

IV.3 Az illegális szerfogyasztás megelőzését és kezelését célzó egyes szolgáltatások
minőségügyi rendszerének kialakítása

IV.3.1. Szakirodalom áttekintése a kiválasztott szakmai területeken

IV.3.1.1.1. A kritikus fejlesztési területek azonosítása és priorizálása

Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet,
TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt

Szerzők:

Sebestyén Edit (célzott prevenció)

Csák Róbert (tűcsere)

Dudits Dénes (megelőző-felvilágosító szolgáltatások)



1. MEGELŐZÉS

I. „RÉSZLETES FEJLESZTÉSI MUNKATERV ÖSSZEÁLLÍTÁSA” - FEJLESZTÉSI TERÜLETEK AZONOSÍTÁSA ÉS PRIORIZÁLÁSA A CÉLZOTT PREVENCIÓ TERÜLETÉN BELÜL

I.1. MEGELŐZÉSI STRATÉGIÁK

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.

I.1.1. Általános prevenció

„Az ebbe a kategóriába tartozó prevenciós stratégiák a populáció egészét (országosan, helyi közösségekben, iskolában) szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a probléma-viselkedés (alkohol, dohányzás, kábítószer-fogyasztás) megjelenését kívánják megakadályozni, illetve késleltetni. A prevenciós beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az általános prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnak tekinthető, a veszélyeztetettség mértéke azonban igen különböző az egyének szintjén.” (Nádas, 2008, pp.4). Magyarországon a leggyakoribb megjelenési formája iskolai szintén jellemző.

I.1.2. Célzott prevenció

„Ezek a beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnak 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

drogérintettségű, 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.” (Nádas, 2008, pp.4) E területen kevés program jelenik meg hazánkban.

I.1.3. Javallott prevenció

„Ez a kategória olyan prevenciós beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (DSM IV) függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését szeretnék a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. A megnövekedett egyéni kockázat jelei lehetnek a romló osztályzatok, alkohol és drogfogyasztás és elidegenedés a szülőktől, iskolától és pozitív kortársaktól. Kevesebb hangsúlyt fektetnek az olyan környezeti hatások befolyásolására, mint például a közösségi értékek. Ezek a programok tehát elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nem csak a szerhasználat kialakulásának megakadályozása, hanem minden olyan viselkedészavar befolyásolása is, amely vélhetőleg kapcsolódik, vagy elvezet a szerhasználó életút kialakulásához.” (Nádas, 2008, pp.4). Sajnos nem igazán jellemzőek nálunk az ilyen típusú intervenciók. Leginkább az elterelés intézményrendszerén belül van lehetőség egyénre szabott programok kialakítására.

I.2. FEJLŐDÉS A MEGELŐZÉS TERÜLETÉN A „NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSA ÉRDEKÉBEN” C. DOKUMENTUM ELFOGADÁSA ÓTA (2000) - FEJLESZTÉSI SZÜKSÉGLETEK

A 'Drogpolitika számokban' című kiadvány, mely a Nemzeti Stratégia 10 éves időtartamának lejártával összegezte a magyar helyzetet, a prevenció kapcsán is megfogalmaz megállapításokat (Felvinczi, 2009). Az összegzés szerint „egyértelműen megállapítható, hogy a prevenciós beavatkozások számbelileg és minőségileg is jelentős fejlődésen mentek át az eltelt évek során” (pp. 186). A szerző azonban felhívja a figyelmet a hiányosságokra is, miszerint „a színterek, akcióterületek egyenetlenül fejlődtek”, esetleges a programfinanszírozás, az értékelési kultúra nem a kellő intenzitással fejlődött, valamint a programok akkreditációja még nem kidolgozott.

A projekt szempontjából az első hiányosságra érdemes rátekinteni, mely jelzi, hogy az egyes szintek, akcióterületek kapcsán nem kiegyenlített a programok megjelenése. Nagy számban vannak jelen programok az iskolai szinten, viszont éppen ezért annál kevesebb erőfeszítés jutott, és kevesebb lehetőség, forrás adódott például az iskolán kívüli közösségi szintek látogatóit megcélzó programok kialakítására, bevezetésére. Továbbá az iskolai szint dominanciája magával vonta az általános prevenció körébe tartozó programok számának gyarapodását, és egyben lemaradást okozott a kockázati csoportok számára fejlesztett speciális programok esetében a kapacitások „elvonásával”.

A tapasztalatok azt jelzik, hogy minden javulás ellenére a minőségi fejlesztésre minden területen szükség lenne, így például az iskolai programok esetén is. Azonban kiemelten fontos lenne a célzott megelőzési munka fejlődését kilendíteni a lassú „kerékvágásból”, 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. Ezek azok a fő szempontok, melyek *a célzott prevenciót mint fejlesztendő területet helyezik a projekt megelőzési elemének középpontjába.*

A célzott prevenció területéhez kapcsolódó fejlesztéseket a 2009 decemberében elfogadott új Nemzeti Stratégia („Nemzeti stratégia a kábítószerprobléma kezelésére 2010-2018”), is kiemelten kezeli, mely minden szintre kapcsolódva konkrét célzott prevenciós feladatokat jelöl ki. Ezekre e projekt célkitűzéseivel, várt eredményeivel is reflektálni kívánunk.

I.3. VÁLASZTOTT TERÜLET INDOKLÁSA - ILLESZKEDÉS A PROJEKT FŐ CÉLJAIHOZ

A célzott prevenció mint terület kiválasztása indokolt a projekt kábítószerügyi pillérének általános és konkrét célkitűzéseinek szempontjából is. Az e területre sorolt programok azok, ahol a célcsoport szükségleteit tekintve leginkább előtérbe kerülnek az ellátórendszer egyéb elemei. Mindez oly módon, hogy a megcélzott kockázati csoport tagjaival való foglalkozás során olyan problémák kerülhetnek felszínre, melyek megoldása akár 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 tekintetében kulcsfontosságú elem.

I.4. A KONKRÉT TERÜLETEK KIVÁLASZTÁSÁNAK SZEMPONTJAI – KIVÁLASZTOTT TERÜLETEK

Mérlegelve a lehetőségeket, olyan, adott szinterekhez kapcsolódó programtípusok kiválasztását tartjuk célszerűnek, melyek az adott szintet látogatók jellegzetességeiből adódóan nagy valószínűséggel egy kockázati csoportot céloznak meg:

1. Kifejezetten kevés számban, de már működő, kutatások által bizonyítottan szükséges, előzetesen kipróbált (pilot tested), a tapasztalatok alapján formált, innovatív, speciális szintérhez kötődő célzott prevenciós programtípus:

- **Plázákat / bevásárlóközpontokat látogató, leginkább ott csellengő fiatalok, a kutatások alapján a drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetettebb fiatalok számára helyben működtetett célzott prevenciós programok.**

MINTAPROGRAM:

*Plázákban, bevásárló központokban működő **Alternatíva** című program.*

A projekt konkrét eredményei (szakmai irányvonalak kidolgozása és közreadása) elősegíthetik a „pláza program” országos elterjesztését, így szinte a kezdetektől azonos szakmai irányvonalak mentén indíthatók a programok az egyes helyszíneken.

Előny:

Már rendelkezünk egy, a kapcsolódó jelenségekört vizsgáló friss kiadvánnyal, amely fontos alapját képezheti az első körben készülő tanulmánynak:

Demetrovics Zs., Paksi B., Düll A. (szerk.): Pláza, ifjúság, életmód. Egészségképzési vizsgálatok fiatalok körében. 2009. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

2. Az első pontban kiválasztott speciális programnál elterjedtebb célzott prevenciós programtípus, mely szintén közösségi térben valósul meg, és amely átfogó céljaiban, tartalmában, szolgáltatásaiban hasonlíthat a „pláza programra”, azonban a megvalósítás szintere „hétköznapi”, bármely településen (központibb település részen) megvalósítható, így ott is, ahol nincsenek bevásárlóközpontok/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, pl. szegénységben élő családok gyerekei, alkoholista szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok, mely alapján a szerhasználat szempontjából veszélyeztetettnek tekinthetők.**

MINTAPROGRAM:

Nem jelölünk ki egy konkrét mintaprogramot. Építkezve hasonló irányú kezdeményezések, konkrét programok tapasztalataira, a bevásárlóközpontokban/plázákban működő program célkitűzéseit, tartalmát alakítanánk az eltérő környezetre, körülményekre, különös tekintettel a szintén csellengő, marginalizálódott csoportokra mint várható célcsoportra.

A projekt konkrét eredményei (szakmai irányvonalak kidolgozása és közreadása) elősegíthetik-e programok további terjedését, valamint azonos szakmai személet meghonosodását, elősegítve a szolgáltatások minőségének, hatékonyságának javítását, a leginkább adekvát szolgáltatási megoldások kiválasztását.

3. Nagy számban működő, sok tapasztalattal rendelkező, de feltételezhetően nem egységes szakmai irányvonalak mentén működő célzott prevenciós programtípus kiválasztása, mely szintén kutatási eredmények által bizonyítottan szükséges.

- **Zenés-táncos szórakozóhelyeken, e helyeket látogató fiatalok számára megvalósított célzott prevenciós programok.**

MINTAPROGRAM:

Nem jelölünk ki egy konkrét mintaprogramot, hanem a Magyarországon működő főbb programok áttekintésével, a tapasztalatok megosztásával, tanulságok levonásával közösen elfogadott szakmai irányelv kialakítására kerülne sor.

Fontos hangsúlyozni, hogy különbséget szükséges tennünk a különböző, e szintén megvalósuló programok között. Célcsoport tekintetében itt leginkább olyan fiatalokat megcélzó programokra gondolunk, akik körében még nincs jelen a rendszeres drogfogyasztás, legfeljebb alkalmyszerűen fogyasztanak drogot, így a cél valóban a drogfogyasztás kialakulásának, ill. ha az már alkalmyszerűen jelen van, annak rendszeressé válásának megelőzése. Az alkalmazott módszerek tekintetében komplexebb programok sorolhatók ide, melyek szélesebb körű szolgáltatás nyújtására törekszenek (pl. többféle megelőzési irányzat alkalmazásával). Azok a szűkebb körű szolgáltatást nyújtó programok, melyek leginkább ártalomcsökkentő célzattal működnek, és a szórakozóhelyeken a már kifejezetten drogot fogyasztókat célozzák meg a komolyabb fizikai ártalmak elkerülése végett (pl. vízosztás, pihenőszoba biztosítása, tanácsadás stb.), azok a programok vizsgálódásunk külön csoportját alkotják. A mindennapi gyakorlat bizonyára vegyes képet mutat, hiszen a szolgáltatások nyújtásának lehetőségeit nagyban az adott körülmények határozzák meg, azonban a szakirodalmi áttekintés és az irányelvek kidolgozása során ezekre a fenti szempontokra tekintettel kell lenni.

I.5. TOVÁBBI INDOKLÁSOK – KORLÁTOK

Mindhárom vizsgálandó programtípus mellett szólnak általános érvek. A kiemelt projekt drogügyekkel foglalkozó pillére jelentősen hozzájárulhatna a kockázati csoportokra irányuló prevenciós munka fejlődéséhez e három területtel való foglalkozás révén. Azonban csak a projekt pillér IV.3-as eleméhez kapcsolódó szakértői napok száma és a rendelkezésre álló időkeret alapján dönthető el, hogy a fenti három (két egymáshoz kapcsolódó és egy különálló) terület közül melyek azok, amelyek ténylegesen bekerülhetnek majd a feladattervbe. Lehetséges, hogy nincs kapacitás minden terület feldolgozására.

Mégis külön kiemelendő az első két terület kapcsolódása. Fontos figyelembe venni, hogy az 1. programtípus nagyszámú elterjedésére sosem számíthatunk annak jellegzetessége okán, hiszen az csak nagyobb bevásárlóközpontokban/plázákban valósulhat meg, ami csak kevés számú nagyvárosban található, továbbá a tapasztalatok alapján ez egy eléggé költséges program, így további akadályokba ütközhet a bevezetés, elterjesztés. Ez indokolhatja a 2. terület bevonását is a projektbe a „pláza program” alternatívájaként (vagy fordítva), vagyis szakmai útmutatás kidolgozását a hasonló céllal működő programok, a plázában csellengő csoportokhoz hasonló jellegzetességekkel bíró, de pláza szintér hiánya miatt más helyeken fellelhető fiatal csoportok számára kialakított programokhoz

kapcsolódóan. Természetesen nehézségként jelenhet meg az egységes szakmai irányelvek kidolgozásánál a városi vagy egyéb települési szintér sokfélesége, a célcsoport esetleges sokrétűsége.

A 3. terület szintén kulcsfontosságú, széles körben kutatott szintér, a probléma bizonyítottan jelen van, számtalan hasonló céllal működő szolgáltatás van a területen. Éppen ezért lenne szükséges a helyi kezdeményezéseket hosszú távon szerzett tapasztalatokra támaszkodó, egyetértésen nyugvó szakmai mederbe irányítani. Ami itt is nehézséget okozhat, és megnövelheti a munka mennyiségét a zenés-táncos szórakozóhelyek sokfélesége, szerteágazó volta (helyszín formája, látogatók létszáma, látogatók jellemzői, zene típusa, valószínűsített drogfogyasztás jellege stb.), mely a szakmai irányelvek kidolgozása kapcsán fontos szempontként megjelenik.

I.6. TOVÁBBI LEHETSÉGES CÉLCSOPORTOK

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 (Rácz, 2007) mint

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

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

Mint fentebb már említésre került, e projekt kapacitásai bizonyára nem teszik 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

kapcsolatkialakítás elősegítésének *elsődleges szükségessége dominál*, ahol nem a segítőrendszer, a „gondoskodást” nyújtó szolgálatok megerősítése, és az egyénre- és életszakaszra szabottabb szolgáltatási formák megjelenése kell, hogy fő hangsúlyt kapjon a különböző beavatkozások során, mely szempontokat/javaslatokat szintén Rácz (2007) fogalmazta meg kutatási eredményei alapján e csoportokat megcélzó lehetséges intervenciók kapcsán. Természetesen a fentiek megjelenhetnek szükségletként, mint fentebb már jelzésre került, de 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 sem rendelkezünk.

Az állami gondozottak csoportja olyan a fent felsoroltakból, akik projektcéljaink tekintetében releváns csoportot jelenthettek volna, vannak is kezdeményezések, szükségleteket indukáló kutatások, azonban e projekt kereteibe biztosan nem fér már bele ez a lehetséges prevenciós célterület.

2. MEGELŐZŐ-FELVILÁGOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSOK

Hazánkban a büntető-eljárás alternatívájaként létrejött ún. elterelésnek három szolgáltatási típusa van, úgymint megelőző-felvilágosító szolgáltatás, kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás. Ezek közül a *TÁMOP-5.4.1/08/01 kiemelt projekt* a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kialakítását célozza meg, amely az EMCDDA szerint ún. indikált (javallott) prevenciók intervenciójának minősül.

A MEGELŐZŐ-FELVILÁGOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁS KRITIKUS FEJLESZTÉSI TERÜLETKÉNT VALÓ KEZELÉSÉNEK INDOKOLTSÁGA

Az Európában megfigyelhető növekvő drogfogyasztás és azzal 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 hogy kapjon a megelőző-felvilágosító szolgáltatás, mint a szociális kontroll egyik eszköze, 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.)

Megelőző-felvilágosító szolgáltatást biztosító szervezetek 2003 óta működnek Magyarországon, és jelenleg 52 szervezet biztosított különféle egyéni és csoportos foglalkozásokat az elterelésben résztvevő kliensei 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.

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 magyarországi elterelés szakmai elméleti háttérével és gyakorlati megvalósulásával kapcsolatban ezidáig kevés kutatás készült. Mindösszesen három¹ jelentősebb kutatással találkozhatunk. Ezek közül is a „Tanulmány Az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről” című, 2009-ben végzett komplex kutatás tekinthető a legjelentősebbnek. „A kutatás általános célja az elterelés monitorozása, hatásosságának (a kutatásban használt terminológia szerint: eredményességének) 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 megvizsgálták az elterelést biztosító szolgáltatók szakmai programját a célkitűzések, az elméleti háttér, az alkalmazott módszerek és az eredményességi indikátorok vonatkozásában. A kutatás során megkérdezték az intézményvezetőket arról, hogy hogyan módosítanák az elterelés intézményrendszerét az eredményesség növelése érdekében. Ezen kutatás főbb megállapításai

¹ 2008-ban a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia által végzett vizsgálat azt kívánta feltárni, hogy hogyan érvényesül a büntetés helyett kezelés elve egy budapesti drogbetegekkal foglalkozó intézmény gyakorlatában. 2009-ben a pomázi Gyermekjóléti Szolgálat megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevő klienseinek utánkövetéses vizsgálatát végezték el. Továbbá szintén 2009-ben az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhaszú Kft. és a Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete az SZMM támogatásával végezte el azt a komplex kutatási projektet, amelyről a „Tanulmány Az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről” című dokumentum számol be.

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 kiemeljük a „*Tanulmány Az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről*” című komplex kutatás azon főbb megállapításait, amelyek 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 prevenciók programokkal kapcsolatban (EMCDDA, 2009):

- Hiányoznak a bizonyítottan hatékony programok
- A programok rövid utánkövetési ideje és a kutatási minták alacsony száma nagyban csökkenti a kutatási eredmények megbízhatóságát
- A programok minimum egy hónapos utánkövetése 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 fiatalkorúak, fiatalkorú pszichiátriai betegek)
- Szükséges a fiatalkorúak veszélyeztetettségének kiszűrésére alkalmazott eszközök európai szintű harmonizációja
- Az értékelt bevált gyakorlatokat terjeszteni kell
- A sikertelen programokat is publikálni kell

Mint látható, a *„Tanulmány Az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről”* című komplex kutatás főbb megállapításai összevetve az EMCDDA kiadványa által megfogalmazottakkal azt tükrözik, 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 helyett kezelés abban az esetben lehet hatékony alternatíva, ha hatására:

- Több bűnelkövető kerül kezelésbe
- Ha 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 azáltal, 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.

3. TÚCSERE PROGRAMOK

A tűcsere programok az egyik legfontosabb ártalomcsökkentő eszközt jelentik, amelyek segíthetnek a Hepatitis C (HCV) illetve a HIV vírus terjedésének megakadályozásában, megelőzésében az intravénás szerhasználók körében (Hickman 2010). A steril injekáló 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 új 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 tűcsere programok szerepe nem pusztán a steril eszközök biztosítása, hanem az ott elérhető egyéb szolgáltatásokkal is hozzájárul az epidemiológiai kockázatok csökkentéséhez. Ezek a programok a problémás, rejtőzködő szerhasználókkal való kapcsolatfelvétel első pontjai lehetnek, így 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.

I. TÚCSERE PROGRAMOK MAGYARORSZÁGON

Jelenleg Magyarországon négy típusú tűcsere szolgáltatás érhető el: állandó telephelyű, mobil tűcsere valamint utcai megkereső programok, illetve a tű-automáták. A Nemzeti Drog Fókuszpont 2009-es jelentéséből (N.D.F. 2009) tudjuk, hogy 2008-ban 18 szolgáltató működtetett tűcsere programot, 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 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 tűcsere programban) kiosztott 298 ezer fecskendő 78%-át. Összességében négyből három program-típusban növekedés volt megfigyelhető a fecskendő forgalom tekintetében, a tű-automáták forgalma azonban 11%-kal csökkent 2008-ban.

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 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-használók, 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 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.

II. EPIDEMIOLÓGIAI HELYZET, A TŰCSERE PROGRAMOK SZEREPE

Az intravénás szerhasználók HIV és HCV fertőzöttségét vizsgáló hazai felmérésekben (Dudás és mtsai, 2009; Gyarmathy, 2008) eddig nem regisztráltak HIV fertőzést, ugyanakkor ezen szerhasználók HCV fertőzöttség szintje aggodalomra adhat okot. HCV fertőzöttség tekintetében az Országos Epidemiológiai Központ által intravénás szerhasználók körében végzett felmérése 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%). Emellett Budapesten belül is vannak olyan területek, ahol még magasabb arányokat mértek. Ilyen például a Kék Pont Alapítvány VIII. kerületi Kálvária téren működő tűcsere programjának 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]).

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 eszközmegosztás havonta legfeljebb egy vagy két alkalommal történik meg, és minden megosztás előtt ki is mossák a fecskendőt.

1. táblázat: HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként – 2008

Város	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek	
	száma	közül pozitív (%)
Budapest	303	35,6
Szeged	50	16,0
Pécs	60	10,0
Miskolc	35	5,7
Gyula	20	0,0
Kecskemét	20	5,0
Szekszárd	15	6,7
Veszprém	15	26,7
Debrecen	35	5,7
Nyíregyháza	5	0,0
Győr	8	12,5
Salgótarján	11	0,0
Zalaegerszeg	10	0,0
Vidék összesen	285	8,8
Összesen	588	22,5

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

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 magatartás-változásban a információ adásnak, 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-n keresztül vizsgálták. Úgy találták, hogy 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 Rácz 2010, p.367)

A hazai és a nemzetközi szakirodalom számos tanulmánya (de Wit és Bos 2004, Gibson 2001, WHO 2004, Wodak és Cooney 2006, Kimber et al 2010, Takács és Demetrovics 2009 – a teljesség igénye nélkül) foglalkozik a tűcsere programok, illetve a steril injektló eszközök hozzáférhetőségének szerepével a HIV valamint HCV vírusok terjedésének megelőzésében. De Wit és Bos (de Wit és Bos 2004) tanulmányukban megállapították, hogy a kutatások szerint a tűcsere programok harmadával vagy még nagyobb arányban képesek csökkenteni a HIV és HCV szerokonverziót úgy, hogy nem növelik sem az intravénás szerhasználók, sem az injektlások számát. Ugyanitt megállapítják azt is, hogy a HIV járvány megelőzésében a tűcsere programok költséghatékony megoldást jelentenek, azonban a steril fecskendő önmagában nem elégséges ártalomcsökkentő eszköz – különösen a HCV vírus megfékezésében, amely sokkal virulensebb a HIV vírussal (a HCV vírus sokkal tovább képes túlélni a szervezetén kívül, így a fertőzés potenciális forrása lehet a tű-megosztáson kívül más eszközök, mint a főzőedény vagy a szűrő megosztása is).

Az EMCDDA legutóbbi ártalomcsökkentéssel foglalkozó monográfiájában Kimber és munkatársai (2010) egyértelműen úgy találták, hogy a szakirodalom alapján megfelelően alátámasztható, hogy a tűcsere programok képesek hatékonyan csökkenteni az intravénás szerhasználók kockázati magatartásainak (eszközmegosztás, eszköz újrahasználat) előfordulását. A tűcsere programok pozitív szerepét a HIV-fertőzöttség csökkentésében is bizonyítottan találták, míg a HCV és a tűcsere programok 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 tűcsere programok nincsenek hatással a HCV fertőzöttség szintjére, hanem azt, hogy nincsenek ezen a téren megfelelő kutatások a beavatkozás hatékonyságával kapcsolatban.

Összességében elmondható, hogy a tűcsere programok önmagában 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 tűcsere programokhoz 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 való tekintettel különösen fontos a rendelkezésre álló, a helyzet további romlásának megelőzésében szerepet játszó eszközök hatékony működése, amelyben a tűcsere programok szerepe több szempontból is lényeges. A steril injekáló 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 tűcsere programok működésével kapcsolatos szakmai irányelvek kidolgozása fontos terület, különös tekintettel a tűcsere programokban nyújtott integrált szolgáltatásokra, illetve a tűcsere programok és más, az intravénás szerhasználók kezelésében szerepet vállaló intézmények közötti együttműködésre.

Irodalom

- Csák R. (2009): Kálvária téri Kontakt Kávézó program 2008-as kliensforgalmi adatainak elemzése. Kék Pont Drogonkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest. Kézirat
http://www.kekpont.hu/beszamolok/kalvaria_forgalmi_adatok_elemzese.pdf
- Demetrovics Zs., Paksi B., Düll A. (szerk.): Pláza, ifjúság, életmód. Egészséglélektani vizsgálatok fiatalok körében. 2009. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Dudás és mtsai (2009): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2008. évi prevalenciája felmérésének teljesítéséről, Országos Epidemiológiai Központ, Szakmai beszámoló.
- EU Drugs Action Plan 2005-2008, Official Journal of the European Union 2005/C 168/01. Objectives 14-15.
<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=10512&languageISO=EN>
- 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.
- Felvinczi K. (2009): A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciók tevékenység Magyarországon (143-189) In: Felvinczi K., Nyírádi A. (szerk.): Drogonpolitika számokban. L'Harmattan, Budapest
- Gibson, D.R., Flynn, N.M., 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.
- Gyarmathy, V. A., Ujhelyi, E., Neaigus, 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.*, 16, 124– 127.
- Gyarmathy V. A., Rácz J. (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.
- 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.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101257_EN EMCDDA-monograph10-harm%20reduction_final.pdf

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.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101257_EN EMCDDA-monograph10-harm%20reduction_final.pdf

Nádas E. (2008): A célzott/javallott prevenciók programok nemzetközi tapasztalatai Háttéranyag a „Lépés - váltás” című konferencián elhangzott előadáshoz, 2008

Nemzeti Drog Fókuszpont (2009): 2009-es Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára http://www.drogfokuszpont.hu/dfp_docs/?id=nr_09_hu.pdf

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (2010): A megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevők nyilvántartása. Részben publikált adatok.

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.

http://www.drogstrategia.hu/attachments/nemzeti_strategia_2010_100121.pdf

Rácz J. (2007): Leszakadók. A társadalmi kirekesztődés folyamata. L'Harmattan Kiadó, 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.

Szöginé Lakatos M., Törzsökné Góczán E. (2009): *Drogfogyasztók utánkövetése*. kekkocka.uw.hu/.../doks/Drogfogyasztok%20utankovetese.doc, letöltés ideje: 2010. Május

Takács I.G., Demetrovics Zs. (2009): A tűcsere programok hatékonysága az injektló droghasználók közötti HIV és hepatitisz fertőzés megelőzésében, *Psychiatria Hungarica* 2009, 24 (4):264-281

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.

Werdenich, W., Wainder, G. (2003): *Final Report on QCT System Descriptions*. University of Kent, Canterbury, UK.

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, et al. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_31309_EN EMCDDAmonograph7-en.pdf

WHO, UNAIDS & UNODC (2004a) Policy Brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. Geneva, World Health Organization, 2004.

<http://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.

http://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.

