A tű- és fecskendőprogramokkal valamint a fecskendőbirtoklással kapcsolatos törvények	A drogfogyasztásra való felbujtással és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvények	Általános rendőrségi gyakorlat a steril tű- és fecskendőhasználattal kapcsolatban	Vényköteles-e a fecskendő beszerzése/cseréje?
Belgium	A 2000. június 5-i Királyi Rendelet vázolja fel a droghasználók tűcseréjével kapcsolatos törvényt. A rendelet előírja, hogy kizárólag általános orvosok, gyógyszertárak, kábítószer-használókat ellátó szolgáltatások személyzete és utcai megkereső munkások végezhetik a cserét. A steril injekciós eszközök kiadása csak olyan információval együtt lehet, ami elmagyarázza, hogy hogyan kell az eszközt helyesen használni, és milyen lehetőségek vannak HIV-tesztelésre és drogkezelésre.	A hozzásegítés és az ösztönzés bűncselekménynek minősül, a törvény kivételt képez az orvosi személyzettel kapcsolatban. (1921. február 24-i törvény 3(2) cikkelye)	A 2003-as Minisztériumi irányelv IV.6. paragrafusa alapján a használatlan fecskendőket és tűket a rendőrség nem kobozhatja el, hanem azonnal vissza kell juttatni a tulajdonosnak.	Nem szükséges

Ország	A tű- és fecskendőprogramokkal valamint a fecskendőbirtoklással kapcsolatos törvények	A drogfogyasztásra való felbujtással és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvények	Általános rendőrségi gyakorlat a steril tű- és fecskendőhasználattal kapcsolatban	Vényköteles-e a fecskendő beszerzése/cseréje?
Cseh Köztársaság	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendőcsere és -birtoklás.	A Büntető Törvénykönyv s.188a szerint a felbujtás és a rendelkezésre bocsátás törvénysértésnek számít.	„Legálisnak” minősül (nem a kábítószer-használatot megkönnyítő eszközként értelmezve) és nem elkobozható.	Nem szükséges
Dánia	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendőcsere és -birtoklás.	A fecskendőcsere nem minősül bűncselekménynek.	Legálisnak minősül és nem elkobozható.	Nem szükséges
Németország	A BtMG s.29(1) alapján, a kábítószerfüggő személyek steril eldobható fecskendővel való ellátása nem minősül bűncselekménynek.	A fecskendővel való ellátás nem minősül bűncselekménynek (1. első oszlop)	Követi a törvényt (ld. első oszlop)	Nem szükséges
Görögország	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendőcsere és -birtoklás.	1729/1987-es törvény 5. cikkely kimondja, hogy az a személy, aki bármilyen módon hozzájárul a kábítószer-használat terjedéséhez, bűncselekményt követ el.	A rendőrségnek joga van elkobozni a használt fecskendőket, de a steril fecskendőket nem veszik el.	Nem szükséges
Spanyolország	Nincsenek különleges nemzeti jogszabályok a fecskendőcserével vagy -birtoklással kapcsolatban, de ezt az Autonóm Községek ártalomcsökkentő rendelkezések formájában irányíthatják.	A büntető törvénykönyv 368. cikkelye tiltja az illegális kábítószeres fogyasztásának elősegítését.	Nem minősül a kábítószer-használat elősegítésének, nem kobozható el.	Nem szükséges
Ciprus	Az 1977-es Kábítószeres és Pszichotróp Anyagok törvényének s10A szerint bármilyen olyan tárgy birtoklása, amit tiltott kábítószer-használatra lehet használni (vagy már használt tárgy) bűncselekménynek minősül.	s.10A hatálya alá tartozik.	A törvénynek ezt a rendelkezését ritkán hajtják végre, csak akkor, ha illegális kábítószer-birtoklás gyanúja merül fel.	Nem szükséges
Lettország	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendőcsere és -birtoklás.	A büntető törvénykönyv tiltja a kábítószeres és pszichotróp anyagok használatára való felbujtást..	A fecskendő és tű birtoklása legális, így a rendőrség nem avatkozik be.	Nem szükséges

Ország	A tű- és fecskendőprogramokkal valamint a fecskendőbirtoklással kapcsolatos törvények	A drogfogyasztásra való felbújtással és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvények	Általános rendőrségi gyakorlat a steril tű- és fecskendőhasználattal kapcsolatban	Vényköteles-e a fecskendő beszerzése/cseréje?
Luxemburg	A 2003-as Nagyhercegi Rendelet szabályozza a fecskendők osztását és cseréjét, és kimondja, hogy fecskendőcserét a kábítószerfüggő részére kizárólag vagy gyógyszerész, elvonó program általános orvosa, vagy egy speciális kábítószer-ügynökség kijelölt tagjai hajthatják végre. A rendelet továbbá tartalmazza a fecskendőkiadó automaták által történő fecskendőosztás legalizációját.		Nem kobjazzák el, ha a fecskendőn nem található tiltott anyag nyomai.	Nem szükséges
Magyarország	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendőcsere és -birtoklás.		2003-ban tű vagy fecskendő birtoklása még kábítószer-bűncselekmény gyanújára adott okot. A rendőrségnek feladata volt elkobozni ezeket és jogi eljárást kezdeményeznie. A büntető törvénykönyv jelenlegi rendelkezései közt nincs szó a tűcsereprogramról. 2003-ban a budapesti rendőrség és a tűcsereprogram megállapodott abban, hogy a rendőrség visszafogja programját és tolerálja azokat, akik a tűcsereprogramban részt vesznek.	Nem szükséges
Hollandia	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendőcsere és -birtoklás. A fecskendőcsere nem tiltott a börtönökben.	A kábítószer-használat nem illegális. A steril fecskendő- és tűbirtoklás nincs törvényben meghatározva.	Nincsenek politikai irányelvek a tű- vagy fecskendőcserével kapcsolatban, így az érintett egészségügyi szervezetek vagy speciális kábítószer-kezelési létesítmények dolgozták ki a saját fecskendőcsere tevékenységüket.	1980 óta nem szükséges

Ország	A tű- és fecskendőprogramokkal valamint a fecskendőbirtoklással kapcsolatos törvények	A drogfogyasztásra való felbujtással és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvények	Általános rendőrségi gyakorlat a steril tű- és fecskendőhasználattal kapcsolatban	Vényköteles-e a fecskendő beszerzése/cseréje?
Ausztria	Nincsenek jogi korlátozásai a fecskendő/tű birtoklásának, az intravénás kábítószerhasználók lényeges részét képezik a kábítószerrel kapcsolatos egészségügyi politikának.	nincs	nincs	Nem szükséges
Lengyelország	Az 1997. április 24-i kábítószer elleni törvény 2001. szeptember 6-os módosítása adta meg a jogi alapot az ártalomcsökkentő tevékenységek elindításához (ami magában foglalja a fecskendőcsere-programot)	Követi a törvénymódosítást (ld első oszlop)		Nem szükséges
Portugália	Az 183/2001 törvényrendelet 50-57. része egyértelműen meghatározza a tűcsereprogramokat. Ez magában foglalja az igazgatási rendelkezéseket, telephelyeket és helyeiket (beleértve tűcsereautomaták elhelyezését is), együttműködést más szervezetekkel és az értékelést. A nemzeti tűcsereprogram hatálya alá tartozó fecskendőosztást engedélyezve (mondj nemet a használatra).	A felbujtás és a segítségnyújtás bűncselekmény.	A 183/2001 törvényrendeletben meghatározottak alapján az intravénás kábítószerhasználó megengedett a steril injekciós berendezés magánál tartása.	Nem szükséges
Szlovénia	Az 1999-es Illegális Kábítószer-használat és Adás-Vételének megelőzéséről szóló törvény 13-as cikkelye szabályozza (lehetővé teszi) ezt a fajta szolgáltatást. A tű és fecskendő szabadon hozzáférhető az Ártalomcsökkentő civil szervezeteknél, vagy automatákból árusítható (csak Ljubljánban) és az összes gyógyszertárban.	A fecskendőellátás kifejezetten megengedett (ld. első oszlop)	Semmilyen szankciót nem irányoznak elő a steril eszköz tartásáért, sem bűncselekmény sem kisebb vétség.	1993 óta nem szükséges

Ország	A tű- és fecskendőprogramokkal valamint a fecskendőbirtoklással kapcsolatos törvények	A drogfogyasztásra való felbujtással és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvények	Általános rendőrségi gyakorlat a steril tű- és fecskendőhasználattal kapcsolatban	Vényköteles-e a fecskendő beszerzése/cseréje?
Szlovákia	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendő-/tűcsere.	A segítségnyújtás és a felbujtás a büntetőtörvénykönyvben meghatározott bűncselekményeknek minősülnek.	Az injekciós-eszközök birtoklása nem jogellenes és nincs korlátozva.	Nem szükséges
Svédország	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendőcsere és -birtoklás.	A felbujtás és a segítségnyújtás bármilyen formája kábítószer-bűncselekmény, büntetendő, kivéve a kábítószer-birtoklás és -használat. A felszerelések biztosítása tehát nem büntetendő, feltéve, hogy csak saját használatra történik.	A kábítószeres vagy pszichotropikus szerek használata bűncselekmény Svédországban, a fecskendő lefoglalandó, mint bűncselekményhez használt tárgy/segédeszköz.	Csak vény ellenében vásárolható
Egyesült Királyság	Az 1971-es kábítószerrel való visszaélés törvény 9A Szekciója alapján bűncselekménynek minősül az illegális drogok használatához illetve elkészítéséhez szükséges eszközök rendelkezésre bocsátása, kivéve az injekciós fecskendő. Az (SI No:1653/2003)sz. Kötelező Okirat Kábítószerrel való Visszaélés (módosítása) (No.2) 2003-as szabály 2003. augusztus elsejétől lehetővé teszi az orvosoknak, gyógyszerészeknek és kábítószer-ellenes munkavállalóknak, hogy a kábítószer-használókat bizonyos kábítószer-injekciós fecskendő használatos termékekkel ellássák; ezek lehetnek: törlekendő, egyéb eszközök, citromsav, szűrő és víz-ampulla az injekciós fecskendőhöz.	A fecskendőellátás megengedett (ld első oszlop)	A rendőrség engedi a fecskendőcsere-programok működését, mint a kábítószer-fogyasztással összefüggő ártalmak csökkentésének hatékony eszközét	Nem szükséges. Az Egyesült Királyság legnagyobb részén nem korlátozzák a tű és fecskendő beszerzését, azonban Skóciában az egészségügyi törvény (MEL (1998) 55) korlátozta a látogatásonként kiadható csomagok mennyiségét; 5 darab az első és 15 a köztes látogatások alkalmával, összesen 120 db felvételére van lehetőség. 2002-ben a főügyész módosított az irányadó mértékeket (NHS HDL (2002) 90) maximum 20-ra növelve a határértéket az első és maximum 60-ra a köztes látogatások alkalmával. Ezek a határértékek csak tájékoztató jellegűek.

Ország	A tű- és fecskendőprogramokkal valamint a fecskendőbirtoklással kapcsolatos törvények	A drogfogyasztásra való felbujtással és a droghasználathoz szükséges eszközök rendelkezésére bocsátásával kapcsolatos törvények	Általános rendőrségi gyakorlat a steril tű- és fecskendőhasználattal kapcsolatban	Vényköteles-e a fecskendő beszerzése/cseréje?
Norvégia	Nincs külön törvényben meghatározva a fecskendőcsere és -birtoklás.	Kábítószerrel való visszaélésre való felbujtás és segítségnyújtás (mely során kábítószer használata) bűncselekmény az 1992 június 4-i 132-es törvény szerint, de a tűcsereprogramok nem tartoznak ebbe a körbe, így a fecskendő legálisnak minősül, megszerzése és használata nem jogellenes.	A fecskendő- és tűbirtoklás nem illegális, a rendőrség nem kobjozza el ezeket. A büntetés-végrehajtási dolgozók általában elkobozzák a talált tűt és fecskendőt a fogvatartottaktól.	Az 1970-es évek óta nem szükséges

Tűcsereprogramok szakmai szabályozása

A tűcsereprogramokkal kapcsolatos szakmai szabályozások sajnos nagyon kevésé hozzáférhetőek. Annak ellenére, hogy a Föld 79 országában a nemzeti stratégiákban, szakpolitikai dokumentumokban támogatják az ártalomcsökkentést és 82 országban működik tűcsereprogram (IHRA 2010), csak az Egyesült Királyságban működő tűcserekre vonatkozó irányelvet sikerült megtalálnunk.⁵ Valószínűleg közrejátszik ebben az is, hogy a nemzeti szabályozó anyagok csak az adott ország nyelvén érhetőek el, és így kívül estek a lehetőségeinken.

A kutatás során információt kértünk a Nemzeti Drog Fókuszponttól illetve segítségükkel az EMCDDA-tól is. Ez alapján elmondhatjuk, hogy az EMCDDA 2008-ban megkérdezte⁶ az egyes országokat, hogy rendelkeznek-e ezen a területen bármilyen irányelvvel. A beérkezett válaszok alapján (lásd 20. táblázat) az tudható, hogy kilenc európai uniós országban létezik valamilyen nemzeti irányelv, míg 11 országban nincs ilyen. Ugyan a megkérdezett országok szolgáltatott bizonyos referenciákat a szabályozásokról, azonban ezek mind az adott ország nyelvén voltak elérhetőek, így ebből a forrásból sem tudtunk tartalmi kérdésekről tájékozódni.

20. táblázat. Tűcsereprogramokkal, ártalomcsökkentéssel kapcsolatos irányelvek az egyes európai országokban

	Ország	Össz.
--	--------	-------

⁵ Valamint a New York államban működő tűcsereprogramokra vonatkozó dokumentumot, amely azonban a célunknak nem felelt meg, amennyiben inkább protokoll, minimum feltételeket szabályozó anyag, nem pedig inkább ajánlásokat megfogalmazó szakmai szabályozó anyag: www.health.state.ny.us/diseases/aids/harm_reduction/needles_syringes/syringe_exchange/docs/policies_and_procedures.pdf

⁶ SQ 23 - Question 6.1.2

Rendelkezik nemzeti irányelvvel az ország	Csehország, Egyesült Királyság, Finnország, Litvánia, Portugália, Románia, Spanyolország, Svédország Szlovénia	9
Van irányelv, de nem nemzeti szintű	Belgium, Észtország, Írország, Magyarország, Németország, Olaszország	6
Nincs irányelv	Ausztria, Ciprus, Dánia, Franciaország, Görögország, Hollandia, Lengyelország, Lettország, Luxemburg, Norvégia, Szlovákia	11
Nincs információ	Bulgária, Törökország	2
Nincs adat	Horvátország, Málta	2

Tűcsere-szabályozás az Egyesült Királyságban

Az Egyesült Királyság egészségügyi szolgáltatásaihoz a kormány Nemzeti Egészségügyi és Klinikai Minőségi Intézetének⁷ irányelvei adják meg az elméleti és módszertani háttérrel. Ezek az irányelvek a rendelkezésre álló szakirodalom és adatbázisok áttekintése, tereptanulmányok, gazdasági modellezés, hatékonyság- és költséghatékonyság-elemzés, szakértői és döntéshozói vita alapján születnek meg. A Tűcsere Módszertani levelet 2008 szeptemberében bocsátották szakmai és társadalmi vitára, és 2009 januárjában fogadták el a végleges verziót. Számos további intézet és szervezet javasol irányelveket, például a Szerhasználat Nemzeti Kezelési Ügynöksége,⁸ ahol a kormányi szabályozás mellett a szolgáltatást igénybe vevők és a lakosság szempontjai is hangot kapnak. Ezek a dokumentumok kiegészítik és támogatják, de nem helyettesítik a kormány által megfogalmazott irányelveket, melyek kötelezőek a szolgáltatókra nézve.

A jelenleg érvényes, 2009-ben elfogadott módszertani levél kihangsúlyozza, hogy az angol népegészségügy az 1980-as évektől az absztinencia hangsúlyozása helyett a droghasználat okozta társadalmi károkat veszi célba, elfogadja az ártalomcsökkentő szemléletet. A jelen módszertani levél a már meglevő tűcsere-szolgáltatás optimalizálását tűzi célul, és kiemeli, hogy bár a tűcsereprogram az intravénás droghasználók egészségügyi szövődményeit szándékszik megelőzni, a beavatkozás a szélesebb társadalom szintjén is hasznosul.

A tűcsere optimalizálásához az irányelveknek az alábbi kérdésekre kellett válaszolniuk:

- Milyen lefedettség szükséges ahhoz, hogy a tűcsere sikeresen tudja alacsonyan tartani a HIV-prevalenciát és csökkenteni a HCV-prevalenciát az injekciós droghasználók között?
- Milyen típusú tűcsere hatékony és költséghatékony a vírusfertőzések megelőzésében és a szűrési helyek bakteriális fertőzésének megelőzésében?

⁷ Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment. National Institute of Health and Clinical Excellence <http://www.nice.org.uk/PH18>.

⁸ National Treatment Agency on Substance Misuse <http://www.nta.nhs.uk/>

- Milyen járulékos szolgáltatások hatékonyak és költséghatékonyak a vírusfertőzések megelőzésében és a szűrési helyek bakteriális fertőzésének megelőzésében?
- Hatékonyabb és költséghatékonyabb-e a tűcsere, ha fenntartó kezeléssel együtt alkalmazzák?

A brit tűcsere-szabályozás szerinti definíció a következő:

A tűcsere célcsoportja azon 18 éven felüli személyek, akik intravénás droghasználók, illetve injekciós anabolikus szteroid használók. A tűcsere célja a közös fecskendőhasználatból kapcsolódó, vérrrel terjedő vírusfertőzések és egyéb fertőzések megelőzése. A szolgáltatást gyógyszerárak és kezelő helyek nyújtják. A szolgáltatás során steril fecskendőt, injekciós tűt, filtert, keverő edényt, steril vizet adnak ki. További szolgáltatások kapcsolódhatnak a tűcserehez: tanácsadás biztonságos belövésről, túladagolás megelőzéséről, az injekciós felszerelés biztonságos tárolásáról, vírustesztelés, védőoltás, fertőzés-kezelés, tanácsadás az intravénás használatról az egyéb használati formákra való váltáshoz, fenntartó kezelésbe irányítás, óvszerosztás.

Az alábbi bizonyítékok kerültek feldolgozásra a szakirodalom és adatbázisok áttekintése alapján:

- A tűcsere hatékonyan csökkenti az intravénás droghasználók HIV-fertőződését.
- A tűcsere-szolgáltatáshoz képest a gyógyszerári fecskendő- és tűellátás további előnyöket biztosít.
- A tűcsere helyeken nyújtott egészségügyi szolgáltatás csökkenti a sürgősségi ellátás itánti igényt.
- Azok az intravénás droghasználók, akik közvetlen tűcsere-szolgáltatáson keresztül jutnak steril felszereléshez, kevésbé mutatnak magas kockázatú droghasználatot, mint azok, akik másodlagos forrásból jutnak steril felszereléshez.
- A metadonkezelés és a tűcsereprogramban való részvétel kombinációja hatékonyan csökkenti a HIV- és HCV-incidenciát drogfogyasztók között.
- A költséghatékonyság- és költség-haszon-elemzés azt igazolja, hogy az intravénás drogfogyasztók HIV-prevalencia és -incidencia csökkentésével kapcsolatosan a tűcsere költséghatékony.
- Költséghatékonyság elemzés szerint a megelőzött HIV-fertőzés költségéből olcsónan fokozható a tűcsere lefedettsége.
- Több helyszínről tűcsere-szolgáltatás költséghatékonyság elemzése azt mutatja, hogy költséghatékonysági szempontból előnyös, ha a tűcsere helyszíne ott vannak, ahol az intravénás droghasználat előfordulása a legnagyobb (denzitás), és az egyes helyszíneken a fecskendő/kliens arány azonos.
- A sikeres tűcsereprogram jellemzői: a lebonyolítás és management modellek rugalmas alkalmazása, tudás, koalícióépítés, a helyi közösség bevonása, erős vezetés, a politikailag és kulturálisan érzékeny nyíltvárosi vita, rendelkezésre álló források, kutatási eredmények alkalmazása, a félelem leküzdése.
- Az intravénás droghasználónak a fecskendőhöz való azonnali hozzájutás fontosabb, mint az intravénás droghasználattal kapcsolatos veszélyek percepciója.

- A patikai tűcsere-szolgáltatások népszerűek az intravénás droghasználók körében. A patikai programok elérhetőbbek, mint a drogkezelőhelyeken nyújtott programok. A tanácsadás elem viszont a kezelőhelyeken jobb.
- Kényelmi szempontok nagy hatással vannak arra a döntésre, hogy a droghasználó utcán szerezz be a fecskendőt, vagy szolgáltatást vegyen igénybe. Ilyen kényelmi szempontok: nyitvatartási idő, helyszín, sorbanállás.
- Az intravénás droghasználók nem egy homogén csoport, hanem eltérő kultúrák, egyes csoportok elítélik más csoportok droghasználati szokásait. Jellemző a rendőrségi letartóztatástól, és nyilvánosságra kerüléstől való félelem, ami hatással lehet a szolgáltatás igénybevételére, azt eredményezve, hogy inkább másodlagos tűcsere-szolgáltatást vesznek igénybe.
- Nemek közötti különbség mutatkozik az osztott tűhasználatban és a szolgáltatás igénybevételében. A nők kevésbé osztanak meg baráttal, inkább szexuális partnerrel. A nők kevésbé veszik igénybe a patikai szolgáltatást. A nők valószínűbben használnak másodlagos tűcsérét, elsősorban a szexuális partnertől.
- Az intravénás droghasználók értékelik és igénybe veszik a másodlagos szolgáltatásokat, pl. beutalók, HIV-teszt, orvosi ellátás.
- A másodlagos tűcsere értékes módja a steril felszerelés beszerzésének, mert kényelmes, és eloszlatja a fertőződéstől való félelmet.
- Patikai programnál felmerült a diszkréció igénye, különösen azoknál, akik a metadont és a steril felszerelést ugyanazon patikában vették fel.
- Az általános lakosság és egyes vallási csoportok etikai és morális aggályokat hangoztatnak a tűcserével kapcsolatban, egyesek azt állítva, hogy a tűcserélés a drogfogyasztók önpusztításához asszisztál, mások azt szögezik le, hogy a tűcserélés csökkenti a droghasználók felelősségvállalását.
- A fix helyszínű tűcsereprogramok környezetvédelmi veszélyt hordoznak a lakosság, és a drogfogyasztók egy része szerint.

Gazdasági modellezéssel az alábbiakat állapították meg:

- A leginkább költséghatékony tűcsereprogramok azok, melyek az injektálók számának csökkentésére törekednek. További költségek spórolhatók meg a bűnözés csökkentésével, a HIV- és HCV-terjedés megelőzésével.
- Költséghatékony a tűcserén keresztül lebonyolított HCV-gyógykezelés.
- Költséghatékony, ha szúrásonként több mint 1 steril tű/fecskendő jut (100%-os lefedettség).

A fenti bizonyítékok nem azonosan erősek, az egyes állítások mögött eltérő számú és minőségű kutatás, publikáció található. A vizsgálatok jelentős része az USA-ban történt, ahol a megítélés, finanszírozás, egyéb mutatók jelentős eltérést mutatnak.

Az irányvonalak a tűcsere szolgáltatással kapcsolatosan javaslatokat fogalmaznak meg, melyekhez hozzárendeli a szakirodalmi adatbázisok és egyéb források áttekintéséből származó bizonyítékot.

1. javaslat: Tervezés, szükséglet felmérés, a helyi közösség bevonása

- a) résztvevő intézmények, hatóságok azonosítása
- b) adatgyűjtés: jelenlévő vírusfertőzöttség mutatói, pl. HCV-prevalencia és incidenciaadatok begyűjtése, intravénás drogfogyasztó populáció vizsgálata, demográfiai jellemzők, helyi drogpia jellemzői, hídpopuláció felmérése, pl. prostituáltak száma, problémás drogfogyasztók aránya, pl. hajléktalan crack- és kokaininjektálók, a pillanatnyi lefedettség (fecskendő/szúrás) becslése, a szúrások hány százalékához állt rendelkezésre steril fecskendő, a szolgáltatást már igénybevevők aránya.
- c) az adatok alapján megnézni, hogy a szolgáltatás alkalmazkodik-e a helyi igényekhez
- d) konzultáció droghasználókkal
- e) konzultáció a helyi lakossággal.

2. javaslat: Igazodás a helyi szükségletekhez

- a) célzott szolgáltatások a helyi igényeknek megfelelően, célzott szolgáltatások a speciális csoportoknak, 100%-os lefedettség növelése (100%-os lefedettség fogalma: minden szúrásra jut egy, vagy annál több steril fecskendő), a tűcsere szolgáltatást igénybe vevők arányának növelése az egyes ismert droghasználó csoportokban, a steril fecskendők beszerezhetősége a különféle méretekből, és a terület minél több helyszínén, tanácsadás, ártalomcsökkentő információk, járulékos szolgáltatás nyújtása
- b) veszélyeshulladék-kezelés
- c) beazonosíthatóság, színkódolt fecskendők használata
- d) átlátható betegutak
- e) audit és monitorozás.

3. javaslat: Szolgáltatás típusok kiegyensúlyozott keveredése

- a) patikák, kezelőhelyek, egészségügyi szolgáltatók bevonása a szolgáltatás típusok kiegyensúlyozott kialakításához
- b) szolgáltatók koordinálása a 24 órás elérhetőség biztosítása céljából
- c) a fenntartó drogkezelő helyek tűcsere szolgáltatást is biztosítsanak

4. javaslat: Steril injekciós felszerelés és tanácsadás biztosítása (általános javaslat közösségi és szakellátáshoz)

- a) az intravénás droghasználókat lássák el steril injekciós felszereléssel, a kiadott felszerelések számát lehetőleg ne korlátozza semmilyen mesterségesen megállapított határ, inkább a szükséglethez alkalmazkodjon,
- b) az illegális drogok iv. használatához szükséges egyéb felszereléseket is tegyenek elérhetővé, ez legyen legális, más droghasználati formára való áttéréshez történjen tanácsadás
- c) segítsék elő a biztonságos fogyasztási formára való áttérést, szubsztitúciót
- d) foglalkozzanak a drogfogyasztók egyéb egészségügyi szükségleteivel.

5. javaslat: Közösségi ellátás, patikai alapú tűcsere

- a) a patika szolgáltatson szűrőeszköz-tárolót, nyújtson tanácsadást a veszélyes hulladék kezeléséről
- b) biztosítsák a patikai stáb ártalomcsökkentő képését, patikai stáb hepatitis B védőoltását, felkészültségét a helyi szolgáltatásokról.

6. javaslat: Szakellátás, kezelőhely alapú tűcsere

- a) a kezelőhely szolgáltatson szűrőeszköz-tárolót, nyújtson tanácsadást a veszélyes hulladék kezeléséről
- b) az intravénás droghasználókat lássák el steril injekciós felszereléssel, a kiadott felszerelések számát lehetőleg ne korlátozza semmilyen mesterségesen megállapított határ, inkább a szükséglethez alkalmazkodjon,
- c) az illegális drogok iv. használatához szükséges egyéb felszereléseket is tegyenek elérhetővé, ez legyen legális, más droghasználati formára való áttéréshez történjen tanácsadás
- d) nyújtson széleskörű ártalomcsökkentő tanácsadást, szűrést, védőoltást, beutalást egészségügyi és szociális ellátásba.

Speciális csoportok, melyek célzott ellátást igényelnek:

- Nők
- Anabolikus szteroid injektálók
- Fiatal injektálók
- Crack kokain és speedball-használók
- Hajléktalanok
- Börtönlakók.

Fiatalkorúak ártalomcsökkentő ellátása az Egyesült Királyságban

A fiatalkorúak tűcserében való részvétele fontos problémakör, amelynek etikai vonatkozásai túlmutatnak a tűcsere szakmai világán is. Bár a jelen dokumentum alapján készülő szakmai ajánlás keretei között ezt a témakört nem tudjuk feldolgozni, a jövőbeli szakmai vitát segítő – az előzőekben tárgyalt szakmai szabályozáshoz kapcsolódva – bemutatjuk, hogyan kezelik ezt a problémát Angliában.

A fiatalkorúak ártalomcsökkentő ellátásával kapcsolatban Angliában a *Fraser guideline*-t⁹ követik, amely guideline a fiatalkorúak rizikókezelésére tesz javaslatot. Alapja egy 1985-ben lezajlott per, melyben azt próbálták tisztázni, hogy az orvos adhat-e 16 év alatti fiatalnak fogamzásgátló tanácsot és kezelést szülői beleegyezés nélkül. A perben Ms Gillick beperelte a helyi egészségügyi hatóságot, hogy megakadályozza az orvosok fogamzásgátló felírását fiatalkorúak részére szülői beleegyezés nélkül. Az ügy eljutott a legfelsőbb bíróságig, ahol Lord Fraser bíró hozott ítéletet. Az indoklás szövege vált vezérfonallá:

- Az orvos adhat fogamzásgátló tanácsot és kezelést fiatalkorúnak az esetben, ha megbizonyosodik arról, hogy a fiatal (annak ellenére, hogy 16 évnél fiatalabb) megérti az orvosi tanácsot.
- Nem erőltetheti a fiatalkorút, hogy tájékoztassa a szüleit arról, hogy fogamzásgátlót szed, és nem tájékoztathatja ő maga sem a szülőket.

⁹ http://www.firstpracticemanagement.co.uk/misc_info/Fraser.htm

- A fiatalok, akik a tanácsért vagy kezelésért jelentkeztek, nagy valószínűséggel szexuális életet fog élni fogamzásgátlóval, vagy anélkül.
- Ha a fiatal nem kap tanácsot, vagy fogamzásgátló kezelést, a lelki és testi egészsége kárt szenved.
- A fiatalok érdekében el kell őket látni fogamzásgátló tanáccsal, kezeléssel vagy mindkettővel szülői beleegyezés nélkül.

Bevezették a „Gillick-féle alkalmasság” (*Gillick competence*) fogalmát, amit meg kell vizsgálni minden esetben, amikor szülői beleegyezés nélkül részesül egészségügyi, vagy szociális szolgáltatásban a fiatalok. A Gillick-alkalmasság megítélése minden egyes beavatkozáskor elvégzendő és dokumentálni kell. Az alábbi ábrán egy angol dokumentumot mutatunk be, amely egy fiatalok gyógyszerári tűcserében való részvételére vonatkozik.

Assessment of Gillick Competence	YES	NO
Understanding of advice given.		
Encouraged to involve parents		
The effect on the physical or mental health of young person if advice/ treatment withheld		
Action in the best interest of the young person		

Pharmacist's signature..... Date.....

Clients signature Date.....

Comments by the pharmacist:

19. ábra. Példa a Gillick-féle alkalmasság dokumentálására¹⁰

A fiatal akkor kaphatja meg a szolgáltatást, ha a táblázatban szereplő mind a négy kérdésre igen a válasz, ezen kívül mindkét félnek – a kliensnek és a gyógyszerár alkalmazottjának – alá kell írnia.

A Gillick-eset persze messze mutat, és Angliában is mind a mai napig folyik a vita arról, hogy a kiskorú rendelkezhet-e a saját kezeléséről.

¹⁰ A táblázat szövege: „ Gillick-féle alkalmasság becslése, (1) Megértette a tanácsot; (2) Javasoltuk a szülők tájékoztatását; (3) Testi/lelki károsodás esélye, ha a tanácsot/kezelést megtagadjuk; (4) A beavatkozás a fiatal érdekét szolgálja”A teljes dokumentum letölthető innen: http://www.lpc-online.org.uk/bkpage/files/145/10th_november_2008/7young_people_needle_exchange.pdf

Az Ausztrál tűcserek költséghatékonyságának vizsgálata¹¹

Az ausztrál tűcsere költséghatékonyságának tanulmányozáshoz matematikai járványmodellt alakítottak ki először. A matematikai modell létrehozásához biológiai adatokat, a drogfogyasztók viselkedéstanulmányi adatait és a tűcsereprogramok által évente kiadott steril injekciós felszerelések számát használták föl. Az intravénás drogfogyasztókat a közösségi helyszíneken keresték föl, a börtönpopuláció adatai nem kerültek be a matematikai modellbe. A modell felrajzolja a drogfogyasztás, osztott tűhasználat mintázatát és a vírus terjedését a drogfogyasztó csoporton belül. A paraméterek változtatásával megbecsülhető a HIV- és HCV-fertőzések száma a) jelenlegi lefedettséggel b) tűcsereprogram bevezetése nélkül, c) a tűcsere-lefedettség arányának módosításával, d) a drogfogyasztó populáció változásával és e) a közös fecskendőhasználat jellemzőinek változásával. 2000-től 2009-ig elemezték a tűcsere hatékonyságát a fertőzések megelőzésében, majd előrejelzéseket végeztek 2079-ig.

A gazdasági elemzést a matematikai járványmodell és a tűcsere, a HIV- és HCV-kezelési költségek adatainak összevetésével készítették el.

Az ausztrál tűcsere költséghatékonysága 2000–2009 között:

- a kiadott fecskendők és tűk száma emelkedett a vizsgált időszakban
- tűcsere összköltségvetése 36%-kal nőtt, ez személyzeti, működési költséget jelentett nagyrészt, nem a steril felszerelés költségét emelték,
- jelentős befektetés történt kezelés és szociális szolgáltatások felé utalásba
- 32.000 HIV-fertőzést és 96 000 HCV-fertőzést előztek meg tűcserevel
- ha az indirekt, másodlagos fertőzést is figyelembe veszik (anya-gyerek, szexuális fertőződés fertőzött iv. droghasználótól), akkor a járványtani előny még nagyobb
- minden tűcserébe befektetett dollárral 10 éven belül 4 dollár egészségügyi költséget spóroltak a direkt fertőzések megelőzésével, az indirekt előny még nagyobb
- ha a termelékenység nyereség és veszteség is beszámításra kerül, akkor a tűcserébe befektetett 1 dollár hosszú távon 27 dollár nyereséget jelent
- a nyereség nagyobb része a HCV-mutatóknál (outcomes) jelentkezett
- hosszú távon a tűcsere kifejezetten költséghatékony, költséghatékonyabb, mint egyéb közegészségügyi beavatkozások, pl. védőoltás, életmód-változtatás, kórházi kezelés, cukorbetegség megelőzése, alkohol- és drogfüggőség megelőzése
- a jelen iv. használat 50%-ra jut steril felszerelés (lefedettség).
- ez a tanulmány nem taglalja a tűcsere révén elérhető egyéb előnyöket, kizárólag a HIV/HCV-megelőzést.

Az első tűcsere 1986-ban kezdődött Ausztráliában, majd az 1989-es nemzeti HIV/AIDS stratégiának kulcseleme lett a tűcsere. Ausztráliában 3000 tűcserehely van, és évi 30 millió fecskendőt adnak ki.

A tűcsere típusai:

¹¹ Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia. National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Darlinghurst: University of New South Wales (2009)

- elsődleges tűcsere, szakellátási szint (legmagasabb szintű tűcsere, ártalomcsökkentés, kezelésbe utalás),
- másodlagos tűcsere,¹² közösségi ellátási szint: meglévő egészségügyi szolgáltatásra ráépített közösségi tűcsere-szolgáltatás, csak steril felszerelést ad, egyéb szolgáltatásokat nem,
- patikai tűcsere: steril felszerelés, adatgyűjtés, valamennyi beutalás, az ausztrál tűcsere lényeges eleme.

Modalitások: intézményi tűcsere, tűcsere-automata, outreach, mobil szolgáltatások

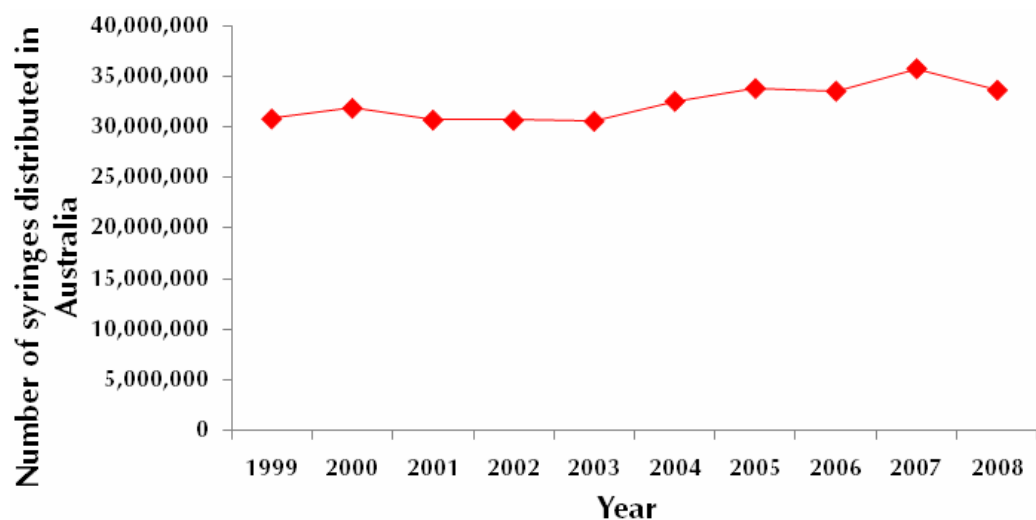
Korábbi hatékonysági tanulmányok szerint 2000-ig 25 000 HIV- és 21 000 HCV-fertőzést előztek meg a tűcserével (Return on Investment Report, 2002). Cohen tanulmánya szerint (Cohen és mtsai, 2004) a tűcsere ott volt költséghatékony, ahol az iv. droghasználók HIV-prevalenciája magas. Drucker tanulmánya szerint (Drucker és mtsai, 1998) az USA elmulasztott tűcsere bevezetése 1987-95 között 4-9000 HIV-fertőzéshez vezetett, és 500 millió dollárt spóroltak volna. Egy brit tanulmány szerint (Wickerman és mtsai, 2008) a tűcsere-lefedettség emelése akkor költséghatékony, ha a tűcsere működési költsége nem túl magas, továbbá azt találták, hogy a lefedettség növelése önmagában nem csökkenti az osztott fecskendőhasználatot. A tűcsere önmagában csak akkor költséghatékony, ha a HCV-prevalencia alacsony. Különböző országok tűcseréi eltérő költségekkel és költséghatékonysággal működnek. A spanyol tűcsereprogrammal egy HIV-fertőzés megelőzése 16-88 ezer dollárba került (Casabases és mtsai, 2003), Kanadában 4800 kanadai dollár (Jacobs, 1999), New Yorkban 20 000 dollár (Laufer, 2001), Ukrajnában 97 dollár (Wickerman és mtsai, 2006).¹³

A jelen tanulmányban a megspórolt egészségügyi költségeknél figyelembe vették a HIV gyógyszeres kezelés költségeit, a HCV-ellenes gyógyszer, májcirrózis, májelégtelenség, májrák, májátültetés költségét, a nem steril felszereléshez kapcsolódó költségeknél a helyi és szisztémás fertőzések kezelési költségeit.

A társadalmi haszontermelésnél figyelembe vették a munkahelyi hiányzás, termelésben való részvétel, korai halálozásból eredő hiányokat, vagy bevételeket.

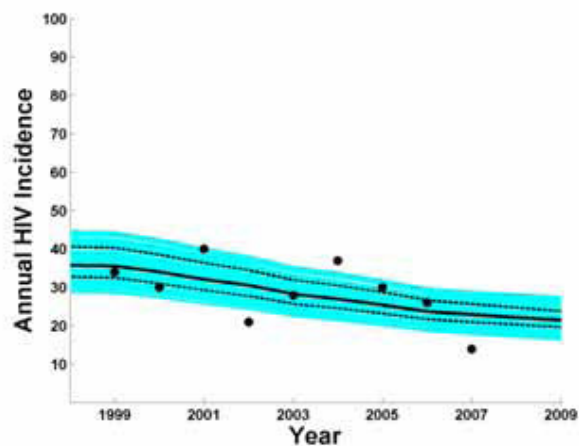
¹² Ebben az ausztrál dokumentumban a másodlagos tűcsere egy létező intézményt jelent, ami más NGO-k keretein belül, kiegészítő jelleggel működik. Az USA és kanadai szakirodalomban a másodlagos tűcsere jelentése más – amikor a tűcsere kliensei több fecskendőt visznek el, mint ami nekik kell, és ezeket olyan drogosoknak adják, akik a tűcsere szolgáltatásnak nem tagjai.

¹³ Cohent, Druckert, Wickermant, Casabaseset, Jacobs-t és Laufert idézi Return on Investment, 2009.

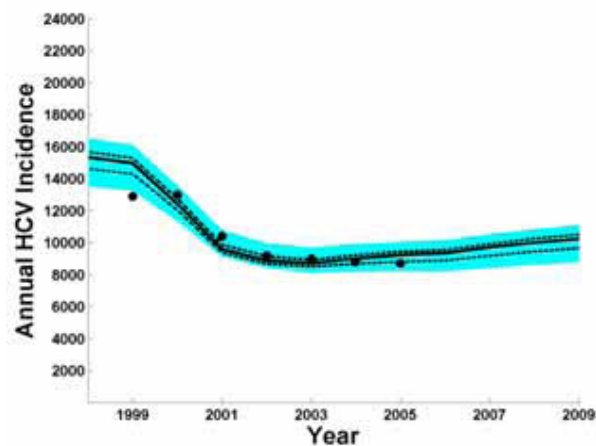


20. ábra. Évente kiadott steril fecskendők száma Ausztráliában 1999–2009.

21. ábra. HIV-fertőződések (incidencia) a jelenlegi 50%-os lefedettséggel.



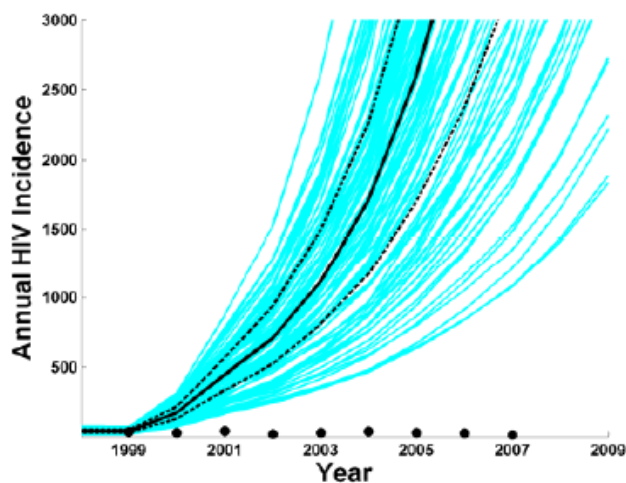
22. ábra. HCV-fertőződések (incidencia) a jelenlegi 50%-os lefedettséggel.



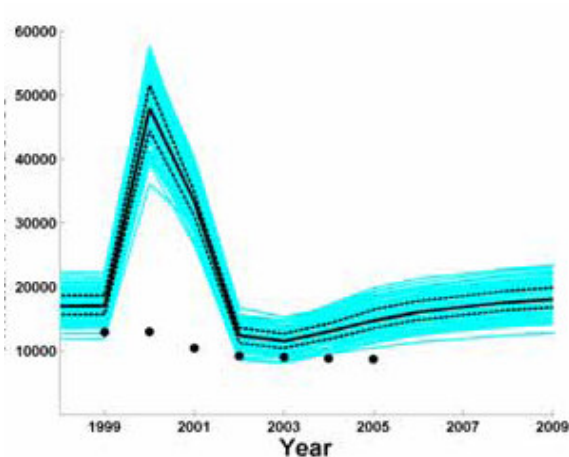
Mind a HIV-, mind a HCV-fertőzőtség csökkent, a csökkenés az iv. droghasználók számának csökkenéséből ered.

23. ábra. HIV-fertőződés tücsere nélkül a modell alapján.

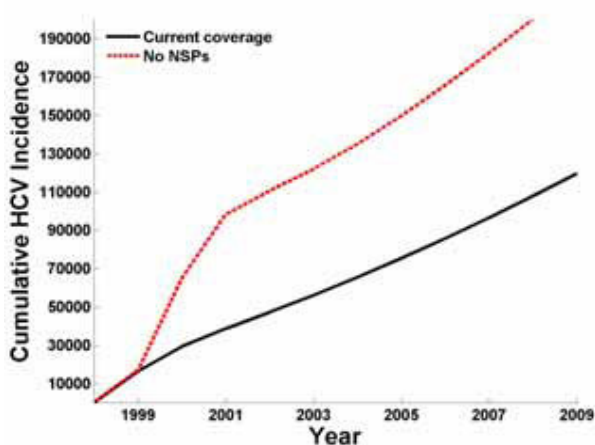
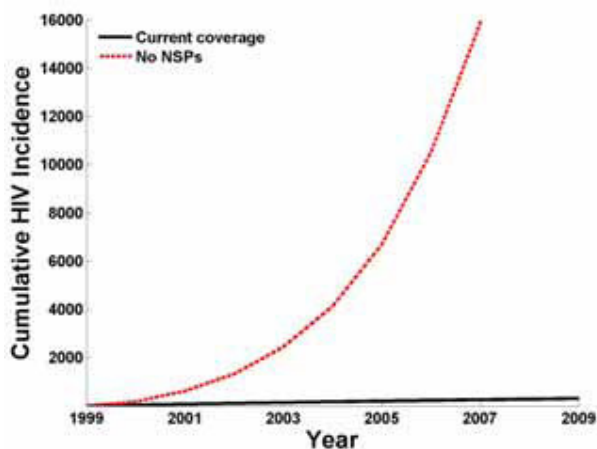
24. ábra. HCV-fertőződés tücsere nélkül a matematikai modell alapján.



25. ábra. HIV friss fertőződés a jelenlegi tűcserével (fekete vonal) és tűcsere nélkül (bordó vonal).



26. ábra. HCV friss fertőződés a jelenlegi tűcserével (fekete vonal) és tűcsere nélkül (bordó vonal).



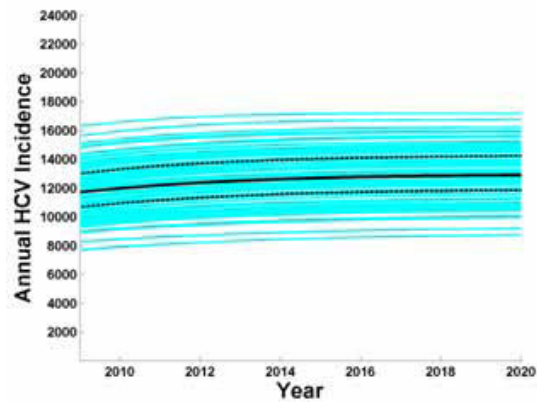
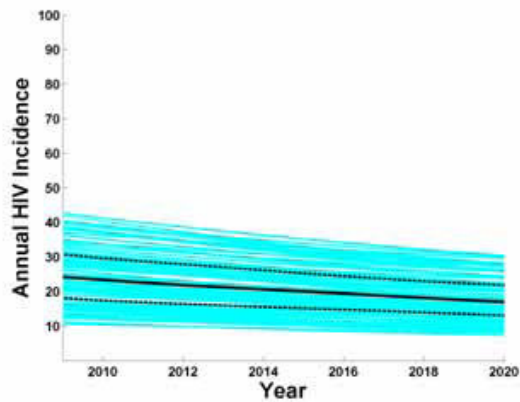
Az ábrákból látható, hogy míg a tűcsere egyértelmű hatással van a HIV terjedésére, a HCV-fertőzés terjedése többkomponensű, és az osztott fecskendőhasználaton keresztüli terjedés (amit a tűcsere megcélóz), egy paramétere a fertőzés terjedésének. Magasabb a fertőzöttség kiindulási értéke (prevalencia), és a HCV fertőzőképessége. Így a tűcsere hatása önmagában mérsékeltebb, mint a HIV-fertőzésre való hatás.

Előrevetítések:

Jelenlegi lefedettség:

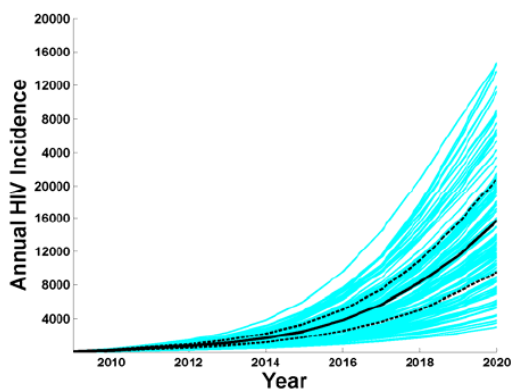
27. ábra. HIV-fertőzés 2020-ig a jelenlegi lefedettséggel.

28. ábra. HCV-fertőzés 2020-ig a jelenlegi lefedettséggel.

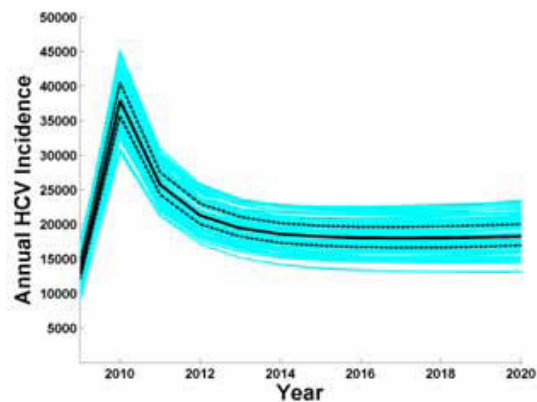


Tűcsere nélküli előrejelzések:

29. ábra. HIV-fertőzés tűcsere nélkül.

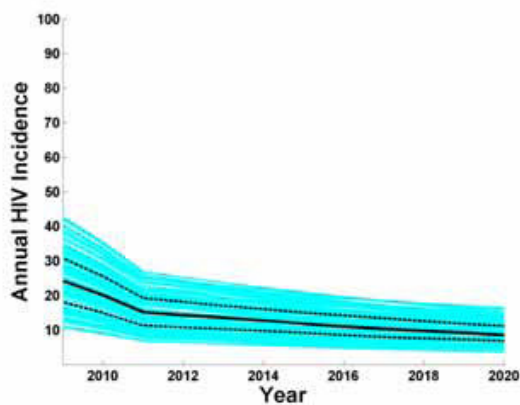


30. ábra. HCV-fertőzés tűcsere nélkül.

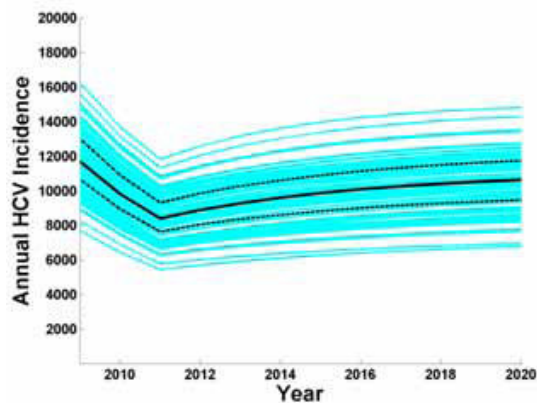


Lefedettség fokozása 50%-kal:

31. ábra. HIV-fertőzés a tűcsere-lefedettség 50%-os fokozásával.



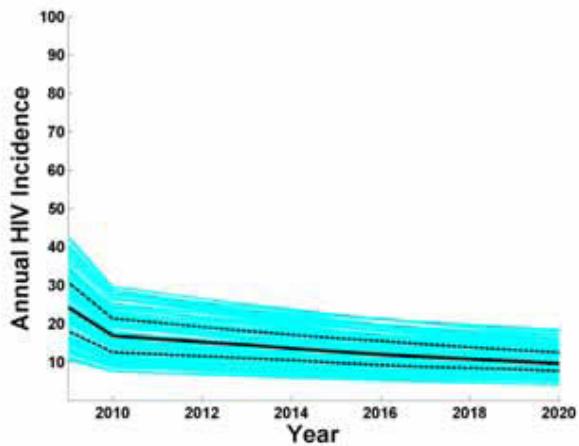
32. ábra. HCV-fertőzés a tűcsere-lefedettség 50%-os fokozásával.



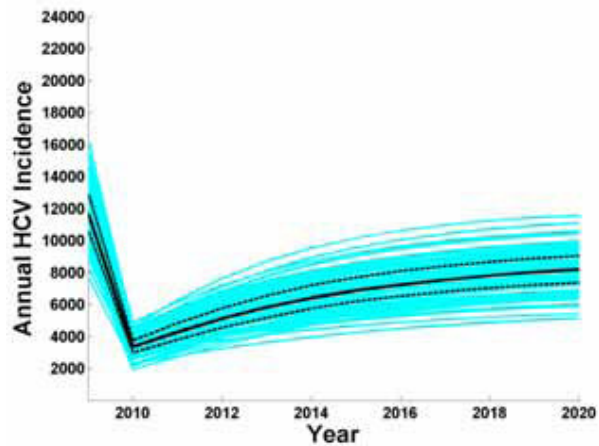
A drog fogyasztó populáció méretének változtatása

33. ábra. HIV-fertőzés a drog fogyasztó populáció méretének 25%-os csökkentésével.

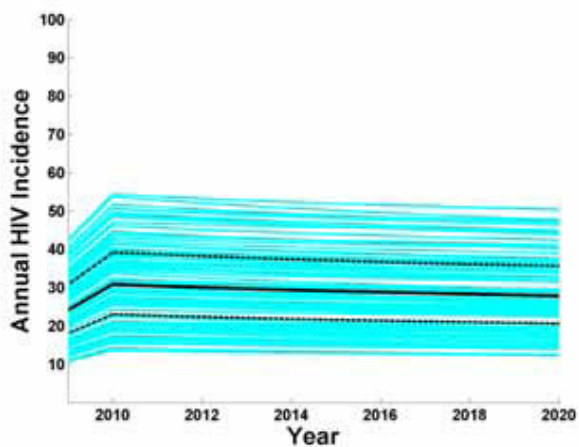
34. ábra. HCV-fertőzés a drog fogyasztó populáció méretének 25%-os csökkentésével.



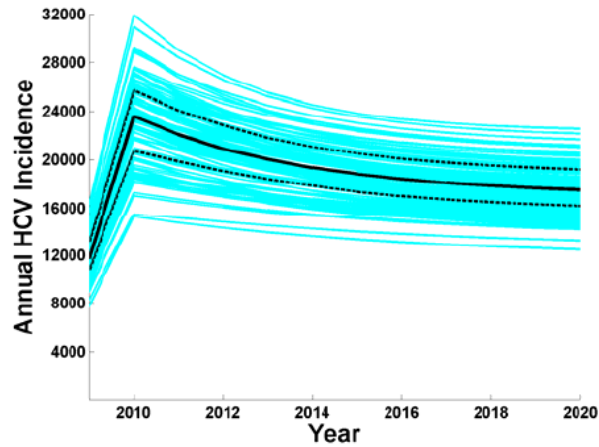
35. ábra. HIV-fertőzés a drog fogyasztó populáció méretének 25%-os növekedésével.



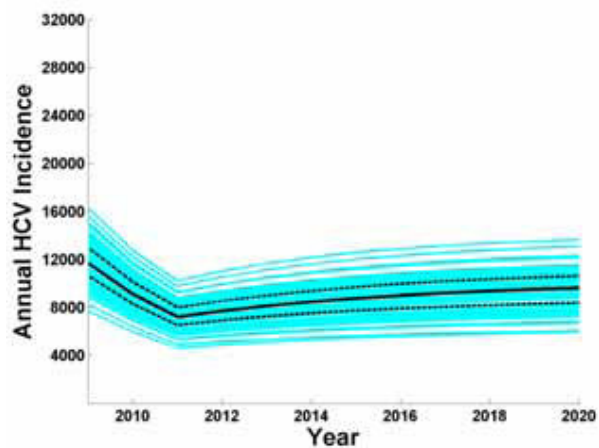
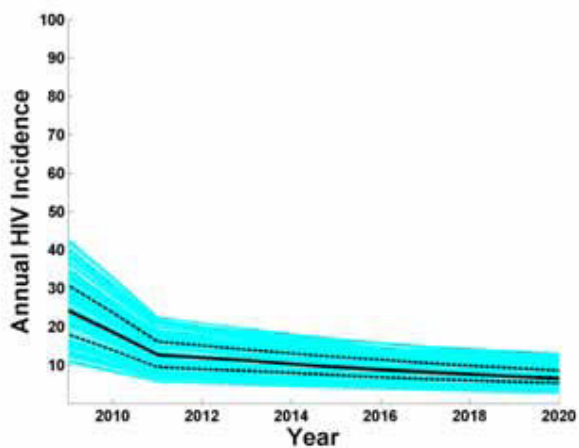
36. ábra. HCV-fertőzés a drog fogyasztó populáció méretének 25%-os növekedésével.



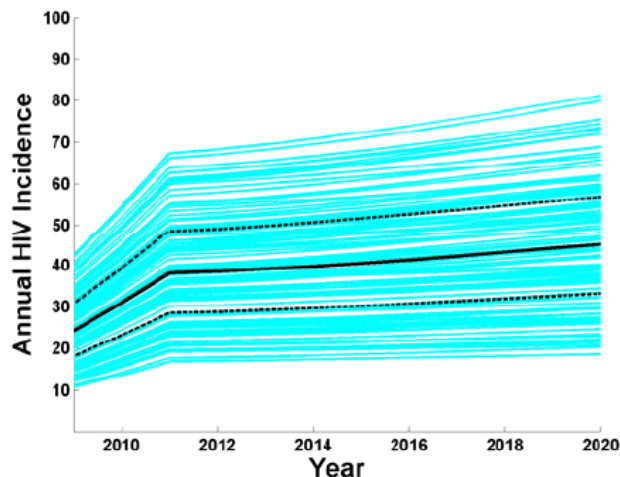
A droghasználat gyakoriságának változtatása
37. ábra. HIV-fertőzés az iv. droghasználat gyakoriságának 25%-os csökkenésével.



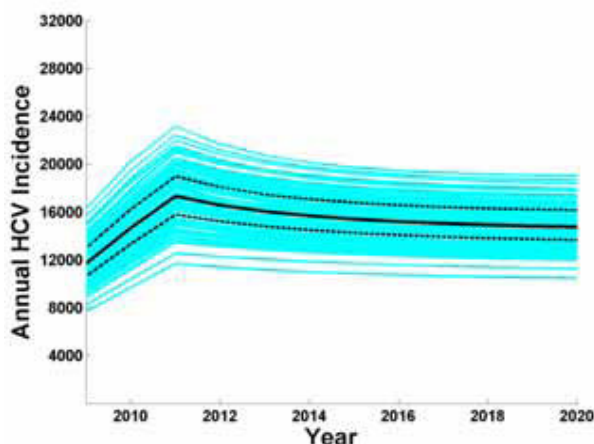
38. ábra. HCV-fertőzés az iv. droghasználat gyakoriságának 25%-os csökkenésével.



39. ábra. HIV fertőzés az iv droghasználat gyakoriságának 25%-os fokozódásával.



40. ábra. HCV fertőzés az iv droghasználat gyakoriságának 25%-os fokozódásával.



Összefoglalás

A matematikai modellezés alapján a tűcsere költséghatékony, és költségkímélő. Az előrejelzésekből a járványtani ábrákat használtuk fel, a gazdasági mutatók táblázatait nem.

A járványtani előrejelzések alapján megállapítható, hogy a jelenlegi ausztrál 50%-os tűcsere-lefedettséggel a HIV-fertőződés további lassú csökkenést eredményez, a HCV lassú emelkedést. Tűcsere nélkül masszív progresszív HIV-járvány és korai HCV-járvány azt követő szaturációval és platófázissal várható. A HCV-fertőzésre hosszú távon a drogfogyasztó populáció méretének csökkenése gyakorolja a legmarkánsabb hatást, míg a HIV-fertőzésre a droghasználat gyakoriságának csökkenése.

6. Következtetések – Javaslatok

Javaslat a tűcserélés szakmai irányelveihez

Definíció

A „tűcsereprogram” egy komplex ártalomcsökkentő beavatkozás intravénás drogfogyasztók részére, amely az intravénás szerhasználatához szükséges steril injektort és egyéb eszközöket oszt szét. Célja a szerhasználatból eredő egyéni és társadalmi károk mérséklése, különös tekintettel a vér útján terjedő fertőzések terjedésének megakadályozására. A tűcsereprogramok (fix telephelyű, ill. mobil tűcsereprogramok, tűcsere automata, outreach

szolgálat) a kezelési lánc első láncszemei, fontos szerepet játszanak az intravénás szerhasználók magasabb küszöbű szolgáltatásokba való eljutásában.

A program igénybevételenek nem feltétele, hogy az ellátott személy kezelés alatt álljon, vagy kezelőintézményben nyilvántartásban szerepeljen. A szolgáltatás mind a rendszeres, mind az alkalmi, rekreációs droginjektálók számára hozzáférhetőnek kell lennie, függetlenül attól, hogy a kliens milyen drogot és mióta használ. Ajánlatos a szekunder tüsszerelés elősegítése, azaz a tüsszerén jelentkező intravénás drogfogyasztó saját droginjektáló körén belül tovább terjeszthesse a steril fecskendőket, és egyéb preventív eszközöket, ártalomcsökkentő információs brosrakat.

A programok létrehozásához

Egy tüsszerprogram létrehozását szükségletfelmérésnek kell megelőznie. A szükségletfelmérés célja egyrészt a megfelelő helyszín(ek) kiválasztásához szükséges információk megszerzése, másrészt az adott településen az intravénás szerhasználók számára fontos szolgáltatás nyújtó intézmények, lehetséges partnerek feltérképezése. A célcsoport szükségleteinek ismerete és az ennek megfelelő helyszín kiválasztása kiemelten fontos mind a fix telephelyű tüsszerék, mind az utcai munkát, megkereső szolgáltatást végző programok esetében: a steril injektáló eszközökhöz való hozzáférést az könnyíti meg leginkább, ha ezek a programok a szerhasználók számára könnyen megközelíthetők, frekvenciált helyeikhez közel találhatók. Ideális esetben egy tüsszerprogram fix telephelyű tüsszere és utcai megkereső munka kombinációja mert így biztosítható a legteljesebb elérés és a szolgáltatások legszélesebb köre. A célcsoport szükségleteiről, az adott település intravénás szerhasználati jellegzetességeiről hasznos információkkal szolgálhatnak például a patikák dolgozói, a családsegítők munkatársainak ismeretei, más szerhasználókkal foglalkozó szervezetek, már működő tüsszerprogramok tapasztalatai, korábbi kutatások eredményei, de a helyi rendőrség is.

A szolgáltatás tervezésekor, elindításakor alapvető szempont, hogy a tüsszerprogram részévé váljon a területen már működő ellátórendszernek, hiszen az egyik legfontosabb funkciója ezeknek a programoknak a kliensek magasabb küszöbű szolgáltatásokba való eljutásának segítése. Ahhoz, hogy ezt minél hatékonyabban megvalósulhasson, érdemes megkeresni, felkeresni azokat az intézményeket, amelyekre a klienseknek potenciálisan szükségük lehet (pl.: szülészet, hepatológia, ambulanciák, patikák, szubsztitúciós kezelés, rehabilitációs otthonok, jogsegély, munkaközvetítő stb....). Ezekkel az intézményekkel lehetőség szerint együttműködést kell kialakítani, legalább olyan szinten, hogy a tüsszerét felkereső kliensek számára információt tudjanak nyújtani arról, hogy melyek azok, amelyekhez bizalommal fordulhatnak a kliensek. Szintén fontos elem a területen működő rendőri szervekkel való kommunikáció és együttműködés kialakítása.

A hatósági kontroll

Tüsszerét állami és civil, drogfüggő és alkalmi drogfogyasztó személyeket ellátó intézmények, patikák végezhetnek. A tüsszere végzéséhez javasolt az ártalomcsökkentő szemlélet és módszerek elsajátítása, hogy azt előítéletmentesen, a személyközpontú szemlélet alapján végezze. Az intézmény számára történő engedélyezés – a hatályos ide vonatkozó jogszabályok alapján – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) feladata. Szakmai felügyeletet a regionális addiktológus szakfőorvos gyakorol.

Intézményes keretek

Túcsérét azok a drogfüggő és alkalmi drogfogyasztó személyeket ellátó állami és civil intézmények végezhetnek, melyek rendelkeznek a szükséges hatósági engedéllyel, valamint speciális személyi és tárgyi feltételekkel. A túcsérét végző személy szakmai háttere szociális munkás, addiktológiai konzultáns, pszichológus, egészségügyi dolgozó pl.: pszichiátriai szakápoló, nővér, patikai dolgozó, utcai munkás lehet, de elősegítendő a gyógyult drogbeteg, kontrollált drogfogyasztó, segítő önkéntesek részvétele is. (Ez utóbbi kollégák alkalmazásakor a szolgáltató feladata a pszichés állapotuk és a pszichoaktív szerekekkel való kapcsolatának folyamatos monitorozása, a szükséges lépések megtevése. A túcsere történhet az intézmény helyiségeiben, illetve utcai megkereső („outreach”) formában, nyilvános helyen, drogfogyasztók által látogatott rendezvényeken, drogfogyasztók lakásain. Az intézménynek a veszélyes egészségügyi hulladék tárolására és megsemmisítésére vonatkozó utasításoknak megfelelően gondoskodnia kell a túcserélő munka során begyűjtött szennyezett fecskendők átmeneti tárolásáról és megsemmisítéséről.

Nyilvántartás

A túcserében jelentkező kliens részére javasolt az anonimitás biztosítása. Ez elemi feltétele a túcserélő munkással való hosszú távú, bizalomteli kapcsolat kialakításának. A regisztráció így az alapadatokra (nem, életkor, fogyasztott drog típusa) korlátozódik, de ezek megléte mindenképpen szükséges a forgalom-, a hatékonyságelemzés és az adatszolgáltatás szempontjából. Az alapadatok alapján szükséges a kliensek kóddal való ellátása, és a túcsere kód alapján történő dokumentálása. A kódot az adott intézmény alakítja ki. A kliens kódok, ill. a forgalmi adatok tárolásáról és védelméről az egészségügyi adatok védelméről szóló jogszabály szerint kell gondoskodni.

Hatékonyság-ellenőrzés

A hatékonyság ellenőrzés során a túcsereprogram hatékonyságát, és eredményességét szükséges ellenőrizni. A túcsere hatékonyságának ellenőrzésére az alábbi adatok gyűjtése és követése javasolt: kliensek száma, fogyasztott drogok típusa, kliens kontaktusok száma, kiadott és begyűjtött fecskendők száma. A jelenlegi gyakorlat szerint a kiadott fecskendők 50-60%-a kerül begyűjtésre és megsemmisítésre. A túcsereprogram eredményessége ezen kívül egyéb adatok alapján is követhető. Ilyen adatok pl. a Hepatitis B, C, HIV incidenciája az ellátottak körében és a droghalálozási adatok alakulása, amik viszont általában túl ritkán fordulnak elő ahhoz, hogy belőlük hatékonyságot lehessen számolni. Ezért sokkal érzékenyebbek a célcsoporton belüli viselkedés-vizsgálatok, melyeken belül mérhető a magas kockázattal járó magatartások, pl. közös fecskendő- és egyéb injektáló-eszköz használat előfordulása.

Hozzáférhetőség

A kívánt viselkedés-változás és a HIV/HCV megelőzés elérésére a célcsoport, egy adott helyi droginjektáló közösség jelentős hányadát el kell látni a prevenció beavatkozással, így a túcserével is. Javasolt a napi 24 órán át elérhető szolgáltatási formák elősegítése, ahol az ügyeletes patikák és automaták szerepe felértékelődik.

Társadalmi támogatottság

Egy túcsereprogram működéséhez elengedhetetlen feltétel a helyi közösség támogatása. A két alapvető partner a helyi önkormányzat és a rendőrség, de a helyi sajátosságoknak megfelelően kell megtalálni a lehetséges helyi partnereket, és együttműködési formákat. A helyi közösségek és intézmények tájékoztatása és támogatása jelentősen csökkenti a negatív megítélésből, előítéletből származó gátakat. Fontos, a helyi közösségeket támogató

tevékenység a drogszemét, használt injektorok begyűjtése, amely a helyi önkormányzattal, civil szervezetekkel való együttműködés potenciális terepe lehet.

Szolgáltatások, engedélyek és tárgyi eszközök

Az Európai Unió gyakorlat (lásd 4. fejezet) és a szakmai egyeztetés alapján a következő *alapszolgáltatásokat* ajánlott egy tűcsereprogramnak nyújtania:

- Injektáló fecskendők kiadása és/vagy (esetleges) begyűjtése
- Egyéb injektáló eszközök és injektáláshoz szükséges anyagok (főzőedény, szűrő, citromsav/C vitamin, alkoholos lemosó stb.) kiadása és begyűjtése
- Gumióvszerek és megfelelő síkosítók kiadása.

Az ajánlott, a tűcsereprogramon belül megvalósítható kiegészítő szolgáltatások a következők lehetnek:

- Utcai munka
- Információs brosrák, szóróanyagok
- Internetes információs honlap
- Egyéni tanácsadás
- Biztonságosabb injektálás bemutatása
- Elsősegélyre (pl. túladozaskor segítség) felkészítő oktatás
- Nem injektáló kábítószer-használatra átállással kapcsolatos tanácsadás, az ehhez szükséges eszközök biztosítása
- Kutatási projektek kezdeményezése, kutatási projektekben való részvétel
- HIV/HCV és esetleg más fertőző betegségekre tesztelés, surveillance
- Új és/vagy veszélyes kábítószer nyomon követése („early warning system”)
- Szociális hálózatokon alapuló megelőzés
- Párkapcsolatokon alapuló megelőzés.

Az ajánlott *kapcsolódó szolgáltatások* csoportja olyan szolgáltatásokat tartalmaz, amelyek jellemzően nem a tűcsereprogramokban elérhetőek, hanem a tűcsereprogram hivatalos vagy nem hivatalos intézményes kapcsolatain keresztül tudja kliensei számára elérhetővé tenni ezeket, és ezekbe a tűcsereprogram résztvevőit el tudja küldeni:

- Nőkre specializálódott programok: pl. terhességvizsgálati teszt; nőgyógyászati vizsgálatok; tanácsadás prostitúcióval, terhességgel, gyerekneveléssel kapcsolatban
- Hepatitis szűrés
- Hepatitis A és Hepatitis B védőoltás
- Sebkezelés
- Fertőző betegsége gyógyítása
- Szubsztitúciós kezelés
- Pszichiátriai és szomatikus komorbiditás kezelése
- Fecskendőket árusító helyekkel (patikák) együttműködés kialakítása, szóróanyagok elhelyezése
- Jogsegély, jogvédelem.

A kiegészítő és a kapcsolódó szolgáltatások fenti felsorolása természetesen nem teljes és kizárólagos, a sor folytatható számos egyéb itt fel nem sorolt illetve jelenleg Magyarországon nem elérhető szolgáltatással (pl.: felügyelt injekciós helyiség, Naloxon-osztás).

A tűcsereprogram indításához, üzemeltetéséhez szükséges *engedélyek, tárgyi feltételek és eszközök*:

- ÁNTSZ engedély
- Működési engedély
- Szerződések, megrendelők az injektorokat, a hulladékártalmatlanítást végző céggel
- Bérleti jog vagy saját tulajdonú helyiség.
- A kliensek fogadására alkalmas helyiség víz-csatorna, elektromos áram, telefon és internet hozzáféréssel. Szükséges helyiségek: fogadótér, tűcsere-tér, konzultációra alkalmas helyiség, személyzeti WC, teakonyha.



41. ábra: Egy átfogó, pszichoszociális szolgáltatásokat is nyújtó tűcsereközpont alaprajza – East-End, London (idézi: Rácz és mtsai 2010)

- 2 db hűtő: 1 személyzeti és 1 a veszélyes hulladéknak
- Riasztó pánikgombbal
- Számítógép, nyomtató, fénymásoló, szkennel az adminisztráció elvégzésére.
- Tűcserehez szükséges eszközök:

Injektorok (fecskendők, tűk)
 aszkorbinsav
 pezsgőtabletta, vitaminok
 vénaápolók
 vizes edények
 kupak
 óvszer

kötszer
 terhességi teszt
 érszorító
 desztillált víz
 öngyújtó
 alufólia
 szívószál

- A kiegészítő szolgáltatásokhoz:

tea, cukor, citromlé, kávé, szacharin
1 számítógép a kliensek részére a klienstérbe.
mosó- és/vagy szárítógép
szárító
ruhák, adományok tárolására szánt doboz
szennyestartó
defibrillátor
könyvek, újságok
adományok (ruha, élelmiszer)
szendvics
gyertya
doboz, polifoam
melegítő tapasz

- Szóróanyagok segítőhelyekről, ártalomcsökkentésről.

A tüsszereprogramokban biztosított eszközökkel kapcsolatban ajánlásként az eszközök bővebb leírását is érdemes lehet a szakmai szabályozó anyagnak tartalmaznia (erre alkalmas lehet jelen írás második fejezetének „A tüsszere intézmények által biztosított eszközök” alfejezete). Ezen kívül itt tartalmazhat a szabályozó anyag egy rövid leírást a különböző tüsszere típusokról is (lásd uo.: „Tüsszereprogramok típusai” alfejezet)

Kiegészítések, megjegyzések

A személyzet szakképzettségével, területen szerzett tapasztalatával kapcsolatos elvárások

Amennyiben egy szervezet SZFH-s pályázaton nyer befogadást, úgy a szociális ellátások kapcsán a törvényi előírásoknak meg kell felelnie, azaz a programban kell lennie egy koordinátornak, két segítőnek, be kell jelentkezniük a szociális regiszterbe illetve meg kell felelni a továbbképzési kötelezettségnek is.

A programban dolgozók végzettsége lehet addiktológiai konzultáns, szociális munkás, továbbá a pszichológus, pszichiáteri-addiktológusi diploma is nagyon hasznos lehet, de nem szükséges. A gyakorlatban szociológusok, pedagógusok, lelkészek is remekül megállják a helyüket. A szolgáltatók alkalmazhatnak a fenti területen tanuló hallgatókat is, ugyanakkor az önkéntesek alkalmazása is bevett gyakorlatnak számít például a Kék Pont Alapítványnál.

Mindezekkel együtt fontos az ártalomcsökkentő szemlélet elfogadása, a személyes beszélgetésekbe, a konzultációba vetett bizalom és ennek művelése, a türelem és az önképzés. A tüsszerekben dolgozók kiegészének megelőzésében illetve a jó színvonalú munka fenntartásában elengedhetetlen a folyamatos és rendszeres team-ek (megbeszélések) és külsős szakemberrel tartott szupervíziók tartása valamint továbbképzések, illetve a megfelelő segítői létszám. Ez utóbbival kapcsolatban elmondható, hogy minimum két fő kell a napi feladatok ellátásához egy tüsszereprogramban (ami biztonsági szempontból is fontos), azonban az adott klienskör jellegének, a napi forgalom nagyságának megfelelően kell a minimum létszámot meghatározni (a Kálvária téren működő tüsszere esetében például négy fő a minimum létszám, amelyből legalább egy férfi ügyelő).

Alapszolgáltatások

Az egyik hazai tüsszereprogram jellemzője, hogy letört tüvel kell visszavinni a fecskendőket (Gyarmathy, Neaigus, Mitchell, 2009). Többek között talán ennek is tudható be, hogy

Budapesten sok injektáló kábítószer-használó letöri a tűt használat után, meggátolva ezzel a fecskendő újrafelhasználását és a fertőzésveszélyt (Gyarmathy és Rácz 2010). A tűcsereprogramok (és a gyógyszerárak) megelőző munkájának eredményességét megnövelné, ha a szolgáltatók (szociális munkások illetve gyógyszerészek) azt tanácsolnák a felhasználóknak, hogy a fertőzések megelőzése érdekében injektálás után azonnal törjék le *saját* fecskendőjükről a tűt, és helyezték bele a fecskendőbe (Gyarmathy és Rácz 2010). Nagyon fontos az injektáló eszköz kizárólagos egyéni használatának propagálása, mivel a nem saját, főleg a talált fecskendő tűjének a letörése a fertőzés kockázatát hordozza.

A 2009-es nemzeti jelentésben összesen három alkalommal szerepel az, hogy „óvszer”, de csak egy vonatkozik kifejezetten kábítószer-használókra (a másik kettő közül egy iskolai, egy pedig szórakozóhelyeken történő óvszerkiosztásra vonatkozik), és az is csak egy, terhes kábítószerező nőkre specializálódó program keretében oszt gumióvszert (ami ugyebár ebben az esetben *post facto*). Igaz a hazai injektáló kábítószer-használók körében relatíve alacsony a nemi úton terjedő betegségek előfordulása (Gyarmathy, Neaigus, Ujhelyi, 2009), ugyanakkor a tűcsereprogramok szolgáltatásai közé ajánlott lenne beiktatni az ingyenes gumióvszerek kiadását is.

Kiegészítő szolgáltatások vagy kapcsolat ilyen szolgáltatásokkal

A brosrák és internetes tájékoztató oldalak révén elérhető információt esetleg egy helyre lehetne csoportosítani, mégpedig olyan intézményekhez vagy csoportokhoz, amelyek már ezt megfelelő színvonalon biztosítják. Az ilyen csoportosítás fontos része viszont az, hogy más programokat is bevonjanak a brosrák és a weblapok tartalmának és módszertanának összeállításába, hogy a prevenció minden igényét valóban kielégítsék. Ehhez is természetesen szükséges a megfelelő állami finanszírozás.

Az egyéni tanácsadás, elsősegély, és az injektálás bemutatása a hazai tűcsereprogramokban jelenleg főleg kötetlen keretek között történik, ami nem feltétlenül jelent problémát, mivel a hatékony tanácsadás fontos része a kötetlen légkör (Gyarmathy és Rácz 2010). Elengedhetetlen viszont az, hogy a stáb valóban megfelelő információkat adjon át a klienseknek. Ehhez nem kell egészségügyi végzettség, elég csupán rendszeres tréning és esetmegbeszélés – akár informális keretek között is.

A nem injektáló kábítószer-használat propagálása a megfelelő eszközök rendelkezésre bocsátása nélkül nehéz. A nemzeti jelentésben sehol nem szerepel, hogy hazánkban bármely tűcsereprogramban alkalmas fóliát bocsátának a heroinhasználók rendelkezésére, amfetaminfogyasztóknak szánt gélkapszulákról nem is beszélve. Igényfelméréssel fel lehetne térképezni, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók körében az ilyen szolgáltatások mennyire lennének népszerűek és elfogadottak, és ennek megfelelően ezeket esetleg be lehetne építeni a tűcsereprogramok szolgáltatásai közé.

A nemzeti jelentésből nem tűnik ki, hogy hazánkban bárhol is lenne tűcsereprogramokhoz kötött, illetve velük együttműködésben folytatott rendszeres kutatás és tesztelés. Ennek az oka valószínűleg az, hogy erre eddig még nem volt megfelelő és folyamatos állami finanszírozás. A jelenlegi tesztelések és kutatások kampányjellegűek, attól függően, hogy mikor van erre pénzügyi keret. A finanszírozókkal együttműködve hosszú távú tervezéssel ez a probléma valószínűleg megoldható lenne. Amennyiben lehetőség nyílna ilyen közös hosszú távú tervezésre, ennek részét képezhetné a szociális hálózatokon és párkapcsolatokon alapuló megelőzés is, mivel ennek a leghatékonyabb módja az, ha a kutatással és teszteléssel együtt végzik.

Kapcsolat kiegészítő szolgáltatásokkal

A jelentés (NDF 2009) szerint hazánkban csak egy átfogó program, a Józan Babák Klub áll a droghasználó terhes nők, anyák, és családok rendelkezésére, amely 2006-tól működik. Ezen kívül Budapesten a XIII. kerületben egy 40 órás képzés keretében a résztvevő védőnők alapismereteket sajátíthattak el a terhesség és a kábítószer-használat kapcsolatáról. Ami a hazai felügyelt injekciós helyiségeket illeti, Magyarországon csak jogszabály-módosítással válna lehetővé higiénikus körülmények biztosítása az injektálás aktusa számára (Gyarmathy és Rácz 2010). A jogszabályváltozáshoz pedig politikai akaratra lenne szükség, ami jelenleg nagymértékben hiányzik. A jelentés szerint 2008-ban a Drogprevenció Alapítvány egy kampány keretében felajánlotta a HBV-védőoltást, melyre 24-en tartottak igényt, majd 17-en illetve 7-en jöttek el a második illetve a harmadik ismétlődő oltásra. A jelentésben sehol nem szerepel a gyógyszertárak szerepe, annak ellenére, hogy egy Budapesten végzett vizsgálatban résztvevő injektáló kábítószeresek egyharmada minden fecskendőjét a gyógyszertárból szerzi be és 16%-uk pedig a tűcsere szolgáltatóktól és a gyógyszertárból is (Gyarmathy, Neaigus, Li, 2010). Amennyiben ilyen még nincs, vagy nem rendszeresen elérhető, a tűcsere helyszíneken a kliensek rendelkezésére lehetne egy olyan listát bocsátani, amely a város olyan gyógyszertárainak címét tartalmazná, ahol az injektáló kábítószer-használók elfogadó magatartással találkozhatnak, és ott fecskendőt vásárolhatnak. Fontos lenne tehát az, hogy a hazai tűcsere szolgáltatók minél több kiegészítő szolgáltatást nyújtó intézménnyel alakítsanak ki hivatalos vagy nem hivatalos kapcsolatot, és ezekről a tűcsereprogram klienseit minél messzemenőbben támogassák. Ennek alapfeltétele természetesen az, hogy ilyen szolgáltatások létezzenek is.

7. Irodalom

- Ashton, Mike. Hepatitis C and Needle Exchange. *Drug and Alcohol Findings* Issue 8 2003.
- Cabases, J. M., Sanchez, E. (2003) Costs and effectiveness of a syringe distribution and needle exchange program for HIV prevention in a regional setting. *European Journal of Health Economics* 4(3).
- Children's Legal Centre (1985) Landmark decision for children's rights. *Childright* , 22: 11-18.
- Cohen, D.A., Wu, S.Y., Farley, T.A. (2004) Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention intervention. *J Acquir Immune Defic Syndr* 37(3).
- Csák Róbert (2009): Kálvária téri Kontakt Kávézó program 2008-as kliensforgalmi adatainak elemzése. Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest. Kézirat www.kekpont.hu/beszamolok/kalvaria_forgalmi_adatok_elemzese.pdf
- DeCruz, S. P.(1987) Parents, doctors and children: the Gillick case and beyond. *Journal of Social Welfare Law* (March): 93-108.
- Des Jarlais, D. C., Arasteh, K., McKnight, C. és mtsai (2010). HIV infection during limited versus combined HIV prevention programs for IDUs in New York City: the importance of transmission behaviors. *Drug and Alcohol Dependence.*, 2010, 109, 154-60.
- Demetrovics Zs., Kun B. (2009): Drogkutatások Magyarországon, In: *Drogpolitika számokban*, Felvinczi Katalin, Nyírády Adrienn (szerk.). Budapest, L'Harmattan kiadó
- Dehne, K. (ed) The determinants of the AIDS epidemic in Eastern Europe. Report from Monitoring the AIDS Pandemic (MAP), UNAIDS, Geneva, 1998.
- Dudás és mtsai. (2009): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2008. évi prevalenciája felmérésének teljesítéséről, Országos Epidemiológiai Központ, Szakmai beszámoló
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., Alcabes, P. Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. (1998) *AIDS* 12 Supple A.
- Elekes, Zs. és Nyírády, A. (2007): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése fogás-visszafogás módszerrel. *Addiktológia* (Addictologia Hungarica) 6,2:97–112.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addicton (2009). National reports. www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index48669EN.html#nr., 2009.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addicton (2010): Trends in injecting drug use in Europe, EMCDDA, Lisszabon, 2010. június. www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_108590_EN EMCDDA_SI10_injecting.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addicton (2010): Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges – EMCDDA Scientific Monograph. Rhodes, T. (ed.). Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010 www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101257_EN EMCDDA-monograph10-harm%20reduction_final.pdf
- EU Drugs Action Plan 2005-2008, Official Journal of the European Union 2005/C 168/01. Objectives 14-15. www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=10512&slanguageISO=EN
- Farkas, G. (1981). Epidémiiai adatok a kábító hatású anyagok használatáról (az 1976-80-as évek egészségügyi jelzései alapján). *Alkohológia*, 2.
- Farkasinszky, T., Bácskai J., & Bácskai, M. (1976). Ragasztószer-szippantó gyermekek. *Alkohológia*, 2.

- Farkasinszky, T., Schaád, L., Benkő, K., Csapó, Á., Szabó, F., Hódi, I., Kissné Seprűs, M., Karai, L., & Hehér, F. (1989). Narkomán serdülők és fiatalok ellátása során szerzett tapasztalatok és következtetések. *Alkohológia*, 4.
- Gerevich, J., Füredi, J. (2001) A tüsszerelés szakmai irányelvei. *Psychat Hung* 2001, 16(1):107-110
- Gibson DR, Flynn NM, Perales D (2001): Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *Aids* 15(11):1329-41, 2001.
- Gillick v West Norfolk & Wisbech Area Health Authority [1985] UKHL 7 (17 October 1985) from the British and Irish Legal Information Institute (BAILII) website. www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1985/7.html
- Gindi R. M., Rucker M. G., Serio-Chapman C. E., Sherman S. G. (2009): Utilization patterns and correlates of retention among clients of the needle exchange program in Baltimore, Maryland, *Drug and Alcohol Dependence* 103 (2009) 93–98
- Global Research Network Report (1998). Central–Eastern European Harm Reduction Network, Global Research Network on HIV Prevention in Drug-using Populations. First Annual Meeting, 1998, Geneva, Switzerland http://grn-hiv-du.org/pdf/1998_GRN_Meeting_Report.pdf
- Global Research Network Report (1999). Central–Eastern European Harm Reduction Network Report, Global Research Network on HIV Prevention in Drug-using Populations. Second Annual Meeting, 1999, Atlanta, Georgia, USA http://grn-hiv-du.org/pdf/1999_GRN_Meeting_Report.pdf#page=38
- Gyarmathy V.A. – Rácz, J. – Neagius, A. – Újhelyi, E. (2005): The urgent need for HIV and hepatitis prevention in drug treatment programs in Hungary. *AIDS Educ Prev*. 2004 Jun;16(3):276-87
- Gyarmathy V.A. – Rácz, J. – Neagius, A. – Újhelyi, E. (2005): A HIV- és hepatitisz-prevenció sürgető szükségessége a magyarországi drogterápiás programok keretében. *Addiktológia*, 4,1: 29–44 (az előző cikk magyar nyelvű fordítása).
- Gyarmathy VA., Neagius A.: The effect of personal network exposure on injecting equipment sharing among IDUs in Budapest, Hungary. *Connections*. 2006; 15(1): 29-42.
- Gyarmathy, V. A., Ujhelyi, E., Neagius, A. (2008): HIV and selected blood-borne and sexually transmitted infections in a predominantly Roma (Gypsy) neighbourhood in Budapest, Hungary: a rapid assessment. *Cent. Eur. J. Public. Health.*, 2008, 16, 124– 127. www1.szu.cz/svi/cejph/archiv/2008-3-07-full.pdf
- Gyarmathy, V. A., Neagius, A., Mitchell, M. M. és mtsai (2009): The association of syringe type and syringe cleaning with HCV infection among IDUs in Budapest, Hungary. *Drug and Alcohol Dependence.*, 2009, 100, 240-7.
- Gyarmathy, V. A., Neagius, A., Ujhelyi, E (2009): Vulnerability to drug-related infections and co-infections among injecting drug users in Budapest, Hungary. *Eur J Public Health.*, 2009, 19, 260-5.
- Gyarmathy, V. A., Neagius, A., Li, N. és mtsai (2010): Liquid drugs and high dead space syringes may keep HIV and HCV prevalence high – a comparison of Hungary and Lithuania. *European Addiction Research* (közlés alatt).
- Gyarmathy V. Anna, Rácz József (2010): A hepatitis C-vírus és az emberi immunhiányt okozó vírus járványtana magyarországi injekáló kábítószer-használók körében – hogyan tovább?, *Orvosi Hetilap* 2010, 151. évfolyam, 10. szám, p. 365–371.
- Hamers, F. F., Batter, V., Downs, A. M., Alix, J., Cazein, F., & Brunet, J. (1997). The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe: geographic and time trends. *AIDS*, 11, 1365-1374.

- Hamers, F. F., & Downs, A. M. (2003). HIV in central and eastern Europe. *The Lancet*, 361, 1035-1044.
- Heimer R. (2008): Community coverage and HIV prevention: Assessing metrics for estimating HIV incidence through syringe exchange, *International Journal of Drug Policy*, 19S (2008) S65–S73
- Hickman, M. (2010): HCV prevention — a challenge for evidence-based harm reduction, In: Rhodes, T. (ed.): *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges* – EMCDDA Scientific Monograph. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010. www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101257_EN EMCDDA-monograph10-harm%20reduction_final.pdf
- Honti, J., Bán, P. (1998). The first outreach needle exchange program in Hungary. *International Journal of Drug Policy*, 9, 97–100.
- Honti, J., Sharang, A., Jiresova, K., Nanu, M., Subata, E., Beniowski, M., Dehne, K. (2000): Division in HIV epidemic in the Central-Eastern European and former Soviet Union region, and its effect on regional networking. 3rd International HIV Prevention Works Symposium, July 8-9, 2000 Durban, South-Africa (official Satellite Conference of the 13rd World AIDS Conference)
- Honti, J. (2001). Central and Eastern Europe – Peer advice for HIV preventive services through a regional network. *Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned. Case Studies Booklet. Central and Eastern Europe and the Central Asian States. UNDCP/UNAIDS booklet United Nations: New York.* http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/JC673-DrugAbuse_en.pdf
- Honti, J., Gyarmathy, V. A. (2010) The multifaceted nature of opiate use among Hungarian injecting drug users. *Feldolgozás alatt.*
- International Harm Reduction Association (2010): *The Global State of Harm Reduction 2010 – Key issues for broadening the response.* Szerk.: Catherine Cook. IHRA, London www.ihra.net/contents/245
- Jacobs, P., Calder, P., Taylor, M., Houston, S., Saunders, L.D., Albert, T. (1999). Cost effectiveness of Streetworkers' needle exchange program of Edmonton. *Can J Public Health* 90(3).
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről 2002 (2002). Szerk: Ritter I., Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről 2003 (2003). Szerk: Ritter I. és Felvinczi K., Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről 2006 (2006). Szerk.: Felvinczi K., Nyírády A. és Portörő P., Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről 2007 (2007). Szerk.: Felvinczi K., Nyírády A. és Portörő P. Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2009 (2009). Szerk.: Felvinczi K., Nyírády A. és Portörő P., Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
- Kassai, M. (2004). Az egyszer-használatos fecskendők gyógyszerári eladása kábítószer fogyasztók részére (KAB-KT-03-21) Szociális és Munkaügyi Minisztérium Támogatott Kutatása www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=908
- Kimber, J. és mtsai (2010): Harm reduction among injecting drug users — evidence of effectiveness. In: Rhodes, T. (ed.): *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges* – EMCDDA Scientific Monograph. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010. www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101257_EN EMCDDA-monograph10-harm%20reduction_final.pdf

- Kolozsi, B. (1987). A deviancia hullám egyes jellegzetességei, a drogvisszaélés magyarországi helyzete és a szenvedélybetegeknek nyújtott segítség. *Alkohológia*, 4.
- Laufer, F.N. (2001) Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 28(3).
- Márványkövi F, Rácz J (2005): Alacsony-küszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzői Magyarországon, 2004-ben. *Addiktológia* (Addictologia Hungarica), 4,4, 431-459.
- Márványkövi F., Melles K., Rácz J. (2006): A kezelésbe és tűcserébe jutás akadályai problémás droghasználók körében Budapesten, *Addiktológia*, 4., 319-341.
- Márványkövi F., Melles K., Légmán A., Rácz J. (2008): A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten, *Addiktológia*, 3-4., 205-233.
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2009): 2009-es Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára www.drogfokuszpont.hu/?pid=96#2009
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2008): 2008-as Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára www.drogfokuszpont.hu/?pid=96#2008
- Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010–2018 (2009), A kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII.21.) OGY határozat. VII/2.3. B/b. www.drogstrategia.hu/attachments/nemzeti_strategia_2010_100121.pdf
- Needle, R. H., Coyles, S. L., Normand, Lambert, E. and Cesari, H. (1998) HIV prevention with Drug-Using Populations – Current Status and Future Prospects: Introduction and Overview. *Public Health Reports*, June 1998. Vol 113, Suppl. 1: 4-18.
- NICE Guideline, 2009. Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment. National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) public health guidance 18 (2009) <http://guidance.nice.org.uk/PH18/NICEGuidance/pdf/English>
- Paksi B. (2009): Populációs adatok alakulása, In: *Drogpolitika számokban*, Felvinczi Katalin, Nyírády Adrienn (szerk.). Budapest, L'Harmattan kiadó
- Palmateer, N., Kimber, J., Hickman, M. és mtsai (2010). Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction.*, 2010, 105, 844-59.
- Rácz J és Ritter I. (2003): Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon. *Addiktológia* 2, 3-4, 305-345.
- Rácz J, Máthé-Árvay N, Fehér B (2003): Kezelésre jelentkező és „utcai” injekciós droghasználók kockázati magatartásainak és kockázatészlelésének jellemzői. Előzetes eredmények. *Addiktológia* 2, 3-4, 370-388.
- Rácz J, Márványkövi F és Melles K (2009): Közösség-alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében. *Addiktológia* (Addictologia Hungarica), 8,3: 219-253.
- Rácz J, Márványkövi F és Melles K (2009): Budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HCV tanácsadásának vizsgálata. Budapest, Kézirat.
- Rácz József, Márványkövi Ferenc, Melles Katalin és Vadász Viktória (2010): *Út a túléléshez – nyílt színi droghasználat és „belövőszobák” Budapest, Az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos megfontolások*, L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2010 [megjelenés alatt]
- Return on investment Needle and Syringe Programs in Australia Report. (2002) Commonwealth Department of Health and Ageing, Health Outcomes International Pty Ltd, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research: Sydney, Australia.

- Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia. (2009) National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Darlinghurst: University of New South Wales (2009)
- Rhodes, T., Ball, A., Stimson, G.V., Kobyschka, Y., Fitch, C., Pokrovsky, V., Bezruchenko-Novachuk, M., Brrows, D., Renton, A. and Andrushchak, L. (1999a). HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, Eastern Europe: demands rapid assessment and response. *Addiction* 94: 1323–36
- Rhodes, T., Stimson, G. V., Crofts N., Ball, A., Dehne, K., Khodakevich, L. (1999b). Drug injecting, rapid HIV spread and the „risk environment”: implications for assessment and response. *AIDS* 1999, 13 (suppl A), S259-S269.
- Rudolph, A. E., Crawford, N. D., Ompad, D. C. és mtsai (2010). Comparison of injection drug users accessing syringes from pharmacies, syringe exchange programs, and other syringe sources to inform targeted HIV prevention and intervention strategies. *J Am Pharm Assoc* (2003)., 2010, 50, 140-7.
- Takács István Gábor, Demetrovics Zsolt (2009): A tűcsere programtűcsereprogramok hatékonysága az injektáló droghasználók közötti HIV és hepatitisz fertőzés megelőzésében, *Psychiatria Hungarica* 2009, 24 (4):264-281
- Taylor, R.(2007) Reversing the retreat from Gillick? R (Axon) v Secretary of State for Health. *Child and Family Law Quarterly* , 19(1): 81-97.
- UNAIDS (2000). SIXTY PERCENT COVERAGE! UNAIDS Cosponsors and key partners call for urgent action to scale up HIV prevention among injecting drug users in Eastern Europe and Central Asia. News Letter of the Central-Eastern European Harm Reduction Network. Issue 4, 2000.
- UNAIDS. (2001). Drug abuse and HIV/AIDS: lessons learned: Case studies booklet: Central and Eastern Europe and Central Asian States. New York: United Nations.
- Vickerman, P., Kumaranayake, L, Balakireva, O., Guinness, L., Artyukh, O, Semikop, T. et al. (2006) The cost-effectiveness of expanding harm reduction activities for injecting drug users in Odessa, Ukraine. *Sex Transm Dis* 33(10 Suppl).
- Vickerman, P., Miners, A, Williams, A. (2008) Assessing the cost-effectiveness of interventions linked to needle and syringe programmes for injecting drug users: An economic modelling report. Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine: London.
- de Wit A, Bos J (2004): Cost-Effectiveness of needle and syringe programmes: a review of the literature, in Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. Edited by Jager J, Limburg W, Kretzschmar M, és mtsai. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004. www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_31309_EN EMCDDAmonograph7-en.pdf
- Wheeler, R.(2006) Gillick or Fraser? A plea for consistency over competence in children: Gillick and Fraser are not interchangeable. *British Medical Journal* , 332 (8 April): 807.
- WHO, UNAIDS & UNODC (2004a) Policy Brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. Geneva, World Health Organization, 2004. www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf
- WHO (2004b): Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004. www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf
- Wodak A, Cooney A (2006): Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse* 41(6-7):777-813, 2006.

8. Melléklet

I. A tűcserélés szakmai irányelvei – 2001¹

Általános megjegyzések

A javasolt szakmai irányelvek alapgondolata az, hogy az intravénás drogfogyasztók részére nyújtott tűcsere olyan prevenciós beavatkozás, melynek közvetlen célja az intravénás drogfogyasztási forma szövődményeinek megelőzése. Széleskörű nemzetközi tapasztalatok szerint a leggyakoribb várható szövődmények a vér által terjedő fertőzések kialakulása (HIV, Hepatitisz C, Hepatitisz B), illetve a nem megfelelő öninjekciózási gyakorlathoz kapcsolódó bőrgyógyászati és sebészeti szövődmények (ulcus, phlegmone, sepsis, a vénák sclerotisatiója). A fenti szövődmények kialakulása akár a rendszeres, napi öninjektálók, akár az alkalmi, rekreációs öninjektálók körében kialakulhatnak. A szövődmények forrása az intravénás drogfogyasztáshoz kapcsolódó rítusokból (pl. a közös fecskendő, tű, főzőedények használata), illetve a sterilitással kapcsolatos ismeretek hiányából eredő gyakorlat (például. a bőr fertőtlenítésének elmulasztása). Ily módon az alkalmi, vagy egy adott, átmeneti időszakon belül rendszeres öninjektáló életre szóló, és gyógyíthatatlan betegséget szerezhet.

E szűken értelmezett célkitűzés mellett a tűcsere az ártalomcsökkentés egyik módszere, mely csak egy komplex, alacsony elvárásküszöbű ellátási formán belül érheti el a fenti célkitűzéseit. Az ártalomcsökkentő ellátás célja a drogkarrier valamely szakaszában lévő, az absztinenciára még felkészületlen páciens megtalálása, utánkövetése, a magas rizikójú viselkedésformákban (pl. iv. drogfogyasztás) való változás elérése, a harmadlagos prevenció mellett a drogmentesség felé terelése. Ily módon maga a tűcsere egy komplex, végső soron a drogmentesség irányába vezető, alacsony elvárásküszöbű beavatkozási rendszer részének tekinthető. Tekintettel arra, hogy a drogbetegek 5-10%-a jelenik meg a kezelőrendszerben, az ártalomcsökkentő beavatkozásnak jelentős szerep jut a kezelőrendszeren kívüli, úgynevezett rejtett drogfogyasztó populáció megtalálásában.

Az intravénás drogfogyasztók körében végzett ártalomcsökkentés – ezen belül a tűcserélés – időszerűségét jelzi, hogy egyrészt emelkedik az intravénás drogfogyasztási forma aránya, (különösen az ópiát használók között), másrészt becslések szerint a Hepatitis C-vírus előfordulása 10-30% közötti, és megjelent a HIV-fertőzöttség is.

21. táblázat. OSAP 3. táblák 1995–1999.

A fogyasztás módja (ópiáltípus)	1995	1996	1997	1998	1999
Injekció	396	833	1573	2130	2783
Szájon át	306	405	634	485	553

Injektálók aránya a kezelésben részesültek körében (ópiáltípus)	
1995	50%
1996	62%
1997	62%
1998	69%

¹ Forrás: *Psychatria Hungarica* 2001, 16(1):107-110

Javaslat a tűcserélés szakmai irányelveire:

- *Hatósági kontroll:* Tűcserét állami és civil, drogfüggő és alkalmi drogfogyasztó személyeket ellátó intézmények végezhetnek. A tűcserét speciális felkészítő tréning elvégzése után az intézmény által kijelölt személy végezze, személyre szóló engedély alapján. Az intézmény számára történő engedélyezés – a hatályos ide vonatkozó jogszabályok alapján – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) feladata. Szakmai felügyeletet a regionális addiktológus szakfőorvos gyakorol
- *Indikáció:* A tűcsere egy komplex ártalomcsökkentő beavatkozás részeként intravénás drogfogyasztók részére nyújtott harmadlagos prevenciós beavatkozás, melynek nem feltétele az, hogy az ellátott személy kezelés alatt álljon, vagy kezelőintézményben nyilvántartásban szerepeljen. A szolgáltatás mind a rendszeres, mind az alkalmi, rekreációs droginjektálók számára hozzáférhetőnek kell lennie, függetlenül attól, hogy a kliens milyen drogot és mióta használ. Ajánlatos az szekunder tűcserélés elősegítése, azaz a tűcserén jelentkező intravénás drogfogyasztó saját droginjektáló körén belül tovább terjeszthesse a steril fecskendőket, és egyéb preventív eszközöket, ártalomcsökkentő információs brosrakat.
- *Intézményes keretek:* Tűcserét azok a drogfüggő és alkalmi drogfogyasztó személyeket ellátó állami és civil intézmények végezhetnek, melyek rendelkeznek a szükséges hatósági engedéllyel, valamint speciális személyi és tárgyi feltételekkel. A tűcserét végző személy szakmai háttere szociális munkás, addiktológus konzulens, utcai munkás lehet, de elősegítendő a gyógyult drogbeteg, kontrollált drogfogyasztók, segítő önkéntesek részvétele is. A tűcsere történhet az intézmény helyiségeiben, illetve elérési (outreach) formában, nyilvános helyen, drogfogyasztók által látogatott rendezvényeken, drogfogyasztók lakásain. Az intézménynek a veszélyes egészségügyi hulladék tárolására és megsemmisítésére vonatkozó utasításoknak megfelelően gondoskodnia kell a tűcserélő munka során begyűjtött szennyezett fecskendők átmeneti tárolásáról és megsemmisítéséről.
- *Nyilvántartás:* A tűcserére jelentkező kliens részére javasolt az anonimitás biztosítása. Ez elemi feltétele a tűcserélő munkással való hosszútávú, bizalomteli kapcsolat kialakításának. Ugyanakkor forgalom, és a hatékonyság elemzés szempontjából szükséges a kliensek kóddal való ellátása, és a tűcsere kód alapján történő dokumentálására. A kódot az adott intézmény alakítja ki. A kliens kódok, ill. a forgalmi adatok tárolásáról és védelméről az egészségügyi adatok védelméről szóló jogszabály szerint kell gondoskodni.
- *Hatékonyság-ellenőrzés:* A hatékonyság-ellenőrzés során a tűcsereprogram hatékonyságát, és eredményességét szükséges ellenőrizni. A tűcsere hatékonyságának ellenőrzésére az alábbi adatok gyűjtése és követése javasolt: kliensek száma, fogyasztott drogok típusa, kliens kontaktusok száma, kiadott és begyűjtött fecskendők

száma. Általánosan elfogadott gyakorlat szerint a kiadott fecskendők 75%-a kerül begyűjtésre és megsemmisítésre. A tűcsereprogram eredményessége a programon kívüli adatok alapján követhető, pl. a Hepatitis B, C, HIV incidenciája az ellátottak körében, viselkedés vizsgálatok a célcsoporton belül, veszélyeztető gyakorlat, pl. osztott fecskendőhasználat előfordulása, droghalálozási adatok alakulása.

- *Hozzáférhetőség:* A kívánt viselkedésváltozás, és HIV-, HCV-megelőzés elérésére a célcsoport, egy adott helyi droginkjektáló közösség jelentős hányadát el kell látni a prevenciós beavatkozással, így a tűcserével is. Az ENSZ regionális szakmai szervezete (UNAIDS Task Force) egy adott droginjektáló közösség 60%-ának elérését és ártalomcsökkentő ellátását javasolja az eredményes HIV-, hepatitisz-prevenció eléréséhez.

2000. 10. 03.

Gerevich József
Titkár

Füredi János
Elnök

FORRÁS

- A kábítószer-fogyasztó személyek megoszlása a kábítószer-fogyasztás módja szerint OSAP 3. táblák 1995–1999.
- ALTER, M. and MOYER, L.A. The importance of preventing Hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirolog.*, Vol 18, Suppl. 1, July 1998: 6-10..
- BURROWS, D. 1998. How to Start and Manage a Needle Exchange Program. A guide for countries in Central and Eastern Europe and Newly Independent States of the former Soviet Union. kézirat.
- DEHNE, K. The HIV epidemic in Central and Eastern Europe: Update. Presentation. Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations, Atlanta, USA, 1999..
- Dehne, K. L., C. Grund, J-P., Khodakevich, L, Kobyschcha, Y.: The HIV/AIDS epidemic among drug injectors in Eastern Europe: patterns, trends and determinants. *Journal of Drug Issues* 29(4), 729-776, 1999..
- DEHNE, K. (ed) The determinants of the AIDS epidemic in Eastern Europe. Report from Monitoring the AIDS Pandemic (MAP), UNAIDS, Geneva, 1999..
- DES JARLAIS, D.C. Evaluation of HIV prevention programs. News Letter of the Central-Eastern European Harm Reduction Network. Issue 4, 2000. kézirat.
- Global Reserach Network Indicators Database on HIV Prevention in Drug-Using Populations, Hungary.
- HEIMER, R. Syringe exchange programs: lowering the transmission of syringe-born diseases and beyond. *Public Health Reports*, June 1998. Vol 113, Suppl. 1: 75-80..
- NEEDLE, R.H., COYLE, S. L., NORMAND, LAMBERT, E. and CESARI, H. (1998) HIV prevention with Drug-Using Populations – Current Status and Future Prospects: Introduction and Overview. *Public Health Reports*, June 1998. Vol 113, Suppl. 1: 4-18..
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására. A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. ISM 2000.
- Principles for preventing HIV infection among drug users. Copenhagen WHO Regional Office for Europe 1998. WHO document..
- Rhodes, T., Stimson, G. V., Crofts, N., Ball, A., Dehne, K. L., Khodakevich, L.: Drug injecting, rapid HIV spread, and the „risk environment”: implications for assessment and response. *AIDS* 1999. 13 (suppl A):S259-S269..
- SIXTY PERCENT COVERAGE! UNAIDS Cosponsors and key partners call for urgent action to scale up HIV prevention among injecting drug users in Eastern Europe and Central Asia. *News Letter of the Central-Eastern European Harm Reduction Network*. Issue 4, 2000. kézirat.
- Summary booklet of best practices UNAIDS. Geneva UNAIDS 1999. WHO document.
- COTTLER, L.B., COMPTON, W.M., ABDALLAH, A.B., CUNNINGHAM-WILLIAMS, R., ABRAM, F., FICHTENBAUM, C. and DOTSON, W. Peer-delivered interventions reduce HIV risk behaviors among out-of-treatment drug abusers. *Public Health Reports*, June 1998. Vol 113, Suppl. 1: 31-41..

II. A Kék Pont Alapítvány Kálvária téri tüssereprogramjának házirendje

Házirend

Szolgáltatásaink ingyenesek, térítési díj nincs!

2. Ha először jársz nálunk, a regisztráció és a házirend elfogadása után kaphatsz fecskendőket.
3. A Kék Pontba egy nap egyszer jöhetsz be.
4. Egy nap 5 fecskendőt vihetsz el (ha hozol vissza, azt becseréljük).
5. Cigizni csak kívül lehet, utána már nem tudsz visszajönni.
6. Az itt dolgozók pénzt, cigit és hitelt nem adnak!
7. A Kék Pont egész területén nem lehet anyagozni! (Nincs szúrás, szívás, gyógyszerelés, tekerés, szipuzás, cucc megcsinálása stb.)
8. Üzleti ügyeidet máshol intézd!
9. Telefonodat csak kívül használhatod!
10. Fegyvert, illetve szűrő, vágó eszközöket nem lehet elővenni (kést sem)!
11. Gyerekek ide nem jöhetnek be!
12. Vitáidat máshol rendezd!
13. A WC és a mosdó nem használható!
14. Szerelmi és szexuális életedet máshol éld!
15. Lassíts, érezd jól magad! Ne verekedj, ne fenyegetőzz, ne kiabálj, ne veszekedj!!!!!!
Az itt dolgozók kérését minden esetben vedd figyelembe!

A Házirend bármely pontjának megszegése kitiltással és/vagy a hely azonnali bezárásával járhat!

III. Magyarországon működő tüssereprogramok listája²

Budapest

Drogprevenációs Alapítvány
1138, Hollán Ernő u. 40. (szuterén)
Tel: 06 1 320 28 66
06 20 939 43 31
nyitva: hétfő-vasárnap 16-20-ig, csütörtök
16-19-ig

Kék Pont Alapítvány
1089, Kálvária tér 5.
Tel: 06 30 609 70 09
nyitva: hétfő kivételével minden nap 16-20-

Békéscsaba

MI-ÉRTÜNK Prevenációs és Segítő
Egyesület
5600, Kazinczy Ferenc u. 6/1.
Tel: 06 70 415 66 09

Debrecen

Magyar Ökumenikus Segélyszervezet
4024, Víztorony u. 9-11.
Tel: 06 52 536 636
hétfő-csütörtök 16-18-ig, péntek 14-16-ig

² Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont <http://www.drogfokuszpont.hu/?lang=1&pid=195>

ig

anonim, ingyenes ujjbegyes HIV és hepatitisz
szűrés: kedd és csütörtök 16-20-ig

Baptista Szeretetszolgálat – Utcafront /
Mobil Tücsereprogram
1102, Bánya utca 1.
Tel: 06 1 260 98 55

hétfő – péntek 16-20 óráig egy lakóautóban,
az alábbi helyeken:

hétfő: Csepel, víztorony

kedd: Újpest, Pozsonyi út (patika mögött)

szerda: Újpalota, Hősök utcai patika előtt

csütörtök: Csepel, víztorony

péntek: Havanna, Baross és Bartha Lajos u.
kereszteződése

Artera Alapítvány – Tücsereprogram
1074 Budapest, Rottenbiller u. 10.
(bejárat a Péterfy Sándor utca felől)
nyitva: a hét minden napján 16-20h között
Tel: 06 1 413 13 80

Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia –
Tücsere automata
Lehel út 59. (a 4-es busz megállója mellett)

Ajka

Alkohol-Drogsegély Ambulancia
8400, Móra Ferenc u. 2.
Tel: 06 30 205 2188; 06 88 401 660

Miskolc

Baptista Szeretetszolgálat – Utcafront
3529, Középszer u. 17.
hétfő, szerda és péntek 16-21-ig
Drogambulancia Alapítvány – Tücsere
automata
3525, Csabai Kapu 9-11.
Tel: 06 46 431 310

Nagykanizsa

Magyar Vöröskereszt Zala Megyei
Szervezete
Szenvedélybetegek Alacsonyküszöbű Ellátó
Szolgálat
8800, Zrínyi u. 35.
Tel: 06 93 321 793; 06 30 633 3457

Gyula

Pándy Kálmán Kórház Drogambulancia –
Tücsere-automata
5700, Semmelweis u. 1.
Tel: 06 66 526 540

Független Egyesület – utcai megkereső
program
5700, Semmelweis u. 1.
Tel: 06 66 639 445

Kaposvár

INDIT Közalapítvány „TÜKÖR” Somogy
M. Drogamb., és Kaposvár
Szenvedélybetegek Nappali Ellátója
7400, Béke utca 47.
Tel: 06 82 511 634

Kecskemét

RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat
6000, Fecske u. 20.
Tel: 06 76 415 466
hétfő – csütörtök 8-16-ig, péntek 8-15-ig

Német Kultúrcentrumért Közalapítvány –
Tücsere automata
6000, Szövetség tér 1.

Szeged

Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági
Drogcentrum
6726, Fésű u. 4.
Tel: 06 62 436 353
hétfő–péntek 8-16-ig

Veszprém

Alkohol – Drogsegély Ambulancia
8200, Pápai u. 37/B.
Tel: 06 88 421 857
hétfő, kedd, csütörtök, péntek 8-19-ig, szerda
8-18-ig

Orosháza

MI-ÉRTÜNK Prevenció és Segítő
Egyesület (KontaktPont)
5900, Október 6. utca 33-35.
Tel: 06 68 410001; 06 70 415 6607

Pécs

INDÍT Közalapítvány – TISZTÁS
Szenvedélybetegek Nappali Intézménye
7621, Kazinczy u. 6.
Tel: 06 72 532 300
hétfő-péntek 9-16-ig, szombat 9-12-ig

INDÍT Közalapítvány – Tücsere automata
7623, Szendrey Júlia u. 6.
Tel: 06 72 315 083

Salgótarján

Salgótarjáni Kistérség Többcélú Társulás
Kistérségi Szociális és Gyermekjóléti
Szolgáltató Központ
Alacsonyküszöbű Addiktológiai Szolgálat
3100, Füleki út 41.
Tel: 06 32 431 386; 06 20 777 6257
hétfő-péntek: 7:30-16:30, csütörtök 7:30-
18:00