

**MAGAS KOCKÁZATI CSOPORTOK
AZONOSÍTÁSÁT CÉLZÓ SZAKMAI MÓDSZERTANI
DOKUMENTUMOK ÉS ESZKÖZTÁR KIALAKÍTÁSA**
szakértői anyag



Készítette a Magyar Addiktológiai Társaság

2018

Készült a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság megbízásából.
A kiadvány tartalma nem, vagy nem feltétlenül tükrözi a megbízó hivatalos álláspontját.

A kötet szerzői:

Csák Róbert, Felvinczi Katalin, Kaló Zsuzsa, Kovács Virág, Kun Bernadette, Máté Zsolt, Rácz József, Sebestyén Edit, Szécsi Judit, Szemelyácz János

Szerkesztette:

Dr. Felvinczi Katalin és Sebestyén Edit

© Magyar Addiktológiai Társaság, 2018

ISBN 978-615-80978-0-2

Olvasószerkesztő, borító fotó: **Portörő Péter**

Tartalom

Magas kockázati csoportok azonosítását célzó szakmai módszertani dokumentumok és eszköztár kialakítása	8
Bevezető	8
1. A magas kockázatú csoportok azonosításával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok áttekintése	10
1.1 Kockázati csoportok jellemzése.....	13
Nagyvárosi injekciós droghasználók.....	13
Szexmunka/Prostitúció.....	13
Melegek – meleg férfiak.....	15
Börtön, börtönből szabadultak.....	15
1.2 A kockázati csoportokkal kapcsolatos nemzetközi politikák és szakpolitikák	16
A biopszichoszociális szemlélet és az integrált egészségügyi-szociális szolgáltatások tervezése	17
Az integrált egészségügyi és szociális szolgáltatások kivitelezése.....	18
2. A kockázati környezetről Magyarországon	21
Szerhasználathoz kapcsolódó kockázatok Magyarországon	25
Fizikai környezet	25
Társadalmi környezet	27
Gazdasági környezet.....	29
Szabályozási környezet.....	31
3. Kockázati csoportok, megkereső munka	37
3.1 A megkereső munka meghatározása, jellemzőinek bemutatása.....	37
Definíciók.....	37
3.2 A megkereső munka jellemzői	39
A megkereső munka céljai.....	39
A megkereső munka célcsoportjai	40
A megkereső munka módszertana.....	41
A megkereső munka modelljei.....	42
3.3 Szakmai nehézségek és iránymutatások	48
3.4 Következtetések a hazai ellátórendszerre vonatkozóan	54
4. Magas kockázatú csoportok hazai helyzetkép	57
Szexmunkások	57
LMBTQ és MSM emberek.....	60
Fogvatartottak	63
Intravénás szerhasználók	64

Kockázati magatartások, egészségügyi veszélyek	66
5. A kockázati csoportok azonosítását lehetővé tévő eszközrendszer a városi droghasználat kontextusában	72
A helyi kábítószerügyi egyeztető fórumokkal kapcsolatos szakmai elvárások.....	72
Helyi stratégiák kidolgozása a kábítószer-probléma kezelése érdekében	73
Helyi adatok feltárása, helyzetértékelés végzése a stratégia alkotás céljából.....	73
A KEF-ek szakmai támogatása – A helyi droghelyzet felmérése alternatív módszer segítségével	74
A RAR módszer	75
A RAR módszer jellemzői	75
A RAR módszer alkalmazásának lehetőségei, megvalósításának folyamata.....	76
A RAR módszer alkalmazásának tapasztalatai a KEF-ek körében.....	76
A RAR módszer lehetséges szerepe a kockázati csoportok azonosításában	77
A RAR technika főbb jellemzőinek összefoglalása.....	77
Esettanulmányok.....	81
Esettanulmány 1: Megkereső munka az intravénás szerhasználók körében	82
Rövid bevezető	82
Szervezet rövid bemutatása	82
A célcsoport főbb, általános jellemzői	83
A célcsoporttal való együttműködés gyakorlati tapasztalatai.....	84
A kockázati csoporthoz kapcsolódó helyi problémák ismertetése	84
A kockázati csoporthoz kapcsolódó problémák és azok kezelése.....	85
A célcsoport körében folytatott tevékenységgel kapcsolatos főbb tapasztalatok összegzése.....	88
Legfontosabb javaslatok, tanácsok szervezeteknek, önkormányzatoknak a problémák felismerése, hatékony kezelése érdekében a célcsoport jellemzőinek tükrében.....	89
Összefoglalás	90
Esettanulmány 2: Megkereső munka és kezelés-ellátás a fogvatartottak körében	92
Bevezető	92
A szervezet bemutatása	92
A célcsoport főbb-, általános jellemzői	94
A célcsoporttal való együttműködés gyakorlati tapasztalatai.....	95
A kockázati csoporthoz kapcsolódó problémák ismertetése	95
A kockázati csoporthoz kapcsolódó problémák és azok kezelése.....	96
A célcsoport körében folytatott tevékenységgel kapcsolatos főbb tapasztalatok összegzése.....	99
Legfontosabb javaslatok, tanácsok szervezeteknek, önkormányzatoknak, a problémák felismerése, hatékony kezelése érdekében a célcsoport jellemzőinek tükrében.....	101
Esettanulmány 3: Szociális munka prostituáltak/szexmunkások körében	104

Bevezető.....	104
Szervezet rövid bemutatása	104
A célcsoport főbb, általános jellemzői	105
4. A célcsoporttal való együttműködés gyakorlati tapasztalatai.....	106
5. A célcsoport elérésben meghatározó, javasolt alapvető programok, szolgáltatások:.....	110
6. Összegzés, javaslatok.....	111
Esettanulmány 4: Kísérlet a férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak (men who have sex with men - továbbiakban MSM) körében végzett ártalomcsökkentő munka sajátosságainak bemutatására.	114
Bevezetés.....	114
Az Altlap bemutatása.....	114
Az MSM-k, mint egy magas rizikóviselkedésű, rejtőzködő csoport tagjai.....	116
Gyakorlati tapasztalatok, azaz a pozitívumok	119
Nehézségek	120
MELLÉKLET.....	125
GYORS HELYZETFELMÉRÉS ÉS REAGÁLÁS (RAR)– A TÁRSADALMI JELENSÉGEK EGYIK LEHETSÉGES VIZSGÁLATI MÓDSZERE.....	125
1. Általános bevezetés	129
1.1 A RAR létrejöttének okai	129
1.2. A helyi droghelyzet felmérése a RAR módszer segítségével. Segédeszköz a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok RAR munkájához	130
2. Alkalmazható technikák a RAR-ban	131
2.1 Adatok és más információs anyag gyűjtése	131
2.2 A vizsgálatba bevontak kiválasztása	131
2.3 Adatgyűjtési technikák	133
2.3.1 Interjúk	133
2.3.2 Fókuszcsoportok.....	133
2.3.3 Megfigyelés	134
2.3.4 Becslési technikák.....	134
3. A RAR módszer általános jellemzői	134
3.1 Gyorsaság	134
3.2 Költséghatékonyság.....	134
3.3 A helyzetfelmérések előnye és ciklikussága	135
4. A RAR és/vagy módszertani igényességgel kivitelezett kvantitatív kutatások.....	135
5. A RAR módszer alkalmazhatóságának területei.....	136
6. A RAR módszer alkalmazása a lokális droghelyzet felmérésére	136

6.1 A gyorsfelméréshez használt négy kulcskérdés	137
6.2 A módszer alkalmazásának feltételei	138
6.3 A módszer alkalmazásának lépései	138
6.4 A RAR csapat kialakítása	139
6.5 Az információk tárolása, az adatkezelés.....	140
6.6 A lokális droghelyzet feltérképezése során alkalmazható módszerek részletes ismertetése	141
6.6.1. A meglévő információk beszerzése	141
6.6.2 A kulcsinformátorok kiválasztása	142
6.6.3 Az indító fókuszcsoporthoz	143
6.6.4 Megfigyelési technika alkalmazása	146
6.6.5 Interjúk készítése.....	148
6.6.6. Záró fókuszcsoporthoz(ok).....	152
6.7 Az eredmények elemzése és mérlegelése.....	153
6.8 Összegző anyag, beszámoló készítése.....	154
6.9 Második „feladatkijelölő” fókuszcsoporthoz	155

Magas kockázati csoportok azonosítását célzó szakmai módszertani dokumentumok és eszköztár kialakítása

szakértői anyag

Bevezető

A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság megbízásának megfelelően Társaságunk egy szakértői anyag elkészítésére vállalkozik, melynek célja, hogy a területen dolgozó szakemberek munkáját könnyebbé és egyben a szakmai kihívásokhoz jobban illeszkedővé tegye azáltal, hogy

- definiálja, hogy jelen megközelítésben mely csoportokat is tekintjük a pszichoaktív szerhasználat elmélyülése, problematikussá válása, a járulékos szövődmények jelentkezése szempontjából kockázati csoportnak;
- áttekinti a nemzetközi szakirodalom alapján látható tendenciákat a kockázati csoportok jelenkori, részben objektív kritériumok alapján történő azonosíthatóságával összefüggésben;
- jellemzi a hazai helyzetet, milyen ismérvek mentén írhatóak le az egyes kockázati csoportok, a társadalmi, drogpia és szakpolitikai változásokkal összefüggésben miként rajzolódott át a kockázati csoportok helyzete, aktuálisan és általában milyen ismérvek azonosíthatóak ezen a területen;
- leírja a nemzetközi és a hazai térben alkalmazható megoldásokat és a kockázati csoportok azonosításával (felkeresésével és a konkrét kockázatok becslésével) kapcsolatos gyakorlatokat;
- a hazai helyzet ismertetése során kitér a megkereső munka aktuális kihívásaira;
- bemutat egy lehetséges technikát, melynek során a városokban működő ellátórendszer egyes szereplői összerendezett eljárások követésével azonosíthatják a kockázati csoportokat (azaz az ellátórendszeren kívül rekedt és/vagy az ellátórendszer keretei között nem a szükségletekhez illeszkedő ellátásban részesülő személyeket és csoportokat), és feltárhatják tényleges szükségleteiket;
- a javaslatokat elhelyezi egy tágabb szakpolitikai értelmezési keretben, melynek segítségével felhívja a figyelmet arra, hogy csak szinergiákon és reális helyzetképen alapuló fejlesztési elképzelések tudnak fenntartható megoldásokat eredményezni;
- néhány kiválasztott kockázati csoport körében aktuálisan folyó tevékenység bemutatását célzó esettanulmány segítségével közelebb viszi a szakértői anyagban foglaltakat a területen dolgozó szakemberekhez.

A szakértői anyag elkészítése során kiemelt fontosságúnak tartottuk annak meghatározását, hogy ki, milyen szakértői kör lehet az elsődleges célközönség. Tekintettel arra, hogy a kockázati csoportok azonosítása, majd pedig a körükben végzett munka csak interdiszciplináris csapat bevonásával képzelhető el, ezért jelen anyag elsődleges célcsoportjának a ténylegesen működő városi KEF-eket tekintjük, ahol megvalósul a szektorközi együttműködés. Hasonlóképpen fontos célcsoportnak tekintjük a szakmapolitikai irányításban résztvevőket és annak intézményeit, ugyanis egy ilyen komplex és sokszereplős rendszerben az egyik legfontosabb aktor a központi koordináció és a megvalósítást biztosító mechanizmusok.

A szakértői anyag a későbbiek során további, a napi gyakorlatban alkalmazható eszközökkel egészülhet ki, tartalmát helyi és országos rendezvények keretében szükséges ismertetni; a tényleges alkalmazást pedig képzések és a szabályozó rendszer célirányos átalakítása biztosíthatja.

1. A magas kockázatú csoportok azonosításával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok áttekintése

Rácz József

A droghasználat szempontjából érintett kockázati csoportok azonosítása viszonylag egyszerűnek látszik. Az [EMCDDA 2017-es trendelemzése](#) a *nagykockázatú droghasználókat* – elsősorban az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használatára tekintettel – négy csoportba sorolta: 1, akik a „hagyományos” szerektől (opioidok, stimulánsok, kannábisz) váltottak át ÚPSZ-ra, vagy akiknél a korábbi szerek megtartása mellett polidrog-használat alakult ki. 2, ÚPSZ injektlók (a gyakoribb injektlás miatti problémák, közös túhasználat), 3, az ÚPSZ használatával kapcsolatos problémákat tapasztalók, akik a kezelésben jelennek meg, 4, marginalizált vagy vulnerábilis, sérülékeny populációk: pl. hajléktalanok, büntetés-végrehajtási (bv) intézetek lakói, mentális problémákkal küzdők. Az ÚPSZ használók – noha a legtöbb nyugat-európai városban és vidéki településeken megjelentek – a társadalmi kontextus tekintetében igen eltérő csoportokat jelentenek. A szintetikus kannabinoidok (SZK) és a katinonok használatában hasonló tendenciák jelentek meg az elmúlt években (az ÚPSZ-ok 2006 körüli megjelenése óta). Röviden összefoglaljuk ezeket a tendenciákat.

Kezdetben (ahogy Magyarországon is) a heroin hiány gyorsította a mefedron elterjedését (helyettesítés). Az SZK-k a kannábisz helyettesítőiként is megjelentek. Mára ez a helyettesítés eltűnt: az ÚPSZ-okat „saját jogukon” használják, úgy, mint korábban a hagyományos szereket: fogyasztási mintázatuk beilleszkedett az illegális droghasználat általános jelenségébe. A korábbi, online és offline shopokkal szemben mára elsősorban szervezett bűnözői csoportok terjesztik az ÚPSZ-okat, mely csoportokban az ezzel „járó” kriminalitás, erőszak, prostitúció, nő- és gyermekkereskedelem mind megjelenik. A korábbi rossz minőségű drogok helyett jobb minőségűek jelentek meg; a szerek összetételére és hatóanyag-tartalmára vonatkozó bizonytalanság ellenére. Ma a legnagyobb veszélyt a szintetikus opioidok jelentik, amelyek az USA után néhány éve már Európában (sőt, Magyarországon) is megjelentek. Itt a halálozási mutatók nagyságrendekkel magasabbak, mint az ÚPSZ-ok, vagy a hagyományos szerek között, beleértve a „hagyományos” opioidokat is.

Az ÚPSZ használatban a *szociális vulnerabilitás* az, ami igazán kockázatosá teszi e szerek használatát. Ilyen a használat, különösen az injekciós használat egyes nagyvárosi terekben vagy éppen izolált, marginalizált társadalmi csoportok között; a mentális problémákkal küzdők vagy a kriminális karrieren mozgókat között ([EMCDDA, 2017](#)). Az EMCDDA trendanalízise kiemeli, hogy a szolgáltatók szemszögéből „kaotikus” kliensekről van szó, az életvezetés, a szerhasználati mintázat és a kapcsolódó pszichiátriai problémák miatt (amik összefügghetnek a szerhasználattal, annak rövid és hosszú távú hatásaival, de azt megelőzően is fennállhattak, amit az ÚPSZ használat ront). Az EMCDDA jelentés azzal a baljós konklúzióval zárul, hogy a jövő kiszámíthatatlan a szerek terjedése és a következmények miatt.

A leírásból is látszik a droghasználat-központú leírás gyengesége. Miközben felhívja a figyelmet elsősorban az ÚPSZ használat új (vagy nem is annyira új) veszélyeire, kockázataira, az egyoldalú, droghasználat-fókuszú megközelítés elégtelennek látszik a vulnerábilis csoportok azonosításához és az intervenciók tervezéséhez. Azt már tudjuk, hogy mi az a

szerhasználati mintázat, ami kockázatos, csak még azt nem, hogy hol, kik körében a legkockázatosabb és ezeket a csoportokat hogyan lehet azonosítani és szolgáltatásokkal, drogpolitikai intézkedésekkel elérni.

Egy korábbi [EMCDDA jelentés \(2008\)](#) a *fiatalok körében* az alábbi vulnerábilis csoportokat azonosította:

- az intézményrendszerhez kapcsolódóan: az iskolarendszert korán elhagyók,
- gyermekvédelmi intézményekben élő gyermekek,
- fiatakorú bűnözők, vulnerábilis családok: hajléktalanok,
- vulnerábilis közösségek, deprivált környezetben élők,
- etnikai kisebbségek tagjai és menekültek.

Az EMCDDA 2008-as jelentése szerint e csoportok identifikálása azért fontos, mert a szerhasználat populációs szintű felmérése nem kifizetődő, nem kivitelezhető. Az egyéneket megcélzó intervenció nehéz és bonyolult. Így ezeknek a csoportoknak a meghatározása elősegíti a szakpolitikai válaszok irányítását és célzott alkalmazását e csoportok, illetve földrajzi területek vonatkozásában. Ez különösen azokra a csoportokra érvényes, amelyek tagjai saját droghasználatukat nem észlelik problematikusnak. A szelektív prevenció éppen ilyen csoportokat céloz meg; kivitelezéséhez tehát azonosítanunk kell ezeket a csoportokat.

Az ENSZ, illetve a WHO is használja a vulnerábilis csoport kifejezést, azonban egy viszonylag szűk csoportra vonatkozóan (a tuberkulózissal szemben sérülékeny injekciós droghasználókra, [World Drug Report, 2017](#)).

Az amerikai szerhasználattal és mentális egészséggel foglalkozó ügynökség ([SAMSHA: Substance Abuse and Mental Health Administration](#)) epidemiológiai megközelítésében *epidemiológiai profilok* meghatározásától várja a vulnerábilis, nagykockázatú csoportok azonosítását. Fontosnak tartja a kockázati és a protektív faktorok azonosítását, valamint az érintett csoportok szükségletfelmérését (első körben a prevenció igények alapján). Erre [részletes útmutató](#) található a szervezet honlapján. Amit ebből érdemes kiemelni, az a komplex szemlélet a kockázati és protektív faktorok együttes hatásaival kapcsolatban; továbbá az egymással korreláló és összeadódó kockázati tényezőkkel összefüggésben. Ez alapján egy-egy térség epidemiológiai profilja elkészíthető (különböző típusú adatok figyelembe vétele egy epidemiológiai team által): ez a profilozás jól használható a RAR keretében is.

A kockázati csoportok említése megtörténik az Európai Unió stratégiai dokumentumaiban is: az [Európai Unió drogstratégiájában \(2013-2020\)](#) és [akcióterveiben](#): mint a szociális reintegráció és felépülés, illetve az ártalomcsökkentés legfontosabb célcsoportjai (eltérő céllal és eléréssel). [Az EU mentális egészséggel és jólléttel foglalkozó keretprogramja](#) (2016) is olyan dokumentum, amely számba veszi a legfontosabb kockázatokat és intézkedéseket.

Mielőtt a főbb kockázati csoportokat jellemeznénk, érdemes néhány *általános jellemzőt* megemlíteni, a droghasználat mellett. Ilyen például a *szociális-környezeti kedvezőtlenységnek való kitettség* ([Day és mtsai, 2016](#)). A szerzők a negatív kortárs hatásokat és a protektív faktorok hiányát (erőforrások hiánya) emelik ki a városi közösségekkel kapcsolatos

vizsgálatukban. [Awgu és munkatársai \(2016\) összefoglalják](#) a *társadalmi tőke* – és amit ők ezen belül megkülönböztetnek: kognitív tőke – hatásait a depresszióra és a szerhasználatra vonatkozóan. A Bourdieu-i habitus- és tőkeelmélet egyébként is nagy szerepet játszik a vulnerábilis csoportok jellemzésében: ez az elmélet arra is alkalmas, hogy a problémát kiemelve a szűk egészségügyi-epidemiológiai keretből, és egy tágabb szociológiai kontextusban értelmezze a problémát. Komplex megközelítésre törekszik [Pepper és Nettle. \(2017\) irodalmi összegzése](#). A szerzők bevezetik a *deprivációval összefüggő viselkedési konstelláció* fogalmát, és a hátrányos társadalmi helyzet hatásait ezzel kívánják értelmezni. Ilyen pl. a jelenorientáció, ami e társadalmi csoportokkal kapcsolatban a szociológiai és antropológiai vizsgálatok állandó megfigyelési eredménye. Itt a jelenorientáció egy sajátos, evolúció-alapú értelmezése történik, ami aláhúzza a sok szempontból negatív hatásokkal járó jelenorientáció adaptív jellegét. Ennek negatív jellemzőjeként szokták kiemelni – többek között – a következőket: bizalomhiány (pl. segítő szervezetekkel szemben is), kooperáció hiánya, fiatalkori bűnözés, korafiatalkori gyermekvállalás, elégtelen szülői kontroll, korai iskolaelhagyás, a jövőre vonatkozó előtervezés és a jövőbe tervezett beruházások hiánya, egészséges élet mint cél – „káros” szenvedélyektől mentesen, adósság és általában a pénzkezelés, egyes fogyasztási szokások (azonnali vásárlás, kis mennyiségben, drága áron). Látjuk, itt pszichológiai jelenségek keverednek szociális és kriminológiai folyamatokkal. A közös vonás a jelenorientáció, és az ezzel kapcsolatos kognitív beállítottság.

A jelenorientáció miatt – többek között – vélik úgy egyes szakemberek, hogy e csoportokkal kapcsolatban nem lehet semmilyen intervenciót felépíteni, hiszen e csoportok tagjai nem fognak a jövőbe – az azt megcélzó intervenciókba – beruházni, nem bíznak a segítőikben. Pepper és Nettle alapvetően arra vállalkozik, hogy e jelenség létrejöttére magyarázatot adjon, illetve felvázoljon egy olyan tervet, ahol ez a jelenorientáció megváltoztatható. Így a szerzők nem egyfajta vonásjellemzőként (trait), hanem plasztikus válaszreakcióként tekintenek a jelenségre. Példaként idézik a tizenéveskori terhességgel kapcsolatos nézeteket, amelyek ennek adaptív jellegét hangsúlyozzák: a későbbi életkorokban annyira romlanak az egészségügyi mutatók, hogy a korai terhesség „ésszerű” döntésen alapuló adaptív viselkedés. Itt tehát az értelmezési keret megváltozik, az addig kockázatosnak tartott – és morálisan is elítélt – viselkedés adaptív lesz, mintegy túlélési stratégiaként jelenik meg. A szakpolitikára vonatkozó implikáció az, hogy célzottan ez a beállítódás nem változtatható meg, ahhoz a szociális körülmények megváltoztatására van szükség (amelyek között az létrejött).

Elsősorban a droghasználat, illetve a HIV/AIDS és a hepatitisz C terjedése– azaz a droghasználatból származó ártalmak csökkentése - szempontjából [„kockázati környezetnek” tekinthető helyzeteket írt le Rhodes](#) (2002), akinek a megközelítését széleskörűen használják. [Csák \(2017\) összefoglalója](#) szerint a Rhodes-i kockázati környezet négy szempontból határozható meg: a *négy típus* a fizikai, a társadalmi, a gazdasági és a szabályozási környezet. Mind a négy típust *két szint* mentén határozzák meg:

- A mikro (azaz közeli, közvetlen, helyi) szintje: a csoport normái, szabályai és értékei, a társas kapcsolatok és hálózatok; sorstárs, kortárs csoportok és ezek befolyása; a szerhasználat közvetlen társas környezete és a fizikai környéke.

- A makro (azaz távoli, indirekt, strukturális) szintje: a közpolitikák, jogi környezet; gazdasági, nemi és etnikai egyenlőtlenségek; a kockázatok és ártalmak kulturális meghatározottságai és az egészségügy politikai vonatkozásai, helyzete.

1.1 Kockázati csoportok jellemzése

Nagyvárosi injekciós droghasználók

Az előzőekben emlegetett Rhodes-i kockázati környezet fogalma alkalmas arra, hogy a környezeti hatásokkal – beleértve a szabályozási környezetet is, pl. a rendőrség akcióit – írjuk le az injekciós droghasználatot. Nem önmagában az injekciós szerhasználatot vizsgáljuk, hanem annak különösen kockázatos formáját. Európa és Észak-Amerika nagyvárosaiban ilyen a *nyílt színi droghasználat*. Állandó és átmeneti szereplői vannak, utóbbiak a szerhasználat vagy a drogvétel miatt keresik fel a szcénát, míg az állandó szereplők ott is lakhatnak, tartózkodhatnak (hajléktalan szerhasználók). E szcénák jellemzője sokszor az erőszak, a kriminalitás, szervezett bűnözői csoportok jelenléte, a szer megszerzése érdekében végzett prostitúció és a kapcsolódó bűncselekmények. A nyílt szcénák alapvető jellemzője a nyílt színi, publikus szerhasználat, annak közegészségügyi veszélyeivel: fecskendő- és tűmegosztás, a rendőrség jelenléte miatti gyors és kockázatos injekciózás, ami a túladagolások számát növelheti, eldobált injekciós eszközök, mint a drogszemét megjelenése, illetve, közbiztonsági és kriminológiai veszélyek együttesen (a helyi társadalomra gyakorolt hatást, a közbiztonság érzetének csökkenését; a kriminológiai következményeket említethetjük). A szerhasználati mintázat önmagában is kockázatos: közös fecskendőhasználat, túladagolások ([EMCDDA, 2017](#)). Önmagában egy-egy nyílt színi szcénák felszámolása annak diszlokációjához vezet: a város más részén jelenhet meg újra. Az újramegjelenés azonban nem törvényszerű, megfelelő – és összehangolt – intézkedésekkel elkerülhető. A teljes „felszámolás” csak összetett szakpolitikával lehetséges, ahol a helyi elérést, a kezelési kapacitást és hozzáférhetőséget jelentősen bővítik.

Kiemeljük még a szerhasználat és a mentális zavarok együttes előfordulását: ezek nehezítik a kezelésbe jutást és súlyos életmódbeli problémákhoz vezetnek (pl. tartós hajléktalanság) ([EMCDDA, 2013](#)). Az ÚPSZ használat a mentális zavarokat rontja, illetve pl. a SZK-k egyes mentális betegségek korábbi megjelenését segíthetik elő.

A vidéki, injekciós szerhasználat annak halmozódása miatt kockázatos: szegregált izolált közösségekben, etnikai csoportok zárt és szegregált közösségeiben. Ezek az injekciós szerhasználói csoportok – szemben a városi nyílt szcénák használóival – kevesebb figyelmet kapnak. Az őket megcélzó intervenciók is kisebb számúak, ezért először a probléma „láthatóságára” kell törekedni.

Szexmunka/Prostitúció

A szexipar összekapcsolódik a szervezett bűnözéssel, a nő- és gyermekkereskedelemmel. Az európai városokban az 1990-2000-es években a szexipar szolgáltatást nyújtói jelentősen átalakultak, a helyi lakosok helyett kelet-európai, orosz, illetve távol-keleti nők és lányok jelentek meg, illetve ugyanez volt jellemző a férfiprostitúcióra is ([Spice, 2007](#)). A kockázatok tekintetében érdemes az „indoor”, azaz lakásban, masszázs-szalokban, stb. végzett szexmunkát megkülönböztetni az *utcaitól*. Utóbbinál jelentősen nagyobbak a kockázatok: droghasználat, kockázatos szex (védekezés nélkül, drogok hatása alatt, drogokért cserében),

kriminalitás és erőszak, a szexmunkások/prostituáltak körében gyakoriak a nemi betegségek és az egyéb fertőző betegségek (HIV, hepatitisz B, C), a mentális zavarok, hajléktalanság. A hajléktalanság további problémák forrása. A droghasználati szokások közül az injekciós szerhasználat hordoz különösen nagy kockázatot: az injekciózással terjedő fertőzések a „többségi társadalom” felé is átadhatók nemi úton (és fordítva). Általában, négy problématerületet azonosítanak az utcai szexmunkával/prostitúcióval kapcsolatban: szexuális egészség, fizikai erőszak, droghasználat, mentális problémák és zavarok.

A női szexmunka és a börtönbeli fogvatartott nők közötti kapcsolatra mutat rá [Strathdee és munkatársainak tanulmánya \(2015\)](#) a szerhasználat és a HIV fertőzési kockázat tekintetében. Megjegyezzük, hogy kutatásukban a Rhodes-i kockázati környezet fogalmát használták. A fizikai környezet elemei közül kiemeljük a bárók és más szórakozóhelyeken végzett szexmunkát, valamint a bordélyban vagy ahhoz hasonló intézményekben (pl. masszázsszalonok) végzett szexmunkát, ahol az üzemeltetők számára bizonyos mértékig kifizetődő a nők védelme. Ugyanakkor, az utcai prostitúciónál más lehet a helyzet, különösen a város távoli (vagy éppen városon kívüli) területein. Itt megnő a droghasználat előfordulása (a szexmunkás, a kliens, a futtató részéről), gyakoribb a védekezés nélküli sexualitás, a kényszerítés és az erőszak. Mindhárom környezetben előfordulhat nő- és gyermek-kereskedelem, kényszerítéssel. A szociális környezet elemei közül kiemeljük az előzőekben emlegetett színterek szereplőit (üzemeltetők, futtatók), akik üzleti szempontjai a nők különböző mértékű védelmét, vagy éppen kiszolgáltatottságuk növelését (pl. védekezés nélküli szex a nagyobb bevételért) jelentik. Fontosak a nők egyéb társas kapcsolatai (pl. gyerekeik): általában ezek a társas kapcsolatok rendkívül beszűkültek – ez rontja a segítő szolgálatok elérhetőségét, a stigma pedig rontja az egyének segítő szolgálathoz fordulását (többek között). A gazdasági környezet elemei közül a rossz gazdasági státuszt emeljük ki, illetve pl. a védekezés nélküli szex pénzügyi hatásait. A nők gazdasági helyzete (elsősorban a kibocsátó, és nem annyira a fogadó országokban) meghatározhatja a szexmunkára vállalkozó nők számát, illetve kényszerítésük előfordulását: a külföldről érkező és vagy bevándorló nők még a szexmunka piacán is kiszolgáltatottabb helyzetbe kerülnek. A szabályozási környezet tekintetében a szexmunka jogi szabályozása kiemelkedő szerepet játszik (tiltott, engedélyezett, megtűrt). A szexmunkásokkal szembeni rendőri intézkedések mennyisége, előfordulása is fontos, különösen az utcai szcénák esetében. A rendőri intézkedéseknek rövid távon negatív hatásai is lehetnek: rejtőzködés, az aktusok gyorsasága, vagy ugyanez a szerhasználattal kapcsolatban is. Kettős stigmát jelent a szexmunka/prostitúció és a szerhasználat, a függőség együttljárása.

A szerzők kutatásaiban két, egymást átfedő populációról van szó; a szexmunkások sokszor kerülnek börtönbe és a fogvatartottak, illetve a börtönből szabadultak között is sok a szexmunkás. Ugyanakkor a különböző szakpolitikai beavatkozások két, elkülönülő csoportként kezelik őket. A szerzők megállapítják, hogy noha a szexmunkába vagy a börtönbe sokféle társadalmi háttérű nő kerülhet, e két csoportbeli tagság – az átfedésekkel – a későbbiekben alapvetően meghatározzák szerhasználati jellemzőiket és HIV státuszukat (illetve az ezzel összefüggő kockázati magatartásokat). Megállapításokat tesznek a szerhasználat, illetve a függőség tekintetében is: a szerhasználat és a függőség (miatti anyagi igények, társadalmi izoláció, stigmatizáció) vezethet szexmunkához; de fordítva is, a

szexmunka jelentette életmód és stressz elviselése történhet drogok által (amik azután függőséget okoznak).

Melegek – meleg férfiak

Nevesítésüket a körükben előforduló, nagy egészségkockázatú viselkedések halmozódása indokolja. Elsősorban nagyvárosi, nagyobb meleg közösségekhez, szórakozóhelyekhez kapcsolódó meleg-hálózatok érintettek. Leginkább a „*chem-sex*” (droghasználat + szexuális aktusok), illetve a „*slamming*” (injekciós droghasználat + szexuális aktusok) azok a viselkedésformák, amelyek nagy fertőzésekkel (HIV, hepatitisz C, egyéb nemi betegségek) járnak (óvszer nélküli aktusok) ([EMCDDA, 2017](#)). Angliában pl. a HIV szűrésre jelentkezők 30%-a folytatott „chem-sex-et” és 10%-a „slamminget” (2014-2015). Jellemző – pl. Angliában – az ÚPSZ használata ebben a csoportban. A kockázatos szex rossz mentális egészséggel társulhat, így a kockázatos szex veszélyei nőnek: több partner, óvszer nélküli aktusok, drog hatása alatti aktusok. Sokszor a segítő intézmények hatókörén kívül esnek ezek a csoportok (pl. [Deimel és mtsai, 2016](#)). A magas HIV vulnerabilitás miatt a HIV szűréssel foglalkozó szolgáltatásoknak van néha a legnagyobb rálátása erre a populációra – különösen ott, ahol speciális elérő szolgáltatások nem működnek, illetve a melegek közötti peer csoportok nem fejlődtek ki.

Börtön, börtönből szabadultak

A börtönök zárt intézménynek tűnnek a helyi közösség szempontjából, azonban a látogatók miatt, illetve a börtönbe kerülő, illetve onnan kikerülő személyek miatt valójában ez a zártság mégsem áll fenn. Abban az értelemben azonban mégis zártak, hogy saját egészségügyi rendszerük van. Az angliai börtönök esetében jelent meg először a nagymértékű SZK használat: sokan éppen a börtönben kezdtek SZK-t használni ([EMCDDA, 2017](#)). A börtönből kikerülők nem alkotnak homogén csoportot. A börtönbeli szerhasználat folytatódhat, illetve a szabaduláskor – ha a börtönben nem használt olyan szert, amit korábban – túladagolás léphet fel. A WHO ([Enggist, Moller, Galea, Udesen, 2014](#)) börtön-egészséggel foglalkozó összefoglalója szerint minden fogvatartott *vulnerábilis személynek* tekinthető. Így mindazok a jogok és lehetőségek megilletik őket, mint a börtönön kívülieket. Az állásfoglalás részletezi a börtönbeli egészségügyi kockázatokat; itt a bekerüléskori állapotfelmérésre és az utógondozásra hívják fel a figyelmet, mert a helyi közösséghez talán ezek a pontok állnak a legközelebb. Korábban utaltunk arra, hogy az emlegetett kockázati csoportok és a börtönben levő, illetve onnan szabadulók között milyen átfedések vannak: injekciós droghasználók, szexmunkások. Szintén az előzőekkel kapcsolatban, de a börtön népességgel is átfedést mutatnak a mentális problémákkal, mentális zavarokkal küzdők. A bekerüléskori mentális problémák – főleg, ha azokat nem ismerték fel, vagy a börtönben nincsenek erre szakosodott ellátások – a börtönben romolhatnak. A börtönártalmak szintén okozhatnak mentális problémákat (a személyzet körében is).

Fontos felhívni a figyelmet, hogy a fentiekben leírt megkülönböztetés némileg mesterkélt, noha a szakirodalomban elfogadott. Még a szakirodalom is hangsúlyozza azonban, hogy e csoportok között az átfedés nagy; így *többszörösen kockázati helyzetben levő csoportokról* beszélhetünk. Azt is hozzá kell tenni, hogy egyes viselkedések (pl. kockázatos droghasználat, kockázatos szex) más csoportoknál is megjelenhetnek. A mesterkélt jelleg abból adódik, hogy e csoportoknak csak némelyike viselkedik „csoportszerűen”, azaz áll interakcióban

egymással. A nagyvárosi injekciós droghasználók, hacsak nem nyílt drogszcénáról van szó, nem feltétlenül kapcsolódnak egymáshoz. A megkülönböztetés inkább a kutatói, illetve a népegészségügyi, egészségügyi és szociális megközelítésnek szól: egy-egy szolgáltatás a saját, adott sajátosságai szerint észlel bizonyos csoportokat, vagy azok tagjait. Ezért is születnek olyan szakpolitikák, amelyek egy-egy geográfiai területet (pl. város) kívánnak lefedni (binnen a különböző típusú és elhelyezkedésű kockázati csoportokkal).

1.2 A kockázati csoportokkal kapcsolatos nemzetközi politikák és szakpolitikák

Elsőként, az Európai Unió *város-szintű politikáját* említjük – az országos politikákról és szakpolitikákról ehelyütt nem teszünk említést. A városi, elsősorban a droghasználókat megcélzó politikákat az [EMCDDA \(2015\)](#) foglalta össze.

A városi droghasználat kapcsán szó volt a nyílt színi drogszcénákról. Problémát jelent a szórakozóhelyek tömeges jelenléte is, ahol előfordulhat injekciós szerhasználat is, mégis itt a rekreációs szerhasználat a jellemző. A két – szinte – véglet tagjai (nyílt szín: függő, injekciós szerhasználók és az „éjszakai élet” rekreációs szerhasználói) más megközelítést igényelnek az elérés, ártalomcsökkentés és a kezelés/szociális ellátás tekintetében. Az EU-ban 10 várost sikerült azonosítani, ahol városi drogstratégia van, és számos olyan várost, ahol a város-szintű drogproblémák kezelésére külön költségvetési keret állt rendelkezésre. A városi szintű koordináció elősegítheti a kockázati csoportok valós azonosítását, „epidemiológiai profiljuk” meghatározását, illetve szükségleteik azonosítását.

Egy másik, ígéretes megközelítés az *inklúziós, befogadó egészségügyi szemlélet*. [Luchenski és munkatársai \(2017\)](#) szakirodalmi áttekintésükben a befogadó egészségügyet úgy határozták meg, hogy figyelembe vették a társadalmi kirekesztéssel, a szektorközi együttműködéssel és az élettartam egészét vizsgáló epidemiológiával kapcsolatos tudásunkat. Tehát, elsősorban a társadalmilag kirekesztett csoportokkal foglalkoznak (pl. hajléktalanok, fogvatartottak, droghasználók és szexmunkában résztvevők). A befogadó egészségügyi tájékozódásnak közgazdasági haszna is lehet, hiszen ezek a csoportok igen nagymértékben vesznek igénybe *akut* ellátásokat, a prevenció vagy más ellátások helyett. Így közgazdaságilag is „megéri” e csoportokkal foglalkozni. A kutatások szerint – a társadalmi kirekesztettség mellett – más közös vonások is felfedezhetők a csoportok tagjai között. Ilyen a gyermekkori trauma és bántalmazás gyakori előfordulása, a szülők mentális zavarai, problémái, illetve pszichoaktív-szerhasználata. A legnagyobb kockázat az alacsony jövedelmű csoportokban fordul elő. A hatékony prevenció a szegénység és a depriváció csökkentése, elsősorban olyan kisgyermekes családok körében, akiknél a legnagyobbak a kockázatok, illetve az ellátásokhoz való hozzáférés a legkisebb. A társadalmi befogadás, inklúzió, mint a foglalkoztatottság vagy az iskolázottság emelése fontos a társadalmi kirekesztés hosszú távú kezelése szempontjából. A szakirodalom alapján a legfontosabb – és a leghatékonyabb - lépés a megfelelő lakhatási körülmények megteremtése.

Az inklúziós egészségügyi intervenciók legfontosabb elemei (Luchenski és mtsai, 2017, alapján)

Az intervenció megnevezése	A bizonyítékokon alapuló sorrend
Lakhatás	1
Tanácsadás	2
Pszichoszociális támogatás	3
Fiatalokat segítő szolgáltatások	4
Mentális egészséget célzó intervenciók	4
Alapellátás	4
Drog- és alkoholproblémák kezelése	5
Jogi segítség	5
Továbbképzések	5
Foglalkoztatás	6
Gyógyszeres kezelések	7
Esetmenedzser módszer	7
Specializált ellátások	7
Betegségmegelőzés	8
Fizikai egészséget célzó ellátások	8
Nőket célzó ellátások	9
Reintegráció	10
Fogászati ellátás	10

Az inklúziós egészségügyi intervenciók „érdekessége”, hogy elemei közül számos, azonosított intervenció nem szokványos egészségügyi beavatkozás (pl. lakhatás). De a rendszerezett irodalmi áttekintés, illetve a bizonyítékok arra utalnak, hogy a *lakhatás* elősegítése jár a legtöbb pozitív egészségügyi hatással, míg ennek elmaradása az egyébként hathatós egészségügyi beavatkozások (pl. gyógyszeres kezelések) eredményességét is jelentősen ronthatja, ha egyáltalán a beavatkozás kivitelezhető (pl. a vulnerábilis csoportok elérhetősége miatt).

[Luchenski és munkatársai \(2017\) inklúziós egészségügyi megközelítése](#) olyan, mint amit a deprivációból származó viselkedési konstelláció ([Pepper és Nettle, 2017](#)) esetén láttunk. Utóbbi szerzők – elsősorban - a jelenorientáció vizsgálata alapján állapították meg, hogy amíg ez az egyébként adaptív jelenség, túlélési stratégia fennáll, nehezen várható hosszú távú egészségügyi vagy szociális siker. Ha azonban a társadalmi környezet megváltozik, vele változik ez a jelenség is, így remény van az alapvető, hosszú távú egészségügyi változásokra is.

Ezen bevezető gondolatok után bemutatjuk a legfontosabb prevenció és egészségügyi szakpolitikákat, melyek a kockázati csoportok esetében hatásos intervenciókat jelentenek.

[A biopszichoszociális szemlélet és az integrált egészségügyi-szociális szolgáltatások tervezése](#)
Ahogy már többször említettük, a szakirodalomban – ahogy a való életben is – a kockázati csoportokkal kapcsolatban elsősorban a célzott, a kockázati csoport - pl. epidemiológiai - profiljára szabott, jobb esetben egy szükséglet-felmérést követően, szelektív prevenció,

ártalomcsökkentő és kezelési, szociális ellátásbeli intervenciót alakítanak ki. Ezek rövidtávon eredményesek, pl. a túlélést segítik, a szerhasználatához kapcsolódóan a túladagolásokat és egyéb sürgősségi eseteket megelőzik, csökkentik a fertőző betegségek előfordulását és átadását (elsősorban HIV, hepatitisz C), mérséklék az erőszak, illetve a kriminalitás azonnali, akut veszélyeit. Hosszabb távon egyes érintettek érdekében lényeges életforma-változást is képesek elérni, ilyenek pl. szexmunkások/prostituáltak esetében a kimenekítő programok.

Az integrált egészségügyi és szociális szolgáltatások tervezésére egy földrajzi régió vonatkozásában hatékony technika a gyors helyzetfelmérés és válasz [\(RAR\) módszere](#) (lásd később).

[Az integrált egészségügyi és szociális szolgáltatások kivitelezése](#)

A kockázatos droghasználat és elsősorban - a jelenség egyre nagyobb részét képező - ÚPSZ használat tekintetében az [EMCDDA \(2017\)](#) erőteljes népegészségügyi választ sürget. A helyzetet azonban nehezíti, hogy az ÚPSZ használattal kapcsolatban kialakult egészségügyi, ártalomcsökkentő vagy kezelési eljárások és protokollok nincsenek. A kockázati csoportokat nehéz elérni. Ugyanakkor, az egészségügyi és a társadalmi ártalmak magas szintűek, mind az érintettek, mind a környező társadalom számára.

A tapasztalatok alapján, miközben a szakemberek a holisztikus, inkluzív, a biopszichoszociális szemlélet alapján működő egészségügyi, népegészségügyi és szociális szolgáltatásokat sürgetnek, a gyakorlatban egyre specializáltabb, egy-egy, lehetőség szerint minél szűkebb célcsoport igényeihez igazodó szolgáltatások születnek és működnek. Lényegében mindkét elemre szükség van. A specializált szolgáltatásokra azért van szükség, mert egy városban többféle, nagyon eltérő szükségletű és elérhetőségű, különböző típusú kockázatokkal jellemezhető csoportok élhetnek. Olyan szolgáltatásokra van szükség, amelyek elérik e csoportokat, és számukra vonzó módon kínálják szolgáltatásaikat. A legtöbb esetben szükséges peer-ek bevonása, vagy a meglevő peer csoportokkal történő együttműködés. Az ilyen szolgáltatások tehát az elérő (outreach) és az utcai szociális munkára helyezik a hangsúlyt, vagy legalábbis ilyen szolgáltatások mellett nyújtják „alapszolgáltatásaikat” (egészségügyi vagy szociális szolgáltatások, vagy jobb esetben e kettő együtt). A szolgáltatások – az elérésen túl – az életmódbeli kockázatok és ártalmak (pl. injekciós szerhasználat, fertőző betegségek, túladagolások) egy részét megelőzhetik vagy csökkenthetik. Ezek a szolgáltatások nagy eléréssel, olcsó beavatkozásokkal működnek, így költséghatékonyak: azonban felhasználóik életmódján, függőségén nem tudnak – és nem is céljuk – változtatni. Ahhoz már magasabb küszöbű szolgáltatásokra van szükség, az egészségügy és a szociális szolgáltatások területén, a hozzájuk tartozó magasabb költségekkel és idői jellemzőkkel (hosszabb ideig tartó kezelés/ellátás).

Hivatkozások

Awgu E, Magura S, Coryn C (2016): [Social capital, substance use disorder and depression among youths](#). Am J Drug Alcohol Abuse 42, 2, 213–221

Csák R (2017): [Intravénás szerhasználók kockázati magatartása és az azt befolyásoló strukturális tényezők a 2010-2015 közötti időszakban](#). Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Budapest.

Day J, Ji P, DuBois DL, Silverthorn N, Flay B (2016): [Cumulative Social-Environmental Adversity Exposure as Predictor of Psychological Distress and Risk Behavior in Urban Youth](#). Child Adolesc Soc Work J 33:219–235

Deimel D, Stöver H, Hößelbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V (2016): [Drug use and health behaviour among German men who have sex with men:Results of a qualitative, multi-centre study](#). Harm Reduction Journal 13:36

Enggist S, Moller L, Galea G, Udesen C (szerk.) (2014): [Prisons and Health](#). World Health Organization.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008): [Drugs and vulnerable groups of young people](#). Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013), [Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data](#). EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015), [Drugs policy and the city in Europe](#), EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015): [Perspective on drugs. The EU drugs strategy \(2013–20\) and its action plan \(2013–16\)](#). Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Union (2016): [European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing](#).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017): [High-risk drug use and new psychoactive substances](#), EMCDDA Rapid Communication, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, Hayward A, Story A, Perri P, Withers J, Clint S, Fitzpatrick S, Hewett N (2017): [What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations](#). Lancet, November 11, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31959-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31959-1)

Pepper GV és Nettle D (2017): [The behavioural constellation of deprivation: Causes and consequences](#). Behavioral and Brain Sciences, 1-66 doi:10.1017/S0140525X1600234X, e314

Rhodes T (2002): [The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm.](#) International Journal of Drug Policy, 13:85-94

Spice W (2007): [Management of sex workers and other high-risk groups.](#) Occupational Medicine, 57, 5: 322–328.

Strathdee SA, West BS, Reed E, Moazan B, Azim T, Dolan K (2015): [Substance Use and HIV Among Female Sex Workers and Female Prisoners: Risk Environments and Implications for Prevention, Treatment, and Policies.](#) J Acquir Immune Defic Syndr. 1, 69, 1: 110–117.

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration: <https://www.samhsa.gov/>
letöltés: 2017. 12. 15.

United Nations Office on Drugs and Crime, [World Drug Report 2017](#) (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).

2. A kockázati környezetről Magyarországon

Csák Róbert

Az elmúlt években több olyan változás történt Magyarországon, amely befolyásolta a szerhasználatot, illetve a szerhasználat következményeit, és így közvetve hatással volt arra, hogy az egyes csoportok milyen kockázatoknak vannak kitéve a kábítószer-használat kapcsán. Ezek a változások nem mindig olyanok, amelyek nyilvánvalóan és közvetlenül állnak kapcsolatban a kábítószer-használattal, azonban ha azonosítani akarjuk a kockázati csoportokat, akkor érdemes figyelembe venni minden tényezőt, ami szerepet játszhat abban, hogy egyes csoportok mennyire vannak kitéve a szerhasználat ártalmainak. Ahhoz, hogy teljes képet kapjunk, nemcsak az egyén szempontjából kell megvizsgálni a helyzetet, hanem a szerhasználat körülményeit befolyásoló tényezőket is sorra kell venni. Erre a kihívásra ad választ a kockázati környezet fogalma, amely sorvezetőként használható ahhoz, hogy a kockázati csoportok beazonosításánál szisztematikusan megvizsgáljunk minden lehetséges körülményt.

A kockázati környezet fogalmát kidolgozó Tim Rhodes eredeti koncepciójában ([Rhodes, 2002](#)) úgy határozta meg a kockázati környezetet, mint olyan társas vagy fizikai tér, ahol a különböző tényezők kölcsönhatása növeli a szerhasználatból eredő ártalmak előfordulásának esélyét. Alapvetően erre a definícióra alapozva használja azóta is a szakirodalom a kockázati környezet fogalmát (a teljesség idénye nélkül lásd például: Moore és Dietze 2005, Rácz 2005, Rácz és mtsai 2016b, Rhodes 2009, Rhodes és Simic 2005, Rhodes és mtsai 2005, Small és mtsai 2007, Strathdee és mtsai 2010). Ha nagyon gyakorlatiasan szeretnénk megnézni, hogy a környezet mennyire játszhat szerepet a szerhasználatához kapcsolódó kockázatokban, akkor kiindulópontként érdemes végiggondolni azokat a társas helyzeteket és helyszíneket, amelyekben a szerhasználat megvalósul. Ha példaként a dohányzásra gondolunk, akkor a kipróbálás kapcsán jellemzően szerepet kap a kortárs nyomás, a kulturális norma, miszerint a dohányzás "felnőtt" dolog (társadalmi környezet), az iskola mögötti sarok, ahol a diákok elbújva cigiznek - bár a tantestület pontosan ismeri a helyet (fizikai környezet), de a közösség ártalmait csökkentő változás a szabályozási környezetben, amikor tilos lett dohányozni a nyilvános helyeken, illetve az egyre növekvő árak (gazdasági környezet) kapcsán a sodort dohány arányának növekedése a dohánypiacon (2016-ban már a piac 49%-t tette ki, Joó és mtsai 2017).

A kockázati környezeten belül négy alapvető környezet típust határoz meg Rhodes, a fizikai, társas/társadalmi, gazdasági és politikai/szabályozási környezetet, illetve két szintjét a környezeti befolyásnak: a mikro és a makro szintet. A befolyás szintjével kapcsolatban a *mikro* (azaz közeli, közvetlen, helyi) szintje a kockázati környezetnek magában foglalja a csoport normáit, szabályait és értékeit; a társas kapcsolatokat és hálózatokat; sorstárs, kortárs csoportokat és ezek befolyását; a szerhasználat közvetlen társas környezetét; és a környéket. A *makro* (azaz távoli, indirekt, strukturális) szint pedig magában foglalja a közpolitikákat, jogi környezetet; gazdasági, nemi és etnikai egyenlőtlenségeket; a kockázatok és ártalmak kulturális meghatározottságait és az egészségügy politikai vonatkozásait, helyzetét.

A fizikai környezet talán a legkönnyebben értelmezhető kategória. Itt számos példát lehetne említeni, de az eredeti koncepcióban is egyértelműen megjelenik, hogy ez a szerhasználat közvetlen fizikai környezetét jelenti, ugyanakkor ide tartozik a kábítószerpiac alakulása, a kábítószer csempészes nemzetközi útvonalai, jellemzői. Az új pszichoaktív szerek (UPSZ) megjelenésével ez utóbbi egyértelműen nagy hatással volt az elmúlt években Magyarországon a szerhasználatra.

A társas/társadalmi környezet

A szűkebb vagy tágabb közösségben jellemző attitűdök, normák összességét jeleníti meg a kockázati környezeten belül, amelyek befolyásolják azt, ahogyan a szerhasználat mint cselekedet megvalósul. A kockázati környezet koncepciójának lényege az egyénhez képest külsődleges tényezők szisztematikus áttekintése, azaz a szociológiai szemlélet megjelenítése az egészségügyi kockázatok elemzésében, így tulajdonképpen maga a koncepció is – részben – a társadalmi meghatározottságot jeleníti meg. Ezért talán a társas/társadalmi környezet az, amely elkülönítése a legnehezebb, és amely áttételesen a legtöbb környezet-típusra hat, hiszen a szerhasználók stigmatizáltsága, a szerhasználat társadalmi megítélése nyilvánvalóan befolyásolja az adott országban érvényes szabályozásokat. A szakirodalomban több tényezővel igyekeztek megfogni ezt a típusát a kockázati környezetnek, a szerhasználó közösségre jellemző normák és attitűdök mellett a jelenséghez kapcsolódó intézmények jellemzői is tükrözni tudják a társadalom egészének felfogását.

A társas/társadalmi környezet

Talán *a szabályozási környezet* az a környezet-típus, amely esetében a leginkább magától értetődő, hogy befolyásolni tudja a szerhasználat körülményeit, például a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó törvényeken, vagy a tűcsere programok engedélyezésén vagy tiltásán keresztül. A letartóztatástól féltő intravénás szerhasználók másfélszer nagyobb eséllyel használják mások eszközeit injektláshoz ([Rhodes és mtsai 2005](#)), a szerhasználatot dekriminalizáló Portugáliában pedig szignifikánsan csökkent a szerhasználathoz kapcsolódó halálozások valamint a HIV és HCV fertőzések száma ([Hughes és Stevens 2010](#)). A szabályozási környezet mikro szintjét olyan lokális változókkal lehet leírni, mint a helyi szintű szabályozások, a steril injektorokhoz való hozzáférés, a tűcsere programok lefedettsége, vagy az adott, helyi programok saját szabályai. A szabályozási környezet makro szintje az országos szintű törvényi keretként definiálható. Ebbe a körbe tartoznak a kábítószer-birtoklásra és a szerhasználatra vonatkozó jogszabályok, azaz a büntetőtörvénykönyv ezen cselekedetekre vonatkozó rendelkezései, illetve a szerhasználókkal foglalkozó intézményrendszer jogi keretei. Ezen kívül a szabályozási környezet makro szintjéhez tartoznak azok az irányelvek, nemzeti stratégiák, amelyek problémakörrel kapcsolatos hosszabb- és rövidebb-távú célokat, illetve ezek elérésének módjait és lépéseit határozzák meg.

Gazdasági környezet

A *gazdasági környezet* két dimenzió mentén is fontos eleme a kockázatoknak, az egyén és az adott ország/település szintjén. Ez a környezet típus azt jeleníti meg, hogy a

szervezési használatához (de az egészségmagatartáshoz általában is) kapcsolódó kockázatok tekintetében az anyagi helyzet fontos indikátor, azaz az anyagi egyenlőtlenségek az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségekben is megjelennek. A jobb anyagi helyzetben lévők jobb minőségű ételeket tudnak enni, többet tudnak sportolni, kikapcsolódásra költeni, és meg tudják engedni maguknak, hogy magánrendelőbe járjanak. Magyarországon az alsó jövedelmi ötödbe tartozók 6,8%-a nem jutott hozzá a szükséges egészségügyi ellátáshoz, mert az túl drága volt, míg ugyanez az arány a következő ötödben 2%, a legfelső ötödbe tartozó körében pedig 0,2% ([ÁEEK 2016, 531.o.](#)). A hátrányos helyzet, depriváltság meghatározásában a gazdasági jellemzők mindig megjelennek, a halmozottan hátrányos helyzetű települések¹, városrészek a társadalmi és gazdasági depriváltság metszéspontjaként alkotják meg a kockázatok és egyenlőtlenségek csomósodását ([Rhodes és mtsai 2005](#)). A kockázati környezeten belül a gazdasági környezet mikro szintje a hátrányok ilyen típusú strukturális szerveződését jeleníti meg, a jövedelem, munkaerőpiaci pozíció beemelésével a modellbe. A gazdasági környezet makro szintje pedig egyrészt a gazdaság általános helyzetével kapcsolatos tényezőt tartalmaz (gazdasági bizonytalanság, feketegazdaság mérete) másrészt konkrétan az ellátórendszerre költött forrásokat.

¹ Lásd például a települések fejlettségét vizsgáló mutató, amellyel a halmozottan hátrányos településeket határozzák meg: 3. mutatócsoport: Helyi gazdaság és munkaerőpiac; A 18 éves és idősebbek között a legalább középfelsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya; Nyilvántartott álláskereső aránya a munkaképes korú állandó népességből; Tartósan - legalább 12 hónapja folyamatosan - nyilvántartott álláskereső aránya a munkaképes korú állandó népességből; A legfeljebb általános iskolát végzett nyilvántartott álláskereső aránya; (105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről)

Példák a kockázati környezet egyes típusaira és szintjeire

	Mikro szint	Makro szint
Fizikai környezet	▪ Szerhasználat, intravénás szerhasználat helyszíne ▪ Nyílt színi szerhasználat helyszíne ▪ Szexmunka helyszíne ▪ Börtönök	▪ Kábítószer kereskedelem útvonalai ▪ Kábítószerpiac jellegzetességei ▪ Kábítószer kereskedők elhelyezkedése ▪ Populáció földrajzi eloszlása és mozgása
Társadalmi környezet	▪ Társadalmi csoportok és sorstárs csoportok (peer group) normái ▪ Attitűdök a közösségben ▪ Helyi rendőrségi gyakorlat, a „határozott rendőrségi fellépés” milyensége ▪ A helyi egészségügyi és szociális szolgáltatások, iskolai drogprevenciós programok lefedettsége, hozzáférése	▪ Társadalmi és kulturális normák és értékek ▪ Nemek közötti egyenlőtlenségek, nemekhez kapcsolódó kockázatok ▪ Szerhasználók stigmatizációja, marginalizációja ▪ Civil társadalom ereje, közösségek érdekérvényesítő képessége
Gazdasági környezet	▪ Megélhetés költségei ▪ Egészségügyi ellátás költségei ▪ Megelőzéshez szükséges eszközök költségei ▪ Jövedelem, munkalehetőség hiánya ▪ Helyi gazdaság – informális, szürke-, feketegazdaság	▪ Egészségügyi ellátórendszerre fordított költségek csökkenése vagy hiánya ▪ Feketegazdaság növekedése ▪ Gazdasági bizonytalanság ▪ Foglalkoztatás jellemző módja, illetve ehhez kapcsolódó normák
Szabályozási környezet	▪ Alacsonyküszöbű illetve szociális lakhatási programokhoz való hozzáférés ▪ Drogprevenciós programokra vonatkozó szabályok ▪ Steril injektorokhoz való hozzáférés, tűcsere programok lefedettsége ▪ Helyi szintű szabályozások, stratégiák	▪ Drogprevencióra, ártalomcsökkentésre és kezelésre vonatkozó nemzeti közegészségügyi stratégiák ▪ Kábítószer birtoklásra illetve kábítószer kereskedelemre vonatkozó törvények ▪ Emberi jogok illetve az egészséghez való jogok védelmére vonatkozó törvények

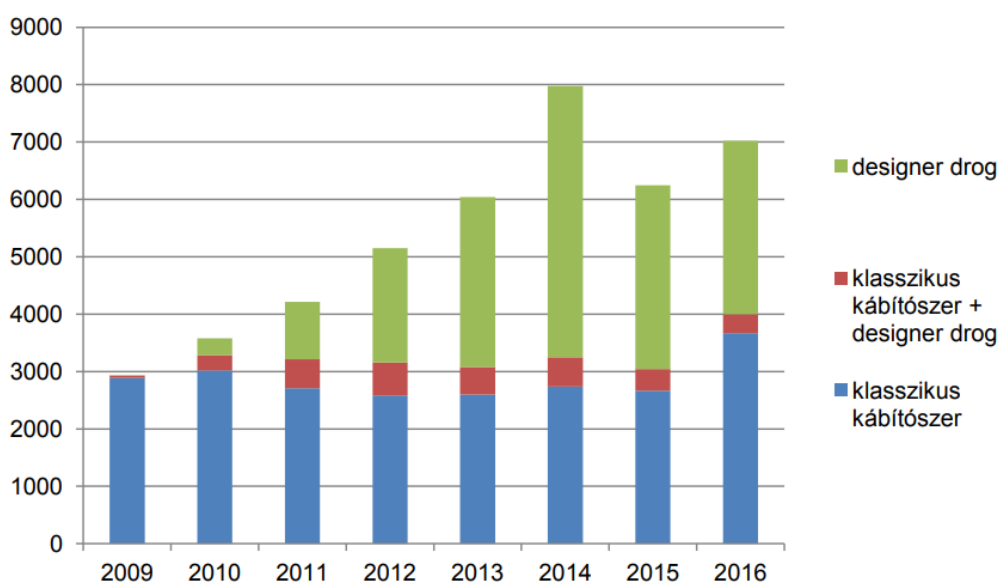
Szerhasználathoz kapcsolódó kockázatok Magyarországon

Az elmúlt évek magyarországi történéseit a kockázati környezet koncepcióját alkalmazva mutatjuk be, példaként gyakran az intravénás szerhasználatot fogjuk használni, amely annak ellenére, hogy csak kis csoportot érint, a legkockázatosabb formája a szerhasználatnak, így markánsan bemutatathatóak ezen keresztül a hazai kockázatok, kockázati csoportokat befolyásoló változások. A bemutatott történések jellemzően átfogóak, amelyek az országos helyzetre általában is hatással voltak, így bátran használhatóak akár a kockázatok települési szintű átgondolásakor is.

Fizikai környezet

Ahogy arra már utaltunk, az UPSZ-ek megjelenésével és térhódításával, a magyarországi kábítószerpiac egésze átalakult 2010 óta. Míg 2010 előtt a rendőrségi lefoglalások alig néhány százaléka volt olyan szer, amely nem tartozott a „klasszikus”, az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő szerek közé, addig az azóta eltelt években fokozatosan teret nyertek az új szerek, 2014-ben már a lefoglalások közel kétharmadát az UPSZ-ek tették ki. Magyarországon 2010 óta összesen 203, 2016-ban 22 új pszichoaktív szert azonosítottak. A rekreációs szerhasználati mintázatokban a kannabisz mellett feltűntek a szintetikus kannabinoidok, a stimulánsok között a designer stimulánsok: elsősorban a katinonok, illetve újfajta amfetamin-származékok. A kannabinoidok csoportjára a gyors és állandó változás a jellemző, mintegy félévente a szerek új csoportja jelent meg (NDF 2017, 24.o.). Úgy tűnik, hogy a folyamatosan emelkedő trend 2015-ben visszafordult, az új pszichoaktív anyagok lefoglalásai a klasszikus kábítószer-lefoglalásokhoz közeli szintre estek vissza, és 2016 már a klasszikus kábítószereket tartalmazó lefoglalások száma meghaladta az UPSZ-ek lefoglalásának számát (NDF 2017, 137.o.).

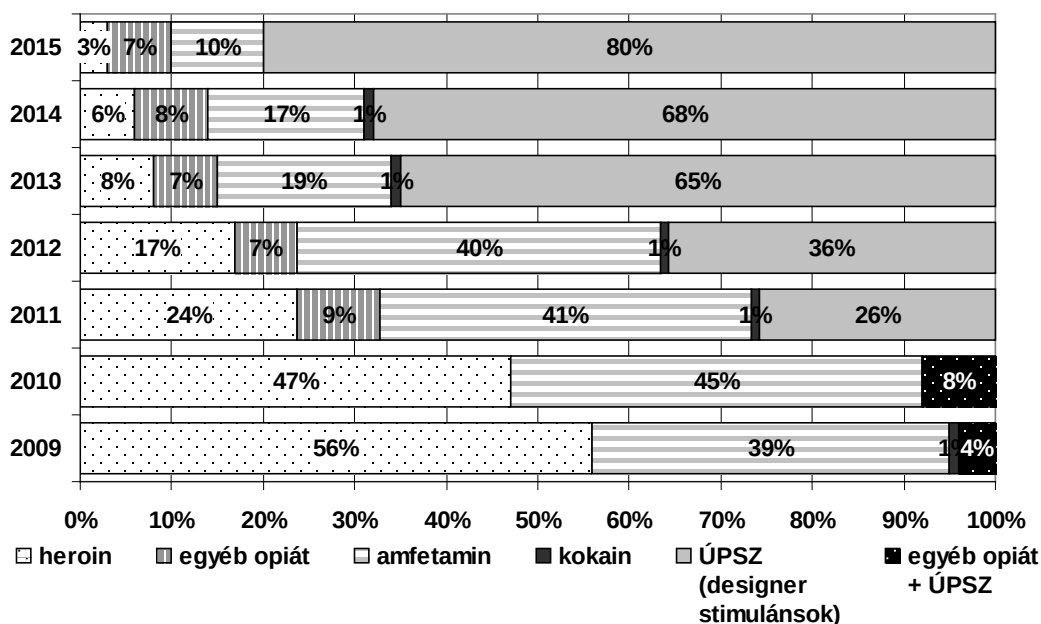
1. ábra: „Klasszikus” és „designer” szerek lefoglalásainak száma, 2009-2016 között²



² (NDF 2017, 138.o.)

Az intravénás szerhasználók körében az UPSZ-ek 2010-es megjelenése gyakorlatilag teljes szerváltáshoz vezetett. A hazai intravénás szerhasználó populációról a Nemzeti Drog Fókuszpont éves adatgyűjtése alapján vannak információink, amelyekben az országban működő túcsere programok kliensadatait összesítik. A 2016-ban megjelent éves jelentésben (NDF 2016) is leírják az elmúlt évek tendenciáit, melyben meghatározó volt az UPSZ-ek 2010-es megjelenése³. 2010 előtt döntően két szert injektáltak az intravénás szerhasználók, amfetamint illetve heroint, de az UPSZ injektálása egyre nagyobb arányban szorította ki a két korábban jellemző szert. Elsőként a heroin használók aránya csökkent, majd az amfetamint is kiszorították az új szerek: 2015-ben mindössze 13% injektálta ezt a két szert, míg 2009-ben ugyanez az arány 95% volt. A szerváltás kapcsán nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a mefedron 2010-es megjelenése egybeesett a heroin elérhetőségének és hatóanyagtartalmának csökkenésével (NDF 2011), míg a megjelenő UPSZ-ek hatóanyagtartalma sokkal magasabb volt. Azaz az UPSZ-ek könnyebben hozzáférhető, és jobb minőségű, erősebb anyagok voltak, emellett a szintetikus katinonok ára jóval alacsonyabb is volt, mint a korábban használt szereké (Csák és mtsai 2013).

2. ábra A magyarországi túcsere programokban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2015 között⁴



A kábítószerpiac átalakulása tehát döntően befolyásolta az intravénás szerhasználók által injektált szereket is, sorozatos szerváltások után a vizsgált időszak végére a túcsere programokat látogató klienseinek döntő része valamilyen UPSZ-t injektált.

³ Az adatgyűjtésben 2010-ben még nem volt lehetőség az UPSZ megjelenítésére (előre megadott kategóriák voltak az injektált szereknek), a jelenség hatására magát az adatgyűjtést is át kellett alakítani, 2011-től volt lehetőség az egyéb szerek esetében új kategóriákat megadni, megnevezni az egyes szereket (NDF 2012)

⁴ Forrás: NDF 2016, 39. oldal alapján, saját szerkesztés

Az UPSZ jelenség másik következménye a szintetikus kannabinoidok elterjedése, amely főként olyan marginalizált csoportok körében vált meghatározóvá, mint a kistelepülések illetve városok szegregátumaiban élők, vagy a hajléktalanok. Ezen kiemelt kockázati csoportokon kívül a szintetikus kannabinoidok az iskoláskorúak körében is magas prevalenciával rendelkeznek. Az iskoláskorúak körében végzett ESPAD vizsgálatban mért életprevalencia értékek alapján ([Elekes 2016](#)) a legelterjedtebb kábítószer 2015-ben (is) a marihuána volt a 9-10. évfolyamon, azonban a második helyen a 2015-ben először kérdezett szintetikus kannabinoidok szercsoport állt (majd az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, ezek alkohollal történő együttes fogyasztása következik – azaz a kockázati csoportok kapcsán nem csupán az illegális, de a legális szereket fogyasztókat is érdemes figyelembe venni). Ugyanakkor az UPSZ használat a teljes lakosságot nézve is látható változásokhoz vezetett, a 2015-ös Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról ([OLAAP](#)) eredményei szerint a 18-64 éves felnőtt lakosság körében a szintetikus kannabinoidok a legelterjedtebb drogok között szerepelnek: az életprevalencia értéke (1,9%) alapján a harmadik, az éves prevalencia értéke (1,1%) alapján pedig a második legnépszerűbb szertípus (Paksi és mtsai, 2015).

Itt azt emelnénk ki, hogy egy olyan makro tényező, mint a kábítószerpiac átalakulása hatással volt a szerhasználat kockázataira, hiszen a hagyományos szerek mellett nagyon gyakran használt szerré váltak az UPSZ-ek. Az UPSZ-ek pedig magasabb egészségügyi ártalmakkal járnak, mint a "hagyományos" szerek. A klinikai, pszichiátriai gyakorlatban már évekkel ezelőtt egyértelműen látszott, hogy a régebben is elérhető szerekhez képest az UPSZ-ek súlyosabb egészségügyi következményekkel járnak, és ezek az ártalmak ráadásul rövidebb idő alatt jelentkeznek ([Szily és Bitter 2013](#)).

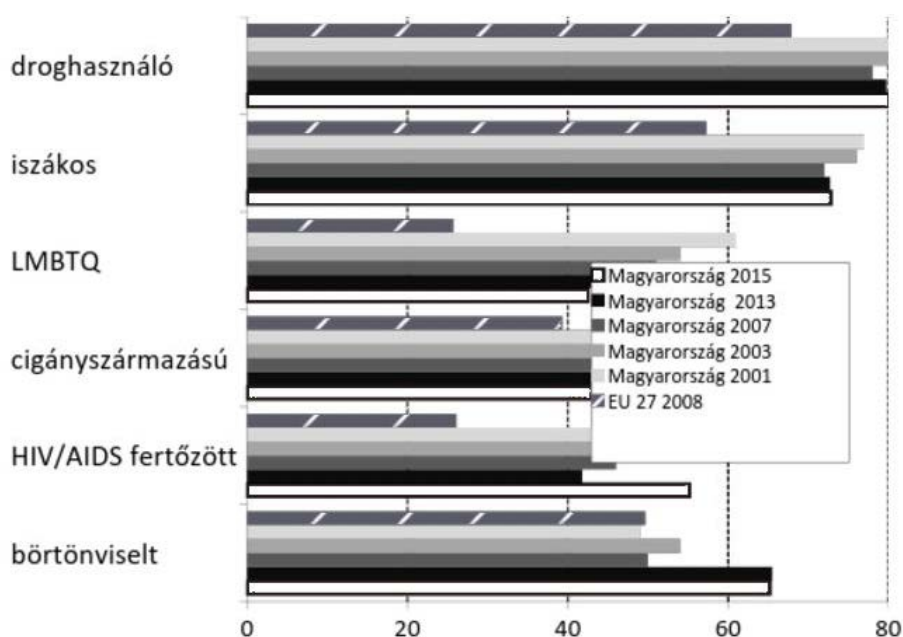
A fizikai környezet mikro szintjével kapcsolatban a helyi viszonyok, a városokban megtalálható jellemző helyszínek, szerhasználatban érintett környékek meghatározóak. Budapesttel kapcsolatban például érdemes megemlíteni, hogy Ritter Ildikó egy 2005-ben készített, roma fiatalok és kábítószer-használat témakörével foglalkozó kutatásban (Ritter 2005) azt találta, hogy az intravénás szerhasználat nagymértékben elterjedt két budapesti helyszínen, a 9. kerületi Dzsumbujban és a 10. kerületi Hős utcában, a 2014-ig a 8. kerületben működő tűcsere program pedig az ország legnagyobb forgalmú tűcsere programjává vált döntően helyi szerhasználókat kiszolgálva. Ezek a környékek jelenleg is magas kockázatú helyek a szerhasználat szempontjából. A fizikai környezetet, elhelyezkedést abból a szempontból is érdemes figyelembe venni a kockázati csoportok beazonosításánál, hogy a távol eső helyszíneken kevésbé érhetőek el a szükséges egészségügyi és szociális szolgáltatások, de az is növelheti a kockázatokat, hogyha valahova csak hosszabb idő alatt érkeznek ki a mentők. A fizikai helyszínből adódó hátrányokat növelheti az is, ha az adott helyszínt veszélyesnek tartják, hiszen ez tovább ronthatja a szolgáltatások elérhetőségén.

Társadalmi környezet

A társadalmi környezet makro szintjét a szerhasználókkal kapcsolatos attitűdökkel lehet jellemezni, amit a legutóbbi, 2015-ben végzett OLAAP vizsgálat ([Felvinczi és mtsai 2016](#)) szerhasználók marginalizáltságára vonatkozó eredményei jól illusztrálnak. A szerhasználat társadalmi kontextusának jellemzője, hogy a szerhasználók Magyarországon egy erősen

stigmatizált csoport. Az OLAAP vizsgálatban szociális távolság skála segítségével mérték a szerhasználókkal kapcsolatos attitűdöket. Azok aránya, akik nem látnának szívesen a szomszédjukban „drogosokat” 80% volt, ami más marginalizált csoportokhoz képest a legmagasabb érték – azaz a szerhasználók Magyarországon a legelutasítottabb társadalmi csoportot képviselik. 2001 óta több alkalommal vizsgálták a kérdést, így a korábbi vizsgálatokkal összevetve az is tudható, hogy a droghasználók stabilan a legkedvezőtlenebbül megítélt társadalmi csoport az országban.

3. ábra A szociális távolság skálán mért eredmények változásai 2001-2015 (magyarok: 18-53 évesek, EU 18-64 évesek; az 1-es, 2-es válaszkategória, %)⁵



Kérdés: „Ön mennyire látna szívesen a szomszédságában olyan személyt, aki ...?”
 1 – ellenezné; 2 – inkább nem; 3 – attól függ; 4 – nem befolyásolná; 5 – szívesen látná

A társadalmi környezethez kapcsolódó példa lehet, hogy 2014-ben két tűcsere program is bezárt Budapesten. Mivel a szerhasználó a legelutasítottabb csoport az országban, így azok a szervezetek, akik ilyen emberekkel foglalkoznak, könnyen ellenszenvessé válhatnak az adott közösségben, és amikor egy szolgáltatás egy lakóházban üzemel, az könnyen eredményezhet konfliktusos helyzeteket – a lakóktól pedig nem várható el az átfogó közegészségügyi szemlélet alkalmazása. A két bezárt szolgáltatás az ország legnagyobb forgalmú tűcsere programjai voltak, mind az eszköz-, mind a kliensforgalom döntő részét ez a két program adta Magyarországon ([Gyarmathy és mtsai 2016](#)). Ezért a két program megszűnése azt eredményezte, hogy az országban kiosztott tűk száma jelentősen az alá a szint alá esett, amely a vér útján terjedő betegségek megelőzéséhez szükséges a WHO ajánlása⁶ alapján.

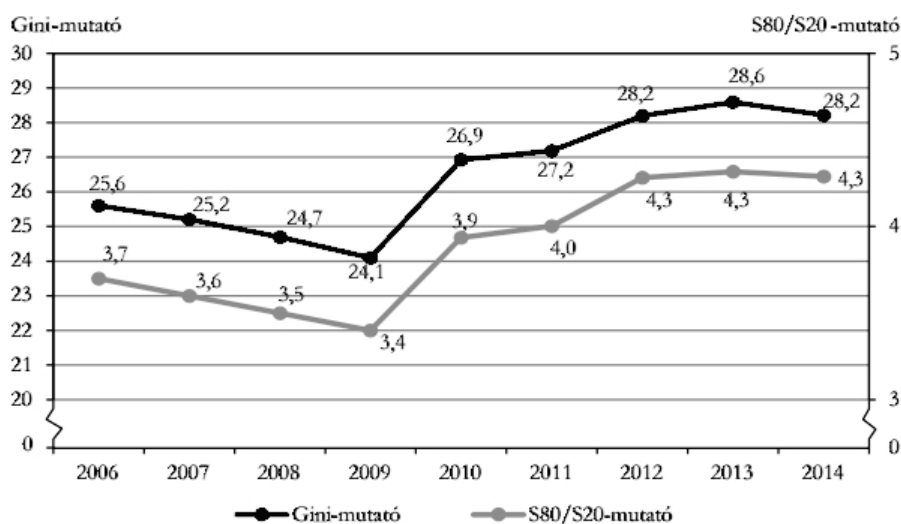
⁵ Felvinczi és mtsai 2016

⁶ A WHO lefedettségére vonatkozó indikátora (NSP.C.1c) az adott országban összesen egy év alatt kiosztott fecskendők számát osztja a teljes intravénás szerhasználó populáció (becsült) számával. Bővebben lásd: WHO, UNODC és UNAIDS. (2012) Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision. Genf: WHO.

Gazdasági környezet

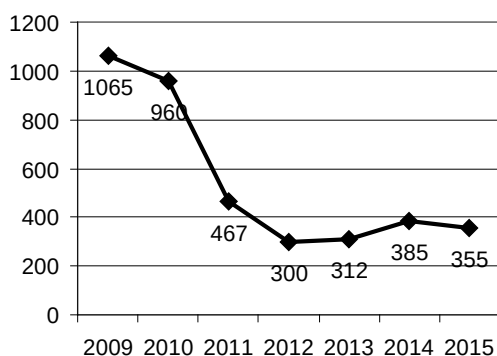
A gazdasági környezet makro szintjén a 2008-as pénzügyi világválság és annak hatásai meghatározó tényezők voltak az elmúlt években. 2009-ben a magyarországi GDP jelentősen csökkent, majd ezt követően a válság hatására a társadalmi egyenlőtlenség növekedett, ami mind a népesség jövedelem-eloszlásának egyenlőtlenségét mutató Gini-együttható, mind a népesség felső és alsó ötödének jövedelme közötti arányt mutató S80/S20 alapján egyértelműen látszik (KSH 2015). Az egyenlőtlenségek növekedése azt is jelzi, hogy a válság negatív következményei nem egyenletesen oszlottak el a társadalomban, az alacsonyabb társadalmi státuszú csoportokat inkább érintették ezek a hatások, mint a magasabb státuszú csoportokat. Az intravénás szerhasználók, valamint a már említett falusi, illetve városi szegregátumokban élők és a hajléktalanok egyértelműen a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok között vannak (rossz munkaerőpiaci pozíció, társadalmilag elutasított, marginalizált csoport), így nagy eséllyel abba a csoportba tartoznak, amelyek a válság következményeit erősen megérezték.

4. ábra: A jövedelem-eloszlás társadalmi egyenlőtlensége a Gini-, illetve az S80/S20-mutatók alapján (KSH 2015)

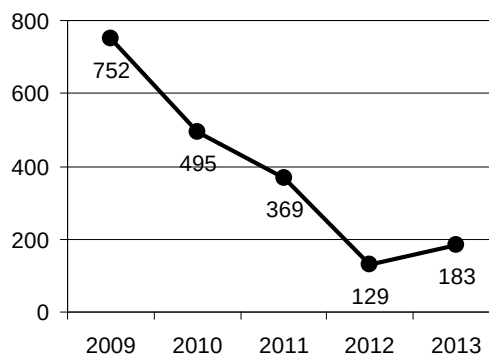


A 2008-as pénzügyi válság következményeként Magyarországon bevezetett megszorítások a kábítószer használatával összefüggő állami kiadásokat is érintették. A területre szánt források – adott évi költségvetésben a területre előirányzott összeg – nagy mértékben csökkentek, 2012-ben a költségvetésben a „kábitószer fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatok” soron szereplő összeg mindössze a 2009-es összeg 28%-a volt. A célzottan szerhasználathoz kapcsolódó pályázatokon kiosztott forrásokat tekintve még drasztikusabb a csökkenés: 2012-ben már csak a 2009-es összeg 17%-t osztották ki a pályázó szervezeteknek.

5. ábra: A „kábitószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatok” soron szereplő összegek a központi költségvetésről szóló törvényekben, millió Forint (2009-2015)



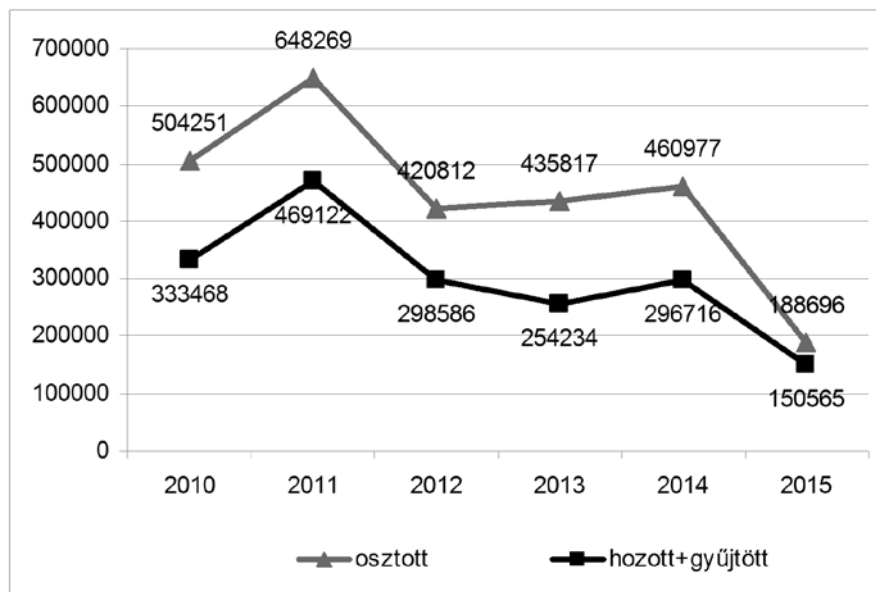
6. ábra: A célzottan kábítószerügyi pályázati kiíráshoz kapcsolódó megítélt támogatások összege, millió Forint (2009-2013⁷)



A rendelkezésre álló források csökkenése természetesen hat arra, hogy a megvalósuló szolgáltatások lefedettsége, elérhetősége milyen, hiszen kevesebb pénzből kevesebb eszközt lehet vásárolni, kevesebb szakembert lehet megfizetni, kevesebb ideig lehet nyitva tartani. Ha példaként az intravénás szerhasználókkal foglalkozó tűcsere programokat nézzük, akkor azt láthatjuk, hogy a csökkenő forrásokkal párhuzamosan a Magyarországon kiosztott tűk száma jelentősen visszaesett, a 2011-ben lecsökkent források miatt 2012-ben jóval kevesebb injektort tudtak a tűcserek kiosztani. Így tudja egy gazdasági változás növelni a szerhasználók egészségügyi kockázatait (és ezen keresztül a közegészségügyi kockázatokat általában is, hiszen a vér útján terjedő betegségek, mint a HIV és a Hepatitis C prevalenciájának növekedésében az intravénás szerhasználók az egyik kiemelt kockázati csoport), hiszen a csökkenő finanszírozás miatt csökkent a rendelkezésre álló steril eszközök száma, így pedig a steril injektor szűkös erőforrássá válik, amihez nehéz hozzájutni, ez pedig azt eredményezi, hogy nagyobb eséllyel fognak használt eszközökkel injektálni.

⁷ NDF 2010, 2011, 2012, 2013, 2014a. A Nemzeti Drog Fókuszpont jelentéseinek struktúrája átalakult, a 2015-ben készült, 2014-re vonatkozó adatokat tartalmazó jelentésben már máshogy gyűjtötték az költségvetési forrásokkal kapcsolatos adatokat, így az a korábbiakkal nem volt összevethető.

7. ábra: A túcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2010-2015 között⁸



A túcsere programok lefedettségének csökkenését megerősíti egy 2015 júniusában készült vizsgálat, amelyben az ártalomcsökkentésben dolgozó szakértők segítségével mérték fel az ártalomcsökkentés helyzetét az országban ([KCKT 2015](#)). A résztvevők véleménye szerint a fertőző betegségek prevalenciájának csökkentésére irányuló beavatkozások elérhetősége, hozzáférhetősége igen alacsony Magyarországon. A túcsere programokkal kapcsolatban a felmérés azt mutatta, hogy annak elérhetősége a ritka illetve a korlátozott⁹ között van az országban, azaz a többség nem tud hozzáférni a szolgáltatáshoz. A gazdasági környezettel kapcsolatban fontos, hogy a vizsgálatban megkérdezett szolgáltatók az egyik legnagyobb problémaként a finanszírozás elégtelenségét említették ([KCKT 2015](#)). Probléma, hogy a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatására kötött finanszírozási szerződések feltételeit nem, vagy csak nagyon nehezen lehet teljesíteni a biztosított összegből – a résztvevő szolgáltatók egyike sem tudta megoldani a túcsere program működtetését az aktuális finanszírozásból.

Szabályozási környezet

Az elmúlt években alapvetően két szabályozási dokumentum változott Magyarországon, amelyeket a kockázati környezet szabályozási tényezői kapcsán érdemes megvizsgálni. A kábítószer birtoklásra, illetve szerhasználatához kapcsolódó eszközök birtoklására vonatkozó jogszabályok változtak az elmúlt években, az Országgyűlés által 2012. június 25-én elfogadott és 2013. július 1-én hatályba lépett új Büntető Törvénykönyv kábítószerekre vonatkozó részeinek változásaival. A korábban érvényes Btk.-hoz (Büntető Törvénykönyvről

⁸ NDF 2015, p. 85.; NDF 2016, p. 110.

⁹ A résztvevőknek az EMCDDA strukturált kérdőíve alapján kialakított kérdések egy részére kérdőíven kellett válaszolniuk, ahol az egyes beavatkozások elérhetőségét öt fokú skálán kellett megadniuk. A skálán szereplő értékek definíciója: 5 - Teljes – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá meg tudná kapni; 4 - Kiterjedt – a többség, de nem mindenki meg tudná kapni; 3 - Korlátozott – több, mint néhány személy hozzá tud férni, de a többség nem; 2 - Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni; 1 - Nincs – nem létezik;

szóló 1978. évi IV. törvény) képest több ponton is szigorodott a kábítószerrel való visszaélésre vonatkozó törvény¹⁰. A kábítószer-kereskedelem esetében megszüntették a csekély mennyiséget, mint enyhébb tételt, illetve szintén a kábítószer-kereskedelem szigorúbb büntethetősége kapcsán a birtoklás tényállásánál (termeszt, előállít, megszerez, tart, ország területére behoz, onnan kivisz, azon átszállít) egy újabb kategóriát vezettek be, a különösen jelentős mennyiséget (csekély mennyiség kétszázszorosa), amely még szigorúbb büntetést von maga után, 10-15 évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető. A korábbi Btk.-ban csak három kategória volt, csekély, alapeseti és jelentős, ez utóbbi a csekély mennyiség húszszorosa és 5-10 évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető.

A használókra vonatkozó törvények is szigorodtak. Külön tényállásként lett nevesítve a kábítószer-fogyasztás, amely két év szabadságvesztéssel büntetendő – bár a fogyasztás miatt korábban is büntethető volt valaki a megszerzésre és birtoklásra vonatkozó törvényeken keresztül, önálló tényállásként 2003-2013 között nem szerepelt a Btk.-ban. Emellett a fogyasztókat vallomásra ösztönzik, az új Btk. alapján korlátlanul enyhíthető annak a fogyasztónak a büntetése, aki részletes beismerő vallomást tesz, vagy, ahogy a törvény szövegében szerepel, a „vádemelésig lehetővé teszi a kábítószer értékesítő személy kilétének megállapítását”. A fogyasztók számára megmaradt a lehetőség, hogy a büntetőeljárás alternatívájaként úgynevezett „elterelésben”¹¹ vegyenek részt, azonban ennek feltételeit szigorították, nem veheti igénybe az elterelés intézményét az, aki az elmúlt két év során már vett részt elterelésben, vagy kábítószer-birtoklással, -kereskedelemmel kapcsolatban a büntetőjogi felelősségét megállapították. Ez leginkább a függők vagy hátrányos helyzetű fogyasztók esetében jelent problémát, hiszen ők kerülnek gyakrabban kapcsolatba a rendőrséggel. A függőkre a korábbi Btk.-ban enyhébb szabályok vonatkoztak, amelyet szintén megszüntettek az új Btk.-ban, így a bíróság annak hatálybalépése után már csak enyhítő körülményként értékelheti a büntetés kiszabásánál a szenvedélybetegséget, a kedvezőbb szabályok megszűntek. Emellett szigorították a köznevelési vagy közoktatási intézményre vonatkozó törvényeket is: a korábbi Btk.-ban az a 18. életévét betöltött személy, aki köznevelési vagy közoktatási intézményben csekély mennyiségű kábítószer tart magánál vagy szerez meg, elterelésen vehetett részt, az új Btk. szerint azonban három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Bár korábban is súlyosabb büntetés járt, ha 18. életévét betöltött személy 18. évét be nem töltött személynek adott át kábítószer, ezt is szigorították az új Btk.-ban: aki 18. életévét betöltött diákként egy iskolai rendezvényen átad kábítószer (marihuánás cigarettát) 17 éves osztálytársának, az a régi Btk. szerint két évig terjedő szabadságvesztéssel, az új Btk. szerint azonban egytől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Végül az új Btk.-ban újra nevesítették a káros szenvedélykeltést (amely 2003 előtt, a fogyasztáshoz hasonlóan szintén nevesítve volt), ami alapján büntethető az is, ha valaki eredménytelenül próbál valakit rábeszélni kábítószer fogyasztására.

A szabályozási környezettel kapcsolatban itt kell megemlíteni, hogy az UPSZ megjelenése kapcsán új törvényt alkottak. A 2012. április 2-án hatályba lépett 66/2012. (IV. 2.)

¹⁰ A Btk-ra vonatkozó részben nagyban támaszkodtam a 2014-es jelentés (NDF 2014a) 1.2. fejezetére.

¹¹ Fél éves kezelés, amely módját a függőség súlyosságától függően állapítják meg. Amennyiben valaki elvégzi a fél éves programot, úgy ellene a büntető eljárást megszüntetik, és nem lesz priusza sem.

kormányrendelet hozta létre az ún. C-listát és definiálta törvényben az UPSZ-t. A C-listán már nem csak egyes anyagok, hanem vegyületcsoportok is szerepelhetnek, illetve gyorsabban felkerülhetnek rá az egyes szerek. Korábban, például a mefedron és az MDPV egyenesen a kábítószeres jegyzékébe került fel, a C-lista létrehozása után arra kerülnek be az új szerek, majd kockázatértékelés után születik meg a döntés egy-egy anyag kábítószeres jegyzékébe való bekerüléséről. Az UPSZ-re enyhébb büntetési tételek vonatkoztak, azonban az új Btk. ebben is szigorítást hozott. Az új Btk. bővült az „Új Pszichoaktív anyaggal visszaélés” című szakasszal, melyben az előző szakaszok struktúráját követve, azonban enyhébb büntetési tételekkel szabályozza a területet, emellett korábban az UPSZ fogyasztása nem volt büntetendő, az új Btk.-val viszont a megszerzés és tartás szabálysértésnek minősül. A Btk. változásai összességében egy kriminalizáló, büntetésre építő drogpolitikai hozzáállást tükröznek.

Hivatkozások

- Állami Egészségügyi Ellátó Központ Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja. (2016) [A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15.](#) Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest
- Csák R, Arnold P, Németh Á. (2017) [Dizájnertdrog- fogyasztás a serdülőkorú fiatalok körében – HBSC kutatás 2013/2014.](#) In: Felvinczi K (szerk.), Változó képletek – Új(abb) szerek: kihívások, mintázatok. Budapest, L'Harmattan.
- Csák R, Gyarmathy VA, Varga M és Honti J. (2010a) [Tűcsereprogramok. Addiktológiai ellátások fejlesztése - Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén](#) I. Budapest, SZMI.
- Elekes Zsuzsanna. (2017) [Új pszichoaktív szerek a 2015. évi ESPAD-kutatásban.](#) In: Felvinczi K (szerk.), Változó képletek – Új(abb) szerek: kihívások, mintázatok. Budapest, L'Harmattan.
- Gyarmathy VA, Csák R, Balint K, Bene E, Varga AE, Varga M, Csiszér N, Vingender I és Rácz J. (2016) [A needle in the haystack - the dire straits of needle exchange in Hungary.](#) BMC Public Health, 16: 157.
- Gyarmathy VA és Sarosi P. (2015) [Hepatitis C prevalence among people who inject drugs in Hungary.](#) The Lancet. Infectious diseases, 15: 1261-1262.
- Joó T, Vokó Z, Bodrogi J, Demjén T, Szócska M. (2017) [A dohányzás elleni küzdelem a 2010-2014 közötti időszakban.](#) Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, XVI. évfolyam, 2017/10 lapszám, 11-17 oldal
- KCKT. (2015) [Élő jelentés a magyarországi droghelyzetről.](#) Budapest: Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület.
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2010) [2010-es éves jelentés az EMCDDA számára - "Magyarország" Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.](#) Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2011) [2011-es éves jelentés az EMCDDA számára - "Magyarország" Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.](#) Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2012) [2012-es éves jelentés az EMCDDA számára - "Magyarország" Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.](#) Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2013) [2013-as éves jelentés az EMCDDA számára - "Magyarország" Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.](#) Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2014a) [2014-es éves jelentés \(2013-as adatok\) az EMCDDA számára - "Magyarország" Új fejlemények, trendek](#) Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2014b) [A kábítószer-helyzet Magyarországon, 2004-2014 : a Nemzeti Drog Fókuszpont jubileumi összefoglaló kiadványa.](#) Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2015) [2015-ös éves jelentés \(2014-es adatok\) az EMCDDA számára - "Magyarország".](#) Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2016) [2016-os éves jelentés \(2015-ös adatok\) az EMCDDA számára - "Magyarország".](#) Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Rácz J. (2005) [Injecting drug use, risk behaviour and risk environment in Hungary: A qualitative analysis.](#) International Journal of Drug Policy, 16: 353-362.
- Rácz J és Csák R. (2014) Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében. Orvosi Hetilap, 155: 1383-1394.
- Rácz J, Csák R, Karátson R és Vadász V. (2012) [A drogváltás jelensége injekciós droghasználókkal készített interjúkban.](#) Psychiatria Hungarica, 27: 29-47.
- Rácz J, Csák R és Lisznyai S. (2015) Transition from "old" injected drugs to mephedrone in an urban micro segregate in Budapest, Hungary: a qualitative analysis. Journal of Substance Use, 20: 178-186.
- Rácz J, Csák R, Tóth KT, Tóth E, Rozmán K és Gyarmathy VA. (2016a) [Veni, vidi, vici: The appearance and dominance of new psychoactive substances among new participants at the largest needle exchange program in Hungary between 2006 and 2014.](#) Drug & Alcohol Dependence, 158: 154-158.
- Rácz J, Gyarmathy VA és Csák R. (2016b) [New cases of HIV among people who inject drugs in Hungary: False alarm or early warning?](#) International Journal of Drug Policy, 27: 13-16.
- Rácz J, Márványkövi F, Melles K és Vadász V. (2010) Út a túléléshez. [Nyílt színi droghasználat és „belövőszobák” Budapesten.](#) Az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos megfontolások. Budapest: L'Harmattan.
- Rhodes T. (2002) [The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm.](#) International Journal of Drug Policy, 13: 85-94.
- Rhodes T. (2009) [Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach.](#) Int J Drug Policy, 20: 193-201.
- Rhodes T, Kimber J, Small W, Fitzgerald J, Kerr T, Hickman M és Holloway G. (2006) Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. Addiction, 101: 1384-1393.

- Rhodes T és Simic M. (2005) [Transition and the HIV risk environment](#). BMJ, 331: 220-223.
- Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR és Strathdee SA. (2005) [The social structural production of HIV risk among injecting drug users](#). Social Science & Medicine, 61: 1026-1044.
- Ritter I. (2005) Roma fiatalok és kábítószeresek - Kutatási beszámoló Egységes Ifjúságért Alapítvány - Országos Kriminológiai Intézet. Budapest. Kézirat.
- Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, Rhodes T, Booth R, Abdool R és Hankins CA. (2010) [HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future](#). Lancet, 376: 268-284.
- Small W, Rhodes T, Wood E és Kerr T. (2007) [Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk](#). Int J Drug Policy, 18: 27-36.
- Szily E és Bitter I. (2013) [Designer drugs in psychiatric practice - A review of the literature and the recent situation in Hungary](#). Neuropsychopharmacol Hung, 15: 223-231.
- Tarján A, Dudás M, Gyarmathy VA, Rusvai E, Tresó B és Csohán A. (2015) Emerging Risks Due to New Injecting Patterns in Hungary During Austerity Times. Substance use & misuse, 50: 848-858.

3. Kockázati csoportok, megkereső munka

Kun Bernadette és Kaló Zsuzsa

A tanulmány célja a kockázati csoportokkal végzett megkereső munka definiálása, modelljeinek bemutatása, jellegzetességeinek leírása a nagy nemzetközi szakmai szervezetek (WHO 2004, EMCDDA 1999, NIDA 2000, INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE 2012) és a kurrens nemzetközi kutatások (Rhodes és mtsai 1991, Hartnoll és mtsai 1990, Sydor 2013, Allan és Campbell 2011) és jó gyakorlatok (Correlation Outreach Group 2007) alapján. Az alapfogalmak és modellek bemutatása után a tanulmány kitér arra, hogy mely területeken van relevanciája ennek a tevékenységnek, valamint, hogy a szakirodalom alapján milyen nehézségek és szakmai iránymutatások vannak a megkereső munka végzéséhez, és milyen képzési szükségletek fogalmazódtak meg. A tanulmány kísérletet tesz arra, hogy az ismeretek alapján a hazai helyzet vonatkozásában tanulságokat fogalmazzon meg.

3.1 A megkereső munka meghatározása, jellemzőinek bemutatása

Definíciók

A megkereső munka egy kliens-központú, közösségi alapú ártalomcsökkentő szolgáltatás, amely a nehezen elérhető szerhasználókkal a természetes környezetükben kapcsolatot létesít, valamint egészségügyi és szociális szolgáltatást nyújt. Olyan személyekkel épít kapcsolatot, akik ez „elérésen kívül esnek” a közösség, a társadalom, valamint az egyén vagy a szolgáltatások szempontjából. A megkereső munka célja tehát a kockázati csoportokba tartozó személyek felkeresése és a megfelelő célzott programokkal, szolgáltatásokkal való elérése. A kockázati csoportba kerülés számos okkal magyarázható; a személyek szerhasználata, speciális betegség, kisebbségi csoportba tartozás stb. miatt a társadalmon belül stigmatizálnak, marginalizálnak tekinthetők, kevesebb erőforráshoz van hozzáférésük és/vagy nehezen elérhetőek számukra az egészségügyi és szociális szolgáltatások ([WHO 2004](#)).

Hartnoll és munkatársainak (1990) megkereső munka definíciója szerint ez egy olyan közösség-központú tevékenység, amely során olyan egyénnel vagy csoportokkal alakítunk ki kapcsolatot, amelyek egy speciális célcsoportba tartoznak, valamint akiket a létező egészségügyi szolgáltatások nem tudnak hatékonyan elérni. Hartnoll és munkatársai (1990) azt is hangsúlyozzák, hogy bár a megkereső munka és az alacsonyküszöbű szolgáltatások nagyon rokon fogalmak, mégsem ugyanaz a kettő. Míg a megkereső munka esetében a szolgáltató keresi fel a droghasználót, addig az alacsonyküszöbű ellátás esetében általában a droghasználó megy el a szolgáltatóhoz.

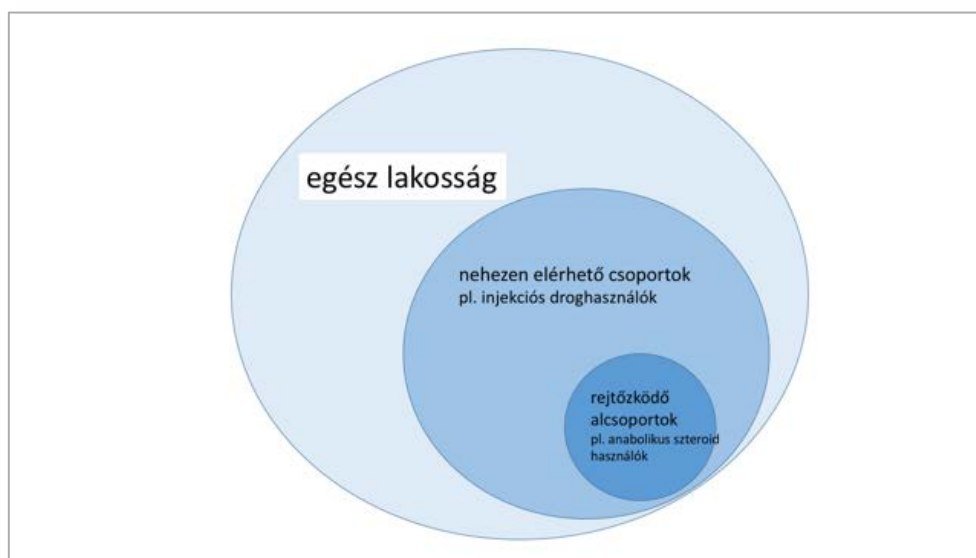
A megkereső munka meghatározásában az egyik legvitatottabb elem a célcsoport, vagyis hogy hogyan lehet jól definiálni a „nehezen elérhetőséget”. A szerhasználók csoportja sokszor nehezen elérhető („hard-to-reach”) vagy rejtőzködő („hidden”) populációként definiálható – őket az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltatások nem érik el hatékonyan. Rhodes és munkatársai (1991) szerint ezek a személyek akkor fognak kapcsolatba lépni a szolgáltatókkal, ha a szolgáltatás az ő életformájukhoz illeszkedik. Ezért alapvető kiindulás, hogy ezekkel a személyekkel ott lehet kapcsolatot teremteni, ahol élnek. Ezen populációk megkeresése mögött két alapfeltevés áll: léteznek droghasználók a szolgáltatásokba bekerült klienseken kívül is, valamint hasznos lenne elérni ezeket a személyeket.

Sydor (2003) kísérletet tesz a „rejtőzködő” és a „nehezen elérhető” populációk definiálására és megkülönböztetésére. Az általa hivatkozott irodalomban néha úgy is hívják ezeket a csoportokat, hogy „elusive” – nehezen megfogható, meghatározható (Fielding 2004, Long-Sutehall és mtsai, 2011) vagy úgy, hogy „nehezen látható” (Biernacki és Waldorf és mtsai, 1981) vagy „ijesztő jellemzőik” vannak (Faugier és Sargeant 1997). Sydor (2003) az alábbi módon tesz különbséget az egyes elnevezések között:

- o **rejtőzködő** („hidden”) populáció: nincsenek egyértelmű határai (Faugier és Sargeant, 1997), nincs megbízható forrás, hogy megbecsüljük a populáció méretét, és tagjainak beazonosítása inkább személyes percepción alapul (Hampshire, 2002). Azért is nehéz őket elérni, mert mennyiségük és elhelyezkedésük csak megbecsült, és az alcsoportok ki-be vándorolnak. Utóbbiak néha felül- vagy alulreprezentáltak a csoporton belül, és ez torzítja a teljes csoport megítélését;
- o **nehezen elérhető** („hard to reach”) populációk: olyan populáció, melyet a kutatók számára nehéz elérni

Sydor (2003) szerint a két fogalom viszonya egymáshoz így összegezhető: a rejtőzködő populációt alapvetően nehéz elérni, de a nehezen elérhető populációk nem feltétlenül rejtőzködőek. A szerző szerint azért nagyon nehéz a rejtőzködő populációk becslése, mert ez egy szenzitív téma: olyan, melyet egyes emberek nem tárnak nyilvánosság elé, általában azért, mert a kitárulkozást veszélyesnek érzik. Nincs arra biztosíték, hogy a rejtőzködő populációból származó adott minta ténylegesen reprezentálja a teljes populációt, és könnyen lehet, hogy csak 1-2 alcsoportot képviselnek (Becker, 1963).

1. Ábra. A nehezen elérhető és a rejtőzködő populáció egymáshoz való viszonya (Sydor, 2003)



Allan és Cambell (2011) szerint a nehezen elérhető populációk az alábbi okok miatt jutnak el nehezen kezelésbe: rassz, életkor, fizikai vagy érzelmi képességek, jövedelem, nyelv, vagy egyéb erőforrások hiánya. Bender és munkatársai (2007) szerint a nehezen elérhető (hard-to-reach) címke már önmagában stigmatizáló, illetve erősíti a stigmát, amivel a populáció amúgy is küzd.

Vannak szolgáltatások, amelyeknek kritériumai, működésmódja vagy akár nyitva tartása miatt nem jutnak el ezekbe a kliensek, egyesek azért maradnak rejtve, mert

- o illegális tevékenységet folytatnak,
- o nem érzik szükségét a szolgáltatásoknak,
- o úgy tapasztalják, hogy a szolgáltatások nem kedvezőek számukra – pl. túlkontrollálók, büntetők vagy irrelevánsak számukra.

3.2 A megkereső munka jellemzői

A megkereső munka céljai

A megkereső munka célja alapvetően az ártalomcsökkentés, de számos további célja lehet. Ezekre a célokra vonatkozó különbségek megjelennek országok, régiók, városok, körzetek vagy akár szolgáltatók között is. A set, setting és a célcsoport mind meghatározza a megkereső munka természetét ([EMCDDA, 1999](#)).

A megkereső munka 4 általános célja az [EMCDDA \(1999\)](#) tanulmánya alapján:

- o a rejtett populációk meghatározása és elérése;
- o ezen populáció tagjainak elirányítása már létező szolgáltatásokba;
- o kezdeményezések a prevenció és a keresletcsökkentés céljából;
- o biztonságosabb szex és biztonságosabb droghasználat promotálása.

További fontos cél megismerni a droghasználók szükségleteit és percepcióit a szolgáltatásokkal kapcsolatban, majd ezeket az információkat eljuttatni a szolgáltatókhoz.

A megkereső munka célja, hogy változást érjen el egyéni, interperszonális, közösségi és társadalmi szinten ([Correlation Outreach Group, 2007](#)):

- o Egyéni változás szintjén:
 - rizikóviselkedés tudatosságának növekedése,
 - tudás és támogatás felé irányuló motiváció növekedése,
 - tudatosságban, változásban, hiedelmekben és értékekben való pozitív irányú változás.
- o Interakciókból fakadó változások:
 - az egyéni változások hatnak más személyekre,
 - a témáról való személyes kommunikáció.
- o Változás a közösségben:
 - az egyén befolyásolja a közösségen belüli kultúrát, a csoport változást vált ki a személyben, illetve a meglévő tabuk és hiedelmek ledöntése;
 - közösségi normák változása.
- o Társadalmi, szakmapolitikai változás:
 - a célcsoporttal kapcsolatos atmoszféra, attitűdök és tudás változása;
 - döntéshozók befolyásolása, illetve más szociális és egészségügyi szolgáltatók felé az értelmezés segítése.

Megkereső munka specifikus céljai ([Bruun, 2001](#); Korf és mtsai, 1999; Pead és mtsai, 1999 – idézi: Petroulias és mtsai, 2006)

1. minimalizálja a szerhasználatból fakadó ártalmakat
2. „nyitott ajtóval”, a célcsoport tagjainak saját környezetükben kínálja támogatást - állapotuk felméréssel, támogatással, továbbirányítással, esetmenedzseléssel
3. segítse elő és támogassa a kezelésbe kerülést
4. legyen maximálisan rugalmas a kezelési és szupportív szolgáltatásokat illetően, azaz, amennyire lehetséges, a célcsoport tagjai maradhassanak saját környezeti feltételeik között
5. támogatást, információkat és erőforrásokat kínálja olyan egyéb szervezeteknek, amelyek a célcsoporttal foglalkoznak
6. segítse elő a szolgáltatások közötti együttműködést annak érdekében, hogy minél megfelelőbb és gördülékenyebb legyen az esetmenedzselés és delegálás folyamata
7. megfelelő szolgáltatásokat nyújtson a szerhasználók gondozói és családtagjai számára
8. olyan prevenciós és ártalomcsökkentő szolgáltatásokat kezdeményezzen, amelyek célja a célcsoport általános egészségének és jóllétének elősegítése
9. azonosítsa és lépjen kapcsolatba azokkal a célcsoportokkal, amelyek marginalizálódott helyzetben vannak, és próbálja elősegíteni helyzetük javulását
10. tájékoztassa a célcsoport tagjait a már létező szolgáltatásokról és támogassa őket a társas beilleszkedésben
11. képviselje, támogassa a célcsoport tagjait családi, iskolai, egyéb szolgáltatói és szervezeti környezetükben
12. biztosítsa a szolgáltatók és a közösség támogatását a változás promóciójában és a célcsoport tagjait jobb eredmények elérésében

A megkereső munka célcsoportjai

A megkereső munka célcsoportjai alapvetően a marginalizált csoportok; bármilyen célcsoport, amelyet a meglévő szolgáltatások nem érnek el hatékonyan, vagy nem az ő szükségleteikhez illeszkednek. Tulajdonképpen bármilyen, a szolgáltatásokból kieső személyek ide tartoznak.

Az [EMCDDA \(1999\)](#) szakmai kiadványa két nagy (cél)csoportot különített el a megkereső munka szempontjából: régi szerek használói vs. új szerek használói. Régi szereknek elsősorban heroint, illetve polidrog-használatot tekintették; a megkereső munka célja a HIV-vel kapcsolatos szolgáltatások, illetve ártalomcsökkentés területén foglalkozott meg. Számos alcsoportot megkülönböztettek, és a szerzők megállapították, hogy nem lehet homogén csoportként kezelni őket. Az alábbi faktorok segítenek definiálni a régi szerek fogyasztói csoportját:

- rizikómagatartás
- észlelt vulnerabilitás és támogatás szükségessége
- set és setting jellemzői
- a csoport észlelt mérete
- milyen mértékben kerülnek a szolgáltatásokon kívülre
- annak mértéke, mennyire rejtőzködő a csoport

Az [EMCDDA \(1999\)](#) kiadványa alapján a megkereső munka másik célcsoportja az új szerek fogyasztói. Új szereknek a szintetikus anyagokat tekintik, a használati típusa a rekreációs droghasználat, amely elsősorban a parti-kultúrában jelenik meg. Meg kell jegyeznünk, hogy ez a felosztás napjainkban már elavultnak számít, hiszen az új típusú pszichoaktív szerek teljesen átrajzolták a piacot, továbbá, az 1999-ben újnak számító szintetikus szerek (pl. MDMA és társai) mára már inkább a klasszikus csoportba sorolhatók. Mai tudásunk szerint inkább a setting alapján lenne érdemes felosztani e két csoportot: marginalizált helyzetben lévő, rejtőzködő problémás szerhasználók vs. parti-kultúrában megjelenő rekreációs drogfogyasztók.

Összességében a megkereső munka legnagyobb nehézsége az, hogy minél rejtőzködőbb egy csoport, annál problémásabb – azaz az igazán problémásakat, akiknek leginkább szüksége lenne segítségre, a legnehezebb elérni. Ugyanakkor ez nem jelenti azt, hogy azokat, akik nincsenek kapcsolatban szolgáltatókkal, ne lehetne valahogy elérni - mindehhez a megfelelő módszertan követése szükséges.

Célcsoportok (International HIV/AIDS Alliance 2012, 14-15)

1. droghasználók, rekreációs célú szerhasználók is
2. injekciós droghasználók
3. droghasználó nők
4. droghasználó gyerekek és fiatalok
5. drogot előállító és árusító személyek
6. injekciós szerhasználók, akik szexmunkát végeznek
7. a droghasználó személyek partnerei
8. migráns vagy mobil populáció
9. börtönben, más büntetés-végrehajtási intézményben tartózkodók
10. hajléktalan személyek, akik drogot használnak vagy olyanok, akik az utcán élnek, beleértve a fiatalokat is

A megkereső munka módszertana

A megkereső munka elsődlegesen egy attitűd, és csak azt követően egy módszer ([Correlation Outreach Group, 2007](#)). A holland munkacsoport szerint ezen a területen a legfontosabb tisztában lenni saját nézeteikkel és etikai alapelveikkel (ezekre részletesebben a fejezet későbbi részében még visszatérünk). Az „emberi méltóság” elve alapvető – mindenki értékes, mindenkinek megvan a joga a kezelésre és támogatásra mindenféle jellemzőtől függetlenül. A megkereső munka különleges figyelmet fordít a személy jogára a személyes autonómiára vonatkozóan, valamint fontos, hogy a megkereső munkát végzők között mindenféle etnikai, kulturális háttér meglegyen, és mindkét nem képviseltesse magát. Európában változó mértékben jelenik meg a megkereső munka, és magát a kifejezést sem

mindig használják megegyezően, sokszor az „outreach work” (megkereső munka) helyett „street work”-öt (utcai szociális munka) használnak. A megkereső munka során legfontosabb: szerhasználóval az ő természetes környezetében találkozni. Rhodes és munkatársai (1991) szerint a megkereső munka során a direktív, „agresszívabb” kommunikáció hatékonyabb. Az individuális fókusz helyett érdemes a közösségi fókusz alkalmazni: itt a droghasználó szcénájára, közösségére, társas hálójára fókuszálnak. Ebben segíthetnek nekünk ún. „kulcs” személyek, véleményformálók, akiket felkereshetünk a közös munkára. A megkereső munka során érdemes követni a már meglévő szociális háló útvonalt. Fontosak a sorstársak, akik jó példával – pl. biztonságosabb használattal – járnak elől, valamint a fontos üzenetek, infók a társas hálón keresztül terjednek tovább.

A megkereső munka módszertana több elemből áll össze, amely tartalmazza azt, hogy kik, hogyan, milyen eszközökkel és milyen eredményt várva végzik a tevékenységet.

A megkereső munka három fő módszere a szervezethez kapcsolódás szempontjából ([EMCDDA, 1999](#)):

- o különálló (detached) – meglévő szervezethez kapcsolódó, akár utcán, kocsmában, klubokban, pályaudvaron – ez a leggyakoribb
- o házi (domiciliary) – házhoz, lakáshoz kimenő szolgáltatás
- o mozgó/vándor (peripatetic) – szervezetre fókuszálva, a megkereső munkások egy adott közösségnek, szervezetnek ajánlják fel munkájukat, pl. börtönnek, ifjúsági klubnak, iskoláknak, hajléktalan szállóknak

A megkereső munkát végzők típusai ([EMCDDA, 1999](#)):

- o szakemberek
- o sorstársak (peers), korábbi szerhasználók
- o önkéntesek, a közösség által megbízhatónak tartott személyek

Utóbbi két csoport nagyon fontos a célcsoporttal való kapcsolattartásban, ugyanakkor a sorstársak alkalmazásának veszélyei is megvannak, például az absztinens személy a szerhasználókkal való kapcsolattartás hatására visszaesik.

A megkeresés módjai ([International HIV/AIDS Alliance, 2012](#)):

- „Hideg kapcsolatok”: a megkereső személy soha nem találkozott még velük
- „Természetes kapcsolatok”: valamilyen más szolgáltatáson keresztül megvalósult a találkozás
- „Hólabda kapcsolatok”: sorstárs megkereső személyek segítségével végzett munka

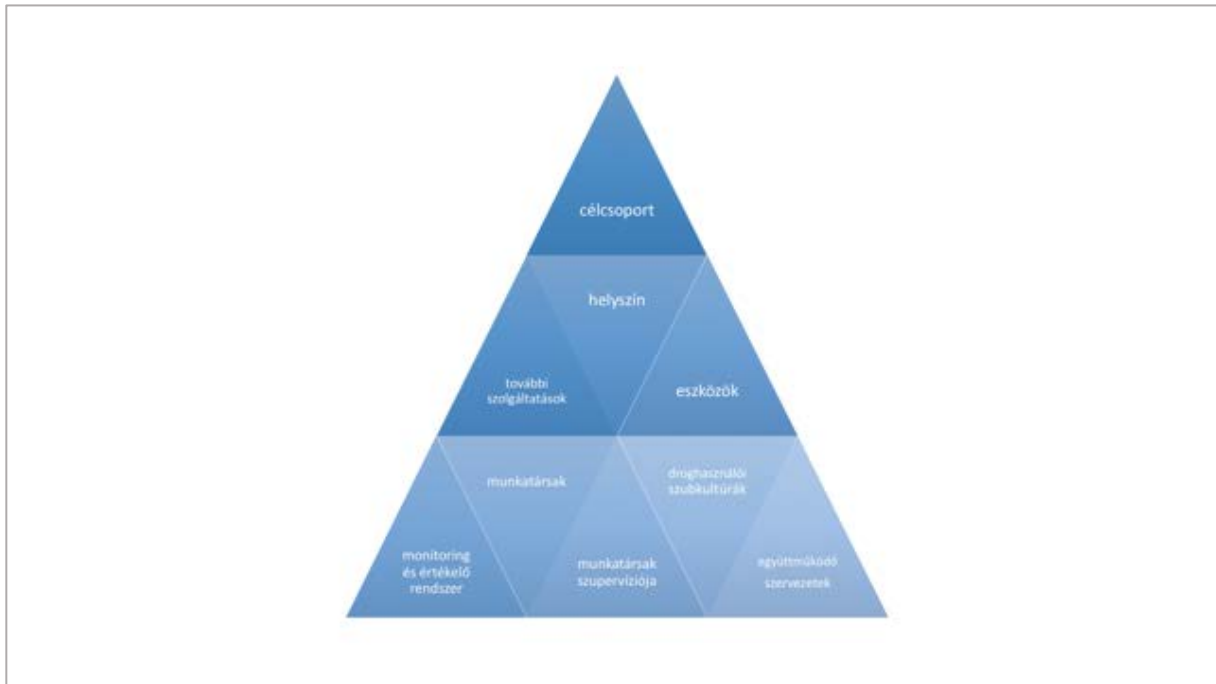
A megkereső munka modelljei

A megkereső munka modelljei összefoglalják azt az elméleti és gyakorlati tudást, amely a tevékenység megtervezésében és kivitelezésében fontos. Az egyes modellek az adott időszak társadalmi, biopolitikai kontextusáról is képet adnak. Az [EMCDDA \(1999\)](#) szakmai összefoglalójában négy alapvető modellt mutatnak be, amelyekben a különböző tevékenységek, célok és célcsoportok kombinációi jelennek meg.

A megkereső munka modelljei alapvetően nyolc részből állnak össze, amelyek megértése a kockázati csoportokkal végzett megkereső munka alapelemeit adják: 1. az elérni kívánt droghasználók típusa és mennyisége (pl. injekciós használók, stimuláns-használók); 2. a megkereső munka helyszíne (utca, lakás, slam, injekciós központok stb.); 3. a rendelkezésre álló eszközök (tű, fecskendő, kondom stb.); 4. a további szolgáltatások lehetőségei; 5. a megkereső munkát végző személy szerepe, felelőssége és ismeretei; 6. a droghasználói

szubkultúrák; 7. az együttműködő szervezetek (civil szervezetek, állami szervezetek); 8. a megkereső munkát végzők, szupervíziója és menedzsmentje: monitoring és értékelő rendszer. ([EMCDDA 1999](#))

A kockázati csoportokkal végzett megkereső munka alapelemei (EMCDDA 1999 nyomán)



Az [EMCDDA \(1999\)](#) négy alapvető modellt sorol fel, ezek a következők:

1. Ifjúsági munka modell (Youth Work Model) – 1960-as évektől, vagyis ez a legrégebbi; fiatalok felkeresik a problémás fiatalokat;
2. Kliens megkereső modell (Catching Clients Model) – 1970-es évektől, terápiás közösségekből ered; cél a droghasználók kezelésbe terelése, cél az absztinencia;
3. Önsegítő modell (Self-Help Model) – 1970-es évektől, fókuszban a használó szükségletei és érdeklődései;
4. Közegészségügyi modell (Public Health Model) – előbbire épül, 1980-as évektől, elsődleges cél az ártalomcsökkentés

Az alábbi táblázat összefoglalja a négy modell praktikus információit: kik, milyen munkát, hogyan és hol végeznek.

A droghasználókat megkereső munka négy modellje (EMCDDA 1999, 80)

Modellek	Kik	Mit	Hogyan	Hol
Ifjúsági munka modell (Youth Work Model)	Ifjúsági munkások Utcai szociális munkások	A további marginalizáció megelőzése, a szociális integráció elősegítése	A marginalizált fiatalokkal (droghasználókkal is) felveszik a kapcsolatot, segítenek a „természetes kapcsolati hálójukat” (rokonok, szomszédok) megismerni, igénybe venni, továbbá az együttműködő szolgáltatók felé irányítják őket (pl. oktatás, munkakeresés, szórakozás)	Különálló (detached) módszereket alkalmazva olyan területeken, ahol a marginalizált fiatalok élnek pl. pályaudvarok, elhagyott telephelyek
Kliens megkereső modell (Catching Clients Model)	Terapeuták, (ex-)kliensek, prevenció szakemberek, önkéntesek, vallási csoportok	Absztinencia, szociális integráció	A függő droghasználók felkeresése és motiválása arra, hogy megfelelő drogkezelőhelyre jussanak	Eredetileg különálló (detached) módszereket alkalmazva, később a mozgó/vándor (peripatetic) megkereső munka módszerével pl. rendőrőrsökön, börtönökben vagy kórházakban
Önsegítő modell (Self-Help Model)	Droghasználók, közösségi munkatársak, önkéntesek	Ártalomcsökkentés, felhasználó-barát lehetőségek	Közösségi-alapú tevékenységek és lehetőségek megszervezése pl. belövőszobák. Információk és eszközök (pl. tű, fecskendő, kondom) által a biztonságosabb szerhasználat és szex facilitálása.	Helyszíni különálló (detached) módszerek, elsősorban a maguk által választott helyszíneken (pl. önsegítő csoportokban)
Közegészségügyi modell (Public Health Model)	Ápolók, orvosok, szociális munkások, sorstársak	Ártalomcsökkentés	Információk és eszközök (pl. tű, fecskendő, kondom) által a biztonságosabb szerhasználat és szex facilitálása. Tablettá-tesztelés. Partiszervíz. Sorstárs-segítés és oktatás.	Alacsonyküszöbű szolgáltatások (pl. methadone-fenntartó programok)

A [WHO \(2004\)](#) megkereső munkát összefoglaló kötete is négy modellt mutat be. Ezek a modellek nem elsősorban droghasználók körében folytatott, inkább a HIV megelőzésére szolgáló megkereső munka modelljei

1. a tapasztalati szakértői vezető modell (the indigenous leader model)
2. a közösség-alapú megkereső modell (community-based outreach model)
3. a sorstárs intervenció (peer-driven intervention)
4. a másodlagos tűcsere (secondary needle exchange)

1. A tapasztalati szakértői vezető modell

A tapasztalati szakértői vezető modellt a University of Illinois-n határozták meg. Ebben a modellben egy, az elérni kívánt közösségben fontos szerepet betöltő személy bevonásával és aktív részvételével végezzük a megkereső munkát. Olyan személyeket keresünk, akik több más droghasználó személyre hatással lehet. A vezetőket korábbi ismeretek és kapcsolatok alapján választjuk ki, személyes kockázatértékelésben részesülnek, és alapvető ismereteket kapnak az ártalomcsökkentésről, amelyet a sorstársaik körében terjesztenek. A nehézsége a programnak, hogy a kiválasztott tapasztalati szakértőknek valóban népszerűnek kell lenniük, és alapos előkészítést igényel a megfelelő személyek kiválasztása.

2. A közösség-alapú megkereső modell

A NIDA (National Institute on Drug Abuse) modellje kiszélesíti a megkereső munkát végző személyek körét. A megkeresést végző személyek mintaszereplőként, oktatóként és pártolóként is megjelennek miközben szolgáltatást nyújtanak a droghasználó személyeknek a számukra legmegfelelőbb helyen és időben. Két információs szakasza van a megkeresésnek: a HIV tesztelés előtt és után.

3. A sorstárs intervenció

Ez a modell nem az egyénekre, hanem a kapcsolati hálózatokra fókuszál. A célja az, hogy a megkeresők meghívjanak droghasználókat és beszélgessenek egymással a HIV kockázatainak csökkentéséről. Az aktív droghasználókat pénzbeli jutalommal motiválják a megkereső munka elvégzésére. Az eredmények szerint ez a módszer hatékony a HIV megelőzés edukációjában, kevésbé költséges, mint a hagyományos megkereső munka, és nagyszámú droghasználó elérhető különböző csoportokban. A sorstárs intervenció különböző speciális csoportot képviselő, kevesebb személy toborzásával kezdődik („magok”) (pl. stimuláns-használók, nők, azonos helyszínről származó droghasználók). Ők átfogó ismertetést kapnak a HIV prevencióról és képzést arról, hogyan oktassák a sorstársaikat. A toborzást a saját kapcsolati hálózatukon keresztül végzik.

4. A másodlagos tűcsere

A droghasználók nagyobb mennyiségű tűt és fecskendőt kapnak, hogy azok körében is széttesszák, akik nem jelentek meg a szolgáltatásban. Azok, akik disztributorként vesznek részt a programban további tájékoztatást nyújtanak a megkereső szolgáltatásokkal kapcsolatban.

A megkereső munka modelljei – történeti-összehasonlító összefoglalása (WHO 2004 alapján)

Modell neve	Ország, Év	Jellemzők	Célpopuláció	Megjegyzések
<i>A tapasztalati szakértői vezető modell</i>	USA 1988	Etnográfiai és epidemiológiai módszerek a kockázati csoportok és környékek vizsgálatára - helyi, tapasztalattal rendelkező személyeken alapszik - felismeri és hozzáférhetővé teszi a problémás szerhasználókat - növeli az ismereteket az AIDS-ről - utcai alapú kockázatértékelést végez - segíti a kockázatcsökkentést - megerősíti a kockázatcsökkentés mértékét	Nem kezelésben lévő injekciós szerhasználók Injekciós szerhasználói hálózatok	- Hughes (1977) munkájának adaptációja, amely az 1970-es évek heroin használati robbanására készült - intenzív utcai megkereső munkát igényel, amely a magas kockázatú csoportok és hálózatokra, valamint az egyéni viselkedésmódosításra fókuszál - az 1995-ös továbbfejlesztett modell az addiktológiai kezelőhelyekre eljutást is facilitálja
<i>Közösség-egészség megkereső munka modell</i>	USA 1987	- a megkereső munkát végzők célzott toborzása - a kockázatcsökkentő üzenetek hierarchikus továbbítása - az injekciós eszközök fertőtlenítésére használt eszközök: - .kockázatcsökkentő információ - .fertőtlenítőszer - .az eszközök tisztításának demonstrációja	injekciós szerhasználók	- a hatékonysága vitatott, de lehetőséget nyújt arra, hogy a droghasználók aktívan részt vegyenek a kockázatcsökkentő üzenetek továbbításában
<i>A közösség-alapú megkereső modell NIDA</i>	USA 1987-1998			
USA Nemzeti AIDS kutatási program	USA 1987-1991	- Célzott megkeresés - Tapasztalati alapú megkeresés - United States National Institute on Drug Abuse HIV tanácsadói és oktatási programja	Injekciós droghasználók, szexuális partnereik és magas kockázati csoportba tartozók	- első nagy HIV vizsgálat az USA-ban - több helyszínen (29), többéves program - kézikönyvek és oktatási anyagok kidolgozása minden modell számára - önkéntes tesztelés és tanácsadásra jelentkezés - a megkereső munkát végzők hidat képeznek a kezelésből kimaradó injekciós droghasználók számára az önkéntes tesztelés és a konzultációs szolgáltatások felé - standardizált HIV pre- és posztteszt tanácsadás mint kockázatcsökkentés - adaptáció Indiában
Együttműködési megállapodás program	1991-1998	- Célzott megkeresés - megkeresés és két alkalmas HIV tesztelés és konzultáció - ismeretek a kockázatcsökkentésről és biztonságos szexről - eszközök (pl. fertőtlenítő kendő, kondom)	Crack és kokain fogyasztók az injekciós droghasználók között	

Modell neve	Ország, Év	Jellemzők	Célpopuláció	Megjegyzések
		- továbbküldés más szolgáltatókhoz		
<i>Sorstárs intervenció</i> (Broadhead és mtsai, 1998)	USA 1994	A közösség tagjainak toborzása ajánlásokon keresztül Aktív injekciós droghasználó sorstársak, akik aktívan részt vesznek a toborzásban és a kockázatsökkentő üzenetek terjesztésében pénzbeli juttatás ellenében	Injekciós droghasználók és kockázatos viselkedésű közösségeik	Összeveti a hagyományos megkereső munkát (szolgáltató-kliens megközelítés), amelyben szakemberek dolgoznak a sorstárs intervenció, mint megkereső munkával (társas hálózat megközelítés) - az injekciós droghasználók bevonásában aktívabb szerep - a sorstársak tájékoztatása hatékonyabb - Közép és Kelet Európában, valamint Vietnámban adaptált modell
<i>A sorstárs vezetők mint aktív HIV megelőzést végzők</i> (Latkin, 1998)	USA 1994	Sorstárs vezetők egy 10 alkalmas képzési programon vettek részt, majd a saját kapcsolati hálójukból toboroztak résztvevőket a kockázatsökkentő információk megosztására és a HIV megelőzés lehetőségeinek megvitatására. A megkereső munka után a vezetők megvitatták a tapasztalatokat	Kockázati csoportok hálózata – droghasználók és szexuális partnereik, akik injekciós droghasználók.	- Elmozdulás az egyéni-szintű közösségi alapú beavatkozásoktól a csoport szinten hatást, viselkedési változást elérő intervenciók felé. - A megkereső munkát végző személyre alapoz és a képzést a sorstárs vezetők szerepe szerint végzi. - A diffúz információátadás megelőzésére rendszeresen interjúkat végez a csoporttagokkal.
<i>Center for Substance Abuse Treatment, United States Department of Health and Human Services</i>	USA 1995-2000	- Utcai megkereső munka, amely összeköti a magas kockázati csoportokat a HIV és drogkezelő helyekkel és szolgáltatásokkal - ártalomcsökkentés, kezelés, ellátás, szűrés, diagnózis és más szolgáltatások	Injekciós droghasználók és szexuális vagy eszközmegosztó (pl. tű) partnereik	- Több helyszín (n=12), több éves program különböző kockázati csoportokkal - két cél: ▪ magas kockázati csoportba tartozó személyek meggyőzése a HIV tesztelésről ▪ kezelésbe lépés
<i>Youth model</i>	Nyugat Európa 1960-as évek	Az injekciós droghasználók szerhasználatára és HIV prevenciójára fókuszál	Problémás fiatal droghasználó	- Hagyományos megkereső munka - Ausztria, Skandináv országok, Franciaország, Németország, Portugália
<i>Catching the clients model</i>	Nyugat Európa 1970-es évek közepe	Támogatja a droghasználók kezelésbe kerülését	Droghasználók, akiknek kezelésre van szüksége	- terápiás közösségek - Görögország, Norvégia, Svédország
<i>Önsegítő modell</i>	Nyugat Európa 1970-es évek közepe	Droghasználók segítenek más droghasználóknak	Aktív droghasználók	- a droghasználók által létrehozott és fenntartott szervezetek - Belgium, Dánia, Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia, Spanyolország, UK
<i>Közegészségügyi modell</i>	Nyugat Európa 1980-as évek közepe, vége	- alacsonyküszöbű szolgáltatások ártalomcsökkentő szolgáltatásokkal - a kezelési-ellátási szolgálatokkal való összekötés	Injekciós droghasználók	- injekciós droghasználók működnek együtt szakemberekkel, hogy további szerhasználókat elérjenek - legelterjedtebb Európában

3.3 Szakmai nehézségek és iránymutatások

A nehezen elérhető, illetve rejtőzködő csoportok elérése nagy kihívás elé állítja a szakembereket. Ezen populációk megszólításának több célja is lehet – ahogy azt a fejezet korábbi részében bemutatottuk. Itt most két főbb szempontot emelünk ki, az egyik ok lehet az adott populáció kutatásba való bevonása annak érdekében, hogy a rejtőzködő vagy nehezen elérhető csoportot minél jobban megismerjük. A másik fő ok pedig, hogy ezen fokozottan rizikó csoportba tartozó személyek számára segítséget nyújthassunk, azaz szolgáltatások felé irányítsuk őket. Bármelyik is legyen a célunk e marginalizált személyek elérésére, tisztában kell lennünk azokkal az akadályokkal, amelyek előttünk állnak a megkeresés során. Egy 2014-ben publikált szisztematikus áttekintés során Bonevski és munkatársai összefoglalták mindazokat a tényezőket, amelyek nehezítő tényezőként jelentkeznek a rejtőzködő, illetve nehezen elérhető populációk megszólításakor, illetve azt is összegyűjtötték, milyen lehetséges módszerekkel lehet ezen akadályokon felülemelkedni ([Bonevski és mstai, 2014](#)). Ebben az áttekintésben kifejezetten a *kutatási* célú tanulmányok tapasztalatait összegezték, összesen 116 cikk eredményeit. Bár jelen módszertani dokumentum elsősorban nem kutatók, hanem szakmai szolgáltatók számára készült, úgy véljük, a kutatások során nyert tapasztalatok jelentős többsége jó tanulsággal szolgálhat a segítő szakemberek számára is. Minden bevont tanulmányban olyan populáció állt a fókuszban, mely valamilyen szempontból – társas, kulturális vagy gazdasági értelemben – hátrányos helyzetűnek tekinthető. Ezek között a rejtőzködő droghasználó csoportok is megjelentek, ám nem csupán rájuk terjedt ki az áttekintés. Ugyanakkor az összes tanulmányon belül a harmadik leggyakoribb témaként jelent meg a droghasználók elérése (legnagyobb többségben különböző rasszok és etnikumok megkeresése szerepelt).

1. Amennyiben egy nehezen elérhető populáció körében szeretnénk valamilyen felmérést végezni – pl. szükségletfelmérést -, a *mintavétel* során az alábbi problémák merülhetnek fel:

- a személy nem akarja magát az adott csoport tagjaként definiálni
- az általunk kiválasztott speciális populációban túl kevesen vannak
- nem megoldható a random mintavétel

Ezen problémákra lehetséges megoldásként merülnek fel egyrészt az alternatív mintavételi eljárások (pl. hólabda, fogás-visszafogás, válaszadó által vezérelt mintavétel), illetve az a megközelítés, hogy olyan szervezetekkel működünk együtt, akik könnyebben meg tudják szólítani a célpopulációt. Fontos, hogy legyenek konkrét helyszínek, időpontok, ahol a személyeket nagy valószínűséggel meg tudjuk szólítani, és további segítség egy konkrét kontakt személy bevonása a munkába.

2. Ha sikerül megtalálnunk a célcsoport személyeit, az még nem jelenti azt, hogy a *kapcsolatfelvétel (részvétel, válaszadás)* is sikeres lesz. Válaszolnak-e majd vajon kérdéseinkre, kommunikálnak-e velünk (legyen az kutatás vagy más célú kapcsolatfelvétel). Sajnos itt is számos akadály nehezíti a munkát, ezek a következők lehetnek:

- a csoport tagjai bizalmatlanok;

- félnek az autoritástól;
- úgy érzik, nincs abból semmi hasznuk (sem nekik személyesen, sem a közösségüknek), ha kapcsolatba lépnek velünk;
- félnek attól, hogy további nehézségeket, rossz bánásmódot, stigmatizáltságot tapasztalnak;
- félelem attól, hogy illegális cselekedetük kiderül (pl. prostitúció, droghasználat);
- kulturális hiedelmeik is gátolhatják őket a kapcsolatfelvételben;
- nyelvi vagy értelmezésbeli problémák

Az áttekintés alapján, számos szerző tapasztalatait összegezve az alábbi javaslatok fogalmazódnak meg. Célszerű sorstársak, illetve az adott közösség egy-egy tagjának bevonása a kezdeti folyamatokba is. Amennyiben ő megérti, elfogadja és képviselni tudja, hogy a kapcsolatfelvétel mi miatt fontos a közösségnek, az ő toborzása sikeresebb lesz, mint egy kívülállóé. Segítséget nyújthatnak az ún. „kapuőrök” (gatekeeper) is. Ők egyfajta átmenetet képeznek, közvetítőként jelennek meg a célpopuláció és a szolgáltató között. Amennyiben ismerünk ilyen személyt és be tudjuk vonni, az ő képzése, felkészítése, a szolgáltatás/kutatás tervezési folyamatába való bevonása nagy segítségként szolgálhat mind a két fél számára. Fontos, hogy a célcsoport tagjait a rájuk jellemző nyelvezettel és kifejezések használatával közelítsük meg, illetve ha ez szükséges, azon az adott nyelven is szólítsuk meg őket, amit használnak. Ha például szükségletfelmérésről (vagy más kutatásról) van szó, érdemes minél többféle csatornán keresztül megközelíteni őket (amennyiben ez releváns. természetesen vannak olyan rejtőzködő populációk, ahol ez nem jelent megoldást), illetve hasznos a felmérés előtt tájékoztatni a személyeket a felmérés céljával és előnyeivel kapcsolatban. Ha tudunk (ez természetesen elsősorban költségvetés kérdése), alkalmazhatunk ajándékot – pl. ételt, italt, valamilyen utalványt – a motiváció növelésére. Ez utóbbi kifejezetten a felméréseknél merülhet csak fel, hosszú távú kapcsolat kialakításánál nem alkalmazható.

3. Amennyiben egy adott *intervenciót, szolgáltatást szeretnénk eljuttatni* a célpopuláció számára, az alábbi problémák merülhetnek fel a rejtőzködő, nehezen elérhető csoportok tagjai részéről:

- aggodalom azzal kapcsolatban, hogy ki részesülhet a szolgáltatásban és ki nem;
- bizalmatlanság a szolgáltatással kapcsolatban;
- félelem attól, hogy elveszítik a kontrollt;
- az intervenció nem alkalmazkodik a közösség kulturális értékeihez, hiedelmeihez;
- az intervenció helyszíne nincs elég közel a személy életteréhez;
- a csoport tagjai sokat költöznek, vándorolnak;
- sokszor nehezen közlekednek, nehezen szakadnak el életkörülményeiktől vagy a sok nehézség miatt elfelejteneik eljönni.

A tanulmány alapján az alábbi javaslatokat lehet tenni a fenti problémák kezelése érdekében. Nagyon hasznos egy olyan személy bevonása a szolgáltatással kapcsolatos információk átadására, akiben megbíznak. Ez lehet például egy családtag,

egy másik segítő vagy egy sorstárs személy. A szolgáltatásokat feltétlenül illesszük a célcsoport igényeihez és jellemzőihez. Ha sikerül a kapcsolatfelvétel, lehetőség szerint próbáljuk begyűjteni a kliensek minél többféle elérhetőségét, így több esélyünk van arra, hogy valamelyiken el is érjük őt. Ugyanígy, amennyiben ez megoldható, legyenek meg nekünk a hozzátartozók elérhetőségei is. Érdemes kitartónak lennünk és minél gyakrabban felkeresni az adott csoport tagjait, a rendszeres kapcsolattartás segíti a bizalmi kapcsolat kialakítását. A találkozás időpontjait illetően pedig elengedhetetlen a rugalmasság a szolgáltatók részéről.

Láthatjuk, hogy a rejtőzködő csoportokkal, nehezen elérhető populációkkal való első kapcsolatfelvétel is nagyon nehéz. Amennyiben azonban egy jól felkészült csapat végzi a megkereső munkát, a célcsoport tagjainak bevonása is sikeresebb lesz. Világszerte számos országban működnek megkereső munkát végző szervezetek, arra vonatkozóan azonban kevés tudományos információval rendelkezünk, melyek a *hatékony* megkereső munka ismérvei. Léteznek ugyanakkor olyan szakmai útmutatók és eszköztárak, amelyek egy-egy konkrét szervezet vagy szolgáltatás tapasztalatai alapján foglalják össze, mitől válhat hatékonyabbá a megkereső munka. Ehelyütt szeretnénk néhány ilyen összegzést bemutatni, kiemelve a számunkra releváns információkat.

Egy ausztrál szervezet kidolgozott egy klinikai útmutatót az alkohol- és drogfogyasztó fiatalok elérésére vonatkozóan (Petroulis és mtsai, 2006). A szervezet körében végzett megkereső munka tapasztalataira és az ismert legjobb gyakorlatokra alapozva a szerzők megfogalmazták a hatékony megkereső munka legfőbb ismérveit, melyek a következők:

A hatékony megkereső munka ismérvei (Petroulis és mtsai, 2006)

1. Ártalom- és rizikócsökkentő megközelítést alkalmaz.
2. Arra fókuszál, hogy támogató és építő konstruktív kapcsolatot alakítson ki a célcsoporttal.
3. Fejlődő és célcsoport barát megközelítést alkalmaz.
4. Megközelítésében megjelenik az „empowerment” szemlélete.
5. Ott működik, dolgozik, ahol a célcsoport megtalálható, és ahol a szerhasználat zajlik.
6. Megközelítésében megjelenik az elérhetőség, válaszkészség, alkalmazkodás és rugalmasság.
7. Együttműködésekre törekszik.
8. Holisztikus szemléletű.
9. Hatékony rizikó-felmérő és, -menedzselő gyakorlatokat alkalmaz.
10. A szolgáltatások tervezése során bevonja a hozzátartozókat is.
11. Etikus szemléletű.
12. Támogató és hatékony szervezeti struktúrában működik.

Egy holland szervezet, a Correlation Outreach Group 2007-es kiadványában szintén részletesen körüljárja a hatékony megkereső munka jellemzőit ([Correlation Network, 2007](#)). Ennek keretében lefektetik a terület alapelveit, melyek a következők:

A megkereső munka alapelvei (Correlation Outreach Group, 2007, 20.o.)

1. Korai intervenció: a társas és egészségügyi problémák minél korábbi észlelése a célcsoport tagjai körében.
2. A célcsoport erőteljes képviselése a politikai döntéshozók irányában.
3. Megkereső munka biztosítása: szolgáltatások nyújtása azon célcsoport számára, akiknek a meglévő szolgáltatások nem elérhetők vagy nem megfelelőek.
4. Kapcsolat létrehozása marginalizált csoportokkal, informálni őket a rendelkezésre álló szolgáltatásokkal kapcsolatban, illetve motiválni őket ezek felkeresésére.
5. Tájékoztatás, információnyújtás és tanácsadás a rizikómagatartásokkal, ártalomcsökkentéssel, kezelőhelyekkel, illetve egészségügyi, pszichológiai és szociális szolgáltatásokkal kapcsolatban.
6. Megtanítani a célcsoportot arra, hogy használja a „segítő apparátust”, és biztosítani őket arról, hogy ezen „segítő apparátus” rendelkezik a célcsoport szempontjából optimális szolgáltatásokkal.
7. Információk begyűjtése és szolgáltatása a célcsoport életkörülményeivel és szükségleteivel kapcsolatban. A hatóságok tájékoztatása arról, ha a tervezett szolgáltatások és mérőeszközök alkalmasak a célcsoport szempontjából.
8. Azon munkálkodni, hogy az adminisztratív és politikai hatóságok felelősséget vállaljanak a célcsoport helyzetét és szükségleteit illetően.

Az említett szervezet egy etikai útmutatót is kínál azok számára, akik megkereső munkára vállalkoznak ([Correlation Outreach Group, 2007](#)). Kilenc alapelvet fogalmaznak meg kiadványukban, melyek a következők:

Etikai útmutató a megkereső munkát végzők számára (Correlation Outreach Group, 2007, 19.o.)

1. Minden személy értékes és megvan a joga ahhoz, hogy méltósággal kezeljék.
2. Minden személynek megvan a joga az önmeghatározásra és önmegvalósításra mindaddig, amíg ez nem károsít másokat vagy más emberek jogait. Ugyanakkor, a személy felelősséggel viseltetik a közösség jóllétét illetően.
3. Minden közösség célul kell, hogy kitűzze azt, hogy elősegíti a közösség minden egyes tagjának jóllétét.
4. A megkereső munkát végző személyek kötelesek a társadalmi igazságosság alapelvei szerint eljárni.
5. Objektív és bizonyítékokon alapuló gyakorlatok vezéreljék a megkereső munkát végző személyek munkáját mind a célszemélyekkel, mind annak közösségével kapcsolatban.
6. A megkereső munkát végző személyek munkájuk során tiszteljék az egyén magánszféráját, és kövessék a titoktartás és a bizalmas adatkezelés alapelveit.

7. A megkereső munkát végzőknek klienseikkel partneri kapcsolatban szükséges dolgozniuk, mindig szem előtt tartva a kliensek jóllétének elősegítését.
8. A megkereső munka alapvető kiindulási pontja, hogy a kliensnek megvan a joga az önmeghatározáshoz, és megvan a joga és felelőssége arra, hogy a megkereső munkát végző személlyel közösen döntéseket hozzon saját életével kapcsolatban.
9. A megkereső munkát végző személynek célul kell kitűznie, hogy minimálisra csökkenti azon szakmai tevékenységeit a klienssel kapcsolatban, amelyekhez a kliens nem járul hozzá, illetve elkerüli azon felesleges kapcsolattartást a hatóságokkal, amelyek a kliens akaratával szembe mennek.

A fenti ajánlásokban is tetten érhető, és ehelyütt külön érdemes kihangsúlyoznunk, hogy a hatékony megkereső munka működéséhez elengedhetetlen a megfelelő team munka és a jól definiált szervezeti keretek. A megkereső munka, mint szolgáltatás általában nem egy teljesen önállóan megjelenő, másoktól független tevékenység, hanem többségében egy már létező és más szolgáltatásokat is nyújtó szervezet kezd ilyen tevékenységbe. Az EMCDDA által megjelentetett, a megkereső munkára vonatkozó szakmai kiadványban külön fejezetet szentelnek a megkereső munkát végzők szervezeti kontextusára, szervezeti jellemzőire ([EMCDDA, 1999](#)). A jó működéshez mind a belső szervezeti jellemzőkkel (mint pl. menedzsment kultúra, személyi kérdések vagy fizikai környezet), mind pedig a külső szervezeti jellemzőkkel (mint pl. kapcsolatok a politikai döntéshozókkal, támogatókkal, más szakmai szervezetekkel és a közösséggel) foglalkozni kell. Elengedhetetlen meghatározni a szervezeti célokat, melyeknek a célpopuláció szükségleteihez kell igazodniuk. Ehhez alapvető, hogy minél több információval rendelkezünk az elérendő populáció jellemzőit illetően. A szervezetnek tisztában kell lennie az adott szcénában már létező, működő szolgáltatásokkal, és azt is alaposan meg kell vizsgálnia, hogy ezek a szolgáltatások mennyire elérhetők és mennyire alkalmasak a célpopuláció számára. A szervezeti működésben az egyik legfontosabb elem a hatékony együttműködés a többi szakmai szervezettel.

Szervezeti szinten a megkereső munkát végzőket három nagyobb kategóriába sorolhatjuk ([EMCDDA, 1999](#)).

1. szakemberek
2. sorstársak (peer-ek) – azaz szerhasználók vagy volt szerhasználók
3. önkéntesek (ők lehetnek szakemberek vagy sorstársak is)

A sorstársaknak kiemelt szerepe van, hiszen sokszor ők jelentik az első, kulcsfontosságú lépést a szerhasználókkal való kapcsolatteremtés felé. Emellett feladatot vállalhatnak többek között a terepmunkában, interjúk készítésében, kontaktok felkutatásában, és összességében egy fajta „early-warning system”-ként, jelzőrendszeri pozícióban is részt vesznek a szervezet munkájában ([EMCDDA, 1999](#)). A szervezetben dolgozó személyeknek ugyanakkor számos különleges és váratlan helyzet, probléma megoldására is fel kell készülniük. Kezelnie kell a célcsoport tagjai felől érkező bizalmatlanság és ambivalencia érzéseit, ahogy akár különböző antiszociális és agresszív megnyilvánulások és konfliktusok is előfordulhatnak. Ráadásul, a gyanakvó attitűd nemcsak a használók, hanem a hatóságok felől is érinthetik a segítő személyt, ezzel a helyzettel is kezdenie kell valamit. Emellett eleve frusztráló lehet, ha az elérendő populáció tagjait nehezen tudja megszólítani, s ezen frusztráció túrására is fel kell készülni. A rejtőzködő szerhasználók világa állandó változásokkal teli (pl. helyszíneket

tekintve, rendőrségi jelenléte vagy a drogpia hatásokat illetően), s erre is fel kell készülni. A megkereső munka nem egy klasszikus munka sem munkaidejében, kereteiben, sem tevékenységében. Nem biztonságos területen, illegális kontextusban és általában emellett alacsony bérezés mellett történik. Így legtöbbször az igazán elhivatottak végzik ezt a munkát, akik a munkára való felkészülésre is sok időt és energiát fektetnek. A megkereső munkát végző személyeknek ugyanis számos készséggel és tudással kell rendelkezniük ahhoz, hogy hatékonyan tudják végezni munkájukat. Az [EMCDDA \(1999\)](#) és a [Correlation Outreach Group \(2007\)](#) ajánlásai alapján összegyűjtöttük ezeket a készségeket, melyek a következők:

1. jó társas készségek
2. jó életvezetési készségek
3. kommunikációs készségek
4. képesség az elemzésre és beszámolásra
5. a jogi háttér kellő ismerete
6. dokumentációs készségek
7. a szolgáltatások rendszerének kellő ismerete
8. kooperációs készségek (a szintén ezen a területen működő különböző szolgáltatást nyújtó szervezetekkel és képviselőikkel)
9. gyakorlatiasság
10. a kliensek mindennapjainak megértése
11. képesség a sajátjától különböző kulturális környezethez való alkalmazkodásra
12. képesség arra, hogy a kliensekkel a saját nyelvezetükön kommunikáljon
13. a droghasználó közösség kapcsolatrendszerének megértése
14. tisztelet a klienssel szemben
15. minden egyes kliens egyéniségének és saját akaratának elfogadása
16. rugalmasság és nyitottság a kliens irányába – a határok megtartása mellett
17. képesség a kliensek felől érkező manipulatív magatartás kezelésére
18. a klienssel kapcsolatos alapos és néha nagyon intim ismeretek felhasználása a kliens sértetlensége és méltósága megőrzése mellett
19. tisztelet a saját munkahelyével szemben
20. különböző munkatársakkal való közös partneri munka
21. a saját – azaz a megkereső munka – szerepének, céljainak és határainak világos ismerete
22. a szakmai tudás folyamatos szinten tartása
23. gyakorlati tudás, területre szabott tudás
24. a tudás megosztása, melyből a kliens is profitál
25. szükségletfelmérés: a kliensnek mire van szüksége a megkereső munkát végző személy, illetve a szervezet felől
26. az információk differenciálása; jól érzékelni a különbséget a kis és nagy dolgok között

Mindezek alapján joggal jelenthető ki, hogy a megkereső munka végzése igen mély elhivatottságot és alapos felkészülést igényel, a tevékenységet végzők számára nagyon fontosak a képzések és a folyamatos szupervízió.

3.4 Következtetések a hazai ellátórendszerre vonatkozóan

Az tanulmányban összefoglaltuk a rejtőzködő és nehezen elérhető droghasználó csoportokkal, illetve az őket célzó megkereső programokkal kapcsolatos legfontosabb és leghatékonyabb nemzetközi gyakorlatokat. Az áttekintett kézikönyvek és útmutatók úgy véljük (és bízunk benne), hogy segítséget nyújthatnak azon hazai szakemberek és szakmai szolgáltatók számára, akik a megkereső munka kihívásaira vállalkoznak. A szervezetek részéről egy ilyen szolgáltatás beindítása és működtetése mind humánerőforrás, mind anyagi szempontból sokat kíván. Fontos azonban arra is felhívni a figyelmet, hogy hiába működik kiválóan és a szakmai feltételeknek maximális megfelelő módon egy megkereső munkát végző szervezet, ha az az ellátási rendszer, amelynek tagja, súlyos hiányosságokkal küszködik. A megkereső munka egyik fő célja ugyanis (lásd fentebb [EMCDDA, 1999](#); Petroulias és mtsai, 2006), hogy az elért és megszólított marginalizált helyzetű személyek ellátásba, kezelésbe kerülését elősegítse. Ehhez viszont elengedhetetlen feltétel, hogy az ellátórendszer egyes szereplői között élő és hatékony együttműködés legyen. Ez egy olyan addiktológiai ellátó rendszerben valósulhat meg igazán, amelyik integrált módon működik. Hazánkban, bár ezen a téren készültek szakmai tanulmányok és felkészítő anyagok többek között a TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt keretében (lásd pl. [Demetrovics és Kun, 2011](#); [Márványkövi és Rácz, 2011](#)), a konkrét megvalósulás szintjén még rengeteg volna a tennivaló. A magyarországi addiktológiai ellátásban számos területen lenne szükség több ellátóhelyre, illetve arra is, hogy a különböző szociális és egészségügyi szolgáltatások között a kliensek útja még gördülékenyebb legyen.

Hivatkozások

- Allan, J., Campbell, M. (2011): [Improving Access to Hard-to-Reach Services: A Soft Entry Approach to Drug and Alcohol Services for Rural Australian Aboriginal Communities.](#) *Social Work in Health Care*, 50: 443–465.
- Becker, H.S. (1963). [Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance.](#) Free Press of Glencoe, New York NY.
- Bender, H.L., Allen, J.P., McElhaney, K.B., Antonishak, J., Moore, C.M., Kelly, H.O. & Daves, S.M. (2007). [Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence.](#) *Development and Psychopathology*, 19(1), 227–242.
- Biernacki, P., Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: problem and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research*, 10(2), 141-163.
- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I., Hughes, C. (2014). [Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups.](#) *BMC Medical Research Methodology*, 14: 42.
- Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Weakliem, D. L., és mtsai (1998). [Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention.](#) *Public Health Reports*, 113 (Suppl. 1), pp. 42–57.
- Broadhead, R. (n.d), [Peer-driven intervention. University of Connecticut](#), Center for Health Intervention and Prevention.
- Bruun, A. Mitchell, P. (2012). [A resource for strengthening therapeutic practice frameworks in youth AOD services.](#) Melbourne: Youth Substance Abuse Service (YSAS). www.ysas.org.au
- Correlation Outreach Group (2007). [Outreach work among marginalised populations in Europe guidelines on providing integrated outreach services.](#) Amsterdam, The Netherlands.
- Demetrovics Zs., Kun B. (2011). [Integrált addiktológiai ellátások terjesztése II. Fejlesztések és eredmények a TÁMOP 5.4.1. Projekt kábítószerügyi pillérében.](#) Budapest, Nemzeti Csald- és Szociálpolitikai Intézet.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999). [Outreach Work Among Drug Users in Europe: Concepts, Practice, and Terminology.](#) Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Faugier, J., Sargeant, M. (1997). [Sampling hard to reach populations.](#) *Journal of Advanced Nursing*. 26, 4, 790-797.
- Fielding, N. (2004). [Getting the most from archived qualitative data: epistemological, practical and professional obstacles.](#) *International Journal of Social Research Methodology*. 7, 1, 97-104.

- Hartnoll, R.L., Rhodes, T.J., Jones, S., és mtsai (1990). A survey of HIV outreach intervention in the United Kingdom (London: University of London, Birkbeck College).
- International HIV/AIDS Alliance (2012). [Reaching Drug Users - A toolkit for outreach services](#). Hove, United Kingdom.
- Long-Sutehall, T., Sque, M., Addington-Hall, J. (2011). Secondary analysis of qualitative data: a valuable method for exploring sensitive issues with an elusive population? *Journal of Research in Nursing*, 16, 4, 335-344.
- Márványkövi F., Rácz J. (2011). [Az összegyűjtött adatok részletes vizsgálata, az eredmények relevanciavizsgálata a kitűzött célokkal való összehasonlításban – az eredmények hasznosíthatóságának és elfogadottságának értékelése](#). Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai intézet.
- National Institute on Drug Abuse (2000). [The NIDA community based outreach model: a manual to reduce the risk of HIV and other blood-borne infections in drug users](#). Bethesda, MD, USA: National Institutes of Health.
- Petroulias, D., Bruun, A., Papadontas, M. and Ipsita, R. (2006). *Youth alcohol and drug outreach: Clinical treatment guidelines for alcohol and drug clinicians*. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol & Drug Centre. www.turninpoint.org.au
- Rhodes T., Hartnoll, R.L., Johnson, A.M. (1991) *Out of the agency and onto the streets: A review of HIV outreach health education in Europe and the United States, Research Monograph No. 2*. London: Institute for the Study of Drug Dependence.
- Sydor, A. (2013). Conducting research into hidden or hard-to-reach populations. *Nurse Researcher*. 20, 3, 33-37.
- World Health Organization (2004). [Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users](#). Geneva, Switzerland.

4. Magas kockázatú csoportok hazai helyzetkép

Szécsi Judit és Csák Róbert

Hazánkban is számos olyan csoport azonosítható, mely a droghasználat szempontjából magas kockázatúaknak számít. Helyzetüket és a droghasználattal kapcsolatos beavatkozásokat tovább nehezíti, hogy ezen csoportok többsége más szempontból peremhelyzetben lévő, halmozottan hátrányos helyzetű, kirekesztett, a többségi társadalom által deviánsnak minősített és/vagy diszkriminált réteg.

Számos ilyen csoport azonosítható a nemzetközi tapasztalatokkal egybecsengően (lásd előző fejezet). Ilyenek például a fiatalok, akik az oktatási intézményekből korán vagy 16 éves tankötelezettségüket elérve kiesnek, a gyermekvédelmi szakellátásban élő gyerekek, a várandós droghasználó nők. Ebbe a csoportba tartoznak a mentális problémával küzdő, komorbid szerhasználók, a mélyszegénységben élő, valamint a lakhatási problémával küzdő vagy effektív hajléktalan emberek is. Magyarországon további csoportokat is elkülöníthetünk, melyek nemzetközileg kevésbé, ám itthon jelentős problémát és kihívást jelentenek. Ide tartoznak a kistelepüléseken és/vagy szegregátumokban élők, a romák vagy akár a társadalom elitjének egy része (pl. celebek) is.

Ebben a szakértői anyagban mélyebben négy kiemelt csoporttal foglalkozunk, melyek szintén jelentős kockázati magatartást mutatnak a droghasználat tekintetében. Halmozottan hátrányos helyzetükből fakadóan, más egyéb a normától eltérő, akár bűnelkövető magatartást is folytatnak, emiatt sokkal inkább kénytelenek még inkább rejtőzködő életmódot élni. Emiatt azonban még nehezebben azonosíthatóak, elérhetőek és vonhatók kezelésbe. A négy kockázati csoport a szexmunkások, az LGBTQ és MSM emberek, a bűnelkövetők és az injekciós droghasználók.

A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrzési Testület ([INCB](#)) [2016-os éves jelentésében](#) fokozottan hívja fel a figyelmet arra, hogy a női fogvatartottak és szexmunkások esetében különösen nagy kockázata van a kábítószer-használatnak. Világviszonylatban jelentősen megnőtt a kábítószerekkel kapcsolatos bűncselekményekért letartóztatott nők száma, a börtönökben pedig a női elítéltek között gyakoribb a kábítószer-használat, mint a férfiak esetében. A szexmunka és a kábítószer-használat között is jelentős kapcsolat van. A droghasználó nők azért kezdenek szexmunkásként dolgozni, hogy fenn tudják tartani kábítószerfüggő életvitelüket, míg a prostituáltak közül sokan azért használnak kábítószerrel, hogy megküzdjenek a munkájuk természetéből fakadó nehézségekkel. A fentiek miatt kiemelkedő jelentőséget kell(enne) kapniuk a kifejezetten fogvatartottakra, terhes nőkre, a HIV/AIDS-betegséggel élőkre és a szexmunkásokra irányuló megelőző programoknak. Az INCB azt tanácsolja a tagállamainak, hogy a kábítószer-használó nők különleges szükségleteinek jobb megértése, valamint a megelőzés, a kezelés és a rehabilitáció fejlesztése érdekében gyűjtsék és osszák meg egymással az erre vonatkozó adataikat ([INCB, 2017](#)).

Szexmunkások

Magyarországon közel 15.000 szexmunkás van, akiknek egy jelentős része rejtőzködve végzi ezt a tevékenységet, valamint a demográfiai és társadalmi státuszukat tekintve heterogén csoportot alkotnak ([SZEXE, 2011](#)). A Szexmunkások Érdekvédelmi Szövetsége egy nagyobb egészségfejlesztési program keretében 246, főként az utcán dolgozó szexmunkás megkérdezésével készített vizsgálatot, melynek célja a célcsoport egészségmagatartásának

feltérképezése volt ([SZEXE, 2011](#))¹². Eredményeik szerint a szexmunkások nagyon eltérő szocio-demográfiai háttérrel, tapasztalatokkal és munkakörülményekkel rendelkeznek. A vizsgálatba bevont prostituáltak fele az utcán dolgozik és közel ötöde kevesebb, mint egy éve dolgozik szexmunkásként. Az utcán dolgozó nők többségében a társadalom alsó rétegéhez tartoznak. Közel 10%-uk nem végezte el az általános iskolát, és 39%-uknak nyolc általános iskolai osztály a legmagasabb végzettsége. További 30%-uk szakiskolát vagy szakközépiskolát végzett.

Egy másik kutatásban ([IRIS, 2012](#)) a külföldön szexmunkát végző megkérdezettek fele anya volt, 1-5 gyerekkel, akiket saját háztartásában nevelt, szülői segítséggel. Számukra a legmeghatározóbb motiváció a családfenntartás volt ([Szoboszlai és mtsai, 2015](#)).

Az eltérő hátterek és körülmények olyan speciális, a testi-lelki egészségük szempontjából kockázatokat jelentő problémák kialakulását eredményezhetik, melyek megelőzéséhez, megoldásához eltérő tartalmú egészségfejlesztési részprogramok szükségesek. A SZEXE felmérése megállapítja, hogy ennek a csoportnak nagyon alacsony a részvételi hajlandósága a betegségek kialakulásának megelőzését szolgáló szűréseken. A megkérdezettek több mint fele (62%-uk) az elmúlt évben nem járt sem emlőrák-, sem méhnyakrák-szűrésen. (Emlőrák-szűrésen 1%-uk, méhnyakrák-szűrésen 20%-uk vett részt.) A legfontosabb kockázati tényezőnek számít a különböző nemi- és más jellegű betegségekkel kapcsolatos ismerethiány, valamint az a tény, hogy a létrejövő aktusok során a szexmunkás nők extra pénzért tudatosan vállalnak kockázatokat és mennek bele egészségmagatartás szempontjából kockázatos viselkedésbe (a szexmunkások csak kevesebb, mint egyharmada nem vállal óvszer nélküli orális szexet) ([SZEXE, 2011](#)). Külföldön vagy ott is dolgozó szexmunkások 86%-a jár rendszeresen szűrésre ([Sebhelyi, 2012](#)).

A SZEXE felmérése szerint (2011), mely a szexmunkás nők droghasználatát is vizsgálta, nagy problémát okoz a vizsgálatba bevontak körében a káros szenvedélyek elterjedtsége (dohányosok, alkoholfogyasztók, kábítószer használók igen magas aránya). A megkérdezettek fele (49,6%) rendszeresen dohányzik, az alkalmi dohányosok aránya 10%, harmaduk soha nem dohányzott. Az alkoholfogyasztás tekintetében az látszik, hogy hetente egyszer vagy ritkábban alkoholfogyasztók aránya közel kétharmados, 22%, aki hetente többször és csupán 3,7%, aki naponta iszik. A megkérdezett szexmunkások egyharmada, saját bevallása szerint soha nem fogyasztott még kábítószer. A napi rendszerességgel kábítószer fogyasztók aránya 2% (5 fő). A hetente több alkalommal kábítószer fogyasztók arányával kiegészítve ez már 25,6%¹³. A napi rendszerességgel kábítószer fogyasztó szexmunkások mindegyike naponta fogyaszt marihuánát, hasist, illetve emellett legalább hetente egy alkalommal heroint is. Ha tovább tágítjuk a kört és hozzávesszük a hetente minimum egy alkalommal kábítószer fogyasztókat, akkor a kumulatív arány már 42,3%. A legalább heti egy alkalommal kábítószer fogyasztó gyakorlatilag mindegyike (95%-uk) használ marihuánát, közel felük több-kevesebb gyakorisággal speed-et, amfetamint, heroint. A szexmunkások 78%-a soha nem használt altatót, nyugtatót vagy stimuláló hatású

¹² A kutatást a Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete készítette a Szexmunkások Érdekvédelmi Egyesülete megbízásából, 2011

¹³ amely magában foglalja a napi gyakorisággal kábítószer használó 5 főt is

gyógyszert. A többiek (52 válaszadó) harmada napi gyakorisággal fogyaszt ilyen jellegű, de nem orvos által felírt gyógyszert ([SZEXE, 2011](#)).

A külföldön (is) szexmunkát végzők körében készült vizsgálat ([IRIS, 2012](#)) szerint a nők leggyakrabban nyugtatót, amfetamint, kokaint és újfajta pszichoaktív szereket (elsősorban mefedront, MPT-t, Magyarországon inkább a „kristályt” említették) használtak ([Sebhelyi, 2012](#)). A gyerekotthonban és nevelőintézetekben prostituálttá vált nők körében a droghasználat elterjedtebb.

A szexmunkások körében a legvesélyeztetettebbek azok, akik még nem kerültek az intézményrendszer (kórház, drogambulancia) látókörébe. A SZEXE előzetes felmérése szerint ennek a populációnak a leginkább kockázatos az egészségmagatartása. Jellemző a szexuális szolgáltatásokhoz kapcsolódó szabálysértések elkövetése, leggyakoribb körükben a kriminalizálódás. Emellett ők a legkiszolgáltatottabbak a szexuális úton terjedő betegségekkel szemben is. Továbbá körükben népszerű az újfajta pszichoaktív szerek használata is (SZEXE, 2012, 2014.).

A HIV és más szexuális úton terjedő betegségek tekintetében veszélyeztetettebbek, különösen, ha a szexmunka és a droghasználat, az intravénás droghasználat összekapcsolódik.

Az Alternatíva Alapítvány Altalap HIV Program elnevezésű projektje keretében két hullámban végzett szűrést intravénás szerhasználók, és más, fertőző betegségeknek kitett csoportok körében (MSM populáció ('men who have sex with men' populáció, azaz homoszexuális férfiak), szexmunkások). A szűrés során nyálmintán alapuló gyorseszteszt segítségével HIV, HCV és szifilisz jelenlétét vizsgálták. A szűrés első hulláma 2015 júniusa és novembere között zajlott, négy helyszínen: Budapesten, Miskolcon, Pécsen és Szegeden. Az első hullámban 201 szűrést végeztek, közülük 173 fő volt intravénás szerhasználó. A vizsgálat második hullámának 5 hónapja alatt négy vidéki és három budapesti szolgáltató segítségével végezték a szűréseket. A vizsgálat mindkét hulláma kiegészült kockázati magatartásokra és/vagy szexuális úton terjedő betegségek magatartási kockázataira vonatkozó különböző kérdőívekkel (Alternatíva Alapítvány, 2017).

Nővédő szervezetek szerint (MONA, NANE) a közelmúltban a szexmunkás nők sokkal kiszolgáltatottabbá váltak a futtatók kizsákmányolásával s a kliensek erőszakos viselkedésével szemben, sokkal kevésbé fordulhatnak segítségért a hatóságokhoz, mert ezzel a megélhetésüket veszélyeztetik. A rejtőzködésnek különösen káros hatása van a HIV-prevencióra.

A prostitúció szoros összefüggésben van a társadalmi egyenlőtlenségekkel, a szegénységgel, munkanélküliséggel, létbizonytalansággal ([Szoboszlai, 2012](#)). A szexmunkát vállaló nők prostituálódásának két fő oka van: az egyik a megélhetés, a másik a kiszolgáltatottság, kizsákmányolás. Társas kapcsolataikban négy csoport befolyásolja ezt a kiszolgáltatottságot: a vér szerinti család és barátok; a férj/élettárs családja; a prostitúció hasznélvezői; szociális és hatósági szakemberek ([Szoboszlai és mtsai, 2015](#)).

A kiszolgáltatottság mögött az esetek nagy részében valamilyen trauma rejlik, a szexmunkás nők sokszor gyerekkori bántalmazás, elhanyagolás, szexuális erőszak vagy felnőttkori kényszerítés áldozatai ([IRIS, 2012](#)).

Figyelembe kell venni azt is, hogy a roma nők és családok a szegények körében felülreprezentáltak, a társadalmi egyenlőtlenség és diszkrimináció tekintetében érintettebbek, ezért a roma kultúrával összefüggő aspektusokat a szexmunkásokkal végzett segítő munka során is figyelembe kell venni ([Máthé, 2012](#)).

A szexmunka számos súlyos és egészséget, életet veszélyeztető következményekkel jár, mely a szexuális együttlétek kockázatosabb formáiból (pl. anális szex, eszközhasználat), valamint a nőket érő gyakori erőszakból származnak ([Bethlen, 2009](#)). Továbbá lelki károkat okoz a bántalmazás, a félelem és a méltóság folyamatos semmibe vétele is. A gyakran poszt-traumás stressz betegségekkel is küzdő nők számos fizikai és mentális problémával küzdenek. Egyes vizsgálatok szerint körükben a mortalitási ráta negyvenszerese a lakosságénak ([Bethlen, 2009](#)).

A szexmunkásokat érintő mentális egészséget veszélyeztető kockázatok négy területen jellemzőek:

- az ügyfelekkel kialakuló konfliktusokból adódó pszichés terhelés (a vizsgált szexmunkások mindössze 5%-ával nem fordult elő ilyen szóbeli konfliktus a kutatást megelőző évben),
- a hatóságokkal kialakuló konfliktusokból adódó pszichés terhelés,
- a munka és a magánélet összeegyeztethetőségének nehézségeiből adódó pszichés terhelés,
- e programban nem érintett, de más vizsgálatok eredményeiből ismert pszichés terhelés, amely a környezet előítéletességéből, a gyakran megjelenő, kirekesztő környezeti hozzáállásából, az önértékelési stb. problémákból adódik ([SZEXE, 2011](#)).

A Szexmunkások Érdekvédelmi Szövetsége (SZEXE) 2012 és 2014 első félévében szexmunkások részére kábítószer-prevenációs programot indított, minisztériumi támogatással (KAB). A projektek célja a kábítószer-fogyasztás megelőzése és csökkentése, különös tekintettel az újfajta pszichoaktív szerek veszélyeivel kapcsolatos tájékoztatásra. A programok keretében a legveszélyeztetettebb, kezelésbe nem kerülő nők számára szerveztek könnyen elérhető szolgáltatásokat, melyek a drogokkal, illetve ezek ártalmaival összefüggésben információnyújtást, tanácsadást és ártalomcsökkentést jelentett. A fent említett kutatásban a megkérdezett nők több mint kétharmada térítésmentesen közreműködne az egészségfejlesztési programok során elsajátított ismeretek más szexmunkások számára történő átadásában.

LMBTQ és MSM emberek

Az LMBTQ (Leszbikus, Meleg, Biszexuális, Transznemű és „Kíváncsi” Identitású emberek) szubkultúrán belül különösen az MSM (azaz homoszexuális férfiak) körében végzett vizsgálatok szerint ez a csoport a teljes lakossághoz viszonyítva érintettebb a droghasználatban ([Bourne, 2012](#); [Office for National Statistics, 2014](#)).

Jellemző a különböző pszichoaktív szerek, különösen az újfajta pszichoaktív szerek (mefedron, GHB/GBL, amfetamin) szex közbeni használata ([Bourne és mtsai, 2015](#)).

Magyarországon kevés – különösen nem szisztematikus adatgyűjtésből származó - információnk van a célcsoporton belüli droghasználatról: milyen szereket, milyen intenzitással használnak. Egy 2010-es online kutatáson ([ECDC, 2013](#)) kívül nem készült felmérés a meleg szerhasználatáról, így nincs pontos tudásunk arról, hogy milyen szereket, milyen intenzitással használnak, illetve, hogy egyáltalán milyen a legális vagy illegális szerek hazai prevalenciája ebben a populációban.

Az LMBTQ és MSM emberek körében gyakrabban előfordulnak a szórakozáshoz köthető kockázatos, védekezés nélküli szexuális magatartási formák, valamint a gyakoribb promiszkuis szexuális szokások összefüggésben állnak a pszichoaktív szerhasználattal ([EMCDDA, 2017](#)).

Ugyanakkor a szerhasználat kulturális kontextusa és környezete az MSM számára speciális ártalmakat hozhat ([Bourne és mtsai, 2015](#)), különös tekintettel a szexhez kapcsolódó használatra (beleegyezés kifejezésének nehézsége, elővigyázatosság csökkenése, nagyobb nyitottság kockázatosabb szexuális gyakorlatokra – pl: befogadó szexuális aktus sok férfival gyors egymásutánban – szer használata alatt). Ebben a vonatkozásban az intravénás szerhasználat is felbukkan, ami – ha kis populációt érint is – különösen nagy aggodalomra ad okot (EMCDDA, 2014; [Stuart, 2013](#)). További kockázati tényezőt jelenthet a polidrog használat.

A szórakozóhelyeken és a partik után, droghasználat alatt létesített szexuális kapcsolatok a már fentebb említett ún. chemsex¹⁴, kevésbé egészségtudatos magatartásmintákkal történik. A gyakori partnercsere, az egyéjszakás együttlétek megnövelik a vér és szexuális úton történő betegségek fertőzésveszélyét. Külön figyelmet érdemel az a tény, hogy itt nem eseti, véletlenszerű valamilyen szer (pl. alkohol, ecstasy) befolyása alatt létrejött szexuális kapcsolatról van szó, hanem a pszichoaktív szerek szex közbeni, tervezett használatáról. Ez a tény a megelőzést és intervenciót is segítheti, ugyanis a célcsoportnál a tudatos rákészülést és ártalomcsökkentő technikák elsajátítását lehet erősíteni.

Emellett nem szabad arról sem megfeledkezni, hogy a HIV szempontjából az MSM közösség rendelkezik a legnagyobb kockázattal szinte mindenütt a világon ([Bourne, 2012](#)), így Magyarországon is a HIV fertőzöttek mind abszolút számát, mind az új fertőzötteket tekintve ők teszik ki a legnagyobb arányt: a fertőzöttek közel felét ([EPINFO, 2016](#)), ezért ez a populáció a legvesélyeztetettebb.

A HIV és hepatitis fertőzés nemcsak az célcsoportokhoz tartozókat, de az e körbe nem tartozó heteroszexuális populációt is veszélyezteti. A kutatások szerint a különböző szűréseken való részvételi hajlandóság és tényleges részvétel alacsonyabb, mint az átlagpopulációban. A célcsoporton belül a droghasználó személyeknél ez az arány még alacsonyabb ([Háttér, 2017](#)). Az elemzés alapjául szolgáló két kutatásban (LMBT, 2010, EMIS, 2010) a válaszadók között egy országos reprezentatív mintához viszonyítva többen voltak a fiatalok, a budapestiek és a magasabban képzettek. Azt feltételezhetjük, hogy ez a réteg magasabb társadalmi réteghez tartozó, egészségtudatosabb, az egészségügyi szolgáltatásokhoz jobban hozzáférő populáció. Mégis, a megkérdezettek 43%-a soha nem volt HIV szűrésen. 22-32%

¹⁴ lásd 'A magas kockázatú csoportok azonosításával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok áttekintése c. fejezet - Melegek – meleg férfiak

között mozog azok aránya, akik több mint egy éve nem vettek részt szűrésen. A részvétel a lakóhellyel és az iskolai végzettséggel szoros összefüggést mutat. Minél nagyobb településen él a válaszoló és minél magasabb az iskolai végzettsége, annál nagyobb eséllyel vett részt már életében, illetve az elmúlt évben szűrésen. A szűrésre járók életkorát nézve a legnagyobb arányban a 30-39 éves korosztály vett részt szűrésen: mindkét vizsgálatban az arány 67% (LMBT, 2010, EMIS, 2010). Azonban drámaian alacsony a 20 év alattiak körében a szűrésen részt vettek aránya (26, illetve 22% a két kutatás eredményei szerint), különösen úgy, hogy saját bevallásuk szerint, 82%-uk létesített már volt szexuális kapcsolata férfival (LMBT, 2010, EMIS, 2010). Emellett meghatározó jelentőségű a szexuális irányultsággal kapcsolatos önelfogadás hiánya és a rejtőzködés is a szűrésre járási hajlandóság tekintetében ([Háttér, 2017](#)).

Külön veszélyforrást jelent az LMBTQ és MSM emberek körében a prostitúció is. Halmozottan felerősödnek a pszichoaktív szerhasználat fogyasztásának esélyei és az ebből fakadó veszélyek. Az MSM szexmunkásokat alapvetően a meleg terekben, média és internetes hirdetésekben, társkereső oldalakon, valamint szórakozóhelyek ún. "sötét szobáiban", parkokban lehet elérni.

Különösen fontos tehát az szexuális úton terjedő betegségekkel is foglalkozni. A 2010-ben MSM körben az ECDC által végzett nemzetközi kutatás ([ECDC, 2013](#); EMIS, 2010) eredményei szerint a szexuális úton terjedő betegségekkel (STI) kapcsolatos tudás Magyarországon volt az egyik legalacsonyabb (a kutatásban résztvevő 38 ország közül csupán Törökország és Ciprus ért el hazánknál is alacsonyabb értéket ebben a kérdésben).

Az egészségügyi intézményekben tapasztalt valós vagy vélt diszkrimináció következtében nehezebben kérnek szakszerű, intézményi segítséget. Ellátásukban rendkívül fontos a szakemberekkel kialakított őszinte, bizalmi kapcsolat. A pszichológiai, pszichiátriai ellátás során a páciensek gyakran eltitkolják irányultságukat, ami befolyásolja a terápia sikerességét. A bizalom itt kiemelten fontos lehet, mivel az LMBTQ személyek veszélyeztetett csoport a depresszió, öngyilkosság, alkohol- és droghasználat szempontjából ([Háttér, 2012](#)).

Az eltérő szexuális orientáltság megítélése a többségi társadalom részéről kevésbé elfogadott, megítélése kedvezőtlen. Az MSM és LMBTQ emberek sokszor vannak kitéve diszkriminációnak, megvetésnek és atrocitásnak. A stigmatizáló társadalmi viszonyulást támasztja alá az OLAAP társadalmi távolság skálával mért eredményei is. Bár 2001 óta az LMBTQ emberek megítélése némi elfogadást mutat, de a fenti kutatás szerint, 2015-ben még így is a válaszolók több mint 40%-a nem szeretne szomszédjának LMBTQ identitású embereket. A HIV/AIDS fertőzötteknél ez az arány 55%, míg a valamilyen pszichoaktív szert használók esetében 80% feletti az elutasítás ([Paksi és mtsai, 2017:81](#)). Könnyen belátható, hogy droghasználó LMBTQ emberek különösen nagy társadalmi elutasítással találkozhatnak a mindennapokban.

Mindezek miatt körükben sokkal rejtőzködőbb magatartási formák alakulnak ki, mely erőteljesen kihat a droghasználattal kapcsolatos szokásaikra. Sokszor az életmód, a rejtőzködés és az információ hiány együttes jelenléte intenzívebb kockázatkereső magatartásokhoz vezet. A fenti tények miatt mind a célcsoport felkutatása, elérése, mind a

kezelésbe vételük nehéz, ezért szükség van valamilyen speciális, kifejezetten ennek a célcsoportnak szóló programokra.

A kifejezetten a célcsoport részére létrehozott szórakozóhelyek (vagy kisebb településeken inkább „törzshelyek”), a speciálisan a célcsoportot célzó internetes felületek, esetleg parkok, nyilvános wc-k jelenthetnek találkozási pontokat számukra. Ezeket a helyeket a közösség tagjai ismerik, tisztában vannak azzal, hol találhatnak hasonló szexuális orientáltságú partnereket. Célszerű tehát a közösség egy-egy tagját bevonni a prevenció és megkereső munkába. Szerencsés a szexuális veszélyek és az ezzel - bár nem törvényszerűen kapcsolatba lévő - droghasználat kockázataira felhívni a figyelmet.

Az MSM embereket összefogó érdekvédelmi és egyéb szervezetek alapvetően kutatási és felvilágosító tevékenységeket folytatnak a témával kapcsolatban (például kifejezetten a célcsoport számára működtetnek szűrőállomást).

Fogvatartottak

A büntetés-végrehajtási intézményekben élők a droghasználat szempontjából szintén veszélyeztetettek.

A fogvatartottak átlagos száma 2016-ban 18 ezer körül mozgott, 93%-uk férfi. A fogvatartottak közel fele 30-49 év közötti, a droghasználat szempontjából fokozottan veszélyeztetett korcsoport (19-29) 30%-ot tesz ki. Több mint felük (55%) legfeljebb nyolc általános iskolai osztály végzettséggel rendelkezik. A fogvatartottak közel fele börtönben (43,6%), negyedük fegyházban, 5%-uk fogházban tölti büntetését. Magas az előzetes letartóztatásban lévők aránya (19,5%). Az öngyilkosság tekintetében 10000 fogvatartottra 4,99 befejezett öngyilkosság és 11,65 öngyilkossági kísérlet történt ([BVOP, 2017](#)).

A magyarországi adatokat tekintve a kábítószerrel való visszaélés bűncselekménye miatt 2016-ban 1264 fő töltötte büntetését valamelyik büntetés végrehajtási intézményben. Ez a fogvatartottak 7%-a (BVOP, 2017). Ennek ellenére a börtönökben a kábítószer témájú, átfogó vizsgálatok ritkák. Az utolsó, 2008-ban készült vizsgálat (Paksi, 2009) eredményei szerint a fogvatartottak 43,8%-a fogyasztott már életében valamilyen kábítószer, heti rendszerességgel közel ötödük (18,2%) használt tiltott szereket. Emellett az is elmondható, hogy az éves prevalencia egyharmad, a havi prevalencia pedig szintén 20%. A drogokat használók döntő többsége (85,7%-a) kannabisz származékot használt, ez a fogvatartottak 37,8%-a. Hasonló adatokat kaphatunk egy másik, négy évvel későbbi, a bv. intézetekben zajló HIV/HBV/HCV fertőzések megelőzésére irányuló felvilágosító és szűrőprogram keretében a „Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben” című vizsgálatból is ([Ritter, 2013](#)).

A büntetés-végrehajtási intézményekben történő kábítószer-használattal kapcsolatban további információkat a BVOP (Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) által nyilvántartott adatokból, valamint az Országos Addiktológiai Centrum TDI adatgyűjtéséből kaphatunk. Ez utóbbi a büntetés-végrehajtási intézetekben kezelést kezdők adatait is rögzíti.

A 2015-ben, 1170 fős mintán végzett – kockázatelemzési rendszer adatfelvételi fejlesztéséhez kötődő – kérdőíves vizsgálat során is hasonló eredmények születtek. A büntetés-végrehajtási intézményekben fogvatartottak közel harmada (31,8%) használt már

életében valamilyen kábítószer. A leggyakrabban fogyasztott szerek listáját itt is a kannabisz származékok és a stimulánsok vezették, a designer drog használat az önbevallás alapján 6,6% volt (BVOP, 2016). Ritter vizsgálata szerint a fogvatartottak körében az új pszichoaktív szerek megjelenése egyértelmű, a leggyakoribb közülük a mefedron volt, amelyet a megkérdezettek 12,6%-a fogyasztott már valaha életében (Ritter, 2013). Figyelemre méltó, hogy a fogvatartottak körében kiugróan magas volt a 25 év alattiak aránya a kannabiszhasználók (30,1%) és a designer drogokat (33,8%) fogyasztók körében.

Az intézeteken belüli droghasználatot nézve azonban megfigyelhető az újfajta pszichoaktív szerek (azon belül is a szintetikus kannabinoidok) térhódítása, de erre vonatkozó adataink csak érintőlegesen vannak. A börtönök falain belül 2016-ban kábítószergyanús anyag lefoglalására 311 esetben került sor, melyek többségében marihuánát, amfetamint és designer drogokat, illetve különböző gyógyszer-származékokat tartalmaztak. A kábítószereket elsősorban csomagban, postai úton, az újfajta pszichoaktív szereket levél vagy más papíráru impregnálásával juttatják be a fogvatartottaknak (Port, 2016). Mindenféle erőfeszítés ellenére úgy tűnik a börtönökben történő droghasználat elterjedt jelenség. A korábbi, de reprezentatív vizsgálat alapján azt látjuk, hogy a bekerülés előtt rendszeresen használóknak közel fele (46,3%) használt valamilyen tiltott drogot a fogva tartási időszak alatt (Paksi, 2009). 2016-ban nyolc intézetben történt lefoglalás, összesen 43 esetben, elgondolkodtató azonban, hogy ebből 30 eset egy intézetből származik. (Port, 2016)

Intravénás szerhasználók

Az intravénás szerhasználat a kábítószer-használaton belül egy olyan fogyasztási mód, amely önmagában magas kockázatú kategóriába tartozóvá teszi az adott szerhasználót. Ennek oka egyrészt, hogy az injektló fogyasztás közegészségügyi szempontból is kockázatot jelent, hiszen a vér útján terjedő fertőzések prevalenciájában illetve incidenciájában nagy szerepet játszik az intravénás szerhasználat (hiszen az eszközök vérrrel érintkeznek, és ezen eszközök megosztása a fertőzések terjedésében jelentős kockázat). Másrészt ez a fogyasztási mód nagy kockázatot jelent a szerhasználók számára is, hiszen a szert egyenesen a véráramba juttatva más fogyasztási módokhoz képest sokkal gyorsabban jelentkezik a hatás, sokkal kisebb mennyiségű hatóanyag ki tudja váltani a hatást. Ez azt jelenti, hogy az intravénás használóknak van a legmagasabb kockázata a túladagolás és mérgezés tekintetében. A HIV és HCV fertőzés kockázatán túl a nem steril eszközök használata vérmérgezéshez, elfertőződött sebekhez vezethet.

Mivel az intravénás szerhasználók köre egy rejtőzködő, nehezen elérhető populáció, a jelenség elterjedtségével kapcsolatban becslésekre kell hagyatkoznunk. Magyarországon 2010-ben illetve 2016-ban végeztek becslést a rejtett intravénás szerhasználó populáció nagyságára vonatkozóan. A 2010-ben készített becslést fogás-visszafogás módszerrel végezték, az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) által 2006 óta a tűcsere programok részvételével szervezett, újjbegyből történt HIV/HCV szűrés kliensforgalmi adatait használták fel (NDF 2010). A kutatók számításai alapján a 2007-2008-as időszakban 6146 fő, 2008-2009-es időszakra vonatkozóan 5699 fő volt az intravénás szerhasználó populáció nagysága az országban¹⁵ (NDF 2010, NDF 2014b). A 2016-ban végzett becslésben ugyanezt a módszert használták, az OEK által végzett epidemiológiai vizsgálat 2014-es illetve 2015-ös

¹⁵ A becslés pontos módszertanára vonatkozóan lásd: NDF 2010, 41. old.

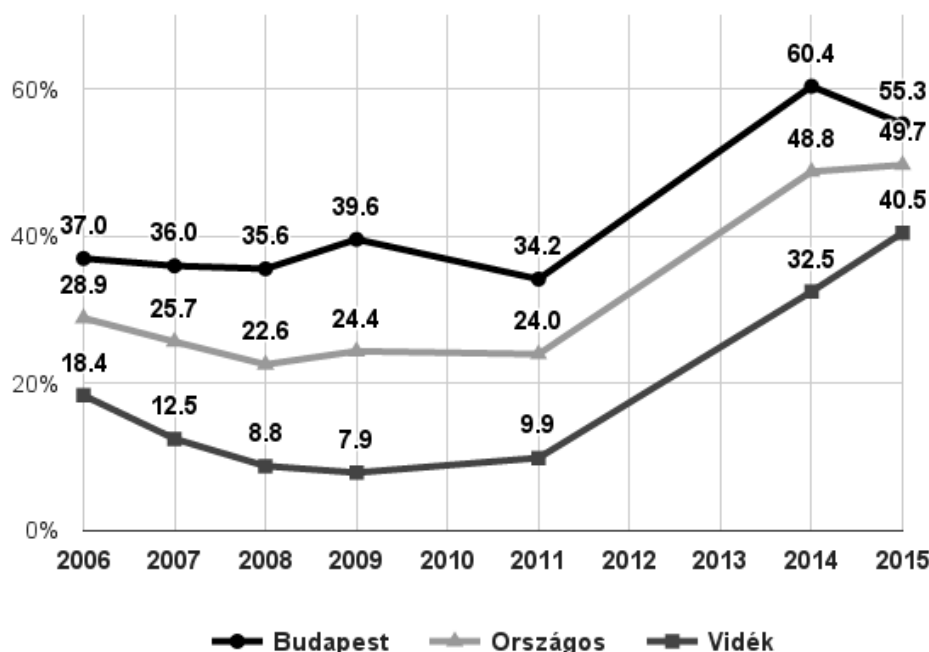
adatait felhasználva¹⁶. A kutatók számításai alapján, Magyarországon a teljes intravénás szerhasználó populáció nagysága 7799 fő volt a 2014-2015-ös időszakra vonatkozóan (NDF 2016). A 2015-ben végzett OEK vizsgálat kockázati magatartásokat vizsgáló kérdőíve alapján tudható, hogy a mintában 86% volt az elmúlt 12 hónapban legalább egy alkalommal injektálók aránya, ezt figyelembe véve a kutatók megbecsülték az intravénás szerhasználó populáció nagyságát csak 2015-re vonatkozóan is: számításaik alapján ez 6707 főt jelent. A két becslés közötti hat évben nem készült az intravénás szerhasználó populációra vonatkozó számítás, így a változás dinamikájáról nincs információnk, ugyanakkor a 2008-2009-re illetve a 2014-2015-re vonatkozó becsléseket összevetve az egyértelműen látszik, hogy ebben az időszakban növekedett az intravénás szerhasználók száma (valamivel több, mint 2000 fővel, ami megközelítőleg 37% emelkedést jelent).

Az intravénás szerhasználók körében az Országos Epidemiológiai Központ 2006 óta végez azonos módszertannal felmérést a HIV és a HCV fertőzések prevalenciájáról. Sajnos 2010-ben, 2012-ben és 2013-ban nem tudott megvalósulni a felmérés, az utolsó elérhető vizsgálatok eredményei azonban azt mutatták, hogy 2011 és 2014 között duplájára emelkedett a HCV fertőzöttek aránya az intravénás szerhasználók körében (Epinfo 2015, Gyarmathy és Sarosi 2015). A 2014-es eredmények alapján a HCV országos prevalenciája 48,8% volt (2011: 24,1%), a fővárosban ugyanez az arány jóval magasabb, 60,8% (2011: 34,2%) volt (Epinfo 2015). A HIV fertőzéssel kapcsolatban elmondható, hogy a vírus prevalenciája a populációban elenyésző. Az előzőekben idézett 2014-es prevalencia vizsgálatban ugyanakkor két HIV fertőzött szerhasználót is találtak, amely ugyan nagyon alacsony esetszám, de éppen azért kiemelt fontosságú jelzés, mert az epidemiológiai vizsgálatok kezdete, 2006 óta nem volt még HIV pozitív eset az intravénás szerhasználók körében (Epinfo 2015, Rác és mtsai 2016b).

A 2015-ös OEK vizsgálat adatai Budapesten a HCV prevalenciában csökkenést mutattak (55,3%-ra), azonban ennek az adatnak az értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy 2014-ben bezárt az ország két legnagyobb tőcsere programja, így ez a két helyszín értelemszerűen nem szerepelt a 2015-ös vizsgálatban – az ezeken a helyeken korábban elért populációt valószínűleg 2015-ben nem lehetett ugyanolyan arányban bevonni a vizsgálatba. Így tehát nem teljesen összevethető a 2014-ben illetve 2015-ben mért fertőzöttségi arány, a csökkenés utalhat arra is, hogy a két megszűnt tőcsere program miatt egy nagyon magas HCV fertőzöttségű populációt nem tudott a vizsgálat elérni. Kiemelnénk ugyanakkor, hogy a vidéki prevalencia adatok azt mutatják, hogy ott a HCV fertőzöttek arányának emelkedése nem állt meg, a vidéki helyszíneken 2011 és 2015 között megközelítőleg négyszeresére, 9,9%-ról 40,5%-ra emelkedett a HCV prevalenciája.

¹⁶ A becslés módszerének részletesebb leírását lásd: NDF 2016, 38. old.

1. Ábra: HCV prevalencia az intravénás szerhasználók körében végzett szűrővizsgálat eredményei alapján 2006-2015 (%)¹⁷



Kockázati magatartások, egészségügyi veszélyek

A BVOP és NDF közös vizsgálatából az derül ki, hogy a büntetés-végrehajtási intézményekben az injektláshoz kapcsolódó eszközök lefoglalása nem jellemző – pl. 2015-ben egyáltalán nem volt ilyen eset (Port, 2016). A kérdőíves vizsgálatok szerint (Ritter, 2013) azonban az látszik, hogy a fogvatartottak körében magas azok aránya, akik életük során valaha használtak kábítószerket intravénásan. Közülük 4,2% a börtönön belül is injektlált már, míg a HCV fertőzöttek körében ez az arány jóval magasabb 10%. A vizsgált személyek körében a HCV prevalencia értéke 8,2% volt. A valaha intravénásan kábítószerrel használók körében ez jóval magasabb 24,8%-os (Ritter, 2013). A kockázati magatartások összefüggést mutattak a HCV fertőzöttséggel: az eszközt valaha megosztók körében 30,7%, a tűt/fecskendőt megosztók körében 37,9% volt a HCV prevalencia érték (Tresó és mtsai, 2011).

A HIV és a hepatitis B és C vírusfertőzések prevalenciája magasabb a fogvatartottak körében, mint az általános népesség körében. A büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kutatások azt jelzik, hogy a vizsgálati mintába került HCV-fertőzött fogvatartottak többsége valószínűleg a korábbi intravénás kábítószer-használat és azzal összefüggő kockázati magatartások által fertőződött meg (NFP, 2016).

A HCV-fertőzöttek közül 3 fő volt olyan, aki nagy valószínűséggel a börtönben kapta el a fertőzést, ugyanis a vizsgálatot megelőző évben is részt vett szűrésen, és akkor negatív volt

¹⁷ Forrás: Dr Dudás Mária: Az intravénás kábítószer-használók HIV, HCV prevalenciája a 2014-es adatgyűjtés alapján http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/dudas_tcs_2015_HIV_HCV_prevalenc.pdf, illetve <http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/fertozo-betegsegek/fertozo-betegsegek-tenyek-es-szamok/> (hozzáférés: 2017. 01.08.)

az eredménye, és legalább 2 éve volt büntetés-végrehajtási intézményben fogvatartott. A vizsgálat során azonosított HCV-fertőzött fogvatartottak 61,3%-a számolt be arról, hogy az injektlás során valaha használta másokkal közösen a tűt, illetve a fecskendőt, 14,8%-uk csak egy alkalommal, 85,2%-uk több alkalommal ([Ritter, 2013](#)). Ezek mellett jellemző a kockázatos szexuális magatartás is. A bv. fogvatartottak közül a mintába került HCV-fertőzöttek mindössze 10,5%-a használt mindig vagy gyakran a szexuális aktusaihoz óvszert, míg a többségük nagyon ritkán vagy egyáltalán nem használt ([Ritter, 2013](#)).

A TDI adatok alapján a bv. intézetekben fogvatartottak közül 2015-ben 95, 2016-ban ennél több, 128 fogvatartott kezdett elterelés keretében kezelést. Összehasonlítva a bv. intézményeken kívül kezelést kezdő populációval a fogvatartottak átlagéletkora magasabb (fogvatartottak 31,1 év; nem fogvatartottak 28,5 év), a férfiak aránya is magasabb (91 férfi, 4 nő – köszönhető ez a fogvatartott populáció nemi megoszlásának), ugyanakkor gyakoribb körökben a legfeljebb nyolc általános iskolai osztály végzettséggel rendelkezők aránya (bv-ben: 80%, a falakon kívül: 48%). A szerhasználati mintázatot tekintve a fogvatartottak körében gyakoribb az amfetamin- és ópiáthasználat, valamint az intravénás használat is. Az intravénás használat életprevalenciája körökben 30% (nem fogvatartottak esetében ez 12%, a TDI szerint), jellemző szerhasználati mód több mint egyötödükre (21,5%), míg a nem fogvatartottaknál ez az arány csupán negyede, 5,4% (NFP, [2016](#), [2017](#)).

Az összefüggés fordítva is igazolódik. A 2015. évi intravénás szerhasználók körében végzett országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat (Dudás és mtsai, 2015) adatai szerint közel minden második (266 fő, 48,4%) intravénás szerhasználó volt már valaha börtönben, körökben a HCV prevalenciája 65% volt.

A fogvatartottak esetében a szabadulás utáni túlادagolás veszélye jelentős. Erre vonatkozóan a 30 intézményből csupán háromban volt egyéni tanácsadás vagy egyéb megelőző program (Port, 2016). Kábítószer-fogyasztó fogvatartottaknak az intézmények felében volt reintegrációs program, mely elsősorban a helyi szenvedélybeteg-ellátó intézményekkel való összekötésből áll. Az intézmények harmadában célzott prevenció, hatodában egyéni tanácsadás is zajlik a célcsoportnak (Port, 2016). A reintegrációs utógondozói feladatokat a pártfogó felügyelők látják el, ennek keretében egyéni és csoportos tájékoztatást, tanácsadást végeznek. (Port, 2016). A programok módszereivel és eredményeivel kapcsolatos részleteket nem ismerünk. Korábban fogvatartott, intravénás kábítószer-fogyasztókkal készült kvalitatív kutatás (Takács 2010) során az interjúalanyok meg tudtak nevezni több olyan szolgáltatást, amely a szabadulást követő időszakra készítette fel őket. A pszichológusok, lelkeszek és civilek benti segítségét hasznosnak ítélték meg.

A kikerülés utáni pártfogó felügyelői munka hatékonyságáról csak elképzeléseink lehetnek. Közismert azonban, hogy a pártfogó felügyelők egyrészt járási vagy megyei szinten működnek, mely helyszínek a fogvatartottak számára nehezen megközelíthetőek. Ennél nagyobb problémát jelent a kormányhivatalnokok túlterheltsége, mely lehetetlenné teszi a hatékony segítségnyújtást és a személyes odafigyelést (általában havi egy órás találkozót jelent ez)¹⁸. Külön nehezíti a reintegrációs feladatok megvalósulását, hogy a pártfogó felügyelői munkaköröket egyre több esetben jogászok látják el, akik a pártfogás jogi

¹⁸ „A legmarkánsabb feladatot továbbra is a pártfogó felügyelet végrehajtása jelenti, az 55 pártfogó felügyelő összesen 5 036 ügyben járt el” BVOP, 2017

aspektusait kiválóan ismerik, viszont kevésbé hatékonyak a szupportív technikák területén. Civil szervezetek által fenntartott programok a finanszírozási bizonytalanság miatt esetlegesen, és összességében kevés számú fogvatartottat ér el, főleg Budapesten.

„A büntetés-végrehajtás ellátó tevékenységét a büntetőjog punitív szemléletű keretei alapvetően meghatározzák, ezen belül az ellátást a medikális modell szemlélete uralja. Az ellátás legfontosabb elemeinek az elterelés végrehajtására kiépült többszintű rendszer, a kábítószer-prevenációs körletek, és az általános egészségügyi ellátás kábítószer-fogyasztót érintő szegmensei tekinthetők. Ez utóbbiban a bv. egészségügyi szakszolgálat (intézeti orvos, IMEI) és a bv.-n kívüli egészségügyi ellátórendszer (többek között drogambulanciák) egyaránt szerepet kapnak, (NFP, 2011:107)

A fogvatartottakat a kábítószer-használat szempontjából egyértelműen a magas kockázati csoportba lehet sorolni a lényegesen magasabb intravénás szerhasználati múlt és a magasabb HIV/HCV fertőzöttség miatt. Ehhez hozzájárul a magas látenciájú, rejtőzködő intravénás fogyasztás a börtönök falain belül, valamint a gyakoribb eszközmegosztás. Mindezeket erősíti a kockázatos, védekezés nélküli szexuális magatartás, valamint a börtönökre jellemző túlszűfolttség¹⁹ is súlyosítja a börtönbeli kábítószer-problémát. A rabokra – különösen a nőkre – káros hatással van a közösségüktől, otthonuktól és családjaitól való elszakadás, mely növeli a depresszió és szorongás kockázatát.

¹⁹ Bár csökkenő tendenciát mutat, 2016-ban még mindig 130%-os (BVOP, 2017)

Hivatkozások:

Alternatíva Alapítvány (2017): Altalap HIV program 2015-16-os adatai. Kutatási beszámoló.

Bethlen A. (2009): [Szabadon és önként](#), Élet és Irodalom, *LIII. évfolyam 29. szám, 2009. július 17.*

A. Bourne, D. Reid, F. Hickson, S. Torres-Rueda, P. Steinberg, P. Weatherburn (2015): [“Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London](#), International Journal of Drug Policy, 2015 (in press)

Bourne, A. (2012). [Drug use among men who have sex with men: Implications for harm reduction](#). In C. Stoicescu (Ed.), Global State of Harm Reduction 2012 (pp. 147–155). London: Harm Reduction International.

BVOP (2016a): A BVOP 2015-re vonatkozó összesített adatai.

BVOP (2016b): Az elítéltekre vonatkozó kockázatértékelési rendszer bevezetése kapcsán végzett kérdőíves vizsgálat eredményei. BVOP Stratégiai, Elemzési és Tervezési Főosztály.

BVOP (2016c): [BVOP Évkönyv 2015](#).

BVOP (2017): [Börtönstatistika](#), 1.

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Horváth, G., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2015): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2015. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK. Publikálás alatt.

ECDC (2013): EMIS 2010: [The European Men-Who-HaveSex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries](#), 2013

[Epinfo – Epidemiológiai Információs Hetilap](#) (2016), Országos Epidemiológiai Központ, 23. évfolyam, 45. szám, 2016. november 18.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017): [High-risk drug use and new psychoactive substances, EMCDDA Rapid Communication](#), Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Háttér (2012): [A leszbikus, meleg és biszexuális emberek tapasztalatai az egészségügyben Magyarországon](#). LGBT Kutatás 2010-2012 - Kutatási beszámoló, 2012

Háttér (2017): [HIV-szűrésen való részvétel a magyar MSM közösségben](#), Háttér Társaság

INCB (2017): [A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrzési Testület 2016. évi jelentése](#)

IRIS (2012): [SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK FEJLESZTÉSE PROSTITÚCIÓBAN ÉLŐ MAGYAR NŐK RÉSZÉRE MAGYARORSZÁGON ÉS SVÁJCBAN](#), Sex Educatio Alapítvány, 2012

Máté Zs. (2012): PROSTITÚCIÓ ÉS A KISEBBSÉGI CSOPORTOK [Háttéranyag a roma származásúak körében végzett szociális munkához](#), IRIS, 2012

NFP (2011): [2011-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára](#)

NFP (2016): [2016-os ÉVES JELENTÉS \(2015-ös adatok\) az EMCDDA számára](#)

NFP (2017): [Kábítószerügyi helyzetkép](#), 2017.

Office for National Statistics (2014): [Drug misuse: Findings from the 2013/14 crime survey for England and Wales](#). London: Office for National Statistics.

Paksi, B. (2009): A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata Magyarországon 2008-ban. Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): [Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” \(OLAAP 2015\) első eredményei](#). Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26-28, Siófok, Supplementum kötet, pp. 53.

Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2017): [Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 \(OLAAP 2015\) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői](#), Neuropsychopharmacologia Hungarica 2017. XIX. évf. 2. szám, 55-85.,

Port Á., Tarján A. (2014): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben végzett kérdőíves felmérés eredményeiről készült kutatási beszámoló. Kézirat.

Port, Á. (2016): A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és a Nemzeti Drog Fókuszpont által a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben 2016 júniusában végzett kérdőíves felmérés eredményei.

Ritter, I. (2013): [Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben](#), OKRI. Kézirat.

Sebhelyi V. (2012): [A PROSTITÚCIÓBAN ÉLŐ MAGYAR NŐK KERESZTMETSZETI VIZSGÁLATA MAGYARORSZÁGON ÉS SVÁJCBAN](#), IRIS

Stuart, D. (2013): [‘Sexualised drug use by MSM: background, current status and response’](#), HIV Nursing, pp. 6–10.

SZEXE (2011) Egészségfejlesztés a szexmunkások körében <http://szexmunka.hu/wp-content/uploads/2011/01/Honlapra.pdf>

Szoboszlai K. (2012): [A PROSTITÚCIÓ TÁRSADALMI HÁTTERE: A SZEGÉNYSÉG](#), IRIS

Szoboszlai K. – Hüse L.–Fábián G. (2015): [Kulcsponatok a külföldön dolgozó prostituáltak kapcsolataiban - Kutatás és módszertani fejlesztés az utcai szociális munkában](#), Párbeszéd : szociális munka-folyóirat Vol. 2. No. 1

Tresó, B., Barcsay, E., Tarján, A., Horváth, G. Cs., Dencs, Á., Hettmann. A., Csépai, M., Győri, Z., Rusvai, E., Takács, M., (2011): [Prevalence and Correlates of HCV, HVB, and HIV Infection among Prison Inmates and Staff](#), Hungary. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi:10.1007/s11524-011-9626-x.

5. A kockázati csoportok azonosítását lehetővé tévő eszközrendszer a városi droghasználat kontextusában

Sebestyén Edit, Felvinczi Katalin

Jelen írásmű elkészítése során abból a feltevésből indultunk ki, hogy a kockázati csoportok azonosítása során nehéz egy konkrét szervezetet nevesíteni, amelyik majd teljes körűen és minden csoportra kiterjedő módon szakszerűen el tudja végezni ezt a feladatot. A különböző településeken az ellátó rendszer fejlettsége és alkalmassága az addiktológiai problémák szempontjából érintett kockázati csoportok feltérképezése, a velük való munka szempontjából meglehetősen változatos képet mutat. Vannak olyan települések, ahol az ellátórendszer valamennyi szükséges szegmense jelen van (az alacsonyküszöbű szolgáltatásoktól a magas progresszivitási szinten tevékenykedő szervezetekig) és optimális esetben ezek a szolgáltatások egységes szakmai koncepció mentén, összerendezett formában működnek, jól beágyazódva a helyi szinten jelenlévő nem addikció specifikus ellátásokat nyújtani képes egészségügyi és szociális ellátások rendszerébe. Másutt ennek éppen az ellenkezőjét tapasztalhatjuk, csak sporadikus ellátások vannak, s azok között is mérsékelt az együttműködés. Értelmezésünk szerint feladatunk olyan eszközök összegyűjtése, amelyek alkalmasak lehetnek a kockázati csoportok azonosítására olyan településeken is, ahol az ellátórendszer fejlettsége és integráltsága nem tekinthető optimálisnak, valamint a pénzügyi erőforrások nem teszik lehetővé nagy ráfordításokat és magas szintű szakmai felkészültséget igénylő helyzetfeltárás lebonyolítását. Ugyanakkor bárhol is kerüljön sor egy ilyen jellegű tájékozódásra mindenképpen szükség van arra, hogy helyi szintű szakmai, szakmapolitikai és politikai elköteleződést sikerüljön kiváltani. Jelen helyzetben a kábítószer-probléma kezelésének helyi letéteményesei a kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF-ek, lásd [Nemzeti Drogellenes Stratégia, 2013](#)). Ez az állítás annak ellenére is igaz, hogy az elmúlt években a KEF-ek munkájának szakmai támogatása nem volt kifogástalannak tekinthető, gyakran szereptévesztésben voltak, általános koordinációs és fejlesztő tevékenységek helyett konkrét prevenciók aktivitások kivitelezőiként jelentek meg. Az alábbiakban ismertetendő eljárásrend, a RAR módszer felelevenítését célozza, ezzel eszközt adva a KEF-ek számára egyfelől arra, hogy szakszerűen legyenek képesek a kockázati csoportok és a kapcsolódó ellátási szükségletek azonosítására, másfelől pedig, hogy saját szakmai identitásuk is erősödhessen, és eleget tudjanak tenni a velük kapcsolatban megfogalmazódó helyi elvárásoknak.

A helyi kábítószerügyi egyeztető fórumokkal kapcsolatos szakmai elvárások

A kábítószerügyi egyeztető fórumok – az elvárások és az alapítók szándéka szerint - a helyi drogpolitika „motorjaként” teremtenek összhangot a droghasználat kezelésében alapvető fontosságú négy terület, a *közösség és együttműködés*, a *megelőzés*, a *gyógyítás és rehabilitáció*, valamint a *kínálatcsökkentés* szervezeteinek és intézményeinek munkájában. Egységes szakmai és módszertani szemléletmód megvalósítására törekedve ésszerűsítik és irányítják a helyi szinten zajló kábítószer-fogyasztást megelőző és kezelő tevékenységet. Segítenek a helyi erőforrások mozgósításában, összehangolják a helyi szereplők tevékenységét, javaslatokat tesznek, ajánlásokat fogalmaznak meg az esetleges párhuzamosságok elkerülése érdekében. Szakmai ajánlóként koordinálják és elősegítik az országos, illetve nemzetközi pályázatokon való helyi részvételt, és szinte egyik legfontosabb

tevékenységként, helyi stratégiát alakítanak ki a kábítószer-probléma kezelésére, melynek helyi szintű megvalósulását koordinálják és monitorozzák (Sebestyén E., Sós I. 2008).

Helyi stratégiák kidolgozása a kábítószer-probléma kezelése érdekében

A KEF-ek egyik fő feladata megbízható, kiegyensúlyozott, objektív adatokon és ismereteken alapuló helyi stratégiák kidolgozása és azok érvényesülésének nyomon követése a helyi kábítószer-probléma kezelése érdekében. Cél, hogy a KEF a rendelkezésére álló ismeretek birtokában az önkormányzat szakmai tanácsadó testületeként javaslatokat fogalmazzon meg a helyi közigazgatás számára, törekedve arra, hogy ezek a szakmai javaslatok egy tágabb, hosszabb távú célkitűzésrendszerbe illeszkedjenek.

Az elmúlt évek tapasztalatai alapján elmondható, hogy KEF-et aktívan működtető települések, térségek szinte mindegyikében elkészültek ezek a stratégiák, melyeket a képviselőtestületek vagy megyei közgyűlések el is fogadtak. Annak ellenére, hogy számos helyen formálisan megtörtént ezen helyi szakpolitikai programok, irányelvek elfogadása, az ezekre épülő fejlesztések gyakran nem, vagy csak töredékes formában valósultak meg, főleg a pénzügyek szűkössége, valamint a probléma kezeléssel kapcsolatos általános szakmai bizonytalanságok okán. Mára ismét nyilvánvalóvá vált, hogy a kábítószer-probléma a különböző településeken eltérő profilt mutatva jelentkezik, s hogy az ellátási modalitások kialakítása, fejlesztése esetében a helyi sajátosságok figyelembevétele megkerülhetetlen elvárásként jelentkezik.

Helyi adatok feltárása, helyzetértékelés végzése a stratégia alkotás céljából

A KEF-ek működését leíró és támogató KEF Kézikönyv (2008) úgy fogalmaz, hogy a „KEF...birtokában van a stratégia elkészítéséhez szükséges összes információnak és szaktudásnak, és leginkább ismeri az adott térségben a drogprobléma nagyságát, természetét, valamint az ebből következő szükségleteket”. (Sebestyén E., Sós I. 2008, 51. o.). Ahhoz, hogy a KEF-ek megfeleljenek ennek a kíváncsnak, és valós helyzetképpel rendelkezzenek a probléma természetét és nagyságát illetően, feladatuk, hogy megpróbáljanak minden releváns, elérhető helyi, regionális és országos adatot, információt összegyűjteni és felhasználni. Ezzel párhuzamosan törekedniük kell helyi vizsgálat(ok) kezdeményezésére is, amennyiben az szükségesnek mutatkozik a még pontosabb kép felrajzolásához.

A drogprobléma kezelését célzó nemzeti stratégiában mindig alapelveként kell, hogy megfogalmazódjon a tények elsőbbsége. A KEF-ek számára is ez jelenti a kiindulópontot a helyzetfelmérés elvégzéséhez. „Alapvető követelmény, hogy a drogügyek területén végzett munkánk ne csupán feltételezéseken, vélekedéseken vagy esetleg félelmeken alapuljon, hanem a lehetőségekhez képest olyan adatokon, melyek a térség tényleges helyzetét jellemzik. Elengedhetetlen, hogy a KEF megfelelő helyi adatokkal rendelkezzen egyfelől az adott térség drogérintettségéről, másfelől a drogprobléma megelőzése, illetve kezelése érdekében működő intézményekről, szolgáltatásokról, programokról. A komplex helyzetértékelés elvégzéséhez a KEF-ek részben a már meglévő helyi adatokra, részben pedig az országos adatokra támaszkodhatnak. Emellett végezhetnek célzott adatgyűjtést az adatok aktualizálása érdekében. Így a teljes kép birtokában megfogalmazásra kerülhetnek a

helyi drogprobléma kezelésével kapcsolatos célok és a hozzájuk kapcsolódó, megvalósítandó tevékenységek, feladatok. A feladatok tervezésénél fontos a helyi hiányosságok és fejlesztésre szoruló területek feltérképezése, s azon problémakörök felvázolása, melyek megoldása csak hosszú távon képzelhető el. A várható feladatok és a kapacitások közti viszony feltárása mellett – az emberi és anyagi erőforrások figyelembevételével – a prioritások felállítása kiemelt fontosságú.” (Sebestyén E., Sós I. 2008, 51. o.)

A KEF-ek szakmai támogatása – A helyi droghelyzet felmérése alternatív módszer segítségével

Az országos támogatási rendszer keretében készült szakmai továbbképző anyagok, KEF továbbképzések, KEF konferenciák és műhelybeszélgetések mindig is arra ösztönözték a KEF-eket, hogy a helyi drogprobléma minél több szegmensét próbálják feltérképezni, mind hagyományos, mind alternatív módszerekkel is. Utóbbiak még közelebb visznek azoknak a szereplőknek és színtereknek a megismeréséhez, akik és amelyek a drogprobléma kapcsán kulcsfontosságú szerepet játszhatnak, de értelemszerűen rejtve maradnak a klasszikus epidemiológiai vizsgálatok megvalósítása, vagy egyéb elérhető felmérések során.

2003-2005 között egy PHARE Twinning program megvalósítására került sor a nemzetközileg elismert holland Trimbos Intézet vezetésével és az akkori Nemzeti Drogmegelőzési Intézet koordinációjában. Ennek a fejlesztési programnak az egyik kiemelt célcsoportját jelentették a KEF-ek. A program keretében az egyik kiemelt célkitűzés volt, hogy a KEF-ek egy újfajta helyzetfelmérési módszer birtokába kerüljenek, mely jól illeszkedik sajátosságaikhoz, célrendszerükhöz és jellemzően rendelkezésre álló kapacitásaikhoz. A droghelyzet feltérképezésének leggyakrabban alkalmazott módszere mindig is a viszonylag költséges és komoly kutatói szakértelmet igénylő epidemiológiai vizsgálatok voltak. Ezek azonban a rejtőzködő, a jelen tanulmányban is központi szerepet kapó magas kockázatú csoportok feltérképezése céljából korlátozottan alkalmazhatók. A KEF-ek számára nem csupán adott csoportok drogfogyasztásának a mértéke lényeges, hanem nagyon sok egyéb jellemző ismerete is szükséges egy stratégia megalkotásához, szolgáltatások kezdeményezéséhez, fejlesztéséhez és hosszú távon esetleg az intézmények bővítéséhez.

Az epidemiológiai, survey típusú vizsgálatok - alkalmanként szakszerűtlen - megvalósítását ellensúlyozandó, illetve azokat kiegészítendő a PHARE Twinning projekt egy olyan módszertannal ismertette meg a hazai KEF-eket, mely viszonylag rövid időn belül, korlátozott erőforrások mellett is a helyi szereplők aktív bevonásával, akár kutatói végzettség nélkül is lehetővé teszi a drogügyi helyzet viszonylagos gyors feltérképezését és a gyűjtött ismeretek birtokában a megfelelő válaszlépések kidolgozását. A módszer angol nyelvű elnevezése „Rapid Assessment and Response” (RAR), vagyis Gyors Helyzetfelmérés és Reagálás (Trotter, R. T., Needle, R. H., Goosby, E., Bates, C., & Singer, M. ,2001).. A módszer egy kézikönyv keretében került kiadásra²⁰, melynek frissített változata e tanulmány mellékletében is megtalálható (Lásd. melléklet)

20 „RAR” S gyors helyzetfelmérés és reagálás. A társadalmi jelenségek egyik lehetséges vizsgálati módszere. A RAR módszer alkalmazása a lokális droghelyzet felmérésére. Segédanyag a kábítószerügyi egyeztető fórumok számára 2003. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Trimbos Intézet, Hollandia

A RAR módszer

A módszer háttere

A RAR módszer kialakulásának hátterét a módszert bemutató segédanyag részletesen tárgyalja. A módszer kialakítását megelőző „...években igény mutatkozott arra, hogy a hagyományos tudományos kutatási módszereket más alternatívák váltsák ki, mivel az előbbiek túlságosan költségesnek és időigényesnek bizonyultak ahhoz, hogy a közegészségügyi problémák felmérésére és azokkal kapcsolatos válaszlépések megfontolására használják őket. Különösen igaz ez az illegális anyagok használata és a HIV-prevenció területén, ahol számos kísérletet tettek arra, hogy új felmérési és válaszlépés-modelleket fejlesszenek ki. A hagyományos tudományos kutatáshoz szükséges anyagi eszközöket gyakran nehéz előteremteni. Számos közegészségügyi probléma jóval gyorsabb válaszlépést igényel, mint, amit a hagyományos tudományos kutatás általában lehetővé tesz. A droghasználat különböző új tendenciái igen hamar ki tudnak alakulni. Ugyanez vonatkozik a HIV-járványok helyi vagy regionális elterjedésére szerhasználók körében. A fejlődő és az átalakulást élő országokban készült esettanulmányok is aláhúzták a gyorsabb és olcsóbb kutatás és az azonnali válaszlépések szükségességét. Ez vezetett az úgynevezett gyorsfelmérő megközelítések (Rapid Assessment) kifejlesztéséhez.” „...a megközelítést 1997 óta sok helyen tesztelték a fejlődő és átmeneti országokban a világ legkülönbözőbb tájain... A RAR és más hasonló eszközök használata során szerzett általában pozitív tapasztalatok nyomán az európai országokban is különféle problémás területeken használtak gyorsfelméréseket. RAR-típusú gyorsfelmérések segítségével gyűjtenek információt a különféle testreszabott egészségügyi beavatkozások megtervezésére csakúgy, mint az egészséggel kapcsolatos és szociális problémák területén a megfelelő intervencióhoz szükséges döntéshozás elősegítésére.” (RAR Segédanyag, NDI, Trimbos Intézet, 2003, 2.o.)

A RAR módszer jellemzői

Ahogy a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (EMCDDA) honlapján is [megjelenik](#), a RAR nem egy önálló eszköz, hanem több különböző kvalitatív módszerek összessége, melyek alkalmasak arra, hogy különösen a kockázati csoportokat megcélzó intervenciók fejlesztéséhez alapul szolgáljanak. Ezek azok a csoportok, akik kapcsán nehezebben alkalmazhatók a gyakori, kvantitatív, kérdőív alapú értékelő és becslő eljárások. A RAR eszkörendszer alternatív megközelítést alkalmaz, és többnyire megfigyelésen és különböző interjú technikákon alapul. Mind a megfigyelések, mind pedig az interjúk esetében előre rögzített szempontrendszert használnak, mely szempontokat a folyamat során bővíteni lehet. A RAR segít abban, hogy gyorsan jussunk információkhoz a kulturális tényezők, a közösség nézőpontjainak, valamint a sérülékeny csoportok szükségleteinek értelmezéséhez, mely megszerzett információkat további elérhető adatok támasztanak alá.

Szembeállítva a RAR módszer főbb jellemzőit a survey típusú megközelítés főbb tulajdonságával, arra a következtetésre juthatunk, hogy a RAR módszernek létjogosultsága van a KEF-ek hatókörében végzendő helyzetfelmérés során, főként a nehezen azonosítható, így nehezen elérhető és ebből adódóan nehezen is kutatható, az addiktív problémák szempontjából magas kockázatú csoportok célzott megismerése esetében. Míg a survey típusú kutatások nagy szakértelmet kívánnak, költségesek, többnyire hosszadalmasak, addig a RAR módszer egy képzést követően, viszonylag olcsón és rövid határidővel megvalósítható.

Egy nagyobb volumenű survey lebonyolítása is gyakran egyéni vagy kiscsoportban zajló munka eredménye, ugyanakkor a RAR módszer – akárcsak a KEF munkája – csak és kizárólag kollektív keretek között valósulhat meg. Bár egy survey sok kérdésre választ adhat és oksági kapcsolatokra is rávilágíthat, addig a RAR technika a felmérés ciklikusságával, jellemző részletgazdagságával szolgáltathat nagyon hasznos információkat, még ha csak néhány kulcskérdésre fókuszál is.

[A RAR módszer alkalmazásának lehetőségei, megvalósításának folyamata](#)

A módszer alkalmazása leginkább akkor optimális, ha egy felbukkanó, észlelt probléma kapcsán gyors reagálás szükséges, vagy ha a vizsgálandó tárgy stigmatizált. Utóbbi az esetünkben úgy értelmezhető, hogy olyan személyekre, vagy viselkedésformákra irányul, mely a többségi társadalom által megbélyegzett, elítélendő, melynek következménye lehet a kirekesztés. Továbbá akkor is adekvát módszerként választható a RAR, amikor a tájékozódás fókuszában rejtőzködő, nehezen azonosítható és elérhető csoportok tartoznak, melyek esetében egy kérdőíves vizsgálat módszertani igényeit szem előtt tartva problematikus lehet a mintaválasztás. Célszerű lehet a technika alkalmazása akkor is, amikor nem feltétlenül egzakt adatok gyűjtése a cél, mint például az epidemiológiai vizsgálatok százalékszámokban kifejezett prevalencia értékei a drogfogyasztásra vonatkozóan.

A RAR megvalósítása gyors, költséghatékony és az adott rendszerben (településen, régióban) ismételhető: a gyors helyzetfelmérést a beavatkozások azonosítása, majd azok megvalósítása követi, melyek értékelését követően összevetjük a kívánt és elért változásokat. Amennyiben szükséges, az intervenciót módosítjuk, és újabb teendőket azonosítunk.

A RAR többféle, leginkább kvalitatív jellegű technikát alkalmaz a szükséges információk összegyűjtésére: a kontextussal kapcsolatos információk beszerzése, indító fókuszcsoport megvalósítása meghatározott célcsoportok képviselőivel, megfigyelések, interjúk, becslések végzése, záró fókuszcsoport megvalósítása, tapasztalatok alapján a válaszlépés kidolgozása. A RAR technika egyik legfontosabb jellemzője a trianguláció, vagyis az eltérő forrásból származó információk egymással való ütköztetése, egymás kontextusában való értelmezése.

A munkafolyamat megtervezése, a RAR csapat kialakítása mind különböző szempontokhoz kötött, messzemenőig szem előtt tartva a vizsgálni kívánt terület érzékeny voltát, valamint a sokszereplős munkából adódó jellegzetességeket, így azok előnyeit és hátrányait. Kivitelezésében a KEF szinte minden tagintézményének, ill. azok képviselőjének lehet szerepe, mérlegelve természetesen egyes szereplők (pl. rendőrség) háttérben maradását.

[A RAR módszer alkalmazásának tapasztalatai a KEF-ek körében](#)

A RAR számtalan előnye mellett, melyet a RAR Segédanyag felvázol, kiemelt fontosságú, hogy a helyi szakemberek részvétele a helyzet feltárásban elősegíti a bevonódást a későbbi helyi intervenció(k) kidolgozásába és megvalósításába. Az PHARE Twinning projekt keretén belül megvalósult KEF RAR kutatások hazai tapasztalatai szinte egytől-egyig azt bizonyították, hogy a KEF tagok erősen motiváltakká váltak a teendők meghatározásában és későbbi megvalósításában.

Továbbá maguk a megszerzett információk is jelentősen újszerűek voltak, és nagymértékben árnyalták és egyben tágították a drogfogyasztásról, kockázati csoportokról, kockázatos városi színterekről alkotott korábbi előzetes képet, ami a városi helyzetre vonatkozott. A vizsgálat

menete, a teljes szakértői csoport által együttesen, közösen megszerzett újszerű tudás a településről minden esetben nagyon meghatározó, akár élményszerű is volt a szakemberek véleménye szerint. A RAR teamek a tájékoztató szakasz lezárultát követően előadásaikban olyan tapasztalatokról számoltak be, miszerint a módszer hosszú távra formálta szemléletmódjukat, és egyben egy teljesen új rálátást nyújtott a saját környezetükre, városukra vonatkozóan (KEF konferencia, 2003).

Természetesen a nehézségek is összegzésre kerültek a módszer kipróbálása kapcsán. Egy példa ezek közül, hogy a kutatásban résztvevők úgy érezték, hogy konkrét információk helyett inkább csak hallomásokra tudnak támaszkodni, és ezeket az „információkat” nem állt módjukban ellenőrizni. A módszer megtanulása, kipróbálása az előzetes tervekhez képest időigényesebb volt, továbbá nehéz volt rangsorolni az azonosított problémák között azok súlyosságát, fontosságát illetően. Emellett a „Válasz” kidolgozásának szakasza is nehézségekbe ütközött, éppen abból adódóan, hogy gyakran nehéz volt egy adekvát, „gyors” válasz kidolgozása, vagyis valamiféle intervenció megfogalmazása a feltárt helyzetre vonatkozóan.

Mindezek azonban egyfelől a tanulási folyamat, másfelől a módszer „természetes” velejáró gyengeségei, ugyanúgy, ahogy a tudományosan megalapozott, nagyon szigorú módszertannal kivitelezett survey típusú kutatásoknak is megvannak a maguk korlátai, amelyek miatt éppen a jelen tanulmányban megcélzott, vulnerábilis, nehezen elérhető kockázati csoportok körében nem is igazán alkalmazhatók.

A RAR módszer lehetséges szerepe a kockázati csoportok azonosításában

A korábbi törekvések, így a RAR módszer alkalmazásához kapcsolódó továbbképzések a KEF-ek számára, azok kipróbálása, a tapasztalatok összegzése ellenére a módszer széles körben való elterjedése nem valósult meg a kívánt mértékben, melynek hátterében sokféle tényező áll. Egyfelől fluktuáció jellemző a KEF-ekben tevékenykedő szakemberek körében, másfelől a kapacitáshiány is egyre inkább állandósult az utóbbi években, mely a módszer alkalmazását gátolhatja. Emellett a kvalitatív módszerek alkalmazását továbbra is háttérbe szorítja a kemény, legfőképpen epidemiológiai adatokkal szembeni elvárás. Mindeközben a módszer megismerése és bevezetése óta eltelt majdnem másfél évtized tapasztalatai továbbra is alátámasztják a RAR alkalmazásának létjogosultságát a helyi drogpolitika alátámasztását szolgáló helyzetfelmérések átfogó vagy éppen időszakos, célzott elkészítésében.

A jelen módszertani anyagban kiemelt célcsoportok ismételten ráirányítják a figyelmet azokra a megközelítésekre, amelyeket a RAR is magáénak tud, mely nem a megszokott módon és úton közelít bizonyos populációk megismerése felé.

A RAR technika főbb jellemzőinek összefoglalása

A RAR módszer főbb jellemzői a következők, melyek alkalmassá teszik arra, hogy a magas kockázatú célcsoportok körében alkalmazzuk:

- A RAR módszer igazából egy szemlélet, egy megközelítés, melyet már eredetileg azért fejlesztettek ki, hogy összetett, egészséggel összefüggő problémákat, viselkedésmódokat tárjanak fel, viszonylag rövid idő alatt, mely lehetővé teszi a gyors reakciót is megfelelő beavatkozások révén

- Többféle vulnerábilis csoport vagy jelenség vizsgálatára alkalmas. Kipróbálásra került például HIV/AIDS szempontjából veszélyeztetett fiatalok körében ([Lásd WHO RAR Útmutató](#), 1998 és 2004), intravénás szerhasználók körében Magyarországon, menedékkérők és bevándorlók körében a hollandiai Trimbos Intézet megvalósításában, egy európai projekt keretében, akik magát a módszertant is továbbfejlesztették, és Magyarországon a KEF-ek körében is alkalmazták.
- A RAR módszertani csomag az alábbi elemekből tevődik össze:
 - o RAR kézikönyv, mely áttekintést ad a módszerről, kontextusba helyezi azt, és útmutatást nyújt arról, hogy hogyan lehet használni az eszközöket
 - o Segédanyagok a megfigyelési technika alkalmazásához és azok diszkusziójához
 - o Vezérfonal a strukturált interjúk elkészítéséhez
 - o Vezérfonal a félig strukturált interjúk elkészítéséhez.
- Pár napos továbbképzés keretében könnyen elsajátítható, alacsony költségigényű.

Hivatkozások

F. Trautmann, D. Burrows: [Conditions for the effective use of rapid assessment and response methods](#). International Journal of Drug Policy, 11 (2000), pp. 59-61

G. V. Stimson, C. Fitch and T. Rhodes (Eds.): WHO's RAR guide: [The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use](#), World Health Organization, Substance Abuse Department (1998).

Malcolm, A., Aggleton, P: Rapid Assessment and Response. [Adaptation guide for work with especially vulnerable young people](#). Thomas Coram Research Unit Institute of Education, University of London. World Health Organisation, 2004.

Sebestyén E. – Sós I. (Szerk.): Kézikönyv a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok számára, 2. javított kiadás, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 2008

Trotter, R. T., Needle, R. H., Goosby, E., Bates, C., & Singer, M. (2001). [A methodological model for rapid assessment, response, and evaluation: the RARE program in public health](#). Field methods, 13(2), 137-159.

Esettanulmányok

Esettanulmány 1: Megkereső munka az intravénás szerhasználók körében

Csák Róbert

Rövid bevezető

A következőkben a Kék Pont Alapítvány tűcsere programján keresztül mutatjuk be az intravénás szerhasználók (IVSZ) csoportját, és a velük való munka gyakorlati vonatkozásait. A tűcsere program 2008 és 2014 augusztusa között működött Budapest 8. kerületében, a Kék Pont Alapítvány egyik alacsonyküszöbű programjaként, és egy nagyon jelentős, több ezer fős IVSZ populációt szolgált ki működése során. A Kék Pont tűcsere programja messze a legnagyobb tűcsere program volt az országban, 2013-ban (az utolsó év, amikor a teljes évben működött a program) az ország összes tűcsere programja 4624 klienst ért el, amiből 2085-t a Kék Pont Alapítvány tűcsere programján keresztül. Bár a szervezet egyéb, magas küszöbű programjaiban is foglalkozott ezzel a célcsoporttal, jelen esettanulmányban az aktív intravénás szerhasználókkal dolgozó ártalomcsökkentő programra koncentrálunk, mert ezen keresztül lehet bemutatni azt, hogy hogyan lehet bevonni, és a szolgáltatásban megtartani egy rejtőzködő, az életvitele, szerhasználata kapcsán nagyon magas kockázatú csoportot.

Szervezet rövid bemutatása

Az alapítvány 1997-ben kezdte meg működését, jelenleg két drogambulanciát működtet, egyet a Ferencvárosban és egyet Békásmegyeren. A két telephelyen a szerhasználathoz kapcsolódó beavatkozások széles spektrumát nyújtja az alapítvány a fiataloknak szóló szabadidős, alacsonyküszöbű programoktól kezdve a hozzátartozóknak szóló önszegítő csoportokig. Ahogy a szenvedélybetegség egy komplex jelenség, úgy a szervezet is komplex programokban gondolkodik, és nagyon széleskörű tudással és végzettséggel rendelkező szakmai csapatot épített ki, az alapítványnál szociális munkásokból, addiktológiai konzultánsokból, orvosokból, pszichológusokból, szociológusokból, jogászból és kommunikációs szakemberekből, illetve felépülő önkéntesekből álló teamek dolgoznak mindkét telephelyen.

Az alapítvány 2015 tavasza óta a brit felépülés-központú modell adaptációján dolgozik, és a két drogambulanciát fokozatosan igyekeznek ennek megfelelően átalakítani felépülési központokká. Ahogy ezt a honlapon megfogalmazzák, ez abban más, mint egy drogambulancia, hogy "több lehetőséget nyújt a terápiás folyamat során kiegészítő terápiákra és a felépülést szolgáló szabadidős eltöltésekre, illetve nagy hangsúlyt helyez a felépülők bevonására, úgy a szolgáltatások tervezésébe, mint általában a szervezet működtetésébe. Míg a drogambulancia egy alapvetően egészségügyi-szociális intézmény, a Felépülési Központ – ideális esetben – egy oktatási, foglalkoztatási, kulturális, művészeti és sport tevékenységeket is befogadó terápiás centrum."²¹

Az alapítványnál sokféle ellátási forma elérhető, az aktív szerhasználóknak szóló ellátásoktól a józanságmegtartó csoportokig, akár kábítószereket használ valaki, akár az alkohol fogyasztás okoz problémát számára. Az esettanulmány fókuszában álló problémás, magas kockázatú intravénás szerhasználók kapcsán ez azért fontos, mert ha sok ellátási forma

²¹ bővebben lásd: <http://kekpont.hu/blog/2015-05-20-1432139293/>

elérhető egy szervezeten belül, akkor könnyebb bevonni, tovább irányítani a magasabb küszöbű programokba azokat a szerhasználókat, akik aktuálisan nem kívánnak felhagyni a szerhasználatával, mert maradhatnak azon belül a szervezeten belül, amely felé a bizalmi kapcsolat már kiépült.

A célcsoport főbb, általános jellemzői

Az IVSZ-k az egyik legmagasabb kockázattal rendelkező szerhasználói csoport. Ebben kiemelt szerepe van magának a szerhasználati módnak, azaz az injektló használatnak, mert ez az a mód, amely a legtöbb egészségügyi kockázatot jelenti. Itt egyrészt egyéni egészségügyi kockázatokról beszélhetünk, másrészt ez a szerhasználati mód jelentős közegészségügyi kockázatokkal is rendelkezik. Az egyén számára azért jelent fokozott kockázatot az intravénás szerhasználat, mert ez a mód közvetlenül a véráramba juttatja a szert, így nagyon kis mennyiség is nagyon erős hatást tud kiváltani, így a túladagolás, mérgezés kockázata nagyon magas. Ezen kívül az egyéni egészségügyi kockázatokhoz sorolhatóak az olyan következmények, mint a gyakori szúrások miatt sérülő vénák, a kapcsolódó sebek, elfertőződések, illetve a szerekben található szennyeződések, illetve a szennyezet eszközök használata miatt kialakuló vérmérgezés, septicus láz. Emellett az egyén számára hosszútávú problémát okozhat a vér útján terjedő fertőzések megszerzése, mint a Hepatitis C (HCV) illetve a Human Immunodeficiency Virus (HIV).

Ez utóbbi a legfontosabb közegészségügyi kockázata is az intravénás szerhasználatnak, a HIV és a HCV vírus terjedésének megakadályozásában kulcsfontosságú az IVSZ-k bevonása alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő programokba. Európában az IVSZ az a célcsoport, amellyel elsősorban foglalkozni kell a két fertőzés prevalenciájának csökkentése érdekében, mert az új esetek jelentős részben az IVSZ populációból kerülnek ki. Az esettanulmányban is tárgyalt beavatkozási forma, a tűcsere program pedig az elmúlt évtizedek tapasztalatai és tudományos bizonyítékai alapján az egyik legfontosabb, és egyben legolcsóbb eszköz a vér útján terjedő betegségek elleni küzdelemben²².

A fertőző betegségeken túl az IVSZ célcsoportjával kapcsolatban fontos kiemelni, hogy a szerhasználat mellett egyéb, önmagukban is stigmatizált jellemzők egyszerre fordulnak elő, szexmunkások, hajléktalanok, börtönviseltek, alacsony iskolázottságúak, munkaerőpiacról kiesettek találhatóak meg ebben a populációban. Emiatt a velük foglalkozóknak készen kell lenniük arra, hogy a szerhasználaton kívül más problémákkal is foglalkozniuk kell. Másik oldalról megközelítve az IVSZ-nak szóló alacsonyküszöbű programok képesek ellátásba vonni és az ellátórendszerbe becsatornázni az olyanokat is, akik egyébként nincsenek kapcsolatban se a szociális, se az egészségügyi ellátórendszerrel.

²² Az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (ECDC) és a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) közösen kidolgozott ajánlásában bővebben olvashatunk erről. A kiadvány magyarul is elérhető a Nemzeti Drog Fókuszpont oldalán: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/ecdc_emcdda_idu_guidance.pdf

A célcsoporttal való együttműködés gyakorlati tapasztalatai

A kockázati csoporthoz kapcsolódó helyi problémák ismertetése

A programba regisztrált kliensek száma a bezárás napján (2014. augusztus 26.) 3687 volt, 2014. január és augusztus között összesen 1529 kliens kereste fel a túcsere programot legalább egyszer, döntő részben férfiak voltak, 30% volt körükben a nők aránya, ugyanakkor a napi forgalomban ennél magasabb, 37% volt az arányuk. A túcsere programban megjelentő tipikus kliens a 30-as évei elején járt (az átlagéletkor 32 év volt), de nagy különbségek voltak a kliensek között, a legfiatalabb 15 éves a legidősebb kliens 74 éves volt. Ha a lakóhelyet vizsgáljuk, akkor egyértelmű, hogy a túcsere esetében tulajdonképpen egy helyi programról beszélhetünk. Az aktív kliensek körében 78% volt a 8. kerületiek aránya, míg a napi forgalomban a 8. kerületiek aránya még magasabb: 85%. A 8. kerületen kívül jelentősebb arányban csak a környező kerületek szerepeltek a kliensek lakóhelyei között. Ha ezeket is bele vesszük a számításba, akkor azt látjuk, hogy mindössze a napi forgalom 7%-t tették ki olyan kliensek, akik nem 7., 8., 9., 10. kerületben élnek.

Az ellátás szempontjából ezekkel a jellemzőkkel azt szeretnénk volna illusztrálni, hogy bár a célcsoport jórészt 30 éves kor körülieket jelent, de nagyon széles körben volt jellemző az IVSZ a környéken, nem volt ritka a 60 év feletti kliens sem a programban. Az, hogy döntően a program közelében élők látogatták a túcserét, arra hívja fel a figyelmet, hogy ez a klienscsoport nem igazán mozdul ki a megszokott környékéről, azaz ennél a célcsoportnál kiemelten fontos oda vinni a szolgáltatást, ahol napi szinten tartózkodnak. Az, hogy a 8. kerületben koncentráltan található meg ez a probléma, az történeti okokra vezethető vissza, de az alapítvány Ritter Ildikó egy 2005-ben készített, roma fiatalok és kábítószer-használat témakörével foglalkozó kutatása alapján költöztette a 8. kerületi Kálvária térre a programot, mert a kutatásban azt találták, hogy az intravénás szerhasználat nagy mértékben elterjedt két közeli helyszínen is.

Fontos helyi jellegzetesség még az is, hogy a klienskör 2010-től fokozatosan az új pszichoaktív szerek (UPSZ) injektlására tért át. 2014-ben az aktív kliensek között 87% injektlált UPSZ-t, amfetamint 10%, heroint 3%, míg 2010 előtt döntően a két utóbbi szer volt jellemző, a kliensek harmada heroint, két harmada amfetamint használt. Az UPSZ-ek térnyerése részben a hazai kábítószerpiac átalakulásával párhuzamosan következett be, de fontos helyi jellegzetesség, hogy a kliensek szerválasztásában nagy szerepe volt annak, hogy mi volt helyben elérhető (hiszen nagyon messzire nem mentek el a környékről), illetve természetesen az is hogy a célcsoport többi tagja mit használt, mert itt egy nagyon intenzív, sűrű kapcsolatokkal rendelkező IVSZ közösségről beszélhetünk.

Emellett fontos jellegzetessége volt a környéknek, hogy elhagyott épületeket, vagy lezárt, elhagyatott telkeket is sokan használtak injektláláshoz. Az egészségügyi kockázatok szempontjából biztonságos injektláláshoz szükséges feltételek egyáltalán nincsenek meg az ilyen helyszíneken, nincs víz (kézmosáshoz, eszközök tisztításához, anyag feloldásához), nincs fertőtlenítve, takarítva a szúrásra használt hely, viszont szeméttel, építési törmelékkel, és szúráshoz használt eldobált eszközökkel vannak tele szórva. Ez egyrészt problémát jelent a célcsoport szempontjából, mert ilyen környezetben szinte kivitelezhetetlen a megfelelő

injektálás (steril eszközökkel, tiszta helyen, tiszta vizet használva), hiszen még kezet se lehet mosni ezeken a helyszíneken. Másrészt ez a helyzet a környéken élő nem szerhasználó közösség számára is negatív következményekkel jár, és itt a mindennapokban nem az eldobált drogszemétből eredő fertőzésveszély a legközvetlenebb ártalom a környéken élőknek, hanem a rossz közbiztonság, az IVSZ-hez köthető utcai jelenetek, agresszió.

A kockázati csoporthoz kapcsolódó problémák és azok kezelése

Bár az elsődleges probléma, az IVSZ-hoz kapcsolódó ártalmak csökkentése, amely ebben az esetben a steril eszközök biztosítását jelenti, ezt nyilvánvalóan meg kell előznie a célcsoport elérésének, azaz el kell juttatni az információt a célcsoporthoz arról, hogy egyáltalán van ez a szolgáltatás. Ahogy azt az előzőekben már írtuk, jelen esetben rendelkezésre álltak előzetes információk arról, hogy potenciálisan melyik környék az, ahol érdemes megnyitni tűcsere programot, de az IVSZ-ek eléréséhez elengedhetetlen az utcai megkereső munka. A tűcsere program munkatársai rendszeresen járták a környéket, felfedezték azokat az elhagyatott helyszíneket, ahova szűrni járnak²³. Ezzel kettős célt lehet szolgálni, az IVSZ-k megtalálásán túl az utcai munka során begyűjtöttük a helyszínekről a használt injektáló eszközöket is és a veszélyes hulladékok kezelésének megfelelő módon elszállítottuk, ami az ott élő közösség számára is pozitívum - így ez segítheti, hogy a környéken élő nem szerhasználók elfogadják a szolgáltatást.

A steril injektáló eszközök biztosítása ebben az esetben nagyon hasznos módszer (túl a fertőzésveszély csökkentésén), hiszen ez egy olyan dolog, amire az IVSZ-eknek mindenképpen szüksége van, így vonzerőt jelent számukra, azaz önmagában ezzel tud nyújtani valami olyat a program, amivel be lehet csalogatni a célcsoportot. Emellett a használt tűk becserélése is fontos eszköz, hiszen ezáltal több steril tűhöz juthatnak a kliensek²⁴, és a környéken is csökken az eldobált fecskendők száma - a kliensek évente több tízezer használt tűt gyűjtöttek be a környező utcákról és adtak le a programban. Itt említenénk meg, hogy a fecskendők mellett más steril eszközöket is kaptak²⁵ a kliensek: főzőt (amiben az oldatot megcsinálták), vizet (amiben az anyagot feloldották), fertőtlenítő kendőt, valamint vénaápoló krémet. Emellett volt szóda, télen meleg tea, le lehetett ülni, pihenni, beszélgetni, volt lehetőség internethasználatra is, és az adományként kapott ruhákból turkálót is kialakítottunk, azaz a központi cél (HIV és HCV terjedésének megakadályozása) elérése érdekében több, közvetlenül nem kapcsolódó szolgáltatást biztosítottunk, amelyek vonzóvá tették a szolgáltatást, és segítettek abban, hogy a kliensek visszatérjenek, és megmaradjanak a programban. Így az évek alatt a program ismertté és kedveltté vált a célcsoport körében, az utolsó időszakban már átlagosan napi 130-140 kliens kereste fel a tűcserét a négy órás nyitvatartási idő alatt.

²³ Itt a kapcsolódó szakmai elveket, szükséges biztonsági intézkedéseket, felszereléseket nem részletezzük, de természetesen ilyen típusú megkereső munkát csak megfelelő szakmai felkészültséggel lehet végezni.

²⁴ A tűcserében a kiadható eszközök számával kapcsolatban szigorú szabályok voltak. Bár az évek alatt voltak változások (az anyagi források hiánya miatt korlátozásokat kellett bevezetni), a rendszer lényege, hogy egy kliens egy nap 5 db tűt vihetett el, de ha hozott vissza használt fecskendőt, akkor azokat sterilre cseréltük, azaz ha visszahozott 20 használt tűt, akkor 25 steril fecskendőt kapott.

²⁵ Az anyagi lehetőségek szűkülésével ezeket nem tudtuk folyamatosan biztosítani, folyamatosan csak a legszükségesebb eszközöket, a steril tűt és az alkoholos fertőtlenítőt lehetett elérni a programban.

Mindezeken túl a kliensek bevonásában, megtartásában kiemelten fontos a bizalmi kapcsolat kialakítása, mert a szerhasználat egy illegális tevékenység, amiért a rendőr el is viheti őket. Emellett a célcsoportban nagy a bizalmatlanság azért is, mert a környéken élő IVSZ-nak alapvetően rossz tapasztalatai voltak (vannak) a hatóságokkal, a szociális és egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban is - gyakran bánnak velük megalázóan ezekben az intézményekben. Ahhoz, hogy a bizalmatlanságot le lehessen küzdeni, sokat hangsúlyoztuk, hogy a program anonim, és nem rögzítünk senkiről olyan adatot, amiből beazonosítható lenne, de nagyon fontos, hogy a szolgáltatásban nem ítéltünk, elfogadtuk, hogy a programot aktív szerhasználók látogatják, akik olyan életszakaszban vannak (akár éveken át), amikor nem akarnak leszokni. Ezzel lehet elérni azt, hogy egyrészt őszintén beszéltek a problémáikról, és később, amikor az elhatározás megszületett, akkor is tőlünk kértek tanácsot.

Pontosan emiatt a nehezen, sok idő és munka árán kiépített bizalmi viszony miatt nagyon fontos volt ismerni azokat a szolgáltatásokat is, ahová tovább irányítottuk a klienseket. A Kék Pont Alapítvány esetében szerencsés helyzetben voltunk, mert az alapítványon belül tudtuk magasabb küszöbű szolgáltatásokba irányítani a klienseket. Közvetlenül a tűcserében tudtunk időpontot adni jogi tanácsadásra, egyéni konzultációra, elterelésre, sőt sokszor azokhoz a kollégákhoz tudtak időpontot kapni, akiket a tűcseréből már személyesen ismertek.

Az IVSZ célcsoporton belül a nők bevonása külön nehézség volt, mert az érintett közösségben a nők általában alárendelt pozícióban voltak, sokan szexmunkásként dolgozva az őket futtató férfiakkal együtt érkeztek, illetve eleve nagyobb szűgyen volt nőként szerhasználónak lenni (hasonlóan ahhoz, ahogy a többségi társadalomban is sokan gondolják, hogy egy nő ne legyen részeg, ne káromkodjon, stb.), így a tűcserébe akár csak bejönni sem volt illendő számukra, vagy ha bejöttek, akkor sem tudtak szabadon beszélni, mert a partnerük, futtatójuk beszélt helyettük. Ezt úgy próbáltuk meg kompenzálni, hogy külön női napot, speciális női programot indítottunk a tűcserében, amely napokon férfiak egyáltalán nem használhatták a programot, ami a munkatársakra is vonatkozott, azaz csak női kollégák dolgoztak ezeken a napokon. Ezzel el tudtuk érni, hogy a női kliensek aránya lassan növekedni kezdett, de a folyamatnak sajnos, a tűcsere bezárása véget vetett.

Ahogy már említettük, az IVSZ-kal való munka egyik fontos akadály, hogy a szerhasználatot törvény bünteti, azaz a rendőrség által üldözött tevékenységről beszélünk, amit tulajdonképpen elismer az, aki a tűcsere programba jár. Ezt az akadályt a budapesti tűcsere programok közösen tudták áthidalni, 2004-ben született egy megállapodás a BRFK és a tűcsere programokat működtető szervezetek között, amelyben megegyeztek abban, hogy a rendőrség nem fogja zavarni a tűcserék működését (pl. nem végez célzott igazoltatásokat a programok előtt), illetve injektló eszközök miatt nem fog eljárást indítani, vagy nem fogja elkobozni azokat az IVSZ-től, azaz nem fogja bűnjelnek tekinteni azokat, amennyiben igazolják, hogy tűcsere programba járnak (erre a célra a tűcserék adtak ún. kliens-kártyákat a hozzájuk járóknak). Egy ilyen megállapodás csökkenteni tudja a kliensek bevonásában a szerhasználat illegalitásából fakadó nehézségeket, illetve közegészségügyi szempontból is kifejezetten hasznos, hiszen a használt eszközöket (adott esetben sok tucat fecskendő) nem hozzák vissza a programba, ha az kockázatot jelent kliensek számára (rendőri intézkedés,

előzetes letartóztatás, stb.). Sajnálatos módon ezt a megállapodást azután a BRFK 2013 végén felmondta, így a tűcsere program helyzete bizonytalanabbá vált - ez azonban már nem változtatott sokat a program helyzetén, amelyet ekkor már a helyi önkormányzat is be akart zárni.

Ehhez kapcsolódva íránk a helyi közösséggel való együttműködés problémáiról. Az IVSZ-k, de a szerhasználók általánosságban is az egyik leginkább stigmatizált, elítélt társadalmi csoport, így mindenképpen számolni kell azzal, hogy azok a szolgáltatások, amelyek ilyen kliensekkel foglalkoznak, ellenállásba fognak ütközni a helyi közösség részéről. Amikor a program a kerületen belül új helyre költözött, akkor erre felkészülve a szolgáltatásnak helyt adó ház közgyűlésén részt vett a program vezetője, és bemutatta a programot. Természetesen ez nem változtatta meg a lakók negatív véleményét, ugyanakkor a környéken élők közül sokan világosan látták, hogy a probléma a program nélkül is jelen van a környező utcákon, hiszen sok lakó volt érintett például hozzátartozóként a szerhasználatban. Emellett a program felajánlott különféle szolgáltatásokat is a háznak, mint például a lépcsőház kifestése, amelyre végül nem került sor, de ilyen gesztusokkal meg lehet próbálni csökkenteni a helyi lakók ellenérzéseit.

Ami viszont ténylegesen pozitívum lehet a környéken élőknek, hogy a tűcsere programnak volt kifele nyitott szolgáltatása: be lehetett jelenteni, ha valaki drogszemetet talált, és a munkatársak 24 órán belül elmentek, és összeszedték. Ez tulajdonképpen a korábban említett utcai megkereső munka részeként végezhető feladat, amely kiegészítő tevékenységként a helyi közösségnek is pozitívumot jelent. Az utcai munka során egyébként az egyes házakban takarítást végzőket is felkerestük, és adtunk a drogszemét összeszedéséhez szükséges eszközöket, valamint megfelelő képzést is az eszközök biztonságos használatához, valamint a program vállalta az összeszedett eszközök megsemmisítésre való elszállítását is (ez nem jelentett külön anyagi terhet az alapítványnak, hiszen ezt a tűcserében egyébként is meg kellett oldani). Emellett közvetlen segítséget is nyújtottunk a környéken élőknek, akik a tűcsere programba jöttek be segítséget kérni, ha a lépcsőházukban injektált valaki. Mivel a tűcsere program munkatársai napi kapcsolatban voltak a szerhasználókkal, döntően a program klienseivel találkoztak ilyenkor, akikkel a bizalmi kapcsolat már megvolt, és meg tudták kérni az IVSZ-t, hogy menjenek el - így rendőrség bevonása és agresszív jelenetek nélkül lehetett kezelni ilyen helyzeteket.

A helyi közösséggel való jó kapcsolatot kerületi szinten is igyekeztünk megalapozni, a helyi önkormányzat és az alapítvány között folyamatos együttműködés volt, az alapítvány részt vett a helyi kábítószerügyi egyeztető fórum munkájában (az alapítvány elnöke szakmai vezetője is volt egy időben), részt vett a helyi drogstratégia megírásában, valamint a közterületeket takarító szervezet számára képzést és eszközöket biztosított a drogszemét összegyűjtéséhez. Sajnos, ezen próbálkozások, ahogy ez utólag látszik, nem voltak sikeresek, hiszen a programot a helyi önkormányzat kezdeményezésére be kellett zárni 2014 augusztusában.

A célcsoport körében folytatott tevékenységgel kapcsolatos főbb tapasztalatok összegzése

Összességében az IVSZ-al való munka során a legfontosabb az elfogadás, és a nyitottság. A marginalizált, társadalom peremén élő IVSZ-k számára a mindennapi tapasztalatok többnyire elutasításról, megalázásról szólnak, mindig fontos észben tartani, hogy számukra gyökeresen más élményt jelent például orvoshoz menni, vagy bemenni valamilyen hivatalba ügyet intézni. Egy kliensünk például kórházba kerülése után arra tért magához, hogy amputálták az egyik karját, de nem közölték vele ezt előzetesen, nem magyarázták el neki, hogy mi fog történni - bár az amputáció nagyon valószínű, hogy elkerülhetetlen volt, ezt másokkal biztosan nem engednék meg maguknak az orvosok. A tűcsereiben elérhető sokféle szolgáltatás, és a beavatkozás fontos közegészségügyi célja mellett a program legfontosabb szolgáltatása az volt, hogy emberként bántunk mindenkiel, alapvetően ez lehetett a kulcsa annak, hogy a tűcsere ennyire népszerű tudott lenni a célcsoport körében.

Az IVSZ-nak szóló programoknál a kliensek bevonásában és megtartásában nagyon lényeges, hogy a célcsoport igényeinek megfelelően kell kialakítani a szolgáltatást - ha nem tudjuk megtartani, bevonni a célcsoportot, az jellemzően a szolgáltatás kialakításán, üzemeltetésén múlik. Mivel az IVSZ-k életmódja jellemzően éjszakai vagy az éjszakába nyúlhat, így a tűcsere nyitvatartását is ehhez alakítottuk, a program 14:00 és 18:00 között volt nyitva az utolsó években, de az első négy évben este 20:00-ig volt nyitva a szolgáltatás a hét hat napján. Ugyanígy az életvitelük nem követi a többségi társadalom hétköznapi-hétvége felosztását, és általában a pontos dátumot sem tartják nyilván. Ebből következően a lehető legoptimálisabb, ha a nekik szóló programok a hét minden napján elérhetőek. Szintén az életmódjukból adódik, hogy hetekre előre megbeszélt időpontok betartását is csak korlátozottan lehet elvárni, és nem érdemes szigorúan szankcionálni (pl. a szolgáltatás teljes megvonásával), ha nem jelenik meg egy adott időpontban.

A motiváció szintén nagyon illékony lehet, azaz erősen rontja a bevonás esélyét, ha az adott tevékenység igénybevételére több hetet kell várni. Jó példa lehet erre a HIV vagy HCV szűrés. IVSZ-k soha nem fognak elmenni valami távoli orvosi intézménybe szűrést csináltatni, és azokat a szűrési eredményeket döntően soha nem vették át, amik a szűrés után egy hónappal érkeztek vissza a tűcsere programba az OEK laboratóriumából. Ezzel szemben amikor lehetőség volt a tűcsere programban helyben szűrést végezni gyors teszt segítségével, amely rögtön eredményt is ad, akkor nagyon hatékonyan lehetett akár fél órás tanácsadásba is bevonni a klienseket, sőt, akár magasabb küszöbű ellátásba (hepatológiai rendelés) való továbbutalásra is volt nyitottság a kliensekben.

Azzal együtt, hogy eddig azt hangsúlyoztuk, hogy a szolgáltatást úgy alakítottuk ki, hogy az alkalmazkodjon a célcsoport igényeihez, egy tűcsere program gördülékeny működéséhez a programban minden kliens számára egyértelmű, világos szabályokat kell létrehozni, ami alól nem lehet kivételt tenni semmilyen esetben sem. Ez a programban dolgozóktól is komoly munkát kíván, de ez tud megfelelő védelmet nyújtani számukra is, mert az IVSZ-al való munka nem veszélytelen. A program használatára vonatkozó szabályokat minden újonnan bevonásra kerülő klienssel meg kell ismertetni. A tűcsere kliensei közé bekerülésnek

alfeltétele kell legyen, hogy a programot csak azok használhatják, akik ezeket a szabályokat betartják. A Kék Pont túcsere programjában az új kliensek regisztrációja során minden kliensnek minden esetben elmondtuk az összes, túcsere igénybevételére vonatkozó szabályt, illetve nagy betűkkel ki volt írva a bejárat melletti táblára is, így a "nem tudtam róla" nem lehetett kifogás.

A szabályokat úgy alakítottuk ki, hogy azok lehetőleg megelőzzék a potenciális problémákat. Ezek eltérőek lehetnek minden közösségben, ami általánosságban hasznos lehet a program szempontjából, az az a szabály, miszerint a túcserét csak naponta egy alkalommal lehet használni, és nem lehetett bent semmiféle cserét, üzletelést bonyolítani, és nem lehetett arról beszélni, hogy ki hol vásárolja a szert. Ez azért fontos, mert a túcsere a kábítószer árusítók számára is hasznos helyszín lehet, hiszen az ott megfordulók mind szerhasználók, viszont a rendőrség nem jött be a helye (legalábbis amíg a BRFK-val kötött együttműködés érvényben volt). Mivel a programba nem lehetett ki-be mászkálni, nem lehetett ott cseréket bonyolítani, és nem lehetett megbeszélni a kábítószer vásárlást, így el lehetett kerülni, hogy a programot elosztó helyszíneként használják a kliensek.

Legfontosabb javaslatok, tanácsok szervezeteknek, önkormányzatoknak a problémák felismerése, hatékony kezelése érdekében a célcsoport jellemzőinek tükrében

Az intravénás szerhasználók az a csoport, ami a "kábitószeres" sztereotípiájában általában megjelenik, és ez az a csoport, amit éppen ezért a legnehezebb pragmatikusan szemlélni. Ráadásul általában olyan területeken jelenik meg, ahol egyéb, nem szerhasználathoz kapcsolódó problémák is hajlamosak csomósodni, mint a szegénység, munkanélküliség, rossz lakhatási helyzet, rasszizmus. Ezzel párhuzamosan az IVSZ, mint probléma hatékony kezelése is csak hosszútávon, komplex programokkal lehetséges, azaz egy szervezet vagy egy beavatkozás önmagában nem lesz képes változást elérni. Első lépésben tehát mindenképp együttműködések kell kialakítani, akár szervezet, akár önkormányzat szintjén gondolkodunk. Azok a szervezetek, akiket érdemes megkeresni ilyen esetben, mert érintettek lehetnek a célcsoport, illetve a kapcsolódó problémák kezelésében, azok egyrészt a településen az egészségügyi intézmények körén belül a sürgősségi ellátást végzők (rosszullétek, túladozások esetén nagy valószínűséggel kapcsolatba kerülnek az IVSZ-kal), illetve az addiktológiai és a toxikológiai osztályok természetesen, de érdemes hepatológusokkal is felvenni a kapcsolatot (a HCV kapcsán számukra az IVSZ-k elsődleges célcsoport). A szociális ellátórendszerből érdemes lehet megkeresni a szerhasználókkal foglalkozó szervezeteken túl a hajléktalanokkal foglalkozó szervezeteket, de lehet információjuk a jelenséggel kapcsolatban a családsegítőknél is, és érintett lehet a gyermekvédelmi intézményrendszer is. Harmadsorban pedig a rendőrséggel is fel kell venni a kapcsolatot, nekik a Btk. jelenlegi állása szerint mindenképp foglalkozniuk kell a problémával.

Ugyanakkor nagy valószínűséggel minden településen találni a Kék Pont túcsere programjának helyszínéül szolgáló 8. kerülethez hasonlóan hagyományosan "rossz hírű", szegregált városrészeket. Ezek általában jó kiindulási pontok lehetnek a helyi kockázati célcsoportok feltérképezésében, beazonosításában illetve a helyi problémák feltárásában. Az

IVSZ célcsoport esetében még a közterület takarításával foglalkozó szervezet is szolgálhat hasznos információkkal, hiszen az injektlás során keletkező drogszemét (használt fecskendők, kupakok) helyével, koncentrációjával kapcsolatban biztosan tudnak hasznos információkkal szolgálni.

Az IVSZ-k problémakörének minden komplexitása és mélysége ellenére ez az a célcsoport, amivel kapcsolatban sok évtizednyi szakmai tapasztalat, tudományos bizonyíték alapján tudható, hogy mi az, ami működik, és mi az, ami nem működik csak rosszabbá teszi a helyzetet. Mivel itt nagyon konkrét közegészségügyi ártalmakról beszélünk a HIV és a HCV kapcsán, és ezek közvetlen költségei is ismertek, az is tudható, hogy a tűcsere programok nagyon költséghatékony megoldásai a problémának²⁶. Emellett viszonylag egyszerű az ilyen kliensek bevonása a nekik szóló alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő programokba, mert a steril felszerelésre szükségük van a szerhasználathoz, tehát könnyen nyújtható olyan szolgáltatás, ami valóban vonzó számukra. Fontos kiemelni még, hogy a tűcserék csak az első lépést jelentik az ellátórendszerben, de az első lépés nagyon lényeges, mert ezek a programok az aktuális szerhasználat elfogadásával be tudják húzni az ellátórendszerbe azokat, akik más úton elérhetetlenek lennének. Legfontosabb javaslatom tehát az, hogy az IVSZ szerhasználat kapcsán mindenképpen meg kell próbálni a lehető legpragmatikusabban gondolkodni, és hagyni a szakembereknek, hogy szaktudásuk és tapasztalataik alapján tervezzék meg a vonatkozó szolgáltatásokat.

Összefoglalás

Az esettanulmányban az intravénás szerhasználók célcsoportjának szóló szolgáltatás tapasztalatai alapján mutattuk be egy magas kockázatú csoport bevonásának lehetőségeit, illetve a célcsoportnak szóló szolgáltatás szervezésének alapjait. Az IVSZ-k sok szempontból a legerősebb példái a magas kockázatú szerhasználóknak, nem csak az egyik leginkább stigmatizált, elítélt társadalmi csoport, de a szerhasználat módja miatt a személyes egészségügyi következmények is nagyon súlyosak lehetnek. Ugyanakkor a vér útján terjedő fertőzéseknek való kitettségük miatt közegészségügyi szempontból rendkívül fontos megfelelő szolgáltatásokat nyújtani ennek a csoportnak.

Az esettanulmány fókuszában álló 8. kerületi IVSZ szintér pedig jó példája a nyílt színi szerhasználatnak, ami azt is illusztrálja, hogy az adott környéken élő közösség szempontjából is fontos szemlélni ezeket a magas kockázatú szerhasználói csoportokat. Az IVSZ nagyon problematikus csoport tud lenni a helyi közösség szempontjából, mert sok a kapcsolódó kriminalitás, az utcán drogszemét, eldobált fecskendők lehetnek. Így mindenképpen számolni

²⁶ A HIV kezelése havi többszáz ezer forint személyenként, jelen állás szerint a fertőzött ember egész életében. A HCV kezelése személyenként eltérő lehet (előfordul, hogy az első kezelés nem tudja teljes mértékben megszüntetni a fertőzést), de fejenként 6-8 millió forintba biztosan belekerül az államnak. Ezzel szemben egy kisebb tűcsere program éves költségvetése kihozható 1-2 HCV fertőzött kezelésének árából, de egy, a Kék Pont tűcsere programjához hasonló forgalmú program éves működtetése is megoldható 5 HCV fertőzés kezelésének árából. Másképp fogalmazva, ha a Kék Pont tűcsereje évente 5 HCV fertőzést megakadályozott, akkor az állam szempontjából már nullszaldós volt, az évi 5 eset pedig az évi 1500 tűcserében megforduló kliens 0,33%-a, azaz 300 kliensenként 1.

kell azzal, hogy azok a szolgáltatások, amelyek ilyen kliensekkel foglalkoznak, ellenállásba fognak ütközni a helyi közösség részéről. Ugyanakkor az IVSZ-k jellemzően nem mozdulnak ki a megszokott környékükről, azaz ennél a célcsoportnál kiemelten fontos oda vinni a szolgáltatást, ahol napi szinten tartózkodnak.

Elengedhetetlen része az IVSZ kapcsán végzett tevékenységnek az utcai megkereső munka, amellyel egyrészt fel lehet térképezni az érintett környékeket - tehát a kockázati csoportok azonosításában is fontos eszköz, másrészt alkalmas arra, hogy bevonja a szolgáltatásba azokat is, akik még nem járnak a tűcsere programba. Ha a drogszemét begyűjtését az utcai munka részévé tesszük, akkor a helyi közösségnek is tud pozitívumot nyújtani a program.

Összességében az IVSZ-al való munka során a legfontosabb az elfogadás, és a nyitottság a programot megvalósítók részéről, a legnehezebb feladat a kliensekkel való bizalmi viszony kialakítása és fenntartása. Az IVSZ-nak szóló programoknál nagyon lényeges, hogy a célcsoport igényeinek és életmódjának megfelelően kell kialakítani a szolgáltatást, ez nagyban megkönnyíti a kliensek bevonását és megtartását. Az IVSZ kapcsán különösen fontos hangsúlyozni, hogy egy komplex problémáról beszélünk, a kliensek többnyire rengeteg, szerhasználatától független problémával rendelkeznek, így hosszútávon akkor lehet hatásosan kezelni a problémát, ha sikerül együttműködéseket kialakítani, amelyben a tűcserét megvalósító szolgáltató mellett az egészségügyi, szociális ellátórendszer illetve a rendőrség is részt vállal.

Esettanulmány 2: Megkereső munka és kezelés-ellátás a fogvatartottak körében

Szemelyácz János

Bevezető

Az Európai Unió kábítószerügyi akcióterve szerint a börtönökben a megelőzés, a kezelés, az ártalomcsökkentés, a reintegráció, a szabadulás előkészítése és az utógondozás kábítószerügyi feladat.

A 2000 és 2007 között az EMCDDA számára készült ország-jelentésekben szereplő kutatások adatai szerint az Európai Unió országaiban átlagosan a fogvatartotti populáció több mint fele fogyasztott már a letartóztatást megelőzően valamilyen illegális drogot (Paksi és Arnold, 2009.) A kriminál-statisztikai adatok továbbra is azt tükrözik, hogy a bűnözői szubkultúrában egyre több a kábítószerfüggő, illetve növekszik azoknak az aránya, akik „belecsúsztak” a szenvedélyszer-használat következményeként az egyre gyakoribb bűnelkövetésbe és a bűnöző szubkultúrába.

Büntető-igazságszolgáltatás intézményeiben kifejezetten veszélyeztetett, probléma-viselkedést mutató csoportokkal találkozhatunk. A probléma része, hogy nem pusztán az intézménybe kerülést megelőző szerhasználatról lehet szó, hanem a fogvatartás ideje alatt is rendszeres és veszélyes (pl. többféle ismeretlen szer használata, intravénás használat stb.) szerhasználat történhet. A fogvatartottak speciális megközelítést kívánnak, így ez a színtér komplex, körütekintő tervezést igényel, hasonlóan a „büntetés helyett kezelés” intézményeihez, amelyben több szinten kell végezni az egészségfejlesztő munkát.

A szervezet bemutatása

Az INDIT Közalapítvány kialakulása és fejlődése során (mely folyamat nem áll meg, hanem napjainkban is folyamatosan zajlik), lényeges kiemelni, hogy jelentős hangsúlyt kaptak az egyéni kezdeményezések, kreatív ötletek, a kliensek és a „társadalom” felől érkező igények, a józan kultúra felerősödése. Számos tevékenység „amatőr”, laikus, civil kezdeményezésként indult és a későbbiekben professzionizálódott, intézményesült. Fontosnak tartjuk az alulról történő építkezést, a hálózatiság hangsúlyozását, hogy a fontos döntések többnyire konszenzusos úton kerülnek kialakításra, törekszünk a flexibilitásra. A fejlődés egyik alapvető eleme a rendszeres értékelés, mely megváltoztathatja akár a korábban kijelölt irányokat, célokat is.

Az INDIT Közalapítvány addiktológiai területen, komplex-, rendszerszemléletű megközelítésben ad szolgáltatást 10-12 intézménnyel ill. szolgáltatástípussal, kb. 60 munkatárssal Baranyában és Somogy megyében, de pl. iskolai szociális munkás hálózatot működtetünk a fővárosban is. Továbbá folyamatos hálózat-építést végzünk a dél-dunántúli régióban.

Rendszerünk integráltsága a terápiás filozófiát és a rendszer „üzem módját” jelenti.

Filozófiánk az addiktológiai problémák komplex megközelítésén alapul ártalomcsökkentő szemléletben, ötvözve a józan kultúra eszmeiségével, figyelembe véve a hozzánk segítségért forduló szociális környezetét, pszichológiai és testi állapotát, adottságait, motivációját.

Az INDIT sokszínűsége és a szolgáltatási szintek közötti folyamatos kapcsolat lehetővé teszi klienseink számára a problémáiknak megfelelő ellátás megtalálását, illetve a problémamegoldás folyamatából történő „kihullás” megakadályozását.

A kezelés, rehabilitáció és reszocializáció mellett jelentős energiát fordítunk a prevencióra (elsősorban serdülők részére), az általános szemléletformálásra (média jelenlét, előadások, továbbképzések, felsőfokú oktatásban való részvétel), valamint az ún. elérő programokra (iskolai szociális munka, BuliSegély, utcai munka), aminek következményeként folyamatosan nő a korai kezelésbe-, a korai intervencióra jelentkezők száma. Rendszeresen szervezünk szabadidős programokat (Ártalomcsökkentő fesztiválok, Éjjeli Kikötő program).

További információ: www.indit.hu

IRÁNYELVEK/MŰKÖDÉS:

- Az integrált rendszer nem csak egymásra épülő kezelési formákat és intézményeket jelent, hanem ezek folyamatos kapcsolatát, a szenvedélybetegségről való komplex gondolkodást (addikció széles spektrumú értelmezése; kereszttolerancia, keresztfüggőség; kettős diagnózis; utógondozás fontossága; folyamatos kapcsolat önszorgító csoportokkal; gyógyszeres-, pszicho- és szocioterápia ötvözte; családterápia; mentalizáció alapú terápia);
- Multidiszciplináris munkacsoportok (különböző végzettségű szakemberek és felépülő szenvedélybetegek részvételével);
- A legtöbb szolgáltatást közösségi alapon nyújtja (szociális és egészségügyi rendszerek hálózata);
- Közösségre alapozott krízisintervenció és intenzív ellátás;
- Mobilis közösségi rehabilitáció;
- Folyamatos ellátási ciklus;
- Korai diagnosztizálás és intervenció;
- Célzott kezelés;
- Hosszú távú, asszertív esetmenedzselés;
- Rendszeres átfogó visszajelzés, értékelés;
- Családtagok bevonása;
- Specifikus technikák (motivációs tréning, relapszus prevenció tréning, korai figyelmeztető jelek felismerése, életvezetési-megküzdési készségek fejlesztése);

A részlegeken folyamatos stáb- illetve külső szakember által moderált szupervízió működik. A hatékony terápiás munkát esetmegbeszélők, továbbképzéseken való rendszeres részvétel, a területen működő más szolgáltatók bevonásával megtartott esetkonferenciák erősítik. Szakmai és drogpolitikai kérdésekben törekszünk közös álláspont kialakítására, de természetes, hogy a különböző képzettségű (eltérő életúttal rendelkező) munkatársak a felmerülő kérdésekben mást tartanak hangsúlyosnak.

Szolgáltatásaink:

Prevenció programok (FÜGE, CSAT, MOZAIK, iskolai agresszió-prevenció program), alacsonyküszöbű szolgálatok (pláza-program, BuliSegély), szenvedélybetegek közösségi és nappali intézményei (Börtön-programok, szex-munkásokat elérő programok), addiktológiai

ambulanciák, mentalizációs ambulancia, családi csoportok, rehabilitációs intézetek (Változóház, Mérföldkő), Félutas-Ház.

Az INDIT folyamatosan változik, nyitott az új információkra, fejlesztés- és szolgáltatás-orientált. A részlegek nagyfokú önállósága lehetővé teszi, hogy a benne dolgozók kreatív módon keressenek minél jobb, minél hatékonyabb eszközöket, módokat hatékonyságuk javítására a klienseik és a munkatársaik számára egyaránt.

Folyamatos célkitűzésünk, hogy klienseink a lehető legjobb ellátásban részesüljenek – akár információkérés történik, akár absztinencia-orientált irányt választanak, vagy ártalomcsökkentő szolgáltatást vesznek igénybe. Elsődleges szempont, hogy terápia-váltás vagy kudarc kapcsán ne kerüljenek ki a rendszerből, és ne következzenek be visszaesések, illetve hogy minél hatékonyabban előzzük meg a súlyosabb károk kialakulását.

Szintén fontos szempont, hogy munkatársaink az egész rendszer támogató biztonságát érezzék maguk mögött. Bonyolult segítői helyzetben is folyamatos lehetőségük legyen segítséget kérni.

A fenti kívánalmakat a rendszerben-, hálózatokban való gondolkodás, ezek állandó működtetése, folyamatos információáramlás, visszajelzés, az észrevételek, kritikák kimondására alkalmas nyújtó „tér” kialakítása teszi lehetővé.

A célcsoport főbb-, általános jellemzői

Fiatal bűnelkövetők: A szerhasználat és a bűnözés közötti kapcsolat részletesen leírt témakör: a szerhasználat többszörösen magasabb a fiatalkorú bűnelkövetők körében szemben azokkal, akik nem követtek el bűncselekményt. Ezen felül számos tudományos eredmény igazolta, hogy a szerhasználat és a bűnözés kockázati tényezői között nagy átfedés van. Ezért nehéz is okozati összefüggést megállapítani: a fiatal droghasználók és a fiatal bűnelkövetők valószínűleg két egymást átfedő csoport. Emiatt a büntető igazságszolgáltatás rendszere a célzott prevenciós beavatkozások igen fontos színtere. A prevenciós szolgáltatók és az igazságügyi szervek közötti együttműködés kulcsfontosságú, ilyen együttműködést azonban nem egyszerű elérni. A legtöbb európai tagállamban léteznek olyan jogi rendelkezések, melyek lehetővé teszik a fiatal bűnelkövetők esetében a kevésbé szigorú eljárást (különösképpen, ha az első alkalommal érik őket kábítószer-fogyasztással összefüggő vétségen), de részletes útmutatókról és a szolgáltatók közötti konkrét együttműködési projektekről ritkán érkeznek beszámolók. (PERK, 2010.)

Börtön, bűnelkövetés: A színtér sajátosságai miatt itt egyértelműen célzott prevencióról kell beszélnünk. E miatt, illetve a hatás mérhetőségének színtérhez kötött sajátossága miatt a nemzetközileg ellenőrzött, bizonyítékon alapuló programokat tekintve kevés a ténylegesen börtönben zajló; jellemzően vagy a szabadulás után, vagy mint alternatív fiatalkorú javítóintézeti módszerként jelennek meg a programok.

Mindegyik program a társadalomba való visszailleszkedést emeli ki fő célul, az ehhez szükséges készségekben is hasonlóakat tartanak fontosnak: kiemelten fontos a támogató, nem droghasználó életmódot támogató kapcsolatok feltárása és fenntartása – ehhez a kapcsolati, szociális készségek mobilizálása és fejlesztése szükséges. Fontos az önismeret és önértékelés fejlesztése az önálló döntéshozáshoz és a megküzdés fejlesztéséhez. Az

attitűdformálás fontos, de önmagban nem elég: kapcsolati támogatás nélkül könnyen átfordulhat.

E miatt is emeli ki több program a támogató, önsegítő csoportok fenntartását szabadulás után. Ezen kívül fontosak a készségfejlesztés a visszailleszkedés szempontjából a munkakeresésre és munkahelyi viselkedésre vonatkozó tréningek.

Az időtartamot tekintve eltérések vannak, de összességében elmondható, hogy minél tovább marad benne egy támogató programban, annál valószínűbb a tényleges attitűdváltozás. Fontos kiemelni azt is, hogy a programba újonnan bekerülők számára a legnagyobb motivációt a régi tagok jelenthetik, így emiatt is fontos a program fenntarthatósága és folytonossága. Fontos módszertani szempont a területen az ártalomcsökkentés szemléleti keretében való gondolkodás. A reális célok meghatározása nagyobb eredményességhez vezethet, ehhez a célpopuláció részletes ismerete szükséges.

Fontos kiemelni a BV, mint színtér kettősségét. Egyrészt a kliensek/fogvatartottak elérhető, többnyire hajlandók is részt venni egy külső szervezet szolgáltatásain, másrészt viszont a helyet átszövik a titkok, ill. a titoktartás kérdése, az, hogy miről is lehet valójában beszélni. Lehallgatnak-e bennünket, kihez kerülhet információ, jár-e káros következményekkel az igazmondás?

A célcsoporttal való együttműködés gyakorlati tapasztalatai

A kockázati csoporthoz kapcsolódó problémák ismertetése

A problémás, vagy alkalmi droghasználók, illetve a szerfüggők szolgáltatási igényeiben jelentős eltérések is lehetnek, mivel a fogvatartottak különböző szerhasználói előtörténettel rendelkeznek, más-más drogot használtak, esetükben eltérő az addikció súlyossága és az a motivációs fázis is, amelyben a szándékaik alapján helyet foglalnak.

A szolgáltatásokon résztvevő fogvatartottak közel 50%-a kér segítséget addiktológiai problémái miatt szabadulását követően. Az alábbiakban néhány pozitív példát mutatunk be:

B.J.: 2011-től áll az INDIT közalapítvány gondozása alatt. J hajléktalan szerhasználóként került az ellátórendszerbe. A börtönben – korábbi segítői tapasztalata miatt - külön kérte, hogy drogprevenciós csoportba járhasson. Ez nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a kinti életben hosszabb-rövidebb absztinenciát tudjon tartani. A mai napig igénybe veszi az alacsonyküszöbű szolgáltatást – és ugyan továbbra is szerhasználó, több rehabilitációs intézményben is járt -, de a mai napig, ha úgy érzi nagy a baj, a börtönben megismert szakemberekhez fordul.

A.Sz.: 2012-ben közösségi szolgálat keretében került az ellátó rendszerbe. A szerhasználatból kapcsolatos életvitele miatt édesanyja jelzésére kezdtük el vele a munkát. Kezdetben kevesebb, később több sikerrel. Szerhasználói életvitelét rövidebb ideig szüneteltetni tudta, de nem az volt a jellemző. Börtönbe kerülése után, saját kérésére kezdődött el vele a munka. A kezdeti apátia után dolgozni kezdett a börtönben, és elfoglaltsága miatt a csoportokon ugyan nem vett részt, de egyéni esetkezelés kezdődött vele. A találkozások rendszeresekké váltak, motivációja erősödött.

E.Gy: A BNO kód szerint F1520 - egyéb stimulánsok okozta dependencia. Vele az első találkozás a Baranya Megyei BV intézetben történt még 2014-ben, azóta áll gondozás alatt. 2015 tavaszáig a börtönben folyó csoportokon vett részt, majd szabadulása után felkereste

az INDIT közalapítvány szakemberét. Kezdetben az elterelés folytatása volt a célja, majd az egyéni esetkezelések hatására, a pozitív változások további elérése vezérelte. A mai napig igénybe veszi az egyéni esetkezelés lehetőségét. Élete úgy alakult, hogy valószínűleg további letöltendő szabadságvesztés vár rá, de már előzetesen jelezte, hogy tovább szeretné folytatni a foglalkozásokat. A börtönben elkezdődött munkának köszönhetően szerhasználatát mérsékelni tudta, majd egy párkapcsolat támogatása mellett absztinenssé vált. Több mint fél éve szermentes életet él.

P.Gy.: Gy. Pécs keleti városrészében egy híres/hírhedt környéken lakott, és a drogambulanciára járt. A börtönbe élettársával együtt került be 2015-ben. Ott mindketten - külön-külön - kezdtek csoportra járni, ahol hamar fény derült társfüggőségükre. Gy. a börtönbe kerülése előtt már volt rehabilitációs intézetben, így elég otthonosan érezte magát a foglalkozásokon. Szabadulása után kezdetben a közösségi szolgálatot vette igénybe, és absztinenciát tudott tartani, azonban életviteli körülményei, környezete nem változott, így a visszaesése megtörtént. Ugyanakkor a rendszeres kapcsolattartást továbbra is igényelte, rendszeres látogatója volt az alacsonyküszöbű szolgáltatásnak, a problémáit felismerte. Jelenleg ismét fogvatartottként él, de az INDIT csoportjainak rendszeres, aktív résztvevője.

K.Cs.: Cs. 2013-tól áll gondozásunk alatt. Hajléktalan szerhasználóként ismertük meg. A civil életben kifejezetten kerülte az ellátó helyeket, azonban életmódjának köszönhetően többször kapott letöltendő börtönbüntetést. A BV-ben - ahol kiszakadt a megszokott környezetéből -, a csoportfoglalkozásokon önként és aktívan vett részt. Saját elmondása alapján a börtönben történő munka eredménye, hogy kint tartózkodása idején igényli az alapellátásokat és a segítő beszélgetést, így maradva önként a szakemberek látómezejében.

A kockázati csoporthoz kapcsolódó problémák és azok kezelése

A börtönökben fogva tartott szerhasználók számos szociológiai mutató és személyiségvonás, valamint a személyiség alakulását és működését érintő dimenzió mentén különböznek a civil droghasználóktól, illetve a kábítószerrel nem élő fogvatartott társaiktól is.

Barbara Sims, a fogva tartott kábítószer-élvezők számára kidolgozott terápiás programokról összeállított kötet szerkesztője (Sims, 2005) szerint a megfelelő kezelés kiválasztásának/kidolgozásának első lépcsőfoka annak felmérése, hogy mekkora a kliens *változás iránti elkötelezettsége*. A motiváció feltérképezése – az arról való tudásunk, hogy lát-e, és ha igen, miben lát problémát a szerhasználó, illetve hogy hajlandó-e változtatni, és hogyan értékeli a változásra való képességét – elengedhetetlen akkor, amikor eldöntjük, melyik terápiás technika illeszkedik leginkább a páciens igényeihez és lehetőségeihez.

A Váltó-sáv Alapítvány munkatársainak a Budapesti Fegyház és Börtönben végzett vizsgálata (Csáki és mtsai, 2010) eredményei: a szerhasználó fogvatartottak szociálisan hátrányos helyzetűek; droghasználatuk kezdete igen korai élet évekre tehető; esetükben gyakori a politoxikomán – többféle kémiai anyagot érintő – fogyasztás. Igénylik a támogatást és a segítséget, ugyanakkor gyenge önérvényesítő képességeik és elégtelen társas kompetenciáik nem teszik lehetővé, hogy – az amúgy is szűkösen rendelkezésükre álló – forrásokat hatékonyan kutassák fel és vegyék igénybe.

Kutatási adatok alapján a droghasználó fogvatartottak elítélt társaiknál gyengébb társas kompetenciával rendelkeznek. Az életüket kevésbé tartják értelmesnek, jelentéstelnek. Az

önértékelésük alacsonyabb, az énképük sok esetben erősen negatív színezetű. Többnyire pesszimisták: nem hisznek abban, hogy képesek kézben tartani és irányítani életük eseményeit. Rugalmatlanok: a környezet változó kihívásaira ritkán képesek adekvát módon reagálni. Problémáik adódnak az önirányítással: érzelmi és indulati kontrolljuk elégtelen. Mindezzel szoros összefüggésben kevésbé kitartóak: egyfelől nem is bíznak abban, hogy képesek befolyásolni a helyzetüket, másfelől pedig minden apróbb kudarcélmény megerősíti őket a negatív vélekedéseikben – „Gyenge vagyok, nekem ez úgysem sikerülhet!” –, ami miatt hamarabb fel is adják a küzdelmet.

A változáshoz, az alternatív életstílus kialakításához szükséges bizonyos készségek birtoklása. Tapasztalatunk az, hogy a szenvedélybetegek készségei elsősorban a szer megszerzésére és fogyasztására irányulnak, más irányú készségeiket gyakran már elvesztették, vagy azok nem is fejlődtek ki. A készségfejlesztés során mindig azon képességekre koncentrálunk, melyekre a részt vevőnek céljai eléréséhez szüksége van. Ide tartoznak a döntéshozás és visszautasítás, a nemet mondani tudás képessége, a csábításnak való ellenállás, a szociális illetve életviteli készségek, melyek a tanulással, munkavégzéssel, szabadidős tevékenységgel, időbeosztással, partnerkapcsolattal, családalapítással, baráti kapcsolatok kialakításával kapcsolatosak.

Mivel a börtönben fogvatartott szerhasználói populáció mindössze 15-20%-a részesült korábban már valamilyen terápiás intervencióban, ezért a programnak tartalmaznia kell a szerhasználattal összefüggő negatív következményekről szóló felvilágosítást, illetve fokozni kell a résztvevők problémaérzékenységét és éberségét.

A pszichoedukáció során abból a tényből indulunk ki, hogy a szerhasználat döntések sorozata. Klienseink megtapasztalják ivásuk, illetve kábítószer-fogyasztásuk számos előnyét, mint feszültségoldás, eufória-érzés. Bár néhány hátrányukkal is tisztában lehetnek, (nem kívánatos hatások, büntetőjogi kérdések, stb.) az alkohol-illetve kábítószer-használat súlyos következményeit, a testi betegségeket, szövődményeket, de akár magát a betegséget, annak kialakulását, tapasztalatunk szerint nagyrészt nem ismerik, ahogyan nem ismerik a segítségnyújtás lehetséges formáit sem. A pszichoedukációnrésztvevett kliens azonban kellő ismeret birtokában könnyebben fog az absztinencia mellett dönteni.

A pszichoedukációs tréning során az érintettek tervezett és didaktikus módon tájékoztatást, oktatást kapnak a betegséggel kapcsolatos minden fontos kérdésről, beleértve a legkorszerűbb biológiai ismereteket, a betegség feltételezett okait, a sérülékenység-stressz modellt, a betegség lehetséges szövődményeit és következményeit, a szerhasználatból adódó károsodást és képességcsökkenést, a gyógyszeres kezelés irányelveit, a korszerű terápiás modelleket, az önsegítés lehetőségeit. A szerhasználat kockázatainak ismertetése motiváló tényezőt jelenthet. Mindig szem előtt kell tartanunk azonban, hogy a pszichoedukáció célja a reális információátadás és nem az elrettentés.

Az oktatást segédanyagok segítik. A beszélgetések során érthető és szemléletes stílusban a legkorszerűbb ismeretekről kell tájékoztatást adni, és az eddig tabuként kezelt „nehéz kérdésekről” is őszintén beszélni.

Az INDIT BV-ben működtetett csoport-foglalkozásainak listája:

Drogprevenciós és egészségfejlesztő/motivációs csoportfoglalkozások:

Ezt a foglalkozást szinte kizárólag az egyes témákban érintett csoportvezetők tartják. A saját élmény megosztása egy zárt, hierarchikus csoportban nagy hatással bír a fogvatartottakra. Természetesen sokan vannak tagadásban, akik nem ismerik el, hogy a pszichoaktív szerek használata problémát okoz nekik, ám az elterelések gyakorisága a csoportvezetőket igazolja. A csoportfoglalkozások során egy olyan közegbe csatlakozhatnak bele, ami szabadulásukat követően nagy hasznukra válik, ha és amennyiben segítséget szeretnének kérni a továbbra is fennálló addiktológiai problémáikra.

Önismereti jellegű csoport:

A foglalkozás lényege az olyan témakörök körbejárása, mint pl. az önismeret, szociális és életvezetési készségek. A csoport kettős csoportvezetéssel folyik, mellérendelt viszonyt kialakítva. A találkozások alkalmával a rugalmasan kezelt tematika lehetőséget biztosít a fogvatartottak számára, hogy jelezhessék az őket aktuálisan leginkább égető problémákat, és ezeket nyíltan megbeszélhessék egy külsős, objektív mércével bíró szakemberrel. Ezen aktualitások szinte minden alkalommal egybeesnek a tematika egy-egy területével.

Önismereti jellegű és biblioterápiás csoport fiatalok és női fogvatartottak részére:

A fiatal és női fogvatartottaknál lévő biblioterápiás és önismereti csoport egy adott témát dolgoz fel, irodalmi források alapján. A csoport minden alkalommal kezdőkörrel indul, melyben lehetőség van egyéni aktualitásokról is beszámolni. A csoport folyamán kapcsolódni próbálunk a kezdőkörben elhangzottakhoz.

Zeneterápiás csoport:

A zeneterápiás csoporton a kliensek az önkifejezés zenei formáját választva fejleszthetik önismeretüket és önkifejezési képességeiket. Egy, a zenéhez értő szakember vezetésével a kliensek az aktív és passzív zenei élmények mellé szövegírással kapcsolatos feladatokat is kapnak.

Munkaerőpiaci csoport:

Munkaerőpiaci tréning, kommunikációs elemekkel, ami arról szól, hogy megnézzük a fogvatartottak hozzáállását a munkához, és hogy közösen tisztába tegyük mi az, ami nem működik az életükben, és az miért nem. Majd az összegyűjtött nehézségekkel kapcsolatban készség-fejlesztést végzünk tematika szerint.

A célcsoport körében folytatott tevékenységgel kapcsolatos főbb tapasztalatok összegzése

A fentiek – azaz a speciális igények, és a fogvatartottak „sokfélesége” - miatt egyéni- és csoport-konzultációs/terápiás lehetőséget is biztosítunk:

Az egyéni foglalkozások célja a programban részt vevők állapotfelmérésén túl, azon fogvatartottak ellátása, akik nem tudnak csoportfoglalkozásokon részt venni. Ide tartoznak a fokozott őrzésű rabok, a női fogvatartottak, a bűntársak, és azok a droghasználó kliensek, akik több olyan problémával küzdenek – ezek részben a szerhasználat kiindulópontjául szolgáltak, de előállhattak a drogfogyasztás *következményeképp* is –, amelyek megbeszélésére és kezelésére *egyéni konzultáció* válik szükségessé. A börtönbeli szubkultúrák normarendszere okán a személyes élettörténet érzékenyebb elemei, ill. a hagyományos férfiképpel nehezen összeegyeztethető érzelmek – pl. szomorúság, szorongás, aggodalom stb. – ritkán kerülnek felszínre a közösség előtt, a csoportfoglalkozások mellett szükséges az egyéni konzultációk biztosítása is.

A büntetés-végrehajtási intézetekben, ill. onnan kikerülő kliensekkel kapcsolatos problémák komplex kezelése érdekében javasolt lépések, melyek egyéni véleményen alapulnak:

Munkacsoport létrehozása és működtetése

Szakmai csoport-tapasztalaton alapul, hogy a Kábítószerügyi Egyeztető fórumokhoz hasonlóan ajánlott létrehozni és működtetni a büntetés-végrehajtási intézetekben azokat a munkacsoportokat, melyek a probléma komplex kezelésére képesek reagálni, és a városi, iskolai gyakorlathoz hasonlóan elkészíti a helyi drogstratégiát. A munkacsoport:

- o feltárja az adatokat,
- o helyzetértékelést végez,
- o feltérképezi a szükséges adatokat,
- o elkészíti a helyi drogstratégiai programot
- o biztosítja az információáramlást,
- o javaslatokat fogalmaz meg a helyi vezetés számára,
- o segít a helyi erőforrások mozgósításában,
- o összehangolja a helyi szereplők tevékenységét, kiszűri a párhuzamosságokat és maximálja a szolgáltatások hatékonyságát,
- o kapcsolódik az országos programokhoz,
- o végül visszacsatolást eszközöl a helyi és országos szintekhez.

Szintén szakmai munkacsoport tapasztalatán alapul a probléma hatékony kezelésére a **drogkoordinátor kinevezése a börtönben.**

Szükséges megnevezni azt a helyi szakembert, aki a témát megfelelő érzékenysége és szakképesítése folytán átfogóan és hatékonyan képviseli az intézményrendszeren belül.

Feladata:

- o a stratégia koordinálása,

- o megfelelő információ biztosítása és áramoltatása a helyi szereplők és a külső programmegvalósítók között
- o kapcsolattartás a stratégia megvalósításában részt vevők között
- o a börtönben folyó programok monitorozása és hatékonyságvizsgálata a munkacsoporttal együttműködésben,
- o a helyi sajátosságokhoz igazodó, bizonyítékalapú programok adaptálása és bevezetése.

Képzés: Nagyobb hangsúlyt kell fektetnie börtönszemélyzet kábítószerügyi szakirányú továbbképzésére. McIntosh és Saville (2006) skóciai börtönkutatásai rámutattak, hogy a drogprevenációs programok sikeréért leginkább felelős tényezők a börtönkörnyezet, a személyzetnek a droggal és a használókkal kapcsolatos attitűdjei, illetve a felügyelők és az elítéltek közötti viszony.

A képzésen belül javasolt fókuszpontok:

- a börtön-személyzet érzékenyítését célzó képzések,
- a nevelők addiktológiai ismereteinek bővítése,
- a nevelők fontosabb terápiás módszereket érintő képzése, annak érdekében, hogy a nevelési csoportjaikban önálló foglalkozásokat tarthassanak

Szupervízió biztosítása: A személyekkel dolgozó szakemberek szakmai személyiségének fejlődésében, hatékonyabb munkavégzésében, burn out prevenciójában bizonyítottan hatékony módszer a szupervízió, melyet a fenti területek mindegyikén alkalmazhatunk.

Nemzetközi példák, jó gyakorlatok:

1. Van, akit érdekel (Friends Care)

- leírás: droghasználat miatt börtönből szabadult, vagy rehabilitációs programból kilépő kliensekkel foglalkozik; cél a közösségbe való reintegráció droghasználat nélkül, vagy legalább annak csökkentésével.
- Eszközök: egyéni tanácsadás, készségfejlesztés (munkakeresés és munkahelyi viselkedés terén), családi kapcsolatok erősítése, krízisintervenció, kortárs támogató csoport.
- időtartam: 6 hónap
- eredményesség igazolt:
 - o ópiát és/vagy kokain használat
 - o más illegális droghasználat
 - o bűncselekmények terén.
- korosztály: 18-25 ill. 26-55 év között, szintér: börtön, rehabilitáció

2. Életvezetési készségek tréningje (LST- LifeSkills Training)

- leírás: a droghasználat mögötti főbb szociális és pszichológiai tényezők megcélzásával a droghasználat és erőszakos viselkedés megelőzése.

- Fő területek: személyes és szociális készségek tanítása, amelyek növelik az ellenállást és segítik a korosztályos fejlődési nehézségek áthidalását.
- eszköztár: facilitált megbeszélés, kiscsoportos tevékenységek, szerepjátékok.
- eredményesség igazolt:
 - o marihuána, inhalánsok és polidrog használat
 - o szerhasználati hiedelmek
 - o deviáns és erőszakos viselkedés
- korosztály: 13-17,
- színtér: iskola (de kiterjeszthető az iskolán kívüli színterekre is)
- a világon többfelé használták; az eredetileg USA-ban implementált programot rajta kívül 32 országban, köztük Anglia, Kanada, Franciaország, Németország.

3. Brevard Csoportos Rehabilitáció (Brevard Group Treatment Home – Florida)

- leírás: bentlakásos program 12-15 éves bűnelkövetőknek.
- Területek, eszköztár: egyéni és csoportos tanácsadás, agresszió-kezelés, életvezetési készségek tanítása, kapcsolódás. Fontos a család és a lakóközösség bevonása is.
- színtér: börtön/ fiatalok bűnelkövetők
- eredményesség: Best Practice díjat kapott.

Legfontosabb javaslatok, tanácsok szervezeteknek, önkormányzatoknak, a problémák felismerése, hatékony kezelése érdekében a célcsoport jellemzőinek tükrében

A szolgáltatás épít az igénybe vevő önkéntességére, személyes felelősségére és önállóságára, aktivitására, a választás és önrendelkezés lehetőségére, valamint autonómiájának, képességeinek, készségeinek visszaállítására, megőrzésére és fejlesztésére.

Alapvető cél a problémás személy elérése, „megszólítása”, aktív tevékenységbe vonása, motiválása a fogvatartás időszakának minél hasznosabb eltöltése, a fejlődés beindítása és fenntartása, és annak elérése, hogy szabadulását követően tudjon segítséget kérni addiktív problémáinak kezelésére.

Hivatkozások

A KÖZÖSSÉGI PSZICHIÁTRIA és ADDIKTOLÓGIA MAGYAR KÉZIKÖNYVE szakemberek, felhasználók és hozzátartozók számára Szerzők: Prof. Ian R.H. Falloon és az Integrált pszichiátriai ellátás munkacsoportja. Magyarországi munkatársak: dr. Harangozó Judit, dr. Bodrogi Andrea, Bulyáki Tünde, Szilaj Krisztina, Szepesi László, Molnár Katalin, Kristóf Róbert Ébredések Alapítvány, Budapest, 2006

BODROGI Andrea: Az addikciók viselkedésterápiája. In: MÓROTZ Kenéz, PERCZEL FORINTOS Dóra. (szerk.): Kognitív viselkedésterápia. Budapest: Medicina Kiadó, 2005.

BUDA Béla: Az addikciók pszichoterápiája. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai III. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.

CSÁKI Anikó, MÁRTON Andrea, MÉSZÁROS Mercedes: [A fogva tartott drogfogyasztók főbb jellemzői](#). Börtönügyi szemle. 2010; (29)2: 31–52.

CSÁKI Anikó, Fiáth Titanilla, Fliegaufer Gergely, MÉSZÁROS Mercedes: [Drogprevenció és kezelés a büntetés-végrehajtásban \(szakkönyv\)](#) Bp., 2011. www.valtosav.hu

CSÁKI Anikó, KOVÁCS Klaudia, MÉSZÁROS Mercedes, SPONGA István: [Fogvatartásból szabadult fiatal felnőttek társadalmi \(re\)integrációjának lehetőségei. Kutatási összefoglaló](#). Bp., 2006. www.valtosav.hu / Kutatási összegzés megjelent a Börtönügyi Szemle 2007/1. számában

CSÁKI Anikó, MÁRTON Andrea, MÉSZÁROS Mercedes: Fogvatartott drogfogyasztók jellemzői. Kutatási összefoglaló. Bp., 2009. Kézirat. 201 fő kérdőíves lekérdezése, 30 fővel interjú készítése a Budapesti Fegyház és Börtönben.

DEMETROVICS Zsolt: A drogfüggőség pszichodinamikus megközelítése. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai I. Budapest: Eötvös Kiadó, 2007.

GEREVICH József, MATUSZKA Balázs, MOLNÁR Orsolya: A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai III.. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.

GILLESPIE, Wayne: A Multilevel Model of Drug Abuse Inside Prison. The Prison Journal. 2005; (85)2: 223–246.

HOYER, M.: A nem szerepe az addikciók terápiájában. In: DEMETROVICS, Zs (szerk.): Az addiktológia alapjai III. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.

HOYER Mária: A sóvárgás szerepe az addikcióban: mélylélektani szempontok. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai III. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.

PAKSI Borbála: A magyar társadalom drogérzettsége. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai I. Budapest: Eötvös Kiadó, 2007.

Paksi Borbála, Arnold, P.: Speciális populációk drogérzettsége. In: Demetrovics Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai III.. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.

PAKSI Borbála, ARNOLD Petra: [A jogerősen elítélt fogvatartottak droghasználata](#). Börtönügyi szemle. 2010; (29)1: 1–23.

PERCZEL FORINTOS, D.: A motivációs interjú. In.: MÓROTH Kenéz, PERCZEL FORINTOS Dóra (szerk.) Kognitív viselkedésterápia. Budapest: Medicina Kiadó, 2005.

PROCHASKA James O., NORCROSS John C., DICLEMENTE Carlo C.: Valódi újrakezdés. Budapest: Ursus Libris, 2009.

RÁCZ, J.: A droghasználat megelőzése – prevenciós modellek és programok. In: Demetrovics, Zs (szerk.): Az addiktológia alapjai I. Budapest: Eötvös Kiadó, 2007.

RÁCZ, J.: Konzultáció. In: DEMETROVICS, Zs (szerk.): Az addiktológia alapjai III. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.

SIMS Barbara: Treating the Substance-Addicted Offender: Theory and Practice. In.: SIMS Barbara (ed.) Substance Abuse Treatment with Correctional Clients. New York: The Haworth Press, 2005.

TOPOLÁNSZKY, Á. (2009): A terápiás közösségek új generációi. In: Demetrovics, Zs. szerk. Az addiktológia alapjai III. Budapest, ELTE EÖTVÖS Kiadó. 385–402.

Esettanulmány 3: Szociális munka prostituáltak/szexmunkások körében

Máté Zsolt

Bevezető

Jelen tanulmány az INDIT Közalapítvány a *prostituáltak/szexmunkások* körében végzett segítő tevékenységét mutatja be, oly módon, hogy az olvasó számára ismeretek nyújt ezen magas kockázatú célcsoport főbb problémáiról, valamint a körükben végzett segítő munka jellegzetességeiről, különös tekintettel az elérésre, kezelésbe vonásra és a közösségi együttműködések jelentőségére.

Szervezet rövid bemutatása

Az INDIT Közalapítvány 1997-ben jött létre, főként Dél-Dunántúlon tart fenn, illetve működtet különféle egészségügyi, szociális szolgáltatásokat, intézményeket és munkacsoportokat. Többek között addiktológiai gondozókból, rehabilitációs otthonokból, nappali intézményekből, alacsonyküszöbű és közösségi addiktológiai szolgáltatásokból, prevenciós programokból álló intézményrendszer integráltan működik. A közalapítvány korszerű egészségügyi- és szociális szolgáltatási struktúrája lehetővé teszi a szenvedélybetegségek, valamint a következményes problémák megoldásának komplex kezelését, a különböző szintek és szolgáltatások közötti átjárhatóságot, illetve az egyén igényeire szabott legmegfelelőbb szolgáltatás, illetve szolgáltatási szint lehető legegyszerűbb elérését. A különböző szintű szolgáltatások integrált rendszerben történő működtetése elősegíti a kliens helyzetének folyamatos nyomon követését, illetve biztosítja a rendszeres, közös értékelések, esetmegbeszélések lehetőségét is.

Az első Addiktológiai Alacsonyküszöbű Szolgálat mint szociális ellátás 2005 óta működik a rendszerben, de alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő programok már jóval korábban (pl.: 2004 óta végeznek szociális munkát prostituáltak/szex munkások körében). Jelenleg az INDIT Közalapítvány a régióban összesen 5 db alacsonyküszöbű szolgáltatást tart fenn. Ezek közül egy foglalkozik kifejezetten prostituáltak/ szex munkások körében végzett szociális munkával. A szolgálat egy nagyvárosi szegregátumban bázis intézményben fogadja klienseit, illetve a Pécsi Járás bizonyos útszakaszainál biztosít ún. megkereső programokat. A bázis intézmény egy korábbi munkáskolónia területén működik, amely az 1990-es évekre elszegényedett, szegregálódott, a lakosság jelentős része roma/ cigány származású. A városszéli település részen valamivel több mint ezren élnek többnyire 80-100 éves, 1-2 szintes lakásokban vagy azok mellékhelyiségeiben (mosókonyha).

Prostituáltak/szex munkások körében végzett szociális munka az addiktológiai alacsonyküszöbű szolgálat keretében főként az alábbi összetevőkből áll:

- közterületen, utcán megjelenő prostituáltak megkeresése, szükség esetén egészségügyi és szociális ellátásokhoz juttatásuk elősegítése, szűrővizsgálatokra való irányítás
- tájékoztatás, információnyújtás (információs, felvilágosító szolgáltatások jogi, egészségügyi, szociális és mentálhigiénés kérdésekben)
- ártalomcsökkentő, egészségmegőrző eszközök osztása (pl.: óvszer, fertőtlenítő folyadékok, gélek, kendők, stb.)
- szociális ügyintézés, konzultáció (pszicho-szociális intervenciók)

A célcsoport főbb, általános jellemzői

Tapasztalatok szerint a kábítószer-használat gyakran összefonódik a prostitúcióval, a jelenség – leegyszerűsítve – két fő dimenzióban írható le: egyrészt a kémiai szerhasználó, drogos életút során eljuthat „a drogért szexet” viselkedésig (a saját testét adja fizetségül), másrészt a kezdetben nem drogfogyasztó prostituált/szex munkás a tevékenységhez kötődő pszichés megterhelés, illetve a kezeletlen pszichés zavarok oldása érdekében elkezd drogokat használni, és válik problémás fogyasztóvá vagy függővé. Lőrincz és munkatársai (Lőrincz és mtsai, 1997) szerint a prostitúcióból élők kifejezetten veszélyeztetett csoport, akik a szociális ellátásokat alulinformáltságuk, a tartós munkaviszony hiánya, valamint tevékenységük társadalmi és büntetőjogi megítélése miatt korlátozott mértékben veszik igénybe.

Magyarországon jelenleg az alábbiak szerint lehet kategorizálni a prostitúciót:

I. Rejtettebb prostitúció/szex munka (indorsexwork)

- Luxus prostituáltak/szexmunkások (rendszeres meghatározott ügyfélkörrel rendelkeznek, egyedül dolgoznak);
- Lokálokban, klubokban, éjszakai szórakozóhelyeken dolgozó hoszteszek (Az 1990-es évek végén a délszláv háború miatt nagy számban jelenlévő katonai egységek kivonulásával már kevésbé meghatározó szegmense a prostitúciónak);
- Bérelt lakáson dolgozók és call-girlek (gyakran az Interneten, illetve ügynökségeken keresztül szerzik be az ügyfeleket).

II. Nyílt, közterületi prostitúció/szex munka

- Kamionos lányok: nagyvárosok, illetve határmenti területek autópályáinál dolgoznak. Szinte mindig futtató is van a háttérben;
- Külterületi utcai prostituáltak/ szexmunkások: főként nagyvárosok kivezető útjai, országútjai mellett dolgoznak. Háttérben általában futtató vagy „támogató” (élettárs, közeli hozzátartozó) áll;
- Belterületi utcai prostituáltak/ szexmunkások: főként leromló, szegregálódó településrészen vagy ahhoz közel dolgoznak
 - Fiatal korosztályból, akiket gyakran felügyelnek „támogatók” (élettárs, közeli hozzátartozó), illetve futtató, vagy
 - Idősebb korosztályból, akik sokszor egyedül dolgoznak, kerítő nélkül.

(Máté 2011, 168. p.)

A *nyílt, közterületi prostitúció/ szexmunka* esetében jelentősen nagyobbak a kockázatok: droghasználat, kockázatos szex (védekezés nélkül, drogok hatása alatt, drogokért cserében), kriminalitás és erőszak, a szexmunkások/prostituáltak körében gyakoriak a nemi betegségek és az egyéb fertőző betegségek (HIV, hepatitisz B, C), a mentális zavarok, hajléktalanság. (Lásd jelen tanulmánykötet Rácz József A magas kockázatú csoportok azonosításával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok áttekintése [fejezete](#)).

Sebhelyi Viktória 2012-ben megjelent tanulmányában hangsúlyozza, hogy az utcai prostitúcióban romák / cigányok felülreprezentáltsága szegénység probléma és nem etnikai kérdés, azaz a háttérben az áll, hogy abban a társadalmi rétegben (szegények között), amelyből az utcai prostitúció „merít”, nagyon magas a romák aránya. (Sebhelyi, 2012, 58 p.)

A prostitúcióba sodródás hátterében számos ok húzódik, több rizikótényező együttes hatása érvényesül. Ilyenek lehetnek:

- család rossz anyagi helyzete;
- a családban, illetve a nevelési környezetben tapasztalható szocializációs zavarok;
- súlyos családi diszfunkciók, különösen szenvedélybetegség a családban, illetve - gyakran ezzel is összefüggésben - családon belüli bántalmazás; szélsőséges esetben, szexuális abúzus;
- alacsony iskolai végzettség (közvetetten érvényesül, tájékozatlanság a munkaerőpiacról, munkavállalási ismeretek és készségek hiánya, alapvető jogi és állampolgári ismeretek hiánya stb.),
- serdülőkori erőteljes negatív kortárs-hatások, illetve az életkorra jelmező más jellegzetességek (például függetlenségre, önállóságra való igény, labilis érzelmi élet stb.) (lásd még: Forrai 2004., 20 p.)
- a helyi, illetve szélesebb társadalmi környezetben tapasztalható előítéletesség, egyenlőtlenségek, érték és normarendszerben tapasztalható problémák.

4. A célcsoporttal való együttműködés gyakorlati tapasztalatai

Az INDIT Közalapítvány néhány ártalomcsökkentő szolgáltatása kifejezetten lakossági illetve döntéshozó megkeresés nyomán indult. A régióban egy-egy nagyvárosi leszakadó, elszegényedő településrészen – legalábbis az ott élők számára – látványosan jelentkeztek az addiktológiai problémák (közterületi kémiai szerhasználat, drogszemét megjelenése) valamint ezzel összefüggésben is szabálysértések, kriminalizálódás, a közbiztonság leromlása. Ezek a megkeresések egy bizonyos problémára fókuszáltak (pl.: fiatal drogosok az utcán, akik megzavarják a terület nyugalma) és értelmezésünkben magukban egyfajta partnerségre törekvést is, amennyiben a közösség külső segítségért fordulásaiban bizalmi összetevő is feltételezhető. Ezt követően közösségi szinten vizsgáltuk helyzetet, miközben a lehetőségeinkhez képest igyekeztünk a gyorsan reagálni a felkérésekre. A terepen végzett munka kezdetén javasolt a klasszikus **közösségi szociális munka** elemeinek alkalmazása, a **közösségi szükségletfelmérés**re törekvés. Fontos, hogy az észlelt jelenség és a tervezett beavatkozás alkalmasságának módszeres értékelése történjen meg, ezen megközelítések segítségével kiküszöbölhető a probléma nagyságának és jellegének félreértelmezése.

Esetünkben a szegregálódott területen részönkormányzati képviselőkkel beszéltünk, találkoztunk a *területen dolgozó családgondozóval, védőnővel*²⁷, akiken keresztül már a szegregátumban élő fontos kulcsemberekkel is kapcsolatba léptünk. A településrész magán viselte a gettósódás jeleit: elhanyagolt épületek, közterületek; súlyos jövedelmi nehézségekkel, lakhatási problémákkal küzdő családok; kivonult szolgáltatások (bezárt boltok, megszűnt közösségi ház); kriminalitás; közterületen droghasználat és prostitúció. A közösség tagjaival, kulcsemberekkel, fontos „területi szakértőkkel, adatszolgáltatókkal” folytatott találkozók, konzultációk és terepfelmérés nyomán körvonalazódott, hogy un. **sokproblémás településrészről** van szó, ahol a társadalmi-területi egyenlőtlenségekből, szegénységből fakadóan a problémák csak széleskörű összefogással, a segítő szervezetek és

²⁷ők a területen dolgozó legfontosabb adatszolgáltatóknak tekinthetők

más érintett szereplők (önkormányzat, hatóságok, civil és egyházi szervezetek) együttműködésével kezelhetők.

- lakhatási tanácsadás kezdeményezése, kidolgozásában való részvétel (Ez később kapcsolódott antiszegregációs, teleprehabilitációs intézkedésekhez. Együttműködő partnerek: INDIT Közalapítvány, helyi családsegítő szolgálat, önkormányzat lakás osztálya és egy karitatív munkát végző egyházi szervezet.);
- más segítő szolgálatok bevonása a területi munkába (Üres Tér Egyesület, Emberség Erejével Alapítvány, Kethanipe Egyesület);
- Megkereső programok indítása. A szükségletekhez és a kapacitásokhoz illeszkedő, rugalmas, innovatív szolgáltatás palettával: klasszikus és önállóan megszervezett megkereső munka.

Segítségnyújtás

A segítségnyújtás megtervezéséhez érdemes tisztában lenni azzal is, hogy maga a célcsoport milyen szükségleteket nevez meg, illetve milyen típusú támogatást, segítő szolgáltatást venne igénybe. A 2011 végén végzett kérdőíves felmérésünk szerint a prostitúcióban élő nők az alábbi területeken várnak segítséget:

- jogsegélyszolgálat, 67%;
- munkaügyi képzés, továbbképzés, 61%;
- információ a védett övezetek pontos helyéről, 56%;
- biztonságosabb lakhatás, jobb lakhatási körülmények 50%;
- szűrés, könnyebben hozzáférhető egészségügyi ellátás, 50%;
- türelmi zóna kijelölése, 44%;
- egyéni tanácsadás, segítői beszélgetés (pszichológussal, szociális munkás szakemberekkel), 39%;
- gyermekgondozási támogatások, szolgáltatások, 39%;
- önvédelmi képzés, 33%;
- sorstárssegítés (beszélgetések, szabadidős programok), 33%.

Az INDIT Közalapítvány prostituáltak / szexmunkások körében végzett alacsonyküszöbű programjainak szolgáltatási palettája

I. ALAPTEVÉKENYSÉGEK:

Megkereső munka: közterületeken, utcán megjelenő prostituáltak/ szexmunkások megkeresése, szükség esetén egészségügyi és szociális ellátásokhoz juttatásuk elősegítése, szűrővizsgálatokra való irányítás; információs, felvilágosító szolgáltatások: tájékoztatás, információnyújtás.

Ártalomcsökkentés: a prostitúcióhoz kötődő fizikai és pszichés ártalmak csökkentése, különös tekintettel a biztonságos nemi életre, a nemi úton terjedő betegségek megelőzésére, illetve a nem kívánt terhesség elkerülésére, és a fogamzásgátlás lehetőségeire. Egészségmegőrző segédeszközök osztása (óvszer, tisztálkodási és fertőtlenítő szerek).

Pszichoszociális intervenciók: szociális ügyintézés, konzultáció, krízisintervenció, segítségnyújtás emberkereskedelem áldozatává vált személyeknek

II. KIEGÉSZÍTŐ TEVÉKENYSÉGEK:

Nyitott Bázis Intézmény az un. belterületi utcai prostitúció /szexmunka földrajzi területéhez közel létrehozott pszichoszociális és ártalomcsökkentő szolgáltatásokat nyújtó intézmény, szolgáltató centrum.

A szolgáltatások minimálisan az utcai munka során is nyújtott ártalomcsökkentő és információs, illetve pszichoszociális segítő tevékenységeket tartalmaznak. Ezenkívül rendszeresen szervezünk nevelési készségeket fejlesztő programokat (szülők iskolája).

Egészségügyi szűrések

Jogsegélyszolgálat, jogi tanácsadás

Nemzetközi kitekintés – prostituáltak / szexmunkások segítése Svájcban

Utcai prostitúció évtizedek óta létezik Zürichben. 2012-ra a svájci nagyvárosban tevékenykedő utcai prostituáltak / szexmunkások többsége magyar lett. A helyi szociális munkások beszámolóí szerint ezek a nők jellemzően csak néhány hetet töltenek Zürichben, utána hazatérnek az otthonukba, Magyarországra. 2012-ben az INDIT Közalapítvány munkatársai a Svájci Flora Dora meghívására bekapcsolódtak a helyi utcai szociális programba, hogy nyelvismeretükkel támogassák a segítő munka hatékonyságát. A következőkben Flora Dora megkereső programját vázolom, mint ígéretes gyakorlatot: (Diegmann és mtsai, 2012 7)

Szociális és orvosi szolgáltatások prostituáltak / szex munkásokszámára:

Általános szolgáltatások:

- a szociális munka részvétele a védettzóna-tervezés, lakónegyed-tervezés folyamataiban
- a türelmi zóna és a lakossági igények összeegyeztetése

Megkereső szociális munka

- különböző napszakokban (éjjel, de napközben is)
- sajátos módon a szociális munkások kontrollt, bizonyos mértékben védelmet is jelent a prostitúcióban élő nőknek a klienseik vagy mások túlkapásaival szemben.
- a segítő rendszeres jelenléte segíti, hogy felismerhetőek legyen a változások, amelyek tematizálhatók válnak.

Egy hely a visszahúzódtásra és megpihenésre

- mobil megkereső program keretében a szociális munkások busza hétfőtől-szombatig 21:00 és 01:00 között áll a védett zónában.
- Ez a „mobil találkozóhely” az alábbi szolgáltatásokat nyújtja a prostituáltaknak /szexmunkásoknak: információ és tanácsadás; szóróanyagok a megelőzésről; egészségvédelem és orvosi fogadóóra; pihenési lehetőség; lehetőség az első kapcsolatfelvételre, a bizalom kiépítésére a hivataloktól és a hivatalos szervektől való félelem oldása érdekében; krízisintervenció; védelem a zaklatástól és az erőszaktól; figyelemfelkeltő információk az erőszakos kliensekről.

Tanácsadás és kísérés

- Egyéni igény szerint a prostitúcióban élő nők célzott tanácsadást és kísérést kapnak, lakáskeresés, terhesség, anyagi nehézségek esetén stb.

- Tanácsadáshoz a Flora Dora női tanácsadó szolgálat irodáját lehet használni; a tájékoztatást szolgáló rendezvények esetében pedig nagyobb csoportnak nyújtanak információkat (heti műhelytalálkozók, nyelvtanfolyamok, addiktológiai előadások)

Fertőzésmegelőzés és egészségvédelem

- tájékoztatás a szexuális úton terjedő betegségek kockázatának minimalizálásáról.
- folyamatos és ismételt felvilágosító munka

Sürgősségi és krízisintervenció, az erőszak csökkentése

A prostituáltak/szexmunkások bejelentést tehetnek az erőszakról a mobil tanácsadóhelyen (buszon), ahol segítséget is kaphatnak. (telefonálási lehetőség, kísérés a szexuális erőszak áldozatainak támogatást nyújtó szolgálathoz; rendőrségre; jogi tájékoztatás, tanácsadás)

Orvosi és pszichológiai intervenciók

- elsősegély (buszban kis mennyiségben kötszerek és gyógyszerek állnak rendelkezésre)
- hetente egyszer egy alkalommal orvosi tanácsadás, kezelésbe delegálás
- a Flora Dora bizalom építés és fenntartás révén egyfajta híd az utca és a különféle segítő szolgáltatások között.

A nők közötti szolidaritás erősítése (empowerment)

A busz állandó nyitvatartási idővel áll a prostitúcióban élő nők rendelkezésére, ezzel is támogatják, hogy megismerkedjenek egymással, és hatékonyabb védelmet nyújtsanak egymásnak; a szociális munkások közreműködnek a konfliktusok rendezésében.

(Diegmann és mtsai, 2012, 38-39)

Hálózati munka

A Flora Dora munkatársai rendszeresen együttműködnek más szociális, egészségügyi és jogi intézményekkel és szervezetekkel a prostituáltak / szexmunkások segítése érdekében. Ilyen partner szervezetek többek között: specifikus tájékoztató és preventív ellátási formák, a szociális munkát és a szociális segítséget nyújtó szervezetek, a háziorvosok, a klinikák, a kórházak, valamint a jogi és áldozatsegítői képviselők. A Flora Dora munkatársai más, regionális és országos döntéshozó szervekkel is együttműködnek

(Diegmann és mtsai, 2012 , 47 oldal)

Néhány probléma illetve dilemma a megkereső programok kapcsán

- A prostitúció rendkívül bonyolult jelenség, amelyben számos tényező bizalmatlanság felé hat. Általánosságban a nyílt, közterületi prostitúcióban élők a társadalom peremén elszigetelt, zárt, gyakran átkriminalizált életformát folytatnak, ugyanakkor sokszor családban élnek, gyermekeikről, hozzátartozóikról gondoskodnak. A kriminalizáltság (olyan területen dolgoznak, ahol jogszabály tiltja; nincsenek meg a szükséges egészségügyi igazolásaik; fiatalokként dolgoznak) és a tevékenységet övező társadalmi elutasítottság tovább erősíti a látencia mértékét.
- Gyermekeprostitúció kérdése különösen problematikus. A megkereső programoknak önmagukban nem lehet feladata a gyermekeprostitúció visszaszorítása. A prostitúcióhoz kapcsolódó kizsákmányolás visszaszorítását célzó együttműködési csoportok ugyan létrejönnek, de ezek a finanszírozás hiánya, a szakemberek leterheltsége miatt „elsorvadnak” illetve a megoldást célzó stratégiai lépések elmaradnak. Ezen együttműködések stabilizálása mindenképpen szükséges.
- A prostituáltak / szexmunkások védett övezetekben dolgoznak, számunkra az önkormányzatok nem jelölnék ki a tevékenységre alkalmas ki övezeteket. Emiatt a

tevékenységük egyes területeken súlyos konfliktusokat okozhat a lakossággal. Szintén indokolja a helyi együttműködések, egyeztetések, közös munkacsoportok működtetését. Például hogyan mérsékelhetők a lakosságot érő terhelések akár bizonyos türelmi zónák kijelölésével, ahol a lakossági konfliktusok minimalizálhatók, de joggal várható, hogy a prostituáltak / szexmunkások számára is elfogadható a terület és érdemben képes javítani a helyzetet.

- Térítéses egészségügyi szolgáltatásokat továbbra is nehezebben veszik igénybe. Megfontolandók ezek térítési díjának méltányossági vagy normatív mérséklése, elengedése.
- A mobil telefonok széleskörű elterjedésével az elérésük is nehezebb (pl. a kuncsaftokkal telefonon egyeztetnek). Itt kell megemlíteni, hogy a rejtettebb prostitúció/szex munka (indoorsexwork) területén tevékenykedők még nehezebben érhetők el. Bár bizonyos kockázatok mérsékeltebben lehetnek a nyílt, közterületi prostitúcióhoz képest, de ezek mértékéről rendkívül kevés megbízható információ áll rendelkezésre, így feltételezhető, hogy egészségkárosító kockázataik nekik is igen jelentősek. Az online megkereső programok képesek lehetnek elérni az egyre rejtettebb célcsoportot, azonban ilyen tartalmú projektekre²⁸ nagyon kevés példa van.

5. A célcsoport elérésben meghatározó, javasolt alapvető programok, szolgáltatások:

- megkereső programok²⁹: tervezett szisztematikus előkészítéssel, kapcsolat kialakítással, amelyeket az alábbi szolgáltatásokkal kapcsolunk össze:
- online megkereső programok, szolgáltatások (honlapok, blogok, promóciók, stb.) indítása, üzemeltetése;
- információs, felvilágosító szolgáltatások (szóbeli és írásos mellett multimédiás eszközökkel is);
- a szokásos ártalomcsökkentő eszközök osztása mellett egészségügyi szűrések szervezése;
- pszichoszociális intervenciók: szociális ügyintézés; konzultáció;
- jogsegélyszolgálat;
- ha jelentős számú prostituált / szexmunkás érhető el egy szűkebb földrajzi területen akkor felmerülhet egy bázis intézmény (szolgáltató center) létrehozása, ahol biztosítható Drop in funkció is (melegedő, étkezési, mosási lehetőség, internethasználat stb.);
- szervezhető tematikus csoportos foglalkozások a nőket érdeklő területeken;
- kifejezetten nőknek szóló programok rendezésére is van lehetőség (gyermekgondozási tanácsadás, gyermekruhabörze stb.). A foglalkozások idejére érdemes gyermekfelügyeletet biztosítani, illetve magát az intézményt is „gyermekbarát” módon kialakítani (játszósarok, pelenkázó), ugyanakkor egyes programok biztonsági vagy szervezési okokból éppen a gyermekek belépését korlátozhatják;
- ártalomcsökkentő programok a prostitúció jelenségéhez kötődő problémák (szexuálisbetegség, fertőzések, diszfunkcionális családi működés, kizsákmányolás) visszaszorítása kapcsán együttműködési munkacsoportokat, **ügynevezett prostitúcióügyi egyeztető munkacsoportokat** (PEM) kezdeményezhetnek, illetve

²⁸jelen tanulmány ennek részletezésére nem vállalkozik

²⁹ezek tipizálását lásd megkereső programok mellékletben

részt vehetnek a munkájukban. Ezek intézményesült együttműködési rendszere lehetőséget nyújt a különböző területeken (prevenció, ártalomcsökkentés, áldozatsegítés, reintegráció) tevékenykedő szervezetek munkájának összehangolására, a jelenség befolyásolására vonatkozó stratégiatervezésre, attitűdformálásra, valamint a közös szakpolitikai fellépésre.

A PEM résztvevői, állandó meghívottjai lehetnek:

- emberkereskedelem, párkapcsolati erőszak prevenciójában dolgozó szervezetek;
- prostituáltak / szexmunkások érdekvédelmi szervezetei;
- emberi jogi, esélyegyenlőségi területen tevékenykedő szervezetek;
- alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő programok, prostituáltak körében utcai szociális munkát végző szolgáltatások;
- családok átmeneti otthonai, nők átmeneti otthonai, anyaszállók (amennyiben az utcai prostitúcióban férfiak vagy transzszexuálisok is tevékenykednek a térségben, akkor férfiak átmeneti otthona, menhelye);
- kórházi szociális munkásokat alkalmazó szervezetek, illetve a szülészeti és nőgyógyászati kórházak, klinikák kórházi szociális munkásai;
- az ÁNTSZ Védőnői Szolgálat, valamint a Családvédelmi Szolgálat;
- családsegítő, gyermekjóléti szolgálatok;
- gyermekvédelmi központok, gyermekvédelmi szakszolgálatok;
- a rendőrség bűnmegelőzési osztályának munkatársai;
- városi gyámhatóság.

6. Összegzés, javaslatok

A prostituáltak / szexmunkások egyes csoportjai a társadalom peremén elszigetelt, zárt, gyakran átkriminalizált életformát folytatnak. Annak ellenére, hogy rossz szociális körülmények között élnek, és sokféle, súlyosan pszichés és egészségügyi problémával küzdenek, nem keresnek meg segítséget nyújtó intézményeket, szolgáltatásokat vagy kezelést végző helyeket. A korábban részletezett összetett problémarendszer (például: kémiai, illetve viselkedési függőségek, traumatizáltság, személyiségzavarok) miatt rájuk is igaz Buda Béla – eredetileg szenvedélybetegek kapcsán megfogalmazott érvelése –, hogy szinte felfüggesztődik az énéjlődésük, nemcsak beszűkülnek érdeklődésükben, készségeikben, hanem egy sor alkalmazkodási készséget, kommunikációs módot, a mindennapi élethez szükséges információt sem tanulnak meg (Buda 2001: 221). Ez a körülmény teszi tehát nélkülözhetetlenné a hagyományostól eltérő megkereső, illetve alacsonyküszöbű segítő programokat, amelyek hiányában a prostituáltak egy jelentős hányada nem jut semmiféle segítséghez, miközben ő maga és a környezete is fokozott károsodást tapasztal.

Elsődlegesen javasolt tehát az ún. megkereső programok működtetése, különösen ajánlott az online megkereső programok fejlesztése. Az előzőeken túl a célcsoport elérésben jelentős szerepe van a területi hálózati működéseknek, a valódi partneri együttműködéseknek, a helyi szociálpolitikai, testületeknek, fórumoknak, biztosságoknak, amelyek intézményesült keret biztosítanak a célcsoportot érintő kérdések áttekintésére, elemzésére, a probléma jelenségek gyors érzékelésére és ezekre adott megfelelő, összehangolt reakcióban.

Hivatkozások

Buda Béla, dr.: A megelőzés és az ártalomcsökkentés új perspektívái. In: Fürst–Wenger (szerk.): A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai. NDI. Budapest. 2001., 209–225. o.

D'Cunha, Jean: A prostitúció törvényesítése. In: A prostitúció törvényesítésének problémái. Stockholm, 2002., 46–82. o.

Diegmann, Manuela – Feller, Andrea – Herzig, Michael – Kocher, Ursula – Kurcz, Julia: [Flora Dora: utcai szociális munka prostituáltakkal Zürichben](#) IN: Utcái szociális munka prostitúcióban élő magyar nőkkel Magyarországon és Zürichben. Módszertani Kézikönyv. Sex Educatio Alapítvány, Budapest, 2012., 31-47. o.

Ekberg, Gunilla S.: Nemzetközi vita a prostitúcióról és a nőkereskedelemről: az érvek cáfolata. In: A prostitúció törvényesítésének problémái. Stockholm. 2002, 7–23. o.

Farley, Melissa–Barkan, Howard: [Prostitution, Violence Against Women, and Posttraumatic Stress Disorder](#) IN: The Haworth Press, San Francisco., 1998.

Fehér Lenke, dr.: [Nemzetközi törekvések az emberkereskedelem ellen.](#) In: Kriminológiai Közlemények 55., 1997.

Forrai Judit, dr.–Simka Éva, dr. 1999. Az AIDS-szel kapcsolatos ismeretek és a megelőzés jelentősége a prostituáltak körében. IN:: Fehér Lenke, dr.–Forrai Judit, dr. (szerk.): Prostitúció, Prostitúcióra kényszerítés, Emberkereskedelem. OOK-Press Kft. Nyomda. Budapest. 174–186. o.

Forrai Judit, dr: Ne dőlj be! Emberkereskedelem megelőzése. Középiskolai oktatási program. IOM., Budapest., 2004.

Herman Judit: A traumatizált sértett: a testi és szexuális erőszak hatása. In: Fehér Lenke, dr. (szerk.): Kézikönyv az emberkereskedelemről. IOM., 2004. Budapest.

Johnson – Adler: A megelőzés stratégiái IN: Adler M. W. (szerk.): ABC könyvek AIDS Literatura Medica, Veszprém, 1995 75.

Komáromi Éva: A kodependencia. In: Demetrovics Zsolt, dr.–Kun Bernadett (szerk.): Az addiktológia alapjai IV. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest. 2010., 331–386. o.

Lőrincz Norbert – Pattán László – Sütő Csaba – Tóth József: Az Utcái Szociális munka helye a szociális munkában 1997, kézirat

Lőrincz Norbert (szerk.) [Utcái szociáliskoordinátor- és gondozóképzés. Képzési segédanyag.](#) NSZFI. Budapest, 2009

Lőrincz Norbert: Prostituáltak körében végzett szociális munka. In: Fehér Lenke, dr.–Forrai Judit, dr. (szerk.): Prostitúció. SzCsM-Kiút Veled., Budapest, 1999., 187–201. o.

Lőrincz Norbert: [Szociális munkások az utcán, prostituáltak között.](#) IN: Esély. 1995/1 96–116. o.

Máté Zsolt: Prostituált/szexmunkás emberek segítése IN: Kaló Zsuzsa és Oberth József: Gyermekvállalás és droghasználat MEJKA, Budapest, 2011, 166-187.

Máté Zsolt – Fehér Katalin – Tóth Judit: INDIT közalapítvány: utcai szociális munka prostituáltakkal Pécsen, IN: [Utcai szociális munka prostitúcióban élő magyar nőkkel Magyarországon és Zürichben.](#) Módszertani Kézikönyv. Sex Educatio Alapítvány, Budapest, 2012., 48-62. o.

Neményi Mária: Biológia, avagy kultúra? Termékenységgel kapcsolatos szerepviselkedések a roma nők körében. In: Glatz Ferenc (szerk.): *A cigányok Magyarországon.* MTA. Budapest. 1999, 103–106. o

Sárkány Péter dr.: A prostitúció gazdaságtana. SZEI. doktori értekezés. Győr, 2009.

Sebhelyi Viktória: [Prostitúcióban élő magyar nők keresztmetszeti vizsgálata Magyarországon és Svájcban](#) IN: IRIS 2012 – Szociális szolgáltatások fejlesztése prostitúcióban élő magyar nők részére Magyarországon és Svájcban, Sex Educatio Alapítvány, Budapest, 2012

Esettanulmány 4: Kísérlet a férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak (men who have sex with men - továbbiakban MSM) körében végzett ártalomcsökkentő munka sajátosságainak bemutatására.

Kovács Virág

Bevezetés

Jelen fejezet célja, az MSM - férfiak, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot (men who have sex with men) - sérülékeny magas rizikóviselkedésű csoportnak a bemutatása, a hatékony elérés egy lehetséges módozata, illetve az, hogy milyen ártalomcsökkentő információkat, szolgáltatásokat és eszközöket érdemes a csoport tagjai számára elérhetővé tenni. Ehhez az Alternatíva Alapítvány (Atalap) "*Tesztelés és tanácsadás külső helyszíneken*" című projektelemét hívjuk segítségül, amely a korábbiakban már említés szintjén megjelenő NCTA támogatásból megvalósított "Altalap HIV Program"-ból nőtte ki magát. A szolgáltatás Budapest különböző éjszakai szórakozóhelyein biztosít HIV/szifilisz tanácsadást, vagy tesztelést és tanácsadást. A program nagyjából az esetek felében olyan helyszíneken zajlik, amelyek kifejezetten MSM-ek számára működő szórakozóhelyek. Mielőtt tovább mennénk, nagyon fontos, hogy egyértelművé tegyük, mit is takar valójában az MSM kifejezés. Ugyanis az *MSM-ek*, akik meghatározása a *szexuális gyakorlat alapján* történik, nem feleltethetők meg teljesen a *meleg identitású férfiak társadalmi csoportjával*. Hiszen az, hogy egy férfi kizárólag férfiakkal létesít szexuális kapcsolatot, nem jelenti automatikusan azt, hogy melegként is azonosítja magát. Utóbbi esetben *identitáskategóriáról* beszélhetünk, míg az *MSM egy viselkedéskategóriát* jelöl. (P.Tóth és mtsai, 2017) Lehet, hogy első olvasatra ez nüansznyi különbségnek tűnik, vagy még annak sem. Azonban a gyakorlatban, például egy HIV tesztelés és tanácsadás során, már nagyon nagy jelentősége van annak, hogy miként fogalmazunk. Ugyanis amikor a tanácsadás során a HIV-fertőzés szempontjából kockázatos szexuális tevékenységekről beszélünk homoszexuális kapcsolatok esetén, akkor egy MSM kliens ezeket a tanácsokat nem fogja magára vonatkoztatni, lévén nem tartja magát homoszexuálisnak, tehát érdemes úgy fogalmazni, hogy "*férfiak szexuális aktusa során*" esetleg "*MSM-ek közötti szex alkalmával*". Többek között a fent elírtak magyarázzák az MSM kifejezés utóbbi egy-két évben megfigyelhető térhódítását

Az Altalap bemutatása

Küldetésünk.

Nem célunk megváltani a világot. De hiszünk az emberben, az emberi szabadságban és abban, hogy minden embernek egyenlő joga és méltósága van. Hiszünk az emberi jogok egyetemességében.

Hiszünk a sokszínűségben, a szociális, egészségügyi és lelki biztonsághoz való jogok egyenlőségében.

Hiszünk abban, hogy minden emberi élet ugyanannyit ér és egyformán méltó a segítségre. Hiszünk az objektív információ nélkülözhetetlenségében, a szexedukáció fontosságában, a szex és a droghasználat biztonságossá tételében, és abban, hogy minden embernek ugyanakkora esélyt kell biztosítani arra, hogy megismerhesse HIV státuszát, és tényszerű, személyre szabott tanácsadásban részesüljön.

Hiszünk szaktudásunkban, pragmatizmusunkban, elhivatottságunkban, önmagunkban. A fentiekhez egyrészt ártalomcsökkentő szolgáltatásainkkal és ártalomcsökkentő eszközök biztosításával járulunk hozzá. Másrészt anonim, önkéntes beleegyezésen alapuló, diszkrét, előítélet-mentes, gyors, megbízható HIV tesztelést és tanácsadást végzünk az utcán, bérelt buszban, szórakozóhelyeken, lakásban, irodában, munkahelyen, padon. Mindenhol, ahol lehetőség és igény van rá. Hisszük, hogy a különösen sérülékeny csoportok MSM-ek (men who have sex with men), intravénás szerhasználók, szexmunkások, fogyatékkal élők támogatásával társadalmunk egészének borítunk védőhálót. Hisszük, hogy szolgáltatásainkkal lefektetjük gyermekeink egészséges és boldog jövőjének alapjait. Szervezetünk víziója egy olyan világ, amelyben senki sem fertőződik meg többé HIV vírussal.

Célok, szemlélet, módszerek:

Az Alternatíva Alapítvány (Altalap) célja az ártalomcsökkentést szem előtt tartva, a különböző életkori, életmódbeli kulturális illetve szubkulturális tényezők által befolyásolt magatartási és viselkedési formából eredő károk egészségügyi, társadalmi és gazdasági következményeinek mérséklése, függetlenül attól, hogy az adott egyén változtat-e viselkedésén. Értéksemlegesen, elsősorban a közegészségügyi szempontok mentén, az emberi jogok melletti feltétlen elkötelezettséggel végezzük tevékenységeinket. Kiemelt területet jelent számunkra a HIV/STI betegségekkel kapcsolatos gyorsesztes szűrés és tanácsadás, illetve szintén a HIV/STI betegségekkel kapcsolatos hiteles és valid információkra épülő prevenciók tevékenységek minél szélesebb körű elérhetőségének biztosítása. A társadalom egészén belül hangsúlyosan jelenik meg a különösen sérülékeny csoportok - szexmunkás, szereket intravénásan használó (PWUD) ill. MSM (men who have sex with men) csoportok - tagjainak segítése, akik rizikóviselkedésük okán, magas egészségügyi kockázatoknak vannak kitéve, különösen a HIV/STI fertőzések vonatkozásában. Alapítványunk a következőkben kíván változást elérni: a magyarországi HIV fertőzöttség monitorozásának javulása és a látencia csökkenése, korai kezelésbe kerülés, az AIDS betegek arányának csökkenése, tesztelésben és tanácsadásban résztvevők számának növekedése. Projektjeink kidolgozása során elsődleges szempont, hogy az az elérni kívánt célcsoport igényeire reflektáljon, kliensközpontú, diszkrimináció-, előítélet- és értékítéletmentes, ill. könnyen hozzáférhető legyen és a kidolgozásuk, majd megvalósításuk a célcsoport tagjaival közösen valósuljon meg. Ennek érdekében egyrészt eddigi működésünk során több peert - sorstárs, tapasztalati segítő - vontunk be szervezetünkbe, törekedve arra, hogy ez már a projektek kidolgozásánál megtörténjen. Másrészt szolgáltatásinkat minél inkább az elérni kívánt célcsoport életterébe próbáljuk vinni, a minél könnyebb és egyszerűbb elérés érdekében. Elismerjük és valljuk, hogy a diszkriminációmentes gyakorlat magában foglalja a rasszizmus ellenességet, a homofóbia ellenességet, a koralapú kirekesztés és a nemek szerinti elfogultság elutasítását. A szervezet összes irányelve, eljárása és tevékenysége azt bizonyítja, hogy tudatosan teszünk a diszkriminációmentes gyakorlatok megvalósításáért, minden területen. Minden szolgáltatásunk alacsonyküszöbű program, azaz könnyen, ingyenesen és anonim módon érhető el. Működésünk alapját az Alternatíva Alapítvány Alacsonyküszöbű Szolgálatja biztosítja. A szolgáltatás közvetlen célja a VIII. kerületben élő, vagy ott tartózkodó droghasználók és szexmunkások megkeresése, lakókörnyezetükben való ellátása, a kombinált programelemekkel a droghasználat és egyéb magatartási formák, illetve a szexuális aktivitások ártalmainak csökkentése, amennyiben ez lehetséges, azok megelőzése.

Az alacsonyküszöbű - ártalomcsökkentő ellátás célja a meglévő erőforrások felhasználásával a droghasználat okozta ártalmak (fertőzések, túladagolás, stb.) csökkentése, információk nyújtása, motiváció felkeltése, ill. fenntartása, kezelésbe irányítás, későbbi rehabilitáció megkönnyítése. Mindez összességében eredményezheti a szűkebb környezetükre és a társadalomra háruló – közegészségügyi, szociális, bűnügyi, stb. – terhek mérséklését is. Közvetlen célunk még az intézményi kapcsolattal alig rendelkező kliensek és az ellátórendszer közti híd szerep betöltése, elsődlegesen az információk minél szélesebb körű biztosításával.

Célunk még a minél hatékonyabb klienselérés, amely a szerhasználó kliensek esetében egy feltérképező szakasszal kell, hogy folytatódjon, ugyanis klienseink egyik napról a másikra eltűntek, amely feltételezhetően a kerületi rendőrség "hozzaállásának" és az elérhető steril fecskendők alacsony számának is köszönhető. A fentiekén túl célul tűztük ki, hogy a szexmunkás klienscsoportot minél jobban feltérképezzük és megismerjük, ugyanis az eddigi információink alapján egy olyan célcsoporttal vagyunk kapcsolatban, akikhez más szolgáltató nem jut el. Célunk az is, hogy minél több ártalomcsökkentést szolgáló steril eszközt és valid, tudományos alapokon nyugvó információt juttassunk el célcsoportjaink számára. AZ eddigi tudásunkra és tapasztalatainkra alapozva Szeretnénk akkreditált szakemberképzéseket is megvalósítani.

Az MSM-k, mint egy magas rizikóviselkedésű, rejtőzködő csoport tagjai

Igen nehéz helyzetben vagyunk akkor, ha kemény változók mentén szeretnénk leírni a Magyarországon élő MSM-ek csoportját. Hiszen azt sem tudjuk pontosan megmondani, hogy mennyire tehető a számuk országos szinten. Ugyanis a kérdés nem könnyű. Egyrészt, mert nem nagyon készült átfogó kutatás a célcsoporttal kapcsolatban, illetve módszertanilag is nagyon nehéz már azt meghatározni, hogy ki számít melegnek/MSM-nek. Mert ha azokat számoljuk csak ide, akik magukat melegnek vallják, akkor valószínűleg nem kapunk semmilyen benyomást a helyzetről, hiszen ebben az esetben feltételezhető, hogy a már előbújtak fogják felvállalni szexuális orientációjukat. Azért, hogy továbbléphessünk a következő kérdésre, vegyük elő az ilyen esetekben a szociológia által is alkalmazott ún. ökölszabályt, amely szerint minden társadalomban kb. 4-5%-a az embereknek meleg/leszbikus. Magyarországon nagyjából 4.715.000 férfi él (CIA Factbook), ennek az 5%-a kb. 235.800 fő, tehát az MSM-ek számát ennyire becsülhetjük. Nem tudunk sajnos ennél közelebbit mondani egyelőre. Amennyiben a csoport tagjainak rizikóviselkedését szeretnénk előzetesen feltárni, akkor többek között azt is meg kell meghatározni, hogy a MSM-ek közül mennyien élnek szexmunkából. Erre még nehezebb a válasz: Magyarországon ugyanis nem készült erre vonatkozó vizsgálat. Illetve ismét módszertani nehézségekbe ütközünk, ráadásul a szexmunka nehezen kutatható a mostani körülmények között, és nem nagyon van bátorsága hozzá senkinek. A SZESE szerint (Földi Ági) "nagyon sok" magyar, meleg szexmunkás férfi van, közöttük nagyon sok a cigány, ami külön megnehezíti a helyzetet. Tovább bonyolítja ugyanezt a szegénység és a szerhasználat dimenziója úgyszintén. (Ugyan az átadott információkat kutatási adatokkal nem támasztotta alá.) Egy 2010-es EMIS kutatás szerint a válaszadók 5%-a kínált már szexet pénzért, de ebben benne vannak azok is, akik csak egy-két alkalommal, "kipróbálásiból", "buliból" csinálták. (EMIS, 2010) Egy meglehetősen alapos holland tanulmány (Cheng, L. és mtsai, 2011) felhívja a figyelmet a módszertani nehézségekre és arra is, hogy az internet nem csak biztonságosabbá tette a

szexmunkát férfiaknak és nőknek egyaránt, de még jobban megnehezítette a pontos számok, a piac valós méretének megbecsülését, ill. ártalomcsökkentő szolgáltatásokat nyújtó szervezetek is nehezebben érik el a klienseket, habár a tanulmány írói szerint, nincs is ezen szolgáltatásokra igénye a férfi szexmunkások többségének. Magyarországon is nehezebb elérni az utcai szexmunkásokat, de nálunk ennek nem az az oka, hogy a veszélyes utcáról a biztonságos lakásokban zajlik a munka, hanem a folyamatos rendőri zaklatások eredménye, amelyek hatására az érintettek kénytelenek voltak az utcáról lakásokba menni. Azonban ez a láthatatlanság a szükséges technikai és tárgyi eszközök hiánya, ill. a magyarországi jogszabályok együttesének hatására, az emberkereskedők jártak jól.

Természetesen nem maradunk teljesen adatok nélkül, mert rész kutatások, szakirodalmi áttekintések léteznek, illetve érdemes tanulmányozni a már említett EMIS weboldalát³⁰ is akiknek a koordinációjában jelenleg is zajlik egy nemzetközi felmérés a célcsoportban. Adatgyűjtés szempontjából érdemes még az European HIV Testing Week honlapját³¹ is tanulmányozni, habár itt az évente megrendezésre kerülő európai szintű tesztelési hét eredményeiről lehet olvasni. Jelen tanulmánykötet "Magas kockázatú csoportok hazai helyzetkép" című fejezetében olvashatóak konkrét kutatási adatok, az MSM-ek rizikóviselkedéseivel kapcsolatban. Ezen kutatási adatok összefoglalójának egy része az "Az Alternatíva Alapítvány HIV/STD megelőző és ártalomcsökkentő programja az MSM közösség számára" című, 2015-ben leírt projektterv szakirodalmi áttekintésének és feldolgozásának leírásából származnak.

A projekt kidolgozása MSM sorstársak segítségével történt. A beavatkozások egymásra épülő, de egymással párhuzamosan is működtethető alacsony- és magasküszöbű ellátásokat tartalmazó komplex terv.

Az MSM célcsoport eddigiekben leírt rizikóviselkedései már magyarázzák, hogy miért fontos a minél könnyebben és egyszerűbben elérhető HIV/STI gyorsesztes szűrés és a személyre szabott tanácsadás, illetve a biztonságos szexhez és biztonságos szerhasználatához szükséges eszközök biztosítása a célcsoport számára. Mivel a legnagyobb kockázatot és HIV/STI fertőzések jelentik, ezért minél teljesebb kép érdekében érdemes kicsit közelebbről megnézni a nemzetközi és magyarországi HIV helyzetet és annak társadalmi, politikai szintű kezelését.

A HIV vírus, amely az AIDS betegséget okozza, az egyéb STI-el együtt, egyike a világ legsúlyosabb egészségügyi és fejlesztési kihívásainak. A HIV/AIDS járvány méretét, terjedését és súlyosságát leginkább a HIV-fertőzöttek és nem az AIDS-betegek száma jellemzi.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Nyilatkozata szerint a 2014. év végére már 36,9 millió ember élt HIV-fertőzöttként a világon. A WHO 2014-ben az új HIV-fertőzöttek számát 2 millióra becsüli. A WHO Nyilatkozata alapján eddig 34 millió ember halt meg AIDS-betegséggel összefüggő okok miatt, ebből 1,2 millióan 2014-ben. Az összes fertőzött személyből, 7,1 millió ember nem tudja magáról, hogy pozitív a státusza. Nagy szükség lenne tehát a HIV- tesztelésre, bár 22 millióan nem férnek hozzá a HIV-kezeléshez. Az EU-ban ez az arány 30% körüli, egyes szomszédos országokban azonban akár a 70%-ot is

³⁰ <http://www.emis-project.eu/>)

³¹ <http://www.testingweek.eu/>)

elérheti a pozitív státuszukat nem ismerők aránya. A megkésett diagnózis többnyire megkésett kezelést, rövidebb életkilátásokat és rosszabb életminőséget, valamint a vírus terjedésének veszélyét jelenti.

„Magyarországon az elmúlt öt évben 83%-kal nőtt a bejelentett AIDS-betegek száma, az EU-ban ezzel szemben az AIDS-megbetegedések száma 50%-kal csökkent ugyanebben az időszakban. Az AIDS-betegek számának növekedése mögött az áll, hogy hazánkban a HIV-fertőzöttek előrehaladott stádiumban kerülnek diagnosztizálásra. Az elmúlt 5 évben a megbetegedettek csupán 40%-ánál volt ismert a HIV-pozitivitás ténye az AIDS tünetegyüttes megjelenésekor (Barcsai és mtsai, 2014.) Tehát nagyon jelentős problémával állunk szemben. A HIV-járvány kezelésére fordított összegek mind az Európai Unió szervezetét, mind a tagországokat tekintve folyamatosan csökkentek 2007 és 2015 között. (ECDC, 2015.)

A 2008. körül kialakuló válság nyomán sok helyen bevezetett megszorító intézkedések miatt gyakran romlott az ellátás minősége; eltűntek, összezsugorodtak a felvilágosító, figyelemfelhívó, megelőző programok. Magyarországon hiába jó és megbízható a HIV-fertőzöttek gyógyszeres ellátása, ha a megelőzés területére elkeserítően csekély figyelem és pénz jut.

Az Európai Unió tagországainak adatait nézve feltűnik az is, hogy ezer főre számítva a legkevesebb teszt a közép-európai térségben, azon belül is Magyarországon és Horvátországban készül. (TASZ, 2014) Ám olyan kevés ember megy el évente HIV-tesztre, hogy voltaképpen nem is tudjuk pontosan, hányan lehetnek, akik HIV-vel élnek Magyarországon.

Az elmúlt másfél évtizedben hatalmas változások következtek be a HIV-kezelése és ellátása területén, és ugyanilyen jelentős változásokat figyelhetünk meg a megelőzésben is. Több jelentős méretű kutatás bizonyította, hogy a korán, a fertőzés elején és azonnal kezelésbe kerülő HIV fertőzött jelentősen tovább és jobb egészségben él, mint azok, akik később kezdik el a kezelést. (A. Fauci, 2015.) A kezelt és méréshatár alatti vírusráta mellett élő HIV-fertőzött szexuális úton sem fertőz tovább, mert nincs ehhez kellő mennyiségű szabadon keringő vírus a vérben vagy a nemi váladékaiban. (M., Cohen, 2011. és S. Eshleman, 2011.) Azonban a korai kezelésbe kerülés csak akkor lehetséges, ha a HIV-fertőzött személyt korán kiszűrjük. A rendszeres és könnyen elérhető HIV-tesztelés tehát alapvető fontosságú. A korai és rendszeres tesztelésnek járványügyi jelentősége is van. A UNAIDS, az Egyesült Nemzetek Szövetsége a HIV/AIDS-járvánnyal foglalkozó szervezete azt a célt tűzte a világ országai elé, akik ebben meg is állapodtak, hogy a HIV-járványt 2020-ig az úgynevezett „90-90-90 Cél” szellemében kezeljék. (UNAIDS, 2014.) Ennek értelmében az egy-egy országban élő HIV-fertőzöttek 90%-át kell kiszűrni, ezek 90%-ának kell kezelésben részesülnie, és közülük 90%-nak kell, hogy méréshatár alatt legyen a vírusráta. Ma még a legtöbb országban nagyon messze vagyunk ettől, néhány kivételtől eltekintve (Svájc, Egyesült Királyság vagy Zimbabwe). Ez az ambiciózus cél is csak akkor érhető el, ha rendszeresen és tudatosan keressük meg a kockázati csoportokat, és ha minél meggyőzőbben tudunk érvelni a rendszeres HIV-tesztelés fontossága, sőt elengedhetetlensége mellett.

A tudatmódosító szerek megváltozott használati mintái (J.R.H., ARCHER és mtsai, 2014.) mellett a hagyományos ártalomcsökkentő módszerek már nem eléggé hatékonyak. Ráadásul

itt az ideje, hogy a HIV-teszteléssel kapcsolatos tudatosságot, annak elfogadottságát a lakosság körében általában is növeljük. Hiába a kockázati csoportok alapos ismerete, hiába a nekik szánt, célzott felvilágosítás, ha az általános lakosság körében még mindig előfordulnak fel nem fedezett fertőzések, túl késői diagnózisok. Bár a magyarországi adatok nem eléggé részletezettek ennek megállapításához, más országok statisztikáiból tudjuk, hogy a késői diagnózis, tehát a már előrehaladott állapotban, legyengült immunrendszer mellett felismert HIV-fertőzés vagy akár tünetes AIDS-betegség ijesztően magas arányban fordul elő. (Epinfo, 2015.) Nem lehet elégszer elmondani, hogy a HIV/STI tesztelést és tanácsadást egyszerű nem szabad erkölcsi és morális dimenzióból vizsgálni, attitűdváltásra van szükség, ugyanis a HIV vírus egy módon állítható meg, éspedig akkor, ha mindenki ismeri státuszát, mert nem az a baj, ha valaki HIV-rel élő hanem az, ha nincs róla tudomása. Ennek pedig van egy egyszerű így nagyszerű megoldása, éspedig az, hogy mindenki, aki aktív szexuális életet él, járjon rendszeresen tesztelésre.

Gyakorlati tapasztalatok, azaz a pozitívumok

Az Altalap hihetetlenül szerencsésnek mondhatja magát, hiszen épp csak megfogalmazta, hogy a szexmunkások és intravénás szerhasználók mellett szeretné, megismerni az MSM-szintért máris jelentkezett két MSM önkéntesnek, egyikük évek óta HIV-rel élő, aki megunva a magyarországi egészségügy működését, az orvosok lekezelő hozzáállását Londonban kezelte magát. Mindketten a szintér ismert figurái, un. kapuőrök, ugyanis egyikük egy budapesti meleg szaunát üzemeltet - kettő ilyen hely van Pesten - másikuk pedig partiszervező, többek között az ő érdeme, hogy az un. Maci kultusz, a hozzá kapcsolódó Maci szépségversennyel és partizással megjelent Magyarországon. (Munk V., Bódey J., 2017.) Tőlük egyrészt rengeteg információt, és tudást kaptunk arról, hogy hogyan is működik a budapesti MSM közösség másrészt be is vezettek minket a térbe. Ekkor tartottunk az Altalap HIV Program félidejénél és emeltük be célcsoportként az MSM-eket, volt buszunk, amivel sokkal egyszerűbb volt eljuttatni a szolgáltatásainkat az MSM szórakozóhelyekre, és egyéb belvárosi éjszakai klubokba. Megjelenés, kinézet szempontjából törekedtünk arra, hogy beolvadjunk és ne kitűnjünk, de azért látható legyen, hogy miért vagyunk ott. A helyszínek atmoszférájának a hatása a tesztelés és tanácsadás hangulatát is jelentősen befolyásolja pozitív irányba. Hiszen oldott a hangulat, vidám és nyugodt mindenki, sehol sincs fehér csempe így nem érzik magukat feszélyezve a szolgáltatást igénybe vevők. Tehát nyugodtan oldottan, őszintén zajlik a tanácsadás és a tesztelés is. Azt, hogy szakmailag és módszertanilag jó irányt, jó eszközöket alkalmazunk az bizonyította, hogy egy 20 perces telefonos egyeztetést követően, elmehettünk tesztelni abba a bárba, ahová már 10 éve próbálnak eljutni más szervezetek, akik HIV-tesztelést végeznek MSM-ek számára, de próbálkozásaik eddig még nem jártak sikerrel.

A két MSM peer (sorstárs) megjelenésén túl, egyéb tényezők is lehetővé tették, elindíthassuk a programot. Ezek felsorolásszerűen az alábbiak voltak: ebben az időszakban több alkalommal elérhető volt oklevelet adó HIV Counseling képzés, amely megléte az egyik feltétele annak, hogy valaki nyújthassa ezt a szolgáltatást. Ebben az időben már nagyon jó és harmonikus munkakapcsolatban voltunk Bereczky Tamással, aki Magyarország egyik leghatásosabb HIV aktivistája, nagyon nagy tudással és európai kapcsolati hálóval. Ráadásul tudását örömmel adja át olyanoknak, akik lelkesek és tényleg tenni akarnak azért, hogy javuljon a magyarországi HIV helyzet. Szakmai teamünk is bővült, több MSM, HIV-rel élő,

leállt szerhasználó jelentkezett a csapatba. Talán mi voltunk az első olyan szervezet, ahol HIV-vel élőket is bevontunk tesztelőink és tanácsadóink közé.

Eddigi tapasztalataink alapján pontokba szedve az alábbi lépések szükségesek ahhoz, hogy ártalomcsökkentő szolgáltatásokat tudjunk eljuttatni zárt, rejtőzködő kockázati csoportokhoz:

- peerek, sorstársak bevonása már a tervezés szakaszában
- a sorstársak között mindenképpen legyenek kapuőrök is, akikre a közösség tagjai felnéznek. Ez felgyorsítja a bizalmi kapcsolat kialakulását, illetve jelentősen növeli a program hatékonyságát szükséges minél több információ érdekesség, "belső" szabály megismerése mielőtt szolgáltatnánk, érdemes civilben elmenni pár helyszínre, "buliba" a bevont munkatársakkal, egyrészt azért, hogy legyen személyes tapasztalatunk, másrészt ekkor kiderül, hogy mely kolléga "kompatibilis" a térrel és ki az, aki nagyon kényelmetlenül érzi magát, ezért jobb, ha nem vesz részt a kivitelezésben.
- érdemes fokozatosan, apró lépésekben elvinni a programot a helyszínre. Pl. Van olyan helyszínünk, ahol 1 évig csak tanácsadást végeztünk és óvszert osztogattunk és csak ezt követően kezdtünk el tesztelni is.
- a program stábjában a sorstársak legyenek többségben, azonban az MSM térben nagyon fontos, hogy legyenek nem MSM segítők is, mivel MSM körben van egy olyan városi legenda, hogy minden MSM pletykás - legyünk nyitottak, semlegesek, érdeklődők
- fogadjuk el, hogy pár szabályunkat módosítani, finomítani kell a hatékonyság érdekében
- partnerként kezeljük mind a bevont peereket, mind a klienseket (ugyan ez egy axióma, de nem lehet elégszer leírni) a felsőbbrendűség ezzel a klienskörrel sem működik

Nehézségek

Amennyiben sikerül megtalálni és jó együttműködést kialakítani a bevont peerekkel, ill a szakmai stáb is összeáll, akkor a célcsoporttal való munkának kevés nehézsége van. Egyet viszont kiemelnék, amit érdemes szakmai szupervíziós keretekben is feldolgozni. Ezzel a klienskörrel/célcsoporttal a klasszikus kliens-segítő kapcsolat nem működik. Sokkal közvetlenebb, "barátibb" a viszony. Vannak segítők, szociális munkások akiknek ez a közelség nehézséget okoz és ha ezt nem észleljük, nem foglalkozunk vele, az okozhat problémákat a későbbiekben, főleg a segítő szakmai identitásában. Egy másik nehézség akkor tapasztalható, ha a HIV-vel élő embereknek szeretnénk nem online alapú szolgáltatásokat biztosítani. Ugyanis a társadalmi előítéletek, diszkriminációk hatására egymás előtt sem vállalják fel pozitív státuszukat, így például nem nagyon lehet önszegítő csoportokat működtetni, vagy aktivizmusra, önértékvényesítő tevékenységre ösztönözni a klienseket. A tágabb környezeti tényezőkben is felfedezhetünk olyan nehézséget, amelyek megoldása közel van a lehetetlenhez. Talán a legnehezebben feloldható a tesztelés jogszabályi feltételrendszerében és a gyorsesztes szűrés és tanácsadás Országos Epidemiológiai Központ által kiadott szakmai ajánlás között feszül. "Magyarországon a HIV-szűrővizsgálatok elvégzésének rendjét a 18/2002. (XII. 28.) ESsCsM rendelet szabályozza. E rendelet taglalja mind a kötelező, járványügyi érdekből elvégzett, mind az önkéntes szűrővizsgálatok rendjét. Szintén ebben a rendeletben található azoknak a

laboratóriumoknak a listája, amelyek jogosultak a megerősítő vizsgálatok elvégzésére, ahogy ez a rendelet nevesíti azokat az egészségügyi szolgáltatókat is, akik a megerősítetten HIV-pozitív személyek gondozását, kezelését végezhetik. A 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatásokhoz szükséges szakmai minimumfeltételekről szól. Nem különbözteti meg a laboratóriumi ún. vénás teszteléseket a gyorsesztekkel történő mintavételi eljárásoktól. Holott a teszteléshez és tanácsadáshoz való minél szélesebb körű hozzáférés biztosításának elengedhetetlen kritériuma, hogy egy civil szervezet számára is teljesíthető feltételek vonatkozzanak a gyorsesztekre, ami egyáltalán nem a szolgáltatás minőségének romlását jelenti, pusztán azt, hogy élni lehessen a gyorsesztek által nyújtotta lehetőségekkel, előnyökkel. Ráadásul a gyorsesztes szűrésre és tanácsadásra vonatkozó, az Országos Epidemiológiai Központ által kiadott szakmai ajánlások is ellentmondásban vannak e rendeletben megfogalmazott követelményrendszerrel. Itt kell megemlíteni azt, hogy amennyiben egy szervezet mobil vagy asszertív utcai munka keretei között gyalogos gyorsesztesztelést és tanácsadást akar végezni, és közben meg akar felelni a rendeletek által támasztott minimumfeltételeknek, akkor nehézségekbe ütközik, ugyanis sehonnan nem kap egyértelmű választ arra a kérdésre, pontosan minek is kell megfelelnie. Így ismét dilemmával találja magát szemben: teszteljen és végezzen tanácsadást, vagy várjon a válaszra? Amennyiben felelősségteljesen végzi a munkáját, úgy a választás egyértelmű: tesztelni és mindeközben beletanulni a lobbitevékenységbe, amely nyomán talán idővel csökken a rendeletek és szakmai ajánlások közti feszültség, és az is egyértelművé válik, hogy milyen feltételek mellett végezheti a jogszabályoknak megfelelően tevékenységét. Amíg ez kiderül, addig abban reménykedik, hogy az ellentmondások nem okozzák azt, hogy megbüntetik egy ÁNTSZ ellenőrzés során, mert nem rendelkezik engedéllyel.” (Bereczy T., Kováts V., 2016.) “Ugyan a gyártók elsődlegesen a pontos teszteredmény biztosítása érdekében a gyorseszteket egészségügyi szakemberek általi felhasználásra javasolják, azonban az intravénás szerhasználók számára elérhető alacsonyküszöbű szolgáltatók elsődlegesen a tűcsere programok többnyire nem rendelkeznek egészségügyi személyzettel, ezért javasolt, hogy szerződéses kapcsolatban álljanak olyan egészségügyi szolgáltatóval, aki működési engedéllyel rendelkezik az anonim szűrővizsgálathoz szükséges vérvételhez, valamint az ahhoz kapcsolódó tanácsadáshoz. A 60/2003.(X.20.) ESzCsM rendelet 2. sz. melléklete alapján az egészségügyi szolgáltatóknak joga van tájékoztatást követő beleegyezésen alapuló önkéntes ingyenes anonim szűrővizsgálat elvégeztetésére. Az Országos Epidemiológiai Központ 2006 óta több alkalommal szervezett HIV/HCV tesztelést. Egy előzetes felkészítő tréning után drogambulanciák és tűcsereprogramok munkatársai végezték mind az újbegyés mintavételt, mind a tanácsadást. (Bereczy T., Kováts V., 2016.) „Azok a segítők, akik counselling tanfolyamot végeztek, szenvedélybetegek számára nyújtott szociális alapszolgáltatások (alacsonyküszöbű, nappali és közösségi ellátás), továbbá egészségügyi intézmények által biztosított drogambulancia, drogbeteg gondozó keretében felajánlhatják, és önkéntes beleegyezést követően a tesztek használati útmutatójában leírt óvintézkedések szigorú betartása mellett elvégezhetik a szájúregi mintavételezést vagy az újbegyéből történő vérvételt és kivitelezhetik a gyorseszteket, illetve elvégezhetik a szűrésekhez kapcsolódó tanácsadást. A gyorseszteket végző személyeket fel kell világosítani a szűrővizsgálat során jelentkező expozíciós kockázatokról és az általános megelőzési előírásokról (egyéni védőeszköz használat, fertőző hulladék kezelése stb.)” (Barcsy E., és mtsai, 2014.).

Az Altalap azért, hogy minél inkább megfeleljen az előírásoknak, együttműködési megállapodást kötött egy engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval. Azonban ahhoz, hogy úgynevezett külső helyszíneken végezhesünk tesztelést, az esemény előtt 4-5 nappal úgynevezett tudomásulvételi kérelmet kell küldenie a Kerületi Népegészségügyi Osztálynak. Így kell eljárnia az engedéllyel rendelkező szolgáltatónak is. Az Altalapnál az a rendszer alakult ki, hogy másfél évente elküldjük Budapest összes Népegészségügyi Osztályának a kérelmet, azonban nagyon sokféle választ szoktunk kapni, de nagyon ritka az a válasz, hogy a tudomásulvétel megtörtént. A fentieken túl nehézséget jelent a kórházakkal és egyéb egészségügyi szolgáltatókkal történő hatékony együttműködés kialakítása is. Ennek az okai a kórházi személyzet túlterheltségében keresendők. Nehéz forrásokat rendelni a szolgáltatás finanszírozására. Magyarországon nem különösebben rendelkeznek a HIV/AIDS probléma kezeléséhez pályázati forrást. A külföldi támogatások pedig már kicsit előrébb járnak, és pusztán tesztelésre, tanácsadásra, szükség esetén kezelésbe irányításra nem adnak támogatást, mert az EU-ban már a sorstárs csoportok lobbitevékenysége, a HIV-vel élők által működtetett szolgáltatások támogatás a prioritás. Nagyon nehéz a társintézményekkel is valós, élő együttműködést kialakítani, legyen szó a hatékony információáramlásról vagy a közös érdekérvényesítésről. Az is nehezen értelmezhető, hogy a különböző klienscsoportokkal foglalkozó szervezetek miért nem működnek együtt egy-egy téma mentén. Ha valaki konferenciát szervez HIV-témában, akkor többnyire azon a konferencián vagy csak droghasználókkal foglalkozó szervezetek, vagy csak LGBTQ témákkal foglalkozó szervezetek vannak jelen, pedig a HIV/AIDS kezelésével mindannyian foglalkoznak.

Az Altalap ugyan csak 2 éve tűzte zászlajára a HIV/AIDS témát, amely közös nevezője az összes jelenlegi és tervezett szolgáltatásának, de az a tapasztalatunk, hogy Magyarországra valamiért lassabban érnek el - és ha el is érnek nehezen fogadják be - az EU-s innovációkat, új módszereket és szemléleteket, holott szinte naponta történik egy felfedezés, amely a HIV-járvány megállításához tesz hozzá.

Hivatkozások:

ARCHER, J. R. H. , DARGAM, P. I., LEE, H. M. D., HUDSON, S. & WOOD, D. M.: Trend analysis of anonymised pooled urine from portable street urinals in central London identifies variation in the use of novel psychoactive substances IN: Clinical Toxicology, 52. szám 2014.

BARCSAI E., CSOHÁN Á., DUDÁS M., RUSVAI E., SISKÁ I., TAKÁCS M.,: [Az Országos Epidemiológiai Központ Útmutatója a HIV és HCV gyorsesztek alacsonyküszöbű szolgáltatás, szenvedélybetegek számára nyújtott szociális alapszolgáltatás és drogbeteg ellátó egészségügyi intézmények \(drogambulanciák drogbeteg gondozók\) keretén belül történő alkalmazásáról](#), IN: Epidemiológiai Információs Hetilap 21. évfolyam 2. KÜLÖNSZÁM 2014. július 18.

BERECZKY Tamás, KOVÁTS Virág: [ÚTIKALAUZ HIV és más nemi úton terjedő betegségek teszteléséhez és tanácsadáshoz](#). - Alternatíva Alapítvány 2016 NCTA.

CHENG, Lily, DIE, Leendert de, KROON, Eefje de,: [Just Business? The Unknown World of Male Prostitution in the Netherlands](#) in: Humanity in Action.org, 2011

COHEM M. és mtsai,: [Antiretroviral treatment to prevent the sexual transmission of HIV-1: results from the HPTN 052 multinational randomized controlled ART](#). Sixth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Rome, abstract MOAX0102, 2011.

ESHLEMAN S. és mtsai,: [Analysis of genetic linkage of HIV from couples enrolled in the HPTN 052 study](#). Sixth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Rome, abstract MOAX0103, 2011.

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL/ [European Centre for Disease Prevention and Control: Thematic report: Men who have sex with men. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report](#). Stockholm: ECDC; 2015.

FAUCI, Anthony: [NIAID press announcement and statement. Starting antiretroviral treatment early improves outcomes for HIV-infected individuals, study finds: trial results will likely impact global treatment guidelines](#), (27 May 2015).

MUNK Veronika, BÓDEY János: [Még mértette magát a magyar medve](#) , 2017.05.14. IN: index.hu

ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT: HIV/AIDS - Magyarország 2015. június 30., Epinfo 2015, 22. évfolyam, 35. szám 415-418.

P. TÓTH Tamás, TAKÁCS Judit, MOCSONAKI László: [A stigmatizáció hatásai HIV-vel élő meleg férfiakra Magyarországon](#). ESÉLY: TÁRSADALOM ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI FOLYÓIRAT, 29:(1) pp. 45-71. (2017)

[TASZ: HIV Data in Hungary Reveal Only the Tip of the Iceberg](#), IN: liberties.eu, 2014.

The EMIS Network. EMIS 2010: [The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries](#). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013.

UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 90-90-90: [An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic, UNAIDS / JC2684](#) (English original, October 2014) Copyright © 2014.

MELLÉKLET

GYORS HELYZETFELMÉRÉS ÉS REAGÁLÁS (RAR)– A TÁRSADALMI JELENSÉGEK EGYIK LEHETSÉGES VIZSGÁLATI MÓDSZERE

A RAR MÓDSZER ALKALMAZÁSA A LOKÁLIS DROGHELYZET FELMÉRÉSÉRE SEGÉDANYAG A KÁBÍTÓSZERÜGYI EGYEZETŐ FÓRUMOK SZÁMÁRA

2018.

1. kiadás, 2003

Készítette a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és a Trimbos Intézet (Hollandia) a 2002-2005-ben megvalósult PHARE Twinning projekt (SUPPORT OF THE DEVELOPMENT AND INSTITUTIONALISING OF THE CO-ORDINATION FORA ON DRUG AFFAIRS IN HUNGARY, PHARE Twinning projekt (HU/02/IB/JH/01 HU0205-02)) keretében.

2. javított kiadás, 2018

Készítette a Magyar Addiktológiai Társaság a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság megbízásából.

Előszó a II. javított kiadáshoz

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok több szektor és különféle szakmák együttműködésének koordinálásával válnak a helyi drogpolitika alakítóivá, és vállalnak szerepet a közösségben észlelt vagy rejtetten előforduló drogprobléma és azok közvetlen vagy közvetett negatív hatásainak kezelésében. Ebben a folyamatban a legkritikusabb tényezők az említett feladat ellátását megalapozó tudás, a vonatkozó információk megszerzésének módja, továbbá a kapott adatok, információk megbízhatósága.

A drogprobléma komplexitása önmagában feltételezi, hogy annak részletes feltárása is csak többféle irányból, többféle módszerrel gyűjtött, több forrásból is megerősített információk és adatok segítségével lehetséges. Ahogyan a KEF munkája is minél többféle intézményrendszer összekapcsolódása és együttműködése révén lehet igazán eredményes, úgy a helyzetkép elkészítésére vonatkozó adatgyűjtésre, annak technikájára is ezek az elvek érvényesek.

Ez a közös pont teremti meg a RAR módszer alkalmazásának létjogosultságát a lokális helyzetfeltárás során, különösen is a magas kockázatú, sok esetben rejtett populációk megismerési folyamatában.

A RAR módszer hosszú évek során nyerte el elfogadottságát, és alakult át egy egyszerű adatgyűjtési módszerből egyfajta népegészségügyi eszközzé, mely intervenciós stratégiák alakításához, közösségi alapú intézménystruktúrák fejlesztéséhez, átalakításához és alapvető szakpolitikai döntésekhez nyújt alapot. Ezek a jellemzők teljes mértékben összhangban vannak a KEF küldetésével, és kifejezetten relevánsak a drogproblémák kezelése terén.

A RAR módszer azonban semmiképpen sem kíván az egyébként jellemző, szigorú tudományos kritériumok mentén megvalósított, többnyire kvantitatív típusú kutatások helyébe lépni, azt kiváltani a helyzetfeltárás elvégzése során. Sokkal inkább kiegészítetik egymást bizonyos helyzetekben és körülmények között, melyeket ez a Segédanyag is felvázol. Előfordulhat az is, hogy egyes kérdésfeltevések esetén a kifejezetten a survey típusú felmérések adhatnak adekvát választ, más esetekben pedig a hangsúlyosan kvalitatív RAR módszer lehet az ésszerűbb.

Mégis, összességében fontos lenne, hogy a RAR módszer kitüntetett helyet kapjon a helyi szükséglet-meghatározás területén. A módszer erőssége nem csupán az alkalmazott technikák sokrétűségében keresendő, mint az kifejtésre kerül majd e könyvben, hanem abban is, hogy képes arra, hogy nagyfokú elköteleződést alakítson ki a RAR kutatásban résztvevő helyi szereplők, így a különféle intézményi képviselők szakemberei körében az által, hogy az adatgyűjtésnek, az adatértelmezésnek, és azon alapulva a szükséges intervenciók azonosításának, illetve azok értelzésének az aktív résztvevőivé válnak. Ez az elköteleződés nagyban javíthatja a helyi cselekvési tervek, az annak keretében megfogalmazott beavatkozások megvalósításának hatékonyságát is.

A RAR technika elsajátítása továbbképzés keretén belül, viszonylag rövid idő alatt lehetséges, mely nemcsak a kutatási technika tudásanyagának a megszerzésében segít, hanem elindítja a közös gondolkodást, párbeszédet a résztvevő felek között arra vonatkozóan, hogy mit is tudunk a saját környezetünkről, és hogyan tudnánk még jobban megismerni az olyan

ismereteket gyűjtve, melyek a mindennapi praktikum szintjén operálva konkrét, azonnali cselekvésre készítetnek.

Ez a közös gondolkodás az, ami a RAR-csapatok munkájának sikerét megalapozhatja, és segít abban, hogy a gyűjtött információk a lehető legjobban hasznosuljanak, és a helyi közösségben új, fejlesztő célzatú, innovatív, a valós szükségletekre reflektáló beavatkozások valósulhassanak meg az Önkormányzat, valamint a munka során kialakított szövetségek, hálózatok támogatásával.

1. Általános bevezetés

1.1 A RAR létrejöttének okai

A 90-es évek vége felé igény mutatkozott arra, hogy a hagyományos tudományos kutatási módszereket más alternatívák váltsák ki, mivel az előbbiek túlságosan költségesnek és időigényesnek bizonyultak ahhoz, hogy a dinamikusan változó népegészségügyi problémák felmérésére és az azokkal kapcsolatos válaszlépések megfogalmazására használják őket. Különösen igaz volt ez az illegális anyagok használata és a HIV-prevenció területén, ahol számos kísérletet tettek arra, hogy új felmérési és válaszlépési-modelleket fejlesszenek ki. A hagyományos tudományos kutatáshoz szükséges anyagi eszközöket gyakran nehéz előteremteni. Számos népegészségügyi probléma jóval gyorsabb válaszlépést igényel, mint amit a hagyományos tudományos kutatás általában lehetővé tesz. A droghasználat különböző új tendenciái igen hamar ki tudnak alakulni. Ugyanez vonatkozik a HIV-járványok helyi vagy regionális elterjedésére a szerhasználók körében. A fejlődő és az átalakulást élő országokban készült esettanulmányok is aláhúzták a gyorsabb és olcsóbb kutatás és az azonnali válaszlépések szükségességét. Ez vezetett az úgynevezett gyorsfelmérő megközelítések (Rapid Assessment) kifejlesztéséhez. Ennek a megközelítésnek a lényege megtalálható a RAR kézikönyvekben, amelyet a Centre for Research on Drugs and Health Behaviour at the University of London for WHO and UNAIDS (Stimson et al. 1998a/b/c and Rhodes et al. 2000) adott ki.

Ezt a megközelítést 1997 óta sok helyen tesztelték a fejlődő és átmeneti országokban a világ legkülönbözőbb tájain. A tesztelést olyan implementációs stratégiák felhasználásával végezték, mint – többek között – a tréning és tanácsadás, ezzel támogatva a felmérési és az ezt követő intervenciók eszközök bevezetését a RAR Guide egy nyers változatának felhasználásával. (Burrows 2000, Trautmann and Burrows 2000). A terepen végzett kipróbálások eredményei alapján azután a RAR útmutatót a terepen mutatkozó igényeknek megfelelően módosították.

A RAR és más hasonló eszközök használata során szerzett, általában pozitív tapasztalatok nyomán az európai országokban is különféle problémás területeken használtak gyorsfelméréseket. RAR-típusú gyorsfelmérések segítségével gyűjtenek információt a különféle testreszabott egészségügyi beavatkozások megtervezésére, csakúgy, mint az egészséggel kapcsolatos és szociális problémák területén a megfelelő intervencióhoz szükséges döntéshozatal elősegítésére.

1.2. A helyi droghelyzet felmérése a RAR módszer segítségével. Segédeszköz a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok RAR munkájához

A KEF-ek (Kábítószer Egyeztető Fórumok) munkatervében – adott időközönként – mindenhol legfontosabb teendőként szerepel egy aktuális „helyzetkép” elkészítése, amelyet különböző kifejezésekkel jelölnek meg (drogtérkép, drog-érintettség vizsgálat, a drogok elterjedésének és használatának feltérképezése, szükséglet-meghatározás stb.). A helyi droghelyzet feltérképezése nélkül a feladatok kijelölése mindössze hipotéziseken alapulhat, s ez előrevetíti a későbbi beavatkozások alacsony hatásfokát. A helyzetfelmérést a KEF-ek leggyakrabban a „survey” technika (kérdőíves adatfelvétel + számítógépes adatfeldolgozás) alkalmazásával végzik; még azokban a városokban is, ahol a vizsgálathoz szükséges erőforrások esetleg nem állnak rendelkezésre. Ennek következtében gyakran találkozhatunk olyan vizsgálatokkal, amelyek nem felelnek meg a tudományosság kritériumainak, s az esetek többségében a tapasztalatok nem mennek túl azon, hogy a fiatalok egy szűk csoportjában egyszerű életprevalencia értéket mérnek, melyek nem adnak választ a legfontosabb kérdésekre. Ezért már évekkel ezelőtt megfogalmazódott az általános igény egy olyan vizsgálati technika iránt, amely kiegészítené a survey technikát és egyben a többletinformáció megszerzésének esélyét is kínálná.

Így lett 2003-ban a Magyarországon megvalósított PHARE Twinning program egyik eleme a más országokban már sikeresen vizsgázott RAR módszer kísérleti alkalmazása a KEF-ek körében, majd az egyes munkafolyamatok értékelését követően annak adaptálása a hazai viszonyokra. A kipróbálás folyamatában három település vett részt, emiatt minden itt nyert aprónak tűnő tapasztalatnak nagy jelentősége van.

A RAR egyik fontos jellemzője, hogy több különböző adatforrást és módszert használ annak érdekében, hogy rövid idő alatt megbízható választ adjon kérdéseinkre. A RAR abban segít, hogy egy bizonyos jelenséget vagy problémát feltárjunk és megértsünk, nem pedig abban, hogy számszerűsíthető tényeket szögezzünk le azzal kapcsolatban. Segít abban, hogy mérlegeljünk a kapott információk megbízhatóságát. A RAR-nak kulcsfontosságú eleme, hogy az információt több forrás összevetése révén ellenőrizzük. Az így kapott információból hipotéziseket alkothatunk a vizsgált tárgyra vonatkozóan. Ezeket a hipotéziseket aztán újabb ellenőrzésnek vetjük alá. Ez jelzi, mennyire fontos, hogy nagyszámú és a legkülönbözőbb társadalmi környezetből származó emberrel létesítsünk kapcsolatot a munkafolyamat során.

A RAR célja inkább a praktikum, mint a tudományos mércével mérhető pontosság. A megelőzés, egészségfejlesztés területén végrehajtandó megfelelő intervenciókhoz nem szükséges mindig tudnunk, hogy egészen pontosan hány főt érint a szóban forgó egészségveszélyeztető magatartás. Elegendő azt tudnunk, hogy ez a viselkedés megfelelően nagyszámú embert érint. A különböző forrásból származó adatok ütköztetése révén a RAR lehetővé teszi, hogy megbízható információt nyerjünk az egyes kockázatos magatartásformák előfordulására és természetére vonatkozóan.

A RAR-t olyan esetekben használjuk, amikor a cél nem valamely öncélú tudás, hanem olyan ismeret megszerzése, amely gyors válaszlépést tesz lehetővé. A RAR kulcsfontosságú eleme az intervenciókhoz fűződő szoros kapcsolat és a pragmatizmus.

2. Alkalmazható technikák a RAR-ban

A RAR elemeit tekintve nem új módszer. Mint megközelítés azonban meglehetősen frissnek volt tekinthető, bár hasonló próbálkozásokkal már az elmúlt század húszas éveiben is találkozhattunk. Különbő komponensekből áll össze, mint az interjúk, a megfigyelés, a fókuszcsoporthoz és a becslési technikák és a különböző megfigyelési adatok gyűjtése. A tudományos igényű empirikus kutatás és a RAR között az a fő különbség, hogy az utóbbi pragmatikus szempontból közelít, gyakorlatias és inkább törekszik célszerűsége, mint tudományosan megbízhatónak mondható eredményre.

Stimson, Fitch és Rhodes (Stimson et al 1998.) a következő módszereket illetve lépéseket építette be a RAR megközelítésébe:

- már meglévő adatok és más információs anyag gyűjtése
- a vizsgálatba bevontak kiválasztása
- interjúk
- adatgyűjtési technikák:
 - o fókuszcsoporthoz
 - o megfigyelés
 - o becslési technikák.

Ezekkel a technikákkal a későbbiekben részletesen is foglalkozunk, most csak vázlatosan írjuk le alkalmazásukat.

2.1 Adatok és más információs anyag gyűjtése

A RAR folyamat első lépése, hogy áttekintjük a vizsgálat szempontjából lényeges és már rendelkezésre álló információkat. A már rendelkezésre álló információba beletartozhatnak korábbi kutatási jelentések, az egészségügyi, ezen belül a különböző intézmények által készített jelentések, valamint a nyomtatott és elektronikus sajtóban megjelenő hírek. A meglévő információk áttekintése segít figyelemmel kísérni az idővel bekövetkező változásokat, meghatározni a tendenciákat. Végül pedig hasznos háttér-információt nyerhetünk arról, hogy mennyire torzítanak vagy megbízhatók az eredmények, amiket nyertünk.

2.2 A vizsgálatba bevontak kiválasztása

A kulcsszemélyek kiválasztása – mint legfontosabb informátorok – az egész vizsgálat egyik legfontosabb eseménye. Ők azok, akik pozíciójuknál fogva személyes tapasztalatukat meghaladó tudással rendelkeznek az adott jelenséggel összefüggésben. Lehetséges, hogy az ilyen személyek többet tudnak mondani a vizsgálandó célcsoport fellelhetőségéről és hollétéről, megkönnyítve ezzel azok elérését. A célcsoporthoz való közvetlen hozzáférés nélkülözhetetlen ahhoz, hogy érvényes információt gyűjtsünk a minket érdeklő kérdéssel. A kulcsszemélyektől származó információ alapján elkezdhetünk kapcsolatokat építeni olyan helyeken, ahol a megcélzott csoportok fellelhetők.

Az így módon gyűjtött információ az alapja a célcsoport feltérképezésének, azaz annak, hogy szemléletes formában elrendezzük a célcsoportról rendelkezésünkre álló információt. A feltérképezés hasznos eszköz arra, hogy azonosítsuk azokat a lehetséges pontokat, ahol beléphetünk és hozzáférhetünk a célcsoporthoz.

Mivel a RAR során általában nem nyílik mód arra, hogy az adott populációban valamennyi esetet tanulmányozzuk, szükségünk lehet arra, hogy a tanulmányozott populációból mintát válasszunk valamilyen szisztéma szerint. Erre több módszer kínálkozik:

- *A véletlenszerű mintavétel* során a populáció minden egyes tagjának egyenlő esélye van a mintába bekerülni. Esetünkben inkább kényelmi, vagy hozzáférhetőségi mintavétel történhet. Ennek alkalmazásakor valójában nem történik más, mint hogy tapasztalatainkat az összes olyan esetre alapozzuk, amihez hozzáférünk. Lehetséges, hogy egyes eseteket egyszerűen azért kell beválasztanunk, mert hozzáférhetővé váltak, míg mások kimaradnak elérhetetlenségük miatt.
- *Hálózat-minták* (más néven *hólabda-minták* vagy *lánc-követés*) esetén a kutató egy olyan személlyel lép kontaktusba, aki kapcsolatban áll az érdeklődés tárgyát képező populáció más tagjaival. Ez a személy bemutatja a kutatót a populáció több más tagjainak. Ezekkel a személyekkel általában interjút készítünk, de meg is figyelhetjük őket, vagy meghívhatjuk fókuszcsoportos találkozóra. Az érintett személyek bemutatják a kutatót a populáció más tagjainak is. Ez mindaddig folytatódik, amíg már nem lehet újabb mintaszeméllyel kapcsolatba lépni, vagy elértük a telítődési pontot. Ez a módszer a nehezen elérhető – például stigmatizált viselkedéssel jellemezhető – populáció esetében alkalmazható
- *Kvóta-mintákat* (eltérő ismérvekkel, tulajdonságokkal jellemezhető csoportok részvételének következetes biztosítása a mintában) használunk akkor, ha különböző, elméleti szempontból fontos kategóriákat különböztethetünk meg. Ennek a folyamatnak része a kategóriák meghatározása, majd annak eldöntése, hogy az egyes kategóriákból vagy kvótákból hány személlyel kell kapcsolatba lépni. A módszer hátránya az, hogy a pontos mintaválasztáshoz matematikai statisztikai ismeretekre van szükség, olyan szakemberre, aki meg tudja határozni a populáció heterogenitása alapján a kvóták kiválasztásának arányait és a kvóták képzésének szabályait.

2.3 Adatgyűjtési technikák

2.3.1 Interjúk

Alkalmazhatunk egyéni és csoportos, valamint egy más szempontból csoportosítva strukturált és strukturálatlan interjúkat. Alkalmazhatunk kérdőíves adatfelvételt és hangrögzítő segítségével felvett beszélgetéseket.

A strukturálatlan – vagy legtöbbször félig strukturált – interjúk részben nyitott kérdések alkalmazásával készülnek, és arra szolgálnak, hogy feltárjunk egy jelenséget, és minél többet megtudjunk annak természetéről. A válaszolót nem korlátozzuk, és válaszait nem előre rögzített kategóriák mentén fogalmazza meg. A strukturálatlan interjúk készítését követően már elegendő információval rendelkezünk ahhoz, hogy további kérdéseinket konkrétan tegyük fel. Ilyenkor már zárt kérdéseket használunk, amelyekre előre meghatározott válaszlehetőségek adhatók. Ezek célja, hogy ellenőrizhessük, és ez által megerősítést nyerjünk feltételezéseinkre vagy a RAR korábbi fázisaiban gyűjtött információkra.

Interjút készíthetünk egyénnel vagy csoportokkal. Az előbbi forma alkalmasabb arra, hogy érzékeny kérdésekről lényegesebb információt nyerjünk.

2.3.2 Fókuszcsoportok

A fókuszcsoport esetében az általunk feltett kérdésekre konkrét válaszokat várunk, a csoporttagok között interakciót próbálunk létesíteni, egyes kérdések esetében törekszünk arra, hogy valamilyen fajta egyetértés alakuljon ki a részt vevők között. A fókuszcsoportnak nem kritériuma, hogy véleményazonosság alakuljon ki a részt vevők között. A résztvevőket válogathatjuk közös tapasztalataik és hasonló hátterük alapján, vagy éppen eltérő társadalmi helyzetük és nézőpontjuk alapján is. Mindkét esetben pozíciójuk, egyedi szakértelmük és feltehetően tényszerű ismereteik alapján választjuk ki őket. Valószínű, hogy gyakran ezek a személyek lesznek a kulcs informátoraink, információforrásaink is, azaz olyan személyek, akik ismereteik alapján nagyobb rálátással rendelkeznek a vizsgálandó jelenségre.

A fókuszcsoport igen jól használható arra, hogy gyorsan nyújtson nagy mennyiségű információt, azonosítsa és feltárja a hiedelmeket, attitűdöket és vélekedéseket. Az ilyen csoportos ülések hasznos eszközök a hipotézisalkotásban, utóbb az információ ellenőrzésében és abban, hogy magyarázatot nyújtsanak ellentmondásos információ esetén. Komoly hátrányuk, hogy kevesebb irányítással rendelkezünk ebben a helyzetben, mint az egyszerű interjúk esetén; továbbá, hogy az adatok nem árulkodnak arról, mennyire elterjedtek a szóba került hiedelmek és viselkedések, továbbá a csoportban könnyen fölénybe kerülhet egy-két személy, aki aztán befolyásolja a többiek véleményét.

2.3.3 Megfigyelés

Az interjúhoz hasonlóan a megfigyelés is lehet strukturált vagy strukturálatlan. A strukturálatlan megfigyelés a RAR kezdeti fázisában hasznos, amikor háttéradatokat gyűjtünk azokról a helyekről, ahol a célcsoport egymással találkozik, és a megfigyelés révén a csoport viselkedéséről többet kívánunk megtudni. A megfigyeléssel gyűjtött információt aztán téma szerint osztályozhatjuk és rögzíthetjük. A megfigyelés különösen hasznos, amennyiben személyes tapasztalatokat szerzünk olyan viselkedésformákról, amelyekről korábban nem volt tudomásunk, vagy csak feltételezéseink voltak.

A strukturált megfigyelést akkor használjuk, ha már eldöntöttük, mi a legfontosabb az adott vizsgálat számára. A megfigyelés során egy előre meghatározott útmutatót követünk, amely világosan leírja, mit kell megfigyelni. Jó példa erre egy iskolai tanóra megfigyelése. Ekkor egységesített adatlapon, bizonyos gyakorisággal rögzítjük az órán történeteket, a tanár és a tanulók reakcióit.

2.3.4 Becslési technikák

Ide sorolhatjuk az esetszámlálást, a szorzásos technikát és az újra-befogásos technikát (capture-recapture). Az esetszámlálás kivételével (amely valóban nem több mint az esetek megszámlálása), a becslési technikák a már meglevő – de korlátozott számú - adatokból következtetnek egy bizonyos jelenség elterjedtségére. A becslési technika korlátozottan alkalmazható a különféle tárgyú RAR vizsgálatok során.

3. A RAR módszer általános jellemzői

Amikor megfontoljuk, vajon a RAR-e az a módszer, amellyel a céljainknak megfelelő információt gyűjthetünk, néhány dologgal tisztában kell lennünk.

3.1 Gyorsaság

A RAR egyik erőssége az időtakarékoság. Gyors és megfelelő válaszlépéseket, illetve beavatkozást tesz lehetővé egy-egy probléma esetén. A RAR módszerrel gyorsabban juthatunk információhoz, mint a hagyományos, kvantitatív adatgyűjtés révén. Ez különösen jelentős olyan esetekben, amikor nem áll rendelkezésünkre hosszú idő arra, hogy a kutatási eredményeket megvárjuk (például egy járvány robbanásszerű terjedése esetén). A gyorsaság akkor is nélkülözhetetlen, amikor gyorsan változó jelenségekkel van dolgunk (mint pl. a droghasználati tendenciák), vagy ha rendszeresen változó populációkkal kell dolgoznunk. A magas módszertani kívánalmaknak eleget tévő kvantitatív módszereket alkalmazó kutatások ilyenkor túlságosan időigényesek lennének, és amikor a kutatási eredmények hozzáférhetővé válnak, azok már elavultak is lehetnek. Már nem a valós helyzetet tükrözik, a szükséges válaszlépések pedig elkéstek.

3.2 Költséghatékonyság

A magas módszertani kívánalmaknak eleget tévő kvantitatív módszereket alkalmazó kutatásokkal összehasonlítva a RAR általában kevésbé költséges, nem igényel sok szakértőt, kérdezőbiztost, matematikust, társadalomkutatót és elemzési kapacitást. A módszer pragmatikusságának köszönhetően a befektetett munkához viszonyítva mégis viszonylag nagy mennyiségű információt eredményez. Ugyan a vizsgálatban résztvevőknek jártasnak kell lenniük az alkalmazott módszerekben, de a munkacsoport tagjait viszonylag rövid képzéssel alkalmassá lehet tenni a munka elvégzésére. A csapat vezetőjének, a munka irányítójának azonban feltétlenül társadalomkutatási gyakorlattal kell rendelkeznie, a matematikai statisztika, az alkalmazott tudományos módszerek ismerete nélkül a nyert információk megbízhatósága jelentősen sérül.

3.3 A helyzetfelmérések előnye és ciklikussága

A fent vázlatosan leírt információgyűjtési módszer – amelynek részei a különböző környezetből érkező kulcsszemélyek bevonása, majd a célcsoporttal való kapcsolatfelvétel – előfeltételezi a terepen való közvetlen jelenlétet. E közvetlen részvétel révén személyes kapcsolatok egész hálózata alakul ki, amely nem csupán az információgyűjtés szempontjából értékes, hanem a helyzetnek megfelelő intervencióval kapcsolatban is ébreszthet gondolatokat, továbbá az intervenciók kialakításához is indító lépésként szolgál. A RAR helyzetfelmérési eleme feltételezi a közösséggel fenntartott közvetlen kapcsolatot, amely növeli az intervenció hatékonyságát. Ha pusztán a felmérési folyamatra szorítkoznánk, ez azt jelentené, hogy nem használunk ki minden lehetőséget, amelyet az érintett hálózat kínál az intervencióra.

Amint már jeleztük, a RAR alkalmazása egy-egy probléma mélyebb megértését teszi lehetővé, mélyebb bepillantást enged a jelenségek természetébe. A RAR nem pontosan megfogalmazott hipotézisekkel dolgozik, azaz csak a vizsgálat során nyert megállapításokat ellenőrzi zárt kérdésekre adott válaszokkal. A RAR-folyamatnak igen fontos eleme az, hogy megismeri az ügyben szereplő személyek eltérő nézeteit, érdekeit és ítéleteit.

A RAR vizsgálatnak nem a tapasztalatokat, eredményeket összegző kutatási jelentés a végcélja, hanem a helyzet ismeretéből következően a szükséges beavatkozás módjának a megválasztása. Ráadásul folyamatosan ellenőriznünk kell azt, hogy vajon intervencióink még mindig megfelelnek-e azoknak a problémáknak és igényeknek, amelyeken javítani szándékoznak. Az intervenciók kialakításának és végrehajtásának figyelemmel követése és értékelése egy helyzetfelmérésből és válaszlépésekből összeálló ciklikus folyamathoz vezet. Ennek fő lépései a következők:

- a helyzet gyors kiértékelése
- döntés arról, hogy milyen típusú intervenció szükséges
- az intervenciók kivitelezése
- az intervenciók kiértékelése
- a kívánt és az elért változások összevetése
- az intervenciók esetleges módosítása vagy
- újak kifejlesztése.
-

4. A RAR és/vagy módszertani igényességgel kivitelezett kvantitatív kutatások

A RAR olyan információszerzési módszer, amely bizonyos jelenségekről ugyan számokkal szolgál, de ezeket nem lehet „kemény”, tudományosan igazolt adatoknak tekinteni. A RAR eredményeképpen egy társadalmi jelenségről benyomásokat, képet kapunk, de nem olyan tudást, amelyet teszteltek az empirikus tudományok valamennyi rendelkezésre álló módszerével. A vizsgálandó vagy megoldandó probléma és a tervünkben szereplő konkrét célok függvényében kell eldöntenünk, hogy mi a megfelelőbb a számunkra: a RAR vagy a tudományos kutatás. Ha a droghasználók között például HIV-járvány tör ki, akkor nem csupán a gyors válaszlépés szükségessége miatt, de más okokból is a RAR a megfelelő válasz. Ilyenkor nincs lehetőségünk arra, hogy megfelelő elemszámú és reprezentatív mintát válasszunk, amely az empirikus epidemiológiai kutatás alapkövetelménye. Az intravénás droghasználók populációjáról nem állnak rendelkezésre megbízható adatok, ráadásul a szerhasználat törvényekbe ütköző, esetenkénti büntethetősége miatt a vizsgálni kívánt populáció rejtett.

Mintavételi problémával nézünk szembe akkor is, amikor érvényes információt próbálunk gyűjteni például a politikai menedékjogért folyamodók és a menekültek között tapasztalható kábítószer-használatról. Különböző okok miatt az epidemiológiai kutatás szokásos módszertana (pl. a célpopulációból reprezentatív mintaválasztással készített interjúk) nem alkalmazható. Ebben az esetben sem lehet reprezentatív mintát kialakítani a politikai menedékjogért folyamodók és a menekültek közül, mivel a populáció teljes méretéről nem rendelkezünk konkrét információval. Ráadásul arra is számíthatunk, hogy a válaszadók a lehetséges szankcióktól tartva nem adnak őszinte válaszokat szerhasználatra vonatkozóan. Az ilyen jellegű helyzetekben a RAR módszer alkalmazásával lehetővé válik az, hogy a kutató hozzáférjen a célpopulációhoz és megfogalmazhassa a problémát, annak kiterjedésére és természetére vonatkozóan alapvető információt gyűjtsön. Nem szükséges tudnunk a különféle szereket használók pontos számát és összetételét (nem, kor, szociális, kulturális és gazdasági jellemzők alapján). Ugyanakkor nem lenne felelősségteljes vagy logikus lépés addig várni a preventív lépésekkel, amíg pontos információra nem teszünk szert. A megfelelő preventív intervenció kialakításához elegendő a megbízható becslés a konkrét probléma mértékére vonatkozóan, valamint a probléma természetével és a célcsoport jellegével kapcsolatos ellenőrzött információ. Ezért és ezekben az esetekben hasznos és megfelelő módszer a RAR.

Végül pedig a gyors állapotfelmérések és az empirikus kutatások még gyümölcsöző módon össze is kapcsolhatók. A gyorsértékelést hatékonyan használhatjuk fel újabb kutatások hipotézisének megfogalmazásához.

5. A RAR módszer alkalmazhatóságának területei

A RAR módszert különböző szakterületeken, különböző módokon, más-más célokra használhatjuk, alkalmazása nem korlátozódik az egészségügyi és szociális terület jelenségeire. Hasonló módszereket használnak például a reklámok esetében a termékekkel megcélozható csoportok azonosításához és a szükséges reklámhatás eléréséhez a reklámok helyének, nyelvezetének, stílusának megválasztásához.

Amikor egy intervenciót valósítunk meg, a RAR-t a folyamat kiértékelésére ugyanúgy használhatjuk, mint a projekt megvalósításának végigkövetésére és elemzésére. Segítségével megállapíthatjuk, szükség van-e bizonyos részcélok módosítására, más csoportok vagy más beavatkozások alkalmazására. Arra is jó, hogy meg tudjunk ragadni olyan változásokat, amelyek néha egyszerűen az idő múlásával bekövetkeznek anélkül, hogy a résztvevők ezt észrevennék. A figyelemmel követés kiterjedhet az intervenciónkra adott lépések kiváltotta hatás regisztrálására, például a partnerszervezetek, a döntéshozók, a nyilvánosság és a média körében. Végül pedig a RAR-t használhatjuk a beavatkozással elért hatás kiértékelésére. Tájékoztatással szolgálhat egy-egy intervenció hatásáról, annak eredményességéről, esetleg sikertelenségéről.

6. A RAR módszer alkalmazása a lokális droghelyzet felmérésére

Az eredeti, WHO RAR módszert leíró kézikönyvben kutatási módszerek széles skálája szerepel. A KEF-ek számára készült módszertani anyagban úgy döntöttünk, hogy elhagyjuk a becslési technikákat, mint alkalmazható módszert. E technikák használatához meglehetősen nagy mintákra van szükség, ha megbízható becsléseket akarunk tenni egy-egy populáció méretére vagy a probléma elterjedtségére vonatkozóan. Jelen esetben olyan RAR-megközelítést kívántunk leírni, amely kutatási tapasztalattal nem rendelkező emberek számára is használható, s akik korlátozott időt tudnak napi tevékenységük ellátása mellett többletmunkára szentelni. Bár e kézikönyvben leírt gyorsfelmérés is tekintélyes mennyiségű munkaidőt követel, a Magyarországon végrehajtott három kísérleti terepen végzett vizsgálat

tapasztalatai igazolták, hogy a RAR csapatok végre tudnak hajtani egy teljes állapotfelmérést a lokális droghelyzetről. Ha megfelelő számú és képzett munkatárs áll rendelkezésre, és a felmérést jól tervezik meg, a kézikönyvben bemutatott gyorsfelmérés három hónap alatt végrehajtható.

Azért, hogy a kutatásokban nem járatos emberek számára is lehetővé tegyünk e módszer alkalmazását, szabályozott RAR-folyamatot tervezünk. Az információgyűjtés egyszerű formáival kezdünk. Annyi információt próbálunk összeszedni a célcsoportban jellemző kábítószer-használatról és a lehetséges problémakezelési válaszlelések módjáról, amennyit csak lehet. Az első lépések olyan információkat szolgáltatnak, amelyekből problémákat és további kérdéseket tudunk megfogalmazni.

A RAR folyamata során fokozatosan szűkítjük látószögünket a számtalan kérdéstől a lényegi kérdésekig jutva, a feltételezésektől az ellenőrzött információk felé haladva. Ez a folyamat tehát a strukturálatlan információk megszerzésétől a strukturált és ellenőrzött információk gyűjtése irányába halad.

A módszer alkalmazásának célja nem a drogügyben érintettek körének és számának konkretizálása, hanem a lokális tennivalók, feladatok meghatározásához szükséges helyzetkép és a gyors reakálás lehetőségének megteremtése.

A módszer lényegében a szakértők, a drogokkal, drogot kipróbálókkal vélhetően kapcsolatba került szereplőktől beszerzett információk egyeztetésén, egységesítésén és valószínűsítésén alapul. Mindaddig folyik az információgyűjtés, amíg a kulcskérdésekre adott válaszok ellentmondásmentesekké, egységesekké nem válnak, és nem feltételezéseken, hanem ellenőrzött tényeken alapulnak.

6.1 A gyorsfelméréshez használt négy kulcskérdés

1. *Kik* a rendszeres drogfogyasztók és a drogokat kipróbálók?
2. *Milyen* illegális anyaghasználattal találkozhatunk az adott területen?
3. *Hol* történik az anyagok problémás használata?
4. *Mit* tudnak az érintettek és a drogszcéna más szereplői az említett anyagokról és azok használatának veszélyeiről? (ismeretek és attitűdök)

Ezek közül a legfontosabb, mégis a legnehezebben megválaszolható kérdés a „kik” kérdés, mert a szükséges beavatkozás célcsoportjának felderítése a legfontosabb számunkra. Ezért az egész vizsgálat során ezt kitüntetetten kell kezelni, és a lehető legtöbb választ erre a kérdésre kell beszerezni.

A településen élő, vagy a vizsgálni kívánt településre bejáró, ott tanuló, szórakozó 12-24 év közötti fiatalok – akiket az iskolai prevenciós programok (reményeink szerint) elérnek – természetesen a drogérintettségük szempontjából is rendkívül heterogénnek mondhatók. Nem lehet célunk mindegyik csoportjukról azonos mértékben és mélységben információhoz jutnunk, túl széles e csoport a mi számunkra. Aki megcélózhatunk, az a leginkább veszélyeztetettek csoportja, akik között már most jelentős számban akadnak rizikós egészségmagatartásúak, vagy akik közül a legtöbben veszélyeztetettek. Nincsenek abszolút tipikusnak mondható drogkarriersek, nem mehetünk biztosra bizonyos csoportjaiknál sem, még akkor sem, ha más vizsgálatok alapján, más településeken meghatározott csoportjaik ott és akkor veszélyeztetettnek bizonyultak. Egy drogterjesztő feltűnése, egy új

szórakozóhely megnyitása – de bármilyen más esemény rövid időn belül jelentős változásokat indukálhat. A munkanélküliség hirtelen növekedése, a továbbtanulás esélyeinek csökkenése, a családok életszínvonalának változása – egyelőre nem igazoltan – feltehetően szerepet játszhat és gyors folyamatokat indíthat be, amelyekre gyorsan kell reagálnunk. Ezek és még számtalan más tényező csak helyben érzékelhető és helyben érvényes helyzetet idéznek elő, még akkor is, ha bizonyos létező összefüggéseket, kiemelten veszélyeztetett csoportokat az eddigi vizsgálatok felfedtek. A RAR vizsgálatok során tudnunk kell szelektálni a fiatalok csoportjai között, és ki kell tudnunk választani azt a csoportot, amely a leginkább veszélyeztetett.

Rendszerint felmerül a legális drogok – elsősorban az alkohol – mértéktelen, egészségkárosító fogyasztásának a kérdése. Kiterjedjen-e a vizsgálat ezekre a tudatmódosító szerekre, avagy sem? Ugyan tudjuk azt, hogy minden egészségkárosító szer használata azonos gyökerű, csak éppen más-más formában jelentkezik, a droghelyzet feltárását végző RAR csak az illegális szerek használatára szorítkozhat. Az egészséget veszélyeztető mértékű alkoholfogyasztás más típusú vizsgálatok – az ún. egészségmagatartás vizsgálatok – területe. A későbbi ábrában megkíséreljük bemutatni az egész folyamatot.

6.2 A módszer alkalmazásának feltételei

A RAR csapat fel kell készíteni, meg kell ismernie a szükséges szakirodalmat, és fontos, hogy a team tagjai egységes szemlélettel rendelkezzenek. A team-tagok legyenek értékmentesek, előítélet-mentesek, fontos a pozitív attitűdök kialakítása. A vizsgálat folyamatát meg kell tervezni, az időrendet el kell készíteni. A team tagok között munkamegosztás van, de fontos a rendszeres munkakapcsolat, a folyamatos egyeztetés. Továbbá olyan helyet kell kialakítani, ahol az információk írásos, vagy más módon rögzített anyagai megbízhatóan tárolhatók és csak a team-tagok számára elérhetők.

6.3 A módszer alkalmazásának lépései

Munkánk a következő lépésekből áll. Ezek közül az adatgyűjtés, a két fókuszcsoport és a tapasztalatok összegzése stabil sorrendben áll, míg az interjúk és a megfigyelések szükség szerint együtt, egymást követve vagy sorrendjüket felcserélve alkalmazhatók.

- Előkészítés
 - o A RAR csapat kialakítása
 - o Munkamegosztás, szerepek kiosztása
 - o Határidők kijelölése, csoportmegbeszélés időpontjainak tisztázása
 - o Anyaggyűjtés, kontextus információk beszerzése.
- Meglevő információk összegyűjtése
- Indító fókuszcsoport
- Megfigyelések
- Félig strukturált interjúk
- Strukturált interjúk
- Záró fókuszcsoport
- A tapasztalatok összegzése
- Válaszlépések megtervezése

6.4 A RAR csapat kialakítása

A RAR sikeres végrehajtásának egyik feltétele a jól megválasztott és felkészített vizsgálatot végző csapat. Ha gyorsan és hatékonyan akarjuk végrehajtani a feladatot, a csapatnak nem szabad népesnek lennie – ideális esetben négy-hat együttműködő csapattag szükséges. A gyorsfelmérés gyors végrehajtásához a RAR-csapat munkájába korlátozott számú „külső” embert be lehet vonni bizonyos megfigyelésekre, egyéni interjúk készítésére.

Azonban nem lehetséges a rendvédelmi szervek képviselőinek bevonása a csapatmunkába, akár rendőrrel, akár ügyészségen dolgozókról, akár gyermekvédelmi szakszolgálat alkalmazottairól van szó. Ennek oka az, hogy vannak olyan munkakörök, ahol hivatalból kötelesek eljárni, ha bizonyos információkhoz jutnak. A RAR csapat munkája közben számtalan olyan információhoz juthat, amely kimeríti a kötelességszerűen jelentendő tényeket. Droghasználókkal kerülnek kapcsolatba, megismerik a drogfogyasztás színtereit, esetleg a terjesztők személyét, a terjesztés formáját, a használatos szereket. A RAR munka azonban tényfeltárás, nem pedig bűnfelderítés. Célunk az ismeretek birtokában a szükséges feladatok meghatározása. Ha csak azon az áron juthatunk megbízható információkhoz, hogy garantáljuk az informátorok személyes biztonságát, akkor azt valóban be kell tartanunk. Ezért a RAR csapatokba nem válogathatunk a fenti pozíciót betöltő emberekből. Munkájukra, ismereteikre viszont számítunk a fókuszcsoportokban és az interjúk során.

A megfelelő együttműködés és a lehetséges elkövetett hibák, rossz következtetések felismerése céljából figyelni kell arra, hogy a csapat tagjai eltérő szakmai környezetből érkezzenek, kontrolálhassák egymást, és az sem hátrány, ha az azonosan erős motiváltság mellett eltérő személyiségjegyek jellemzik őket. Ha a vizsgálandó településen etnikai, vallási különbségek jellemzők, akkor hasznos lehet ezek megjelenítése a csapaton belül is. A leendő feladat ismeretében tudnunk kell azt, hogy sok esetben a nőekkel csak nő tud interjút készíteni, más esetekben a férfiak nem adnak megbízható információt, ha nő veszi fel velük az interjút, megint más esetekben az idősebbek nem veszik szívesen, ha fiatalabb készíti velük az interjút. Emiatt a csapat nemek és életkori csoportok szerinti összetétele nem mellékes szempont.

A gyorsfelmérés idejére a RAR-csapat tagjait fel kell menteni napi rutinfeladataiknak – legalább egy része – alól. A gyorsfelmérést lehetetlen összeegyeztetni a csak munkaidőn túl végzett munkával. Valamennyi RAR csapattagnak a szokott munkaidejénél többet kell teljesítenie a felmérés ideje alatt. A teljes felmérés hozzávetőleg három hónapig tart. Ha az egész munkafolyamat során nem lehetséges fenntartani ezt a munkatempót, akkor a gyorsfelmérés elkezdése fölösleges.

A RAR-csapat összetételének a munka folyamán változatlanul kell maradnia. Ez hozzájárul a hatékonysághoz annyiban, hogy elkerülhető a töménytelen összegyűjtött információ átadása a munkába újonnan beszálló kollégáknak.

Fontos, hogy a RAR-csapat valamennyi tagja ismerje az egész RAR-folyamatot. Ez azt jelenti, hogy képzésre lesz szükségük az adatgyűjtési módszerek területén. Ideális esetben a RAR-csapat vezetője tapasztalt társadalomkutató; ha így van, akkor szükség lesz rá az egyes módszerek alkalmazásakor. Képzés, felkészítés nélkül nem szabad nekilátni a munkának. A RAR-folyamatban használt módszerek nagy részét a társadalomtudományokban használt

empirikus kutatásokból kölcsönözték, ezért kívánatos, hogy a RAR-csapatban legyen valakinek némi társadalomtudományi jártassága.

A csapat valamennyi tagjának, tehát nem csak a RAR-csapat vezetőjének, hanem valamennyi tagnak rátekintéssel kell rendelkeznie az egész folyamatra a gyorsfelmérés ideje alatt. Ez azzal érhető el, hogy a RAR-csapat rendszeresen találkozik. Az ismétlődő találkozók alkalmával a RAR-csapat megvitatja az eredményeket és levonja a következtetéseket. Közösén határozza meg a következő tennivalókat az összes tevékenységre vonatkozóan, és felosztja e feladatokat a csapattagok között. Ideális esetben a RAR-csapat tagjainak valamennyi megbeszéléséről jegyzőkönyvszerű emlékeztető készül egy naplóba.

Ha egy RAR-csapat egy kis lélekszámú településen akar felmérést végezni, tudatában kell lenniük annak, milyen kockázattal jár egy ilyen folyamat. Ha a RAR-team tagjai olyan személyek, akik a közösségben ismertek, ráadásul ott fontos szerepet töltenek be, nagy a valószínűsége annak, hogy a válaszadók nem adnak megbízható válaszokat a kulcskérdésekre. Ilyenkor felvetődik annak lehetősége, hogy a közösségen kívülről hívjunk szakembereket a felmérés elvégzésére.

A RAR vizsgálatot végző csapat tagjainak megbízólevéllel kell rendelkezniük, hiszen olyan helyzetekbe kerülhetnek, amelyek felkelthetik a gyanút a hivatalos szervek képviselőiben, vagy éppen adatgyűjtési munkájuk során elutasítják kérdéseiket.

Amikor már a vizsgálatot követően a preventív feladatok végrehajtása történik, a RAR csapatnak szövetségesek egész hálózatára van szüksége ahhoz, hogy sikeresen végre tudja hajtani munkatervét. Ezért a munkafolyamat során fontos a kapcsolatok kiépítése. A lehetséges szövetségesek többek között a következők:

- Egészségügyi és szociális dolgozók és ellátó szervezetek képviselői
- Pedagógusok, az önkormányzat oktatási bizottsága
- Kollégiumok vezetői
- Rendőri szervezetek
- Ifjúsági szórakozóhelyek, klubok, művelődési intézmények vezetői

A felmérési szakaszban kiépített kapcsolatok jelentik e hálózat kiépítésének első lépését. A fent említett személyek és csoportok bevonása a felmérési szakaszba azzal az előnnyel is jár, hogy e személyek elköteleződéséhez, bevonódásához vezet. Ha megkérünk valakit, hogy szaktudásával és tapasztalatával járuljon hozzá egy folyamathoz, ez azzal a következménnyel jár, hogy a folyamat részesének kezdi érezni magát. A RAR vizsgálat egyik legfontosabb hozadéka az, hogy kialakít egy olyan hálózatot, amely elkötelezetté válik, a csapat pedig megismeri, kapcsolatot alakít ki azokkal az emberekkel, akik valamit tehetnek a kitűzött célok megvalósításáért.

6.5 Az információk tárolása, az adatkezelés

A vizsgálat sikere nagyban múlik a RAR team ez irányú megbízhatóságán. A vizsgálat teljes időtartama alatt minden írásos anyagot és magnókazettát oly módon kell tárolni, hogy azokat a RAR team tagjain kívül más ne érhesse el. A team-megbeszéléseken más külső személyek – még a KEF tagjai sem – lehetnek jelen, az informátorok és az információk nem lehetnek mások számára is ismertek semmilyen formában. Ennek oka, hogy

- a RAR folyamat során a helyi közélet kulcsszereplőit szólítjuk meg, és szerzünk körükből esetenként bizalmas információkat;
- a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok egyes tagjainak szolgálati kötelessége lenne a megszerzett információk jelentése és eljárás indítása egyes informátorok ellen; továbbá
- garantáltuk az információk bizalmas kezelését minden információt szolgáltató személynek a vizsgálat során.

Az elkészült jelentésben a szolgáltatott információk nem köthetők össze az informátorokkal! A tények ismertetéséhez nem kapcsolódhat a forrás megjelölése, minden információ anonim módon kerülhet csak közlésre.

6.6 A lokális droghelyzet feltérképezése során alkalmazható módszerek részletes ismertetése

6.6.1. A meglévő információk beszerzése

Az első lépés, hogy megállapítsuk, egyáltalán rendelkezésre áll-e már valamilyen információ a témával kapcsolatban és hogy ez mely kérdéseket fedi le.

A meglévő – nagyobb körben, más mintával készült – vizsgálati eredmények, ismert tendenciák, összefüggések alapján lehet következtetni a konkrétan nem ismert lokális helyzetre. Számtalan kutatás, vizsgálat eredménye áll a rendelkezésünkre, amelyek az országos drogérintettség adatok mellett bizonyos tendenciák és ismétlődően bebizonyosodó összefüggések leírását is tartalmazzák. Megtudható az is, hogy a fiatalok milyen életkori csoportjaiban, milyen iskolatípusokban és milyen településtípusok esetében számíthatunk nagyobb vagy kisebb drogérintettségre. Ezek ismeretében kérdőíves adatfelvétel nélkül is megbecsülhetők a vizsgált településen a fiatalok drogérintettsége. Erre kezdetben azért van szükségünk, hogy megfelelően érvelhessünk a döntéshozók körében egy RAR vizsgálat szükségességéről, később azért, hogy ennek ismeretében megbecsülhessük a ránk váró munkát. Sok településen oly mértékben látens a drogok használata, hogy a helyi közvélemény értelmetlennek érzi e vizsgálatot, és ezzel indokolva feleslegesnek érezheti a kábítószer-probléma kezelésére tett erőfeszítéseket is.

A helyben elérhető, a droghasználókkal, drogokkal kapcsolatos adatok beszerzése és összegzése magától értetődő. Ilyenek az egészségügyi intézményekben kezelttek száma, az eljárás alá vontak száma, halálesetek száma, a rehabilitációs intézményekben kezelttek száma, az elterelésben résztvevők száma, stb. Célszerű az iskolai prevenciós programok elterjedtségéről és más helyi prevenciós eseményekről is informálódni, hiszen ez a célcsoportok ismeretében a tennivalók meghatározásához, pontosításához elengedhetetlenek.

A médiumokból származó információ szintén hasznos lehet, ha nem is a konkrét tények okán, inkább abból a szempontból, hogy a nyilvánosság hogyan érzékeli az anyaghasználatot és miként viszonyul hozzá. Szintén segíthet a média abban, hogy megtudjuk, kik lehetnek helyben a kulcsinformátoraink.

Mely más statisztikai adatok lehetnek fontosak a számunkra? Erre nincs recept, elfogadható és mindenhol releváns lista. Azért, hogy tájékozottak legyünk, hogy a később megszerzett adatokat reálisan értékeljük, természetesen szükségünk van a vizsgált településen többek között ilyen adatokra:

- a lakosság korfája (az életkori korcsoportok nagysága, aránya),
- a különböző iskolákban tanulók száma (általános, középiskolák, szakmunkásképzők, kollégiumban elhelyezettek, állami gondoskodásban élők száma, a bejáró – ingázó diákok aránya stb.)
- fontos népességstatisztikai adatok (egyszülős családok aránya, a gyermekjóléti szolgálat látókörébe került fiatalok, munkanélküliségi ráta, jövedelmi viszonyok stb.)
- rendszeres szociális segélyben, támogatásban részesülő gyerekes családok aránya
- etnikai kisebbségek aránya
- a diszók száma és befogadóképessége, más szórakozási lehetőségek ismerete stb.

A már rendelkezésre álló ismeretek áttekintése segíthet abban, hogy megtudjuk azt, még milyen jellegű információra van szükségünk, továbbá segít pontosan definiálni a problémát, és konkrétan azonosítani, vagy a többi lehetséges csoporttal szemben kiemelni a célcsoportot. Végül a már rendelkezésre álló információkat felhasználhatjuk arra is, hogy ki tudjuk értékelni, mennyire elfogadhatók vagy mennyire torzítanak a vizsgálat során nyert eredményeink.

6.6.2 A kulcsinformátorok kiválasztása

Második lépésben a team közös munkájával azonosítjuk a lehetséges fő-informátorokat és megpróbáljuk elérni a célcsoportot. Ez a látszólag egyszerű munka igen sok problémával járhat. A leggyakoribb gond a pozicionális elit esetében a kompetencia kérdése. Ha a KEF presztízse még nem alakult ki a településen, akkor az adatszolgáltatók elzárkózhatnak, ismereteiket, adataikat nem adják ki, nem osztják meg a RAR-csappal. Ebben az esetben a fókuszcsoport tagjaként várhatunk tőlük információkat. A kulcsszemélyek településenként mások, hiszen bizonyos intézmények hiányozhatnak és a szervezetek kompetenciájának kérdése is felmerül. Az informátorok az egészségügyi dolgozók, addiktológusok, az elterelést, kezelést, reszocializációt végző szervezetek munkatársai, családorvosok, valamint rendőrtisztek, pedagógusok, szórakozóhely tulajdonosok, de maguk az anyaghasználók és terjesztők is lehetnek. Ha viszont csak szakemberekből verbuválódik az informátorok köre, az komoly hiányosságokhoz vezetne az adatgyűjtésben. Ezek a szakemberek általában túlbecsülik – de akadnak, akik alábecsülik – a veszélyt és az érintettek körének nagyságát. Leginkább mégis abba a hibába esnek, hogy attitűdjeik erősen árnyalják percepciójukat, hol súlyosan elítélik, hol túlzott empátiával közelítenek a droggal kapcsolatos kérdésekhez. Ne feledjük, igen fontos a számunkra az, hogy a droghasználók, drogterjesztők, az éjszakai élet figurái, diszko-tulajdonosok és taxisok esetenként többet tudnak a hálózatokról, a találkahelyekről, mint a szakemberek. Körükben célszerű alkalmazni az ún. hólabda módszert, azaz segítségüket kérni olyan emberekkel való kapcsolatfelvétellel, akik hasonló módon tájékozottak és személyes benyomásaik vannak a droghasználók csoportjáról, vagy maguk is érintettek.

Az informátorok, adatszolgáltatók bizalmát megnyerni rendkívül nehéz feladat. A beszélő viszony és a bizalom kialakításának feltétele, hogy ebben a szakaszban a RAR csapat tagjai a lehető legőszintébben és legnyíltabban beszéljenek a felmérés céljáról és értelméről. Ennek

megfogalmazását egyeztetni kell a csapatnak, hogy mindenki, minden szituációban közel azonos módon tudja megfogalmazni céljaikat. Természetesen az informátorok névtelenségét is garantálni kell. Bumerángthatást vált ki, gyanút kelt viszont az, ha túlzottan bizonygatjuk az anonimitást. Ha valóban nem élünk vissza helyzetünkkel, ha tapasztalatainkat valóban csak a RAR csapaton belül osztjuk meg másokkal, akkor a vizsgálat során egyre inkább elnyerhetjük informátoraink bizalmát.

Mindazok, akiket megkeresünk, akik részt vesznek a fókuszcsoporthoz megbeszélésen, akikkel interjút készítünk, és akik csak egyszerű informátoraink – csak önként vállalhatják a részvételt, azt hivatali kötelességből nem kérhetjük senkitől. A nyert információ és az informátor személye semmilyen módon nem kapcsolható össze. Az iskolákban, kollégiumokban bármilyen adatfelvétel csak szülői engedély birtokában lehetséges.

A kulcsszemélyektől a kulcskérdésekre keressük a választ, beszélgetésünk erre fókuszál, de fontosnak találhatunk minden elhangzott információt.

A vizsgálatnak ebben a szakaszában szerzett információk alapján meg tudjuk fogalmazni a problémát és azonosítani tudjuk a célcsoportot. Az érdeklődésünk középpontjában álló kulcskérdéseken túl sok olyan információhoz is hozzájutunk majd, amely nem kapcsolódik közvetlenül ezekhez a kérdésekhez, mint például a célcsoport kulturális háttere, életmódjuk és életkörülményeik jellegzetességei. Az ilyen jellegű háttér-információ nem érdektelen a számunkra, sőt ennek segítségével jobban megérthetjük a szerhasználat kérdését.

Az itt összegyűjtött információ alapján fel tudjuk térképezni a közösséget, elképzelést alkothatunk azokról a helyszínekről, ahol a célcsoport egyes tagjai össze szoktak jönni, megtudjuk, kik kikhez kötődnek erősebben vagy kivel állnak szorosabb kapcsolatban, stb. Ez a feltérképezés segít abban, hogy kiválasszuk a szereplőket a RAR következő fázisára.

A különféle emberekkel létrehozott kapcsolatokon kívül ekkorra már egy olyan hálózatot is elkezdünk kiépíteni, amely gazdag alapként szolgál majd a jövőbeli prevenciós tevékenységhez. Az ügyben való közvetlen részvétel és annak szereplőivel fenntartott közeli kapcsolat egy olyan folyamatot indít be és működtet, amely túlnyúlik a kutató feladatán és az intervenciókban való részvételre is kiterjed.

6.6.3 Az indító fókuszcsoporthoz

Az első munkafázis során a meglévő vizsgálati adatokból, az általánosan ismert tendenciákból és a helyi információkból körvonalazódik egy fajta – még igazolatlan, ellenőrizetlen – kép a városunk droghelyzetéről. Ebben a szakaszban azonosítottuk az általunk vélt fő informátorokat. Akirol bebizonyosodott, hogy jelentős ismeretekkel rendelkeznek, azokat meghívjuk az indító fókuszcsoporthoz.

Elsősorban a kulcskérdésekre adható válaszok pontosítását szolgálja az első fókuszcsoporthoz megbeszélés.

Fázisok:

1. A kulcsszemélyek kiválasztása, meghívása.

Törekednünk kell arra, hogy többféle szinten tevékenykedők, eltérő látásmóddal rendelkezők és a drogot használókkal/kipróbálókkal személyes kontaktusba kerülő különböző szakértők együtt legyenek a csoportban. Az ideális csoportlétszám 6-10 fő. Egymást kizáró szereplők meghívásától tartózkodjunk! (drogkereskedő, drogos és rendőr, vagy tanuló és saját tanára, stb.) A meghívóban – bármilyen formában is történjen az invitálás – szerepelnie kell a vizsgálat céljának és a beszélgetés várható hosszának is (2-3 óra).

2. A fókuszcsoport vezetőjének, segítőjének és az elhangzottak rögzítőjének kijelölése.

A megbeszélésen biztosítani kell a folyamatos jegyzetelést és a hangrögzítést. Hasznos lehet nagy jegyzetlap alkalmazása emlékeztetőként és a viták zárásakor.

3. Teljes nyugalom és zavartalan semleges környezet biztosítása, mint alapfeltétel.

A helyszín kiválasztásában szempont annak elérhetősége, megközelíthetősége, valamint az, hogy szeparáltan, a nyilvánosság kizárásával végezhesék a munkát.

4. Fókuszcsoport vezérfonal kialakítása

A fókuszcsoport vezérfonalát a kulcskérdéseink képezik. Minden kérdést önállóan és elkülönítve kell tárgyalni mindaddig, amíg a résztvevők valamennyi nézetüknek nem tudtak hangot adni, illetve ameddig nem teremődik nézetazonosság. Ez utóbbira nincs minden esetben esély. Ilyenkor a fókuszmegbeszélést követően, az elhangzottak rögzítésekor a vitatott kérdéseket is lejegyezzük, s a vita eldöntéséhez szükséges módszerben is megállapodnak a csapat tagjai. A fókuszcsoport során nem kompromisszumra, hanem a tények megítélésében törekszünk egyetértésre, hiszen nem véleményeket kérünk, hanem tényeket. Gyakran tapasztaljuk azt, hogy a résztvevők más és más véleményen vannak a kérdések megítélésében, de érveik nem tapasztalatokon, tényeken, hanem megérzéseken, közvetett információkon, sajátos nézőpontokból fakadó véleményeken alapulnak. Sok hallomás és kevés tény hangzik el a fókuszcsoportban. Ilyen esetekben az eltérő nézeteket is rögzítenünk kell, s a RAR-csapat megbeszélésén meg kell vitatni ezek jelentőségét, és meg kell határozni a szükséges további teendőket a vélemények valóságtartalmának ellenőrzéséhez.

5. A fókuszcsoport megbeszélés levezetése.

- Bemutatkozáskor nevünket, státusunkat és a KEF-fel, RAR-ral kapcsolatos információkat kell elmondanunk.
- A fókuszcsoport összehívásának céljáról tájékoztatni kell a résztvevőket
- Napirendet és az időbeosztást ismertetnünk kell
- Viselkedési szabályokat is ismertetnünk kell (mindenkit meghallgatunk, egyenként kérjük a véleményeket, a vita során türelmesen várjuk ki más hozzászólását stb.)

- Tájékoztatót kell adnunk arról, hogy a kapott információt hogyan használjuk fel a további munkában. Az informátorok nevét nem kapcsoljuk az információhoz, vagy ha igen, akkor álnevet használunk.

A sikeres fókuszcsoportos megbeszélés elősegítése:

- Adjon lehetőséget mindenkinek a bemutatkozásra;
- A pontatlanság elkerülése végett kérje meg a hozzászólókat arra, hogy foglalják össze véleményüket, mielőtt azokat rögzítenénk a jegyzőkönyvbe;
- Ügyeljen arra, hogy mindenki szóhoz jusson;
- Foglalja össze az elhangzottakat megfelelő pontokon;
- Ne nyilvánítson saját véleményt, legyen végig kívülálló.

A beszélgetés során felhasználhatók mindazok a részkérdések, amelyek a négy tárgykör témakörébe illeszkednek, de ügyelni kell arra, hogy a beszélgetés tárgyyszerű legyen, ne legyen parttalan, ne váltson irányt, témát. A csoportdinamikai jellemzők miatt célszerű az egyes kérdések megválaszolására minden résztvevőnek lehetőséget adni, majd ezt követően lehet az eltérő állításokat egyeztetni, megvitatni, majd lezárni. A lezárt kérdéseket pontosan megfogalmazva kell felolvasnunk, majd írásban rögzítenünk. A megválaszolatlan vagy vitatott témákat is regisztrálni szükséges a további – egyéni vagy csoportos – interjúk, megfigyelések, vagy kérdőívvel történő ellenőrzés céljából.

A fókuszcsoportos megbeszélést követően az ott elhangzottak alapján alakulnak további teendők. A továbbiakban vagy/és kérdőíves interjúkat kell készítenünk, vagy/és megfigyeléssel, vagy/és egyéni vagy csoportos interjúkkal, esetleg egy más összetételű fókuszcsoport megbeszéléssel pontosítjuk, ellenőrizzük az elhangzottakat. A RAR csapat tagjai vitassák meg azt, hogy eredményesnek, vagy eredménytelennek tartják-e a fókuszcsoport megbeszélést. Az eredmények rögzítését követően dönteni kell közösen a további lépésekben.

Ha a kérdésekre adott válaszok esetében teljes nézetazonosság van a résztvevők között, akkor a több, zárt kérdéssel operáló strukturált interjú kérdőívének segítségével más szakértőkkel vagy akár a megjelölt veszélyeztetett, drogérintett csoportban verifikáljuk az elhangzottakat.

Amennyiben jelentékeny nézetkülönbségek vannak a fókuszcsoport tagjai között, akkor félig strukturált interjú(k) segítségével törekszünk a további, eligazító tények feltárására.

Ha továbbra is akadnak vitatott kérdések, ellenőrizhetetlen feltevések, vélekedések, vagy teljes az információhiány, akkor a RAR team dönt a vizsgálat további menetéről: Milyen körben, kikkel célszerű egyéni vagy csoportos interjút készíteni, esetleg milyen célzott (strukturált) megfigyelés vezethet eredményre?

6.6.4 Megfigyelési technika alkalmazása

E technika jól alkalmazható – a tudományos igényű megfigyelés módszerének elsajátítását követően – a különböző színtereken (találkozóhelyek, terjesztőhelyek, szórakozóhelyek, iskolák, kollégiumok, stb.). A megfigyelés pontosságát növeli, ha az több alkalommal ismétlődik, és a látottak, tapasztaltak ismételtlen hasonló következtetésre készítetik a megfigyelőt. A megfigyelés kritériumaival kapcsolatos elvárások: pontos, túláltalánosítástól mentes, nem szelektív, nem bagatellizáló és nem misztifikáló.

A megfigyelés a gyorsfelmérés bármely szakaszában hasznos lehet. A kezdeti szakaszban a megfigyelések értékes információt szolgáltatnak. Ezen értjük például a célcsoport találkozóhelyeinek azonosítását. A feltérképezés abban is segít, hogy világosabb képet nyerjünk a veszélyeztetett csoportok különféle tagjai közötti viszonyokról, valamint a veszélyeztetett csoport és a szélesebb közösség kapcsolatáról. A feltérképezés segít abban, hogy megtanuljuk elkülöníteni a szokványos és a rendkívüli eseményeket. A gyorsfelmérés középső és záró szakaszában a megfigyelés hasznos lehet az eredmények validálása, ellenőrzése és összevetése céljából.

Fontos jól megítélnünk azokat a helyszíneket, ahol nem szabad megfigyelést végezni. Az egyik legfontosabb megkorlátozás természetesen az, hogy tiszteletben kell tartani az emberek magánéletét és magánterületét. Ezen nem csak az emberek saját otthonát vagy szobáját értjük. Egyes nyilvános helyek, mint például egy söröző vagy akár egy tér vagy park bizonyos sarka is egy csoport magánterületének tekinthető bizonyos szempontból. Ezeken a magánjellegű területekre belépni és ott megfigyelést végezni csak akkor lehetséges, ha az érintett személyek – kimondottan vagy kimondatlanul – erre engedélyt adtak.

A megfigyeléseket érintő etikai korlátozások miatt arról is gondoskodnunk kell, hogy ne veszélyeztessük a megfigyelt emberek, valamint a megfigyelők testi biztonságát sem. A megfigyelés alatti helyzetekben gyakran kellemetlenül érezzük magunkat. Ugyan kíváncsiak vagyunk a látványra, de egyben úgy érezzük magunkat, mintha valami szabálytalan dolgot tennék, visszaélünk a helyzetünkkel. Ezért csak olyan közegben végezzünk megfigyelést, amelyben otthonosan érezzük magunkat, nem vagyunk kívülállók. A megfigyelés tudatos figyelem. Egész napunk alatt nyitott szemmel járunk, mégsem figyelünk meg mindent, a látvány döntő többsége nem ragad meg bennünk. Ha valamit valójában meg akarunk látni, máris tudatos megfigyelést végzünk, s ebben az időben történetek rögzülnek. Erre vissza tudunk emlékezni, s azonnal értelmezzük is a megfigyelt eseményeket.

A strukturálatlan megfigyelés különösen a RAR-folyamat korai szakaszában hasznos, amikor a droghasználat feltételezett területére és a droghasználók viselkedésére vonatkozóan gyűjtünk adatokat. Nem előfeltevéseket akarunk igazolni, hanem átengedjük magunkat a látványnak. A legnagyobb hibát akkor követhetjük el, ha érzéseink, előítéleteink és veszélyérzetünk elragadnak minket, és olyat látunk, amit látni szeretnénk, vagy félreértjük a látványt. Az objektív megfigyeléseinket osztályozhatjuk és kódolhatjuk a lényeges témák szerint. A strukturálatlan megfigyelések hasznosak, amennyiben olyan jelenségekre hívják föl a figyelmet, amelyeknek korábban se a kutató, se a résztvevők nem voltak tudatában.

Strukturált megfigyeléseket akkor folytatunk, amikor a munkacsoport eldöntötte azt, hogy miről szükséges informálódni ilyen módon. A strukturált megfigyelésnek három formája van:

- kiterjesztett megfigyelés,
- rendszeres, ismétlődő megfigyelés
- szűrőpróba-szerű megfigyelés.

Kiterjesztett megfigyelés

Időnként előfordulhat, hogy valamely eseményről vagy helyszínről folyamatosan, hosszasan szeretnénk információt szerezni. Például egy veszélyeztetett csoport tagjainak viselkedésformáit és interakcióit figyelhetjük meg egy olyan helyszínen, ahol rendszeresen tartózkodnak. Ilyen esetben úgy dönthetünk, hogy több órán át megfigyeljük ezt a helyszínt, hogy megállapítsuk, a gyülekezés változik-e az idővel és hogyan, miféle változás áll be és ez minek köszönhető.

Rendszeres, ismétlődő megfigyelések

Az események huzamosabb megfigyelésének másik lehetséges formája a rendszeresen visszatérő megfigyelés. Ez hasznos alternatívája lehet a meglehetősen időigényes kiterjesztett megfigyelésnek. Ez azt jelenti, hogy a megfigyelt viselkedését előre meghatározott időpontokban és azonos ideig figyeljük meg. (Így például megfigyelést folytathatunk tízpercenként 60 másodpercig vagy háromóránként tíz percig vagy naponta kétszer egy héten át.)

Szűrőpróba megfigyelés

Szűrőpróbán azt értjük, hogy rendszertelen időpontokban ellenőrizzük, hogy mi történik egy bizonyos helyen. Ezek általában „belép-kilép” jellegű megfigyelések. A kutató általában váratlanul érkezik meg egy bizonyos helyre, végrehajtja az ellenőrzést, majd elmegy.

A megfigyelésekből származó információ rögzítése, kezelése és elemzése

A megfigyeléseket – különösen a strukturált megfigyelést – megfigyelői útmutató alapján végezzük, amely tartalmazza azt, hogy mit kell megfigyelni. Valamennyi megfigyelés esetén, akár strukturált, akár strukturálatlan, készítenünk kell emlékeztető feljegyzéseket. Hasznos lehet a megfigyelésekről készült magnófelvétel, videofelvétel és fénykép, feltéve, hogy a megfigyelt személyek elfogadják, hogy ilyeneket készítsünk. Az útmutató (a megfigyelés tematikájának) készítése a felkészítő tréning tematikájában szerepel. Többek között ilyen információkat is tartalmazhat:

- *Környezet* - hol történik a megfigyelés? Milyen a fizikai környezet? Milyen tárgyak vannak jelen?
- *Személyek* – kik vannak jelen? Milyen csoportjellemzői vannak a jelenlevőknek?

- *Tevékenységek* – milyen tevékenységeket végeznek, mit tesznek a megfigyelték?
- *Jelek* – érzékelünk-e valamilyen jelet, nyomot – amely bizonyítékot szolgáltatna a viselkedésükre vonatkozóan?
- *Idő* – milyen sorrendben történnek a dolgok? Van ennek valamilyen oka?
- *Kapcsolatok* – honnan ismerik egymást az érintettek? A kapcsolatuk társas vagy üzleti jellegű?

A terepen készített jegyzeteken szerepelni kell a megfigyelés idejének és dátumának, a környezetnek, ahol a megfigyelést végezzük, valamint a megfigyelő nevének. Valamennyi terepen készített jegyzetünket nyilván kell tartani egy naplóban, amely hozzáférhető kell, hogy legyen a RAR-munkacsapat valamennyi tagja számára, amellet, hogy a csapatértekezleten erről be kell számolni.

A számára különleges és szokatlan környezetbe ellátogató megfigyelőnek mindig szelektív rálátása van a helyzetre, vagy saját maga befolyásolja azt a pusztá jelenlétével. Az ilyesfajta torzításokat a lehetséges minimumra tudjuk szorítani, ha:

- A terepre vonatkozó megfigyeléseinket rögtön a megfigyelés után lejegyezzük. Minél tovább vár a megfigyelő azzal, hogy a megfigyeléseit jegyzetté alakítsa át, annál kevésbé valószínű, hogy a terepjegyzetek pontosak és világosak lesznek. Huzamosabb megfigyelés esetén nem elegendő, ha a RAR-munkacsapat tagjai afféle félszavas emlékeztetőket firkantanak apró noteszokba, bolti blokkok, buszjegyek hátuljára stb.
- Semlegeseek maradjunk, amennyire csak lehet a megfigyeléseink lejegyzése során. A terepjegyzetekben kerüljük el a színes jellemzéseket, értelmezéseket és a véleményalkotást.
- A munkacsapat ülései során a RAR munkacsapat megvitatja az összegyűjtött jegyzeteket és a tapasztalatokat. Ezeket a további feladatok kijelölésében felhasználják azonnal a megbeszélés után, de táblázatokba is foglalhatók.

6.6.5 Interjúk készítése

A fogalom használata során gyakori gond az, hogy ezt a kifejezést használjuk a célzott, irányított beszélgetésekre és a kérdőív alkalmazásával végzett adatgyűjtésre egyaránt, hiszen mindkét esetben hasonló interaktív szituációban vagyunk.

A legnagyobb gondot – elsősorban kisebb lélekszámú településeken – az okozza, hogy a fő informátoraink, a kulcsszereplők, a szakértők köre már az első fókuszcsoport megbeszélésen elfogy, és nem találunk megfelelő alanyt a későbbi, ellenőrző funkcióval lebonyolítandó interjúkhoz. Nincs kitől újabb információt kérnünk, nincs olyan, pozíciójában kompetensnek minősíthető alany, akivel ellenőrizhetnénk az eddigiekben kétséges, bizonytalan információkat. Ilyen esetben mindössze azt tehetjük, hogy több interjút készítünk olyan alanyokkal, akik vagy droghasználók, vagy a veszélyeztetettnek vélt csoport tagjai.

A következő interjúkészítési technikákat különböztetjük meg az információ szerzésének formája alapján: egyéni vagy csoportos, hangrögzítővel vagy jegyzőkönyvvel rögzített beszélgetések és az egyéni vagy csoportos kérdőíves adatfelvétel. Az interjú tartalmát illetően pedig mindkét esetben, a strukturálatlan, a félig strukturált és a strukturált interjúkat különböztethetjük meg. E három típus a kívánt információ mélységében különbözik – sorrendben: a tény és helyzetfeltáró általános kérdésektől indulva haladunk a konkrétumok felé, végül néhány ellenőrző kérdésre fókuszálunk.

Kiket válasszunk interjúalanynak?

- akik szoros kapcsolatban állnak a lehetséges veszélyeztetett csoportokkal szakmájuk, tevékenységük miatt
- központi szerepet játszanak a veszélyeztetett csoportokban
- rátekintéssel rendelkeznek a helyzetre
- kulcsszereplői a drog-szcénának
- jelentős az ismeretségi körük, kapcsolatban állnak a témában jártas más személyekkel
- többször vagy rendszeresen illegális szereket használók.

Az interjú készítés általános szabályai függetlenek a beszélgetés formájától és annak tartalmától.

Az interjú menete

Bemutatkozás során a megbízó intézményt és saját funkcionkat is közölnünk kell. A bemutatkozáskor az interjú alanytól is a lehető legtöbbet meg kell tudnunk – életkorát, munkahelyét, foglalkozását, iskolai végzettségét.

Mondjuk el a vizsgálat célját és eszközeit. Célunk az, hogy megismerjük a legvesélyeztetettebb csoportot és megfelelő intervenciót dolgozzunk ki számukra. A kérdezettnek igen fontos minden válasza, mert járatosnak tartjuk őt e témában (vagy kapcsolatban áll az érintettekkel), kiválóan ismeri és átlátja a problémát.

Mondjuk el azt, hogy a nevére nincs szükségünk, és nem állunk kapcsolatban azokkal a szervekkel, akik hivatalból üldözik a drogosokat, kipróbálókat. Hivatkozzunk a vizsgálat céljára – nem szükséges és nem igényli az informátorok nevét. Minden információt bizalmasan kezelünk, írásos formában soha nem jelenik meg a vele készült beszélgetés. Válaszai mégis nélkülözhetetlenek.

Ha hangrögzítő mélyinterjút készítünk, az alany bejegyzésére szükségünk van, azt meg kell kérnünk. Ha nem egyezik bele, akkor az esetleges, időszakonkénti jegyzetelésre is engedélyt kell kérni. Ha a téma stigmatikussága miatt ebben az esetben is tiltakozást tapasztalhatunk,

akkor tartsuk magunkat a megállapodáshoz, és a beszélgetés végén emlékezetből rögzítsük a legfontosabb megállapításokat.

A bizalom megteremtése során sohase hivatkozzunk más interjú alanyokra (sem nevükre, sem státusukra), még abban az esetben sem, ha beszélgető társunk rákérdez. A beszélgetés végén viszont kérjük a segítségét további – a témában járatos – alany feltalálásában, a kapcsolat felvételében.

Az interjú készítője

- legyen feltétlen előítélet-mentes, a válaszokat ne véleményezze, sem pozitív módon megerősítő hatást keltve, sem negatívan, elítélően
- legyen érdeklődő, nyitott kérdező, akinek fontos az interjúalany minden szava
- használjon egyszerű, világos nyelvezetet, kerülje a szakkifejezéseket
- ügyeljen arra, hogy kérdései ne sugalmazzanak valamilyen választ. Az alanyok amúgy is hajlamosak arra, hogy „elvárt” válaszokat mondjanak, így ha a kérdésfeltevés rejtve válaszokat tartalmaz, akkor biztosan ilyen választ kapunk.

A RAR vizsgálat során alkalmazható interjúfajták

A *strukturálatlan interjú* megelőzheti a fókuszcsoport megbeszélést abban az esetben, ha egy jelenségről, vagy annak helyi megnyilvánulásáról nincsenek információink és ismeretlenek vagyunk a terepen. Lehet választani egyénnel vagy csoportokkal lefolytatott beszélgetések között. A beszélgetés a téma általános megközelítése felől halad a konkrétumok irányába a kiválasztott interjúalanyok segítségével. Az információk alapján készülhet egy olyan interjúvázlat, amely segítségével később a kiválasztott kulcsszemélyekkel fókuszcsoport beszélgetés vagy kérdőíves adatfelvétel folytatható. A RAR módszer alkalmazása esetén nem szükséges ilyen interjúkat készíteni, hiszen a team-ek tagjai jól ismerik a saját terepüket. Ha viszont külső szakértők kapnak megbízást a terepmunkára, akkor elkerülhetetlen az alaposabb tájékozódásuk a településen. Az ismerkedés, a felderítés munkája alatt gyakorlatilag strukturálatlan interjúkat, beszélgetéseket folytatnak abból a célból, hogy későbbi kérdéseiket pontosabban, autentikusan fogalmazhassák meg.

A *félíg strukturált interjú* esetén már egy adott témára (esetünkben a droghelyzet) fókuszálunk, s e témában igyekszünk olyan kérdések feltételére, amelyek közelebb visznek a jelenség megértéséhez.

A *strukturált interjút* zárt kérdésekkel, ellenőrző funkcióval alkalmazzuk, mikor megállapításainkkal való egyetértést vagy éppen azzal nem azonos véleményeket kérünk. A vizsgálat során alkalmazott módszerekkel gyűjtött információk alapján kikristályosodott válaszok ellenőrzésére strukturált interjút készítünk. Ezek során ellenőrző kérdéseket teszünk fel, amelyre határozott egyetértés vagy egyet nem értés lehet a reakció. Például: Ön egyetért azzal, hogy városunkban a legveszélyeztetetebb csoport a kollégiumban lakó szakmunkástanulók? Igen, vagy nem? A leggyakoribb strukturált interjú kérdőív alkalmazásával készül.

Az, hogy milyen körben alkalmazzuk ezeket a kérdőíveket, arra ismételtén igaz az, amit az interjúk fejezet első mondataiban leírtunk – akadnak olyan települések, ahol elfogynak az informátorok, a pozíciójuknál fogva nagyobb rálátással rendelkező szakemberek, akikkel ezt a fajta ellenőrzést elvégezhetnénk. Ezt a munkaszakaszt kiválthatja a második, vagy záró fókuszcsoporthoz megbeszélés, ahol gyakorlatilag ugyanezt a kontrollfolyamatot végezzük el, mint a strukturált interjúkkal. Ez nem zárja ki azt, hogy akár a veszélyeztetett csoportba tartozókkal töltsük ki a strukturált kérdőíveket, hiszen a tőlük érkező beleegyezés, egyetértés is megerősíthet ítéleteink helyességében.

Egyéni vagy csoportos interjú esetén a beszélgetés tárgya, tematikája a fókuszcsoporthoz vagy más vizsgálati eszköz használata során tapasztalt ellentmondásos vélemények alapján alakul, és a vitatott kérdések tisztázására szorítkozik a kérdésekben szakértő, vagy annak vélt személyekkel folytatott beszélgetés alapján. Ha csoportos beszélgetést folytatunk, akkor a résztvevők azonos területen dolgozó vagy valamilyen formában azonos módon érintett szereplők (tanárok, iskolaorvosok, addiktológusok, rendőrök, diszkó tulajdonosok, diákok, droghasználók, stb.) Ebből a szempontból a csoport tagjai (szemben a fókuszcsoporthoz összetételével) homogénnek tekinthetők.

Kérdőív (strukturált interjú) A RAR során abban az esetben alkalmazzunk kérdőíveket, hogyha a bevont személyek száma viszonylag nagy. Ilyen nagyságrendben nem készíthetünk csoportos vagy egyéni interjúkat; egyszerűbb a standardizált, azonos kérdésekkel operáló kérdőív elkészítése és lekérdezése vagy önkitöltéses formában való kiosztása.

A kulcskérdésekre adott válaszok tisztázását a RAR-folyamat következő fázisában, a *félíg strukturált interjúk* során folytathatjuk. Míg a vizsgálat első szakaszában, valamint az indító fókuszcsoporthoz általában a sok kérdéses, a problémát kibontó (nem kérdőíves) interjú formájában az érdemleges információ gyűjtéséhez a négy kulcskérdést használjuk keretként, most már olyan kérdőívvel dolgozunk, amely a nyitott és zárt kérdések keverékét tartalmazza meghatározott sorrendben. Ennek célja, hogy a négy kulcskérdésre világosabb megállapításokat fogalmazhassunk meg. A kérdőív alkalmazása abban az esetben szükséges, ha a fókuszcsoporthoz megbeszélésén nem sikerült egyetértésre jutni a droghasználó csoportok, vagy/és a drogok vagy/és a helyszínek beazonosításában. A kérdőív elsősorban „nyitott” kérdéseket tartalmaz, vagyis az interjúalanyok nem a feltevéseket igazolják, hanem maguk határozzák meg (a három kulcskérdésnek megfelelően) csoportokat, drogokat, helyszíneket. A kérdezettek kiválasztása során elsősorban a fókuszcsoporthoz megbeszélésén elhangzott vélemények, feltételezések orientálnak – az említett csoportokkal, helyszínekkel, drogokkal feltehetően kapcsolatba került, azokról bővebb információval rendelkezők közül válogatjuk ki az interjú alanyokat.

A RAR-folyamat ellenőrző szakasza a *strukturált kérdőívek felvétele/interjúk* készítése, amelyet zárt végű kérdésekből álló kérdőív segítségével végzünk, s ezzel az információgyűjtésnek a korábbinál ismét egy fokkal strukturáltabb módját biztosítjuk. A félíg strukturált interjúkból szerzett információt arra használjuk, hogy annak alapján kérdőívet készítsünk a strukturált interjúkhoz. Csak olyan személyek vesznek részt a kérdőív kitöltésében, akiket az adott témában kompetensnek, megbízható informátornak gondolunk. A kérdőív csak a négy fő kérdéscsoportra szorítkozik, az interjúalanyok válaszaikkal

verifikálják az eddigi tapasztalatokat. A válaszok összesítése egyszerű „strigulázással” történik. A strukturált interjú célja, hogy a veszélyeztetett csoportokra, szerhasználatra, a szerhasználat helyszíneire és a szerhasználók tudására és attitűdjeire vonatkozó, korábbiak alapján felállított hipotéziseinket ellenőrizzük vele. Azt próbáljuk megállapítani, hogy a válaszadók egy másik mintája megerősíti-e azt a képet, amit a félig strukturált interjúkból nyertünk a különösen veszélyeztetett csoportokra, a problémásan használt szerekre, stb. vonatkozóan.

Például a kulcsinformátoraink a fókuszcsoport vitáját követően a kollégiumokban elhelyezett diákokat és a bejáró diákokat egyaránt az első számú droghasználó csoportnak tartják. Miután számunkra fontos annak eldöntése, hogy melyik csoport tagjai a legvesélyeztetettebbek, ezért ennek eldöntésére mindkét csoportból megfelelő számú diákkal interjút kell készítenünk. A „megfelelő szám” konkrét meghatározása lehetetlen, hiszen a csoport nagysága, elérhetősége a szükséges interjúalanyok számával jelentősen összefügg. Arra kell törekednünk, hogy a lehető legnagyobb számban készüljenek interjúk, mert ezzel a nyert tapasztalatok megbízhatósága is jelentősen nő. A legeredményesebb interjú ez esetben is a kérdőíves, önkitöltéses forma. A droghasználat stigma, ezért a névtelenség és a beazonosíthatatlanság biztosítása garantálja csak az eredményes adatgyűjtést.

A kérdőívek összeállításához társadalomkutatásban járatos szakember felkérése elengedhetetlen, még abban az esetben is, ha csak néhány kérdésre kérjük a válaszokat. A megfelelő interjúszituáció megteremtésében is hibákat követhetünk el akkor, ha nem szakértelemmel veszünk részt a munkában.

6.6.6. Záró fókuszcsoport(ok)

A lehetőségek függvényében két fókuszcsoportot kell szerveznünk. Az első feladata a helyzetelemzés megvitatása és elfogadása (a még kétséges kérdések végleges eldöntése), míg a második feladata a szükséges válaszlépések meghatározása.

Első „véglegesítő” fókusz csoport

Eljutottunk egy olyan munkafázisba, amikor a fő kérdéseinkre remélhetőleg egyértelmű válasszal rendelkezünk. A fókuszcsoport tagjai lehetnek az első csoport összetételével azonosak, de választhatunk másokat is, ha valamelyik szereplő nem bizonyult tényleges informátornak, nem áll semmiféle kapcsolatban a droggal, drogosokkal, nem érintett a témában. A RAR csapat tagjain kívül célszerű azokat is meghívni ismét, akik az első fókuszcsoporton eltérő véleményeket fogalmaztak meg alapkérdéseinkben. E csoportmegbeszélést követően a végső, összegző tanulmányba a négy kulcskérdés kapcsán a teljes véleményazonosság elérése és a kulcskérdésre adható válaszok rögzítése a célunk.

A véglegesítő fókuszcsoport

A véglegesítő fókuszcsoporton történő eseményeket a RAR-csapatnak meg kell terveznie, a munkamenetet strukturálnia kell: vagy logikai sorrendet tart, vagy a kérdéseket fontosságuk sorrendje alapján tárgyalja, vagy a problémák súlya alapján választja meg a beszélgetés

menetét. A választott sorrendről a bevezetőben tájékoztatást kell adni, hiszen a fókuszcsoport tagjai hozzászólásra, véleménynyilvánításra készülnek.

Az első fókuszcsoport vezetőjének nem volt könnyű munkája, ez alkalommal még nehezebb lesz. Rugalmasan és mégis határozottan be kell tartatnia a vitára szánt időt, a hozzászólásokat mederben kell tartania, az esetleges vitát le kell folytatnia, szót kell adnia a különböző álláspontok képviselőinek. Ráadásul kérdésenként összegeznie kell az elhangzottakat, és a résztvevők egyetértését kell kérnie a zárásként megfogalmazott mondatai pontosságáról.

A fókuszcsoporton történetek rögzítése a legfontosabb teendő. Ha nem készül hangfelvétel, akkor legalább két jegyzőkönyv-vezetőt kell alkalmazni, akik a lehető legpontosabban rögzítik írásban a történeteket, a kulcskérdésekre adott végleges válaszokat.

A beszélgetést irányító vezető ismerteti az eddigi tapasztalatokat és az esetleg még lezáratlan, vagy véleménykülönbségek miatt vitatott kérdéseket. Itt ismét előadódhat az, hogy az eltérő véleménnyel rendelkezők vitatják megállapításainkat, hiszen eredetileg is más véleményen voltak. Ezért alaposan fel kell készülniük a RAR tagoknak a megállapítások melletti érvekkel, igazolásokkal.

Ha a fő informátorokat összehozzuk egymással, akkor információt nyerhetünk arról is, vajon miért eltérőek az emberek nézetei. Talán társadalmi helyzetükkel vagy politikai céljaikkal kapcsolatos, vagy abból fakad, hogy – e tényezők eredményeképpen – az embereknek egyszerűen a valóság más aspektusaira van rálátása.

Az utolsó megbeszélést követően a gyors helyzetfelmérés befejeződött, kérdéseinkre választ kaptunk. A továbbra is vitatott, információ-hiány miatt eldönthetetlen kérdéseket az összegző anyagból kihagyjuk.

6.7 Az eredmények elemzése és mérlegelése

A végső lépés a záró fókuszcsoport(ok) eredményeinek elemzése és mérlegelése. Erre a RAR munkacsoport KEF tagokkal kibővített plenáris ülésén kerül sor. A javasolt munkamenet a következő:

- Ismertetjük a záró fókuszcsoporton készült felvételeket és megvitatjuk tartalmukat a kollégákkal. Ha ez túlságosan időigényesnek tűnik, a vitát a fókuszcsoport alatt készített összegző jegyzetekre is alapozhatjuk, és kiválogathatunk hozzá néhány részt a hangfelvételből (a különösen érdekes állításokról készült jegyzetet szintén vezérfonalként használjuk).
- Magyarázatot keresünk az egymástól eltérő válaszokra. Ilyenek pl.
 - a résztvevők szakmai vagy pozícióbeli eltérő érdekei,
 - a politikai vagy ideológiai álláspontok,
 - kulturális különbségek.

- Érveket és forrásokat keresünk az eltérő válaszok értelmezéséhez.
- Megpróbálunk a kollégák között konszenzust találni:
 - a kulcskérdésekre adott válaszok összegzésében;
 - a fókuszcsoport levezetésének esetleges gyenge pontjait illetően;
 - a vitákból esetleg kihagyott témák tekintetében;
 - korábban meg nem fontolt kérdések tekintetében.
- Döntjük el, van-e szükség további információra vagy vitára.

6.8 Összegző anyag, beszámoló készítése

A RAR-folyamat záró szakasza egy jelentés összeállításából áll, amelyben felvázoljuk a gyorsfelmérés eredményeit és végkövetkeztetéseit. A legtöbb esetben a jelentést a következők számára írjuk :

- a beazonosított veszélyeztetett csoportokkal munkakapcsolatban állók
- egészségügyben és /vagy szociális ellátásokban dolgozók, a kábítószer-probléma kezelésében érdekelt szolgáltatók munkatársai, drogmegelőzésben dolgozó személyek,
- a helyi döntéshozók – az önkormányzati testület tagjai
- mindenkor, a KEF-eket támogató felelős háttérintézmény.

A projektről jelentést készíteni nem könnyű feladat, de a munkafolyamat során kitöltött táblázatok, adatlapok segítenek a rendszerezésben. A RAR-folyamat szabályozott, az adatgyűjtés különféle, egymásra épülő szakaszaiból áll, és ez egyben a jelentés alapszerkezetéül is szolgálhat. A kulcskérdéseket meghatároztuk, ezek segítségével definiáljuk a problémát és az adatgyűjtés szerkezetét. Ezeket a kérdéseket a jelentéstétel strukturálására is használhatjuk, és esetleg a felmérés szakaszaira is feloszthatjuk azt.

Az adatgyűjtési folyamat során szerzett információk rendszerezett formában történő nyilvántartását erre a célra specifikusan kialakított táblázatok segítik. Az adatok feldolgozására és elemzésére a RAR-folyamat során használt táblázatok szinte kivétel nélkül ugyanazt a szerkezetet követik (az előzetes konklúziók összefoglalása; a hézagok, feloldatlan problémák, eltérő válaszok felsorolása; a folyamat következő lépésében megteendő következő lépés lejegyzése).

A RAR-folyamat valamennyi egymásra épülő szakaszának lezárása után megbízhatóbbak és világosabbak lesznek a kulcskérdésekre adható válaszok. A RAR-folyamat valamennyi szakaszára rendelkezésre áll egy összefoglaló táblázat, amelyben az összes adatot összegyűjtjük a félig strukturált és a strukturált interjúk szakaszában. Az összefoglaló táblázat rálátást nyújt a kérdésekre vonatkozó előzetes következtetéseinkre.

A főinformátoroktól és válaszadóktól szerzett többletinformáció segít abban, hogy a hézagokat kitöltsük, világosabb fogalmat alkossunk a kulcskérdésekre adható válaszokról és megmagyarázzuk a megoldatlan problémákat és az eltérő válaszokat. Ha a RAR-folyamat végén sorba állítjuk az összes összefoglaló rubrikát és összefoglaló táblázatot, ez szilárd keretet ad majd a gyorsfelmérésről szóló jelentés vázlatához. (A szükséges háttéranyagok, segédanyagok a továbbképzésen válnak elérhetővé.)

Amikor a jelentés első vázlatát elkészítjük, nem kell azonnal tökéletességre törekednünk. Az első változat alapként szolgál az ötletbörzékhez és team-vitákhoz, amelyek a második változatot készítik elő. Amikor a munkacsoport már megvitatta a jelentés második változatát, ajánlott, hogy külső olvasókat, pl. az informátorok némelyikét is felkérjük, hogy tegyék meg megjegyzéseiket.

A jelentés írása során vegyük tekintetbe az alábbiakat:

- Ez a feladat sok és fáradtságos munkával jár. Ne várjunk az ihletre. Próbáljunk meg mindennap megírni belőle valamennyit.
- Időnként tartsunk szünetet az írás folyamatában. A szünetek nagyon jók arra, hogy pihenjünk és elrendezzük a gondolatainkat.
- Amikor a jelentés első változatának egy fejezetével elkészültünk, kezdjünk bele a következő fejezetbe. Az elkészült fejezethez közvetlenül is hozzáírhatunk újonnan felmerülő ötleteket és gondolatokat, de a fejezeteket csak akkor módosítsuk, ha már hagytunk rá 1-2 napot.
- A gyorsfelmérésről készülő jelentés végső soron alapként szolgál a RAR-folyamat következő és legfontosabb szakaszához, a veszélyeztetett célcsoportnak szóló prevenciós és intervenciós módszerek kifejlesztéséhez. A RAR-folyamat célja nem az, hogy alapos tudományos tanulmányt vagy irodalmi esszét eredményezzen, hanem hogy gyors válaszlépéseket tegyen lehetővé egy korábban feltérképezetlen, súlyos akut problémára. A RAR-munkacsoportnak ezért oly módon kell felmérnie a problémát, hogy az érthető legyen közönsége számára, megérintse, és lendületbe hozza azokat a személyeket, akik szerepet játszhatnak az intervenciók kifejlesztésében és megvalósításában.

6.9 Második „feladatkijelölő” fókuszcsoport

A következő lépés annak eldöntése, hogy tapasztalataink alapján milyen beavatkozás szükséges. A második fókuszcsoport feladata a beszámoló alapján a „válaszok” megfogalmazása, a teendők kijelölése.

Ezen a megbeszélésen már célszerű más összetételű, legalábbis bővített létszámú csoportot kialakítani, hiszen a kezelés-ellátásban dolgozó szakemberekkel, és a döntéshozókkal is bővítenünk kell a meghívottak listáját.

A záró fókuszcsoport sikere értékes eszköznek bizonyulhat. Ha találkozót hozunk létre a szakértők csoportjával, ahol megvitatjuk velük a RAR eredményeit és a feltárt problémákkal

kapcsolatos megfelelő preventív lépéseket, ez a kitűzött célok megvalósíthatósága irányában hat. Az intervenciók sikeres véghezviteléhez segítséget jelenthet, ha sikerül elérnünk, hogy a megfelelő személyek bevonódjanak a munkába és elkötelezzék magukat a folyamat mellett.

A RAR csapat munkája befejeződött, és elindul a kitűzött feladatok megvalósítása. Már írtunk a munka ciklikusságáról, dinamikájáról, arról, hogy e feladatok végrehajtása során, hasonló eszközökkel kell figyelemmel követnünk a megvalósítás teljes folyamatát. A kérdés mindig megismétlődik: vajon jól jelöltük-e ki a célokat, ezek a kiválasztott eszközökkel végrehajthatók-e? Elértük-e a kívánt eredményt? A bekövetkezett változások elegendőek-e? Melyek a további feladatok?

A ciklus lezárásakor természetesen kíváncsiak vagyunk mindezekre a kérdésekre, ezért ideális esetben egy újabb RAR vizsgálat, vagy annak elemeinek alkalmazása válik szükségessé.

Hivatkozások

Stimson GV, Fitch C, Rhodes T. [The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use \(IDU-RAR\)](#). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998.

Későbbi kiadás: A. Malcolm és P. Aggleton: [Rapid Assessment and Response. Adaptation guide for work with especially vulnerable young people](#). Thomas Coram Research Unit Institute of Education, University of London. World Health Organisation, 2004.

Rhodes T, Fitch C, Stimson GV, Kumar S. [Rapid assessment in the drugs field](#). Int J Drug Policy. 2000; 11(2):1–11.

F. Trautmann, D. Burrows: [Conditions for the effective use of rapid assessment and response methods](#) International Journal of Drug Policy, 11 (2000), pp. 59-61