

ÉLŐ JELENTÉS

A MAGYARORSZÁGI DROGHELYZETRŐL

Jelentéstevők: KCKT szakterületi munkacsoportjai

Az adatokat feldolgozta: KCKT Kutatási munkacsoport

KÁBÍTÓSZERÜGYI CIVIL KOORDINÁCIÓS TESTÜLET

Levelezési cím: 1399 Budapest, Pf. 677.
Telefon: 06-1-220-8776, 06-20-927-2240
E-mail: madaszsz@gmail.com

Projekt azonosító: NCTA-2013-4196-M1

T á m o g a t ó k



TARTALOM

BEVEZETÉS.....	5
AZ ÉLŐ JELENTÉS KÉSZÍTÉSÉNEK MÓDSZERE	5
ÉLŐ JELENTÉS A DROGPOLITIKA AKTUÁLIS MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRŐL.....	7
ELŐZMÉNYEK.....	7
A JELENTÉS LÉTREHOZÁSÁBAN RÉSZTVEVŐK	9
EREDMÉNYEK	10
HAZAI DROGPOLITIKAI HELYZET – ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK	11
AZ ÉRVÉNYBEN LÉVŐ NEMZETI DROGELLENES STRATÉGIA, VALAMINT A TÉNYLEGESEN MEGVALÓSULÓ DROGPOLITIKA TARTALMI KÉRDÉSEI	17
ÖSSZEGZÉS.....	28
ÉLŐ JELENTÉS A DROGPREVENCIÓ AKTUÁLIS MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRŐL	31
ELŐZMÉNYEK.....	31
TÁVOLABBI, KVANTITATÍV KUTATÁSOKKAL LEFEDETT IDŐSZAK (2001-2009).....	31
KÖZVETLEN ELŐZMÉNYEK (2011-2015).....	34
A JELENTÉS LÉTREHOZÁSÁBAN RÉSZTVEVŐK LEÍRÁSA	38
EREDMÉNYEK	39
AZ ISKOLAI PREVENCIÓVAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK	39
KÖZÖSSÉGI ALAPÚ PREVENCIÓ	46
ÖSSZEGZÉS.....	53
ÉLŐ JELENTÉS AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS AKTUÁLIS MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRŐL	59
ELŐZMÉNYEK.....	59
A JELENTÉS LÉTREHOZÁSÁBAN RÉSZTVEVŐK	61
EREDMÉNYEK	61
ÖSSZEGZÉS.....	72
ÉLŐ ÉLŐ JELENTÉS A KEZELÉS/ELLÁTÁS AKTUÁLIS MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRŐL.....	75
ELŐZMÉNYEK.....	75
A ÉLŐ JELENTÉS LÉTREHOZÁSÁBAN RÉSZTVEVŐK	76
EREDMÉNYEK	77
AMBULÁNS KEZELÉS.....	77
ALACSONYKÜSZÖBŰ SZOLGÁLTATÁSOK.....	83
KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK SPECIÁLIS CSOPORTOK SZÁMÁRA	89
ÖSSZEGZÉS.....	93
FELHASZNÁLT IRODALOM	95
MELLÉKLETEK.....	98
VEZÉRFONALAK	98
A DROGPOLITIKAI JELENTÉS VEZÉRFONALA	99
A PREVENCIÓS JELENTÉS VEZÉRFONALA	102
AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ JELENTÉS VEZÉRFONALA	107
A KEZELÉS/ELLÁTÁS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ JELENTÉS VEZÉRFONALA	111
KÉRDŐÍVEK	115
MINDEN CSOPORTBAN FELVÉTELRE KERÜLT KÉRDŐÍV	116
A DROGPOLITIKA ÉLŐ JELENTÉS KÉRDŐÍVE	118
A PREVENCIÓS ÉLŐ JELENTÉS KÉRDŐÍVE.....	121
AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ ÉLŐ JELENTÉS KÉRDŐÍVE	124
A KEZELÉS/ELLÁTÁS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ ÉLŐ JELENTÉS KÉRDŐÍVE	126

TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK.....	131
A DROGPOLITIKAI JELENTÉSHEZ KAPCSOLÓDÓ TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK	131
A PREVENCIÓS JELENTÉSHEZ KAPCSOLÓDÓ TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK	131
AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK	135
A KEZELÉS/ELLÁTÁS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK	138

BEVEZETÉS

Általános tapasztalat, hogy mostanában – részben a területen tapasztalható gyors változások, részben a rendkívül kevés információ miatt – sokunknak jelent problémát a drogfogyasztásban és a drogpolitikában történő aktuális folyamatok, saját helyzetünk értelmezése. Az idei évben rendezett Civil Fórum célja éppen ezért a HELYZETÉRTELMEZÉS volt. Egyrészt egy kiemelt témára, az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos kérdésekre fókuszálva, másrészt pedig a drogpolitika, a prevenció, a kezelés/ellátás és az ártalomcsökkentés területeihez kapcsolódóan ún. ÉLŐ JELENTÉSEKET állítottunk össze.

Az Élő Jelentés célja saját helyzetünk értelmezése, az, hogy közös láttelepet adjunk a drogügyek egyes területeiről, és ezzel segítsünk a problémafókuszok azonosítását, a területen folyó munka reflexivitását.

AZ ÉLŐ JELENTÉS KÉSZÍTÉSÉNEK MÓDSZERE

Az „Élő Jelentés” – a tudományos kutatások és a különböző (társadalmi- és piaci) beavatkozások megismerésére irányuló kutatások terén egyaránt nagy múltra visszatekintő, és elismert módszerhez – a fókuszcsoportos kutatásokhoz hasonlóan, egy jól megtervezett, strukturált és dokumentált beszélgetés. A jelentés készítésének a célja egyrészt az volt, hogy együtt gondolkodjunk, másrészt, hogy közös képet alakítsunk ki a drogügyek egyes területeiről, melynek eredményeképpen az elszórtan rendelkezésre álló személyes tapasztalatok összerendezhetővé válnak. Tekintettel arra, hogy a láttelep annál gazdagabb, minél több szereplő vesz részt annak összeállításában, ezért – a Civil Fórum hagyományaival összhangban - az Élő Jelentés összeállítása során is lehetőséget biztosítottunk a kormányzati és civil szféra képviselői közötti eszmecserére is.

Az Élő Jelentés egy, a drogszakmai szereplők helyzetértékelésén/értelmezésén alapuló szubjektív láttelep. A szubjektivitás egyfelől kényszer. A kutatások visszaszorulása következtében nagyon kevés objektív információval rendelkezünk a drogügyek különböző területeiről, többnyire csak a reguláris adatgyűjtésekből származó közvetett indikátorok mentén vannak adataink, melyek egyrészt számos területre vonatkozóan nem, vagy csak nagyon korlátozott mértékű információval szolgálnak, másrészt közvetett jellegük okán – kontextus nélkül – nehezen értelmezhetők. Objektív információk összegyűjtésére, kvantitatív kutatások elvégzésére a civil szféra saját erőből nem tud vállalkozni. Az Élő Jelentéssel, a jelentés szubjektivitásának felvállalásával erre az információs deficitekre (is) szeretnénk felhívni a figyelmet. Az Élő Jelentés egyes fejezetei a területen dolgozók percepcióit jelenítik meg, ami bizonyos tekintetben több, más tekintetben kevesebb annál, mintha teljes körű vagy nagymintás kvantitatív adatokkal rendelkezniük. Az Élő Jelentésben megfogalmazottak (statisztikai) általánosíthatósága korlátozott (Sim, 1998; Vicsek, 2006), azonban a helyzetről alkotott szakértői narratívák mintázódásának megismerése nem kevésbé fontos, mint az objektív tények ismerete: az alkalmazott technika lehetőséget biztosít az ellentmondások, illetve mögöttes tényezők felfejtésére, a miérték és hogyanok megismerésére is (Vicsek, 2006).

A kiemelt témához kapcsolódó Élő Jelentés elkészítése során a különböző szakterületeken rendelkezésre álló tapasztalatok – rövid előadások, és a résztvevők reflexiói – alapján megpróbáltuk felvázolni az új pszichoaktív szerhasználat jellegzetességeit, társadalmi

mintázódását és kommunikációs sajátosságait, továbbá a helyzet szabályozási, drogpolitikai, büntető-igazságszolgáltatási és ellátórendszeri vonatkozásait. Ezt a diskurzust egy „videó jelentés” formájában adjuk közre. (<https://youtu.be/S5Z-msS5SL4>)

A négy szakmaterület, a drogpolitika, a prevenció, az ártalomcsökkentés, valamint a kezelés-ellátás helyzetéről kisebb (15-30 fős) csoportokban, a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) strukturált kérdőívei, valamint a hazai kutatási tapasztalatok és problémafókuszok alapján kialakított strukturált vezérfonal¹ mentén történő beszélgetés alapján, kvalitatív adatfeldolgozási módszerek alkalmazásával állítottuk össze az Élő Jelentést. Az egyes tematikus egységek esetében a fókuszcsoportos beszélgetések során rövid önkitöltős kérdőíveket² is használtunk, melyekben az EMCDDA strukturált kérdőíveinek főbb kérdései szerepeltek. Ezek a kérdőívek azon túlmenően, hogy szokásszerűen kiindulópontot jelentettek az adott témáról folytatott beszélgetésekhez (Vicsek, 2006), illetve a főbb kérdések vonatkozásában a vélemények összesítéséhez, lehetőséget adnak az EMCDDA strukturált kérdőíveinek egyes kérdései mentén a nemzetközi összehasonlításra is. A vizsgált kérdéskörök tárgyalása során a helyzetleírason túlmenően a percipiált tendenciák, továbbá az esetleges regionális mintázatok feltárására is törekedtünk.

Az egyes területekre vonatkozó vezérfonalak összeállítását, és a beszélgetések moderálását a Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület (KCKT)³ egyes szakmaterületekkel foglalkozó munkacsoportjai (Drogpolitikai, Prevenció, Ártalomcsökkentési és Kezelési munkacsoportok), az adatok feldolgozását pedig a KCKT Kutatási munkacsoportja végezte.

A beszélgetésekről hanganyagok, s ezek alapján szószerinti átiratok készültek. A rangsoroló szavazások eredményeinek rögzítésében flip chart volt segítségünkre. Az elemzés során átiratalapú tematikus analízist végeztünk, melynek során a szövegeket részben a szakirodalom kategóriarendszere, részben az interjúk átolvasása alapján a vélemények alapján azonosított dimenziók szerint kódoltuk, illetve csoportosítottuk. Az elemzés során megtalált vélemény dimenziókat, azaz a jelentés egyes állításait szószerinti idézetek segítségével mutatjuk be.⁴ A flip chartok és az önkitöltős kérdőívek adatainak feldolgozására Excel programot használtunk.

Az egyes szakmaterületekre vonatkozó Élő Jelentés minden esetben az előzmények bemutatásával kezdődik. Ennek funkciója egyrészt az, hogy az aktuális helyzet értelmezéséhez látnunk kell a korábbi tendenciákat, másrészt a korábbi kutatási eredmények bemutatása érzékelteti azt az információs hiányt, ami indokolja az Élő Jelentés létrehozását.

¹ A beszélgetések vezérfonalai a mellékletben megtalálhatók.

² Az egyes csoportokban alkalmazott kérdőívek szintén megtalálhatók az Élő jelentés mellékletében.

³ A civil-szakmai szervezetek (Magyar Dropprevenció és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége /MADÁSZSZ/, Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetsége /MADRISz/, Magyar Addiktológiai Társaság /MAT/, Ártalomcsökkentők Szakmai Egyesülete /ÁSSz/) a hazai kábítószerhelyzet értékelésére, a szükséges szakmai állásfoglalások kialakítására, a hazai szakmai közélet, valamint saját érdekképviselésük megszervezésére 2014. májusában saját akaratukból létrehozták a Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testületet (továbbiakban: KCKT). A KCKT feladatai A testület ügyrendjében részletesen megtalálhatók. http://www.madaszsz.hu/norveg/KCKT_Ugyrend.pdf

⁴ Az idézetekben szereplő szövegeket esetenként talán furcsának találjuk, azonban ne feledkezzünk meg arról, hogy az élőbeszéd egészen más, mint az írásban történő kommunikáció: félbemaradt állítások, ismétlések, egyéb, írásban furcsának tűnő elemek tarkítják.

ÉLŐ JELENTÉS A DROGPOLITIKA AKTUÁLIS MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRŐL

ELŐZMÉNYEK

A drogpolitika – bármennyire is magasan jegyzett igény és elv a tényeken és evidenciákon alapozott politika szükséglete – mindenkor igen nagymértékben kitett az őt körülvevő és meghatározó politikai környezet alakulásának.

A drogpolitika alakulását nehéz mérni, paraméterekhez kötni, értékeléséhez objektív értelmezési kereteket teremteni. Némi fogódzkodónk mégis van a folyamatok jellemzésére. Rendelkezésre állnak olyan mutatók, melyek a – politikai-kommunikációs üzeneteken felül a ténylegesen megvalósuló – kormányzati szakpolitikai szándékokat (vagy azok hiányát) értékelni hivatottak. A következőkben ezeket a mutatókat a Drogpolitika számokban című kötet (Felvinczi és Nyírády, 2009) megfelelő fejezeteiben tárgyalta szerkezetében vizsgáljuk a most tárgyalt időszakra vonatkoztatottan.

Közvetlen politikai aktusok

Mint köztudott, az Országgyűlés által 2009. decemberében elfogadott, a szakmai szervezetek támogatását élvező második Nemzeti Drogstratégia⁵ 2010. decemberében az új kormányzati kommunikációban⁶ visszavonásra került. A visszavonás azonban jogszabályi formában nem történt meg. A Kormány tehát valójában mulasztásos jogszabálysértést követett el azzal, hogy az Országgyűlés korábban meghozott, és vissza nem vont döntésének kötelezettségeit nem teljesítette. Az Országgyűlés 2013. október 16-án fogadta el az új Nemzeti Drogellenes Stratégiát (NDS)⁷ cselekvési program és finanszírozási tervezési dokumentum nélkül. Közel három éven keresztül tehát nem volt olyan szakpolitikai dokumentum, mely a folyamatoknak keretet biztosított volna.

A stratégiai programok feltétlen szükséges végrehajtási dokumentumát, a cselekvési programot a szaktárca (EMMI) az Ogy. határozat 2. C/ pontja értelmében a stratégia elfogadását követő három hónapon belül dolgozza ki. Habár ennek több formáját ismerjük, az máig nem került elfogadásra. Korábbi verziói még tartalmaztak költségvetési tervezést (gyakorlatilag többlet hazai költségvetési forrás nélkül), utóbb már ez is eltűnt belőle.

A kormányzati szándék kínálatcsökkentési orientációját jelzi a Büntető törvénykönyv többszöri, de elsősorban is a kábítószerrel való visszaélés jogszabályi körének jelentős szigorítását eredményező, 2013. július 1-vel hatályba lépő módosítása⁸, valamint a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, illetve az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 02.) Kormányrendelet, azaz az ún. C-lista.

⁵ 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról

⁶ Pl. a NEFMI 2010. december 10-i sajtóközleménye: <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/uj-drogstrategiara-van-szukseg>

⁷ 80/2013. (X. 16.) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020. Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen

⁸ 2012. évi C. törvény (VII.13.) a Büntető Törvénykönyvről

Államigazgatási szint

A szakmapolitikai keretek tekintetében megmutatkozó hiányosságok mellett a terület közigazgatási reprezentációja vonatkozásában is több helyen kimutatható a kormányzati elhanyagolás ténye. A koordináció a szakminisztériumon (NEFNI, ill. EMMI) belül az öt év alatt három különböző államigazgatási területen, három állami vezető irányítása alatt működött rendkívül megcsappant erőforrásokkal. Önálló tervezési, megvalósítási kompetenciáról nem beszélhetünk, sokkal inkább kitett a terület az esetleges vezetői akaratoknak és érdekeknek. A koordináció kormányzati struktúrában való elhelyezkedésének instabilitása mellett a terület súlyának erodálódását jelzi a terület képviseleti szintjének, valamint a nemzeti koordináción dolgozók létszámának jelentős csökkenése is.⁹

A drogügyi koordináció szerepvesztése mellett a kormányzat háttérintézményi támogatottságában is megjelent az „intézménytelenedés” jelensége (Elekes, 2006). A korábban fontos feladatokat végző Nemzeti Drogmegelőzési Intézet helyett egy jóval kisebb, korábbi létszám egyharmadával/egynegyedével működő Drogmegelőzési Iroda került kialakításra.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) működése is alapvető változásokon ment keresztül. A szakma egyik nagy eredményének tekintette korábban, hogy négy választott és felhatalmazott képviselője a KKB szavazati jogú résztvevője lehetett, amelyen keresztül valamennyire ellenőrizni és befolyásolni tudta a politikai döntéshozási folyamatokat, egyben vissza tudott jelezni a terület felé. Miután 2010-ben a kormány a KKB előzetes megkérdezése nélkül döntött a drogstratégia elutasításáról és a Btk. szigorításáról, a következő években az ülések megritkultak, azokon miniszter vagy államtitkár már egyszer sem vett részt, majd 2011-ben az 1158/2011. (V. 23.) Korm. határozata¹⁰ – mely szerint a tárcaközi bizottságokban ettől kezdődően kizárólag kormányzati szereplők vehettek részt, s az államigazgatáson kívüli szereplők, így a szakmai szervezetek számára Tanácsok kerültek kialakításra – alapvetően átalakította a KKB működését is.¹¹ Ezzel gyakorlatilag megszűnt a közigazgatási szakterületek és a szakmai képviselők közötti párbeszéd: A Kábítószerügyi Tanács (KT) képviselői nem tudnak bekapcsolódni – közvetett módon sem – a KKB-ban lefolytatott vitákba.

A szakmai iránymutatások hiányára, a civil szakmai szereplőkkel – elsősorban is az ártalomcsökkentő szervezetekkel – szembeni represszív eljárásokra (pl. a Kék Pont és a Drogprevenció Alapítvány túcsere szolgáltatásai elleni támadások), valamint a drogszakmai szervezetek érdekképviseleti lehetőségek beszűkülésére reflektálva a négy drogszakmai ernyőszervezet¹² kezdeményezésére 2013-ban megalakult a Kábítószerügyi Civil Koordinációs Tanács (KCKT), valamint kialakításra került a Drogszakmai Civil Ombudsman intézménye.

Finanszírozási kérdések:

⁹ 1999 és 2004 között a kábítószerügyi koordinációt egy dedikáltan erre a feladatra létrehozott helyettes államtitkárság végezte, majd miniszteri biztos, miniszteri megbízott, később igazgató besorolással végezte munkáját a nemzeti drogkoordinátor. Ma a drogkoordináció egy minisztériumi osztály szintjén működik.

¹⁰ <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk11054.pdf>

¹¹ <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK13036.pdf>

¹² Magyar Addiktológiai Társaság, Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége, Magyar Drogprevenció és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége, Ártalomcsökkentők Szakmai Szövetsége

A drogpolitika értékelésének egyik lehetséges módja a költségvetési ráfordítások mértékére és összetételére vonatkozó mutatók alakulásának vizsgálata. Akármilyen nemes feladatokat fogalmaz is meg a döntéshozó, adott területre vonatkozó szakpolitikájának helyét, helyi értékét annak költségvetési pozíciója erősen meghatározza, illetve az egyik legfontosabb mutatóként vehető számításba¹³. E tekintetben az utóbbi öt évre vonatkozó adatokban megjelenő tendencia annál is inkább figyelemre méltó, mert a terület támogatása már korábban is olyan mértékben elégtelen mértékű volt (Topolánszky, 2009; Hajnal, 2009), hogy a területről elvonni egyrészt eleve keveset lehet egy tárcaköltségvetés szintjén, másrészt bármilyen csökkenés a szakterület számára végzetes lehet.

2010-ben a költségvetés a szaktárca kábítószerügyi koordináció során 960 millió Ft-ot biztosított a terület számára. (Ekkor már nem terveztek saját fejezetükben a társtárcák, mint ezt korábban tették, tehát más minisztériumoknál nem találhattunk címkézett forrást). Ezt az összeget a Kormány még abban az évben elvonással 722 millió Ft-ra csökkentette. A 2010-es költségvetési főösszeghez képest a szaktárca tervezési sora a következő két év alatt több mint kétharmadával, 300 millió forinttal csökkent¹⁴ (68,75 %).

Amennyiben a legjobb forrásallokációjú év adataihoz hasonlítjuk az utolsó évek adatait, akkor azt látjuk, hogy a 2003-as 1,8 milliárd forinthez képest – melyhez ezen kívül még PHARE fejlesztési összegek is hozzájárultak – 2012-re ez az összeg reálértéken 90 %-ával csökkent, azaz 10 %-ra esett vissza. Egyéb forrásokról szisztematikus adataink nincsenek. A Drog Fókuszpont jelentései 2012 óta még a költségvetési ráfordítások sarokszámait sem adják meg, a minisztériumok és háttérintézményeik honlapjain szintén nem szerepelnek az adatok, de amennyiben 2003-hoz képest 10%-nyi forrás azóta megmaradt, és a csökkenés az egyes részterületek finanszírozásában arányosan érvényesült, akkor nagyságrendileg a korábbinak 10 %-a jut az egyébként magas helyi értéken kommunikált megelőzésre is.

Ezek az adatok – a politikai és államigazgatási szinten tapasztalt jelenségekkel harmonizálva – a terület súlyának jelentős csökkenését jelzik.

A JELENTÉS LÉTREHOZÁSÁBAN RÉSZTVEVŐK

A Drogpolitikai Élő Jelentés létrehozása érdekében a szakmai szervezetek képviselői a Civil Fórum kínálta lehetőségen felül még egy, azaz összesen két alkalommal ültek össze. A Civil Fórum keretein belül 12 fő, a kiegészítő alkalommal 10 fő kezdte el a megbeszélést. Néhány szakember nem tudott a megbeszélések végéig részt venni, illetve esetenként nem válaszoltak egy-egy kérdésre, így az egyes témák esetén a válaszadók létszámát mindig aktuálisan jelöljük.

Arra a kérdésre, hogy mi a képviselt szervezet bejegyzési éve, 15 résztvevő válaszolt. Ez alapján elmondható, hogy a képviselt szervezetek többsége jelentős múlttal rendelkezik,

¹³ Itt az adott évekre vonatkozó címkézett költségvetési sor(ok)ról van szó. Jellemzően ebben a forrásban jelenik meg a döntéshozó fejlesztési szándéka. Az állam ugyanakkor más forrásokból is támogatja a költségvetésen keresztül az adott területet, akár nagyságrendileg nagyobb összegekkel is, ezek azonban nem címkézettek, legtöbbször csak külön kutatási eszközökkel kimutathatóak, hiszen nagy ellátási rendszerekben „elbújva” jelennek meg (rendőrség, büntetés-végrehajtás, egészségügyi kassza, szociális ellátások). Ezen túlmenően európai uniós forrásokból is történnek támogatások. A rendszer tehát meglehetősen összetett. (A jelenség pontosabb leírásához lásd: Hajnal, 2009, Topolánszky, 2009)

¹⁴ 2011: 512,1 mFt, 2012: 300 mFt, 2013: 310 mFt, 2014: 355 mFt, 2015: 355 mFt (az adott évekre vonatkozó költségvetési törvények szerint).

átlagosan közel 15 éve (14,87 év) működnek a szakmában, s a résztvevők kétharmada (10 fő) olyan szervezettől érkezett, amely több, mint 10 éve foglalkozik a droghelyzettel. Szervezeti formájukat tekintve túlnyomórészt a nonprofit szektor képviseltette magát.

1. táblázat: A résztvevő szakértők szervezeti háttere, szervezeti forma szerint (fő)

Szervezeti forma	Résztvevők száma
Nonprofit	16
Állami/önkormányzati	6
Összesen	22

A szervezet tevékenységeinek hatóköre alapján heterogén képet kapunk, de a legtöbb szervezet (9 fő) országos lefedettséggel nyújtja szolgáltatásait.

2. táblázat: A résztvevők szervezeti hátterének néhány jellemzője: a szervezetek fő tevékenysége és hatóköre (fő)

A szervezet fő tevékenysége	N	A szervezet hatóköre	N
Prevenció/Kezelés-ellátás	12	országos	9
Érdekképviselés/jogsegély	4	több megye	4
Felsőfokú/Szakmai oktatás	4	egy megye	1
Egyéb (hatósági, monitorozás)	2	több település	3
		egy település	5

Tevékenységük tartalmi jellegét tekintve a képviselt szervezetek több mint fele a prevenció, illetve kezelés-ellátás területén működik (12 szervezet). Az érdekképviselési területen működő 4-ből 3, illetve 1 szakmai oktatási és 1 monitorozó főtevékenységű képviselt szervezettel együtt a résztvevők túlnyomó többsége (összesen 17-en) elsősorban a droghelyzettel foglalkozik.

A szakemberek közül ugyanolyan arányban vettek részt vezetői és segítői munkakörben dolgozók (7-7 fő), valamint oktatói és adminisztratív feladatokat ellátók (3-3 fő). Átlagosan több, mint 11 éve dolgoznak a droghelyzeti területen, és a kérdésre választ adó 14 fő fele több, mint 10 éve.

3. táblázat: A résztvevők munkaköri beosztása (fő)

A résztvevők munkaköri beosztása	Résztvevők száma
vezetői	7
oktatói	3
segítői	7
adminisztratív	3
nem válaszolt	2
Összesen	22

EREDMÉNYEK

A Droghelyzeti Élő Jelentés elsősorban két nagyobb témakört jár körül: (1) a hazai droghelyzeti általános kérdéseit igyekszik felvázolni, illetve (2) az érvényben lévő Nemzeti Droghelyzeti Stratégia, valamint a ténylegesen megvalósuló droghelyzeti tartalmi kérdéseivel kapcsolatos véleményeket gyűjti össze.

HAZAI DROGPOLITIKAI HELYZET – ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

A téma első kérdése arra irányult, hogy a résztvevők percepciói szerint a jelenlegi társadalmi/politikai környezet milyen feltételeket teremt a drogpolitika számára. A válaszadók közül senki nem ítélte „támogatónak” vagy „inkább támogatónak” a helyzetet (4. táblázat)

4. táblázat: A jelenlegi társadalmi/politikai környezet milyen feltételeket teremt a drogpolitika számára (N=22) (fő)

	Résztvevők száma
Nagyon nehezíti a tevékenységet	16
Inkább nehézségeket támaszt	4
Is-is	2
Inkább támogató	0
Teljes mértékben megfelelő, támogató	0
Összesen	22

A válaszadók többsége (20 fő) úgy látja, hogy az aktuális társadalmi/politikai környezet inkább, illetve nagymértékben akadályozza, megnehezíti a drogpolitikai tevékenységek megvalósulását (5. táblázat). A résztvevők meglátása szerint ennek hátterében a társadalmi/politikai környezet „ellenérdekeltsége” áll:

"...maga az ideológiai eszmerendszerbe [...] nem igazán fér bele annak a klienscsoportnak, rétegeknek a képe, akikkel mi foglalkozunk."

"...az elmúlt tizenegynéhány [...] a drogpolitika céljait próbálta alátámasztani a nagypolitika, és a nagypolitika úgy próbálta a társadalmi környezetet alakítani, hogy támogató legyen, most itt épp az ellenkezőjét látom ennek."

"...nem az ellátási szükséglet <határozza meg a problémakezelést (szerző)>, hanem a fennmaradáshoz milyen imidzset kell kiépíteni és az alapján. [...] ...van egy ellenséges környezet"

"Semmiféle olyan irányba nincs ennek a törvénynek és ennek a politikának, ami azt mutatná, hogy fogadja a társadalom ezt a helyzetet, támogassa ennek a tevékenységnek a megvalósítását."

"...a prevenciót olyan mértékben nehezítette meg, ezt már azt hiszem, mindannyian tudjuk, ismerjük, hogy szinte lehetetlenné teszi éppen azért, mert nem érdeke, mintha nem lenne érdeke ennek a prevenciónak a megvalósítása"

A egyes vélemények egyenesen támadó attitűdöt érzékelnek:

"...nem megnehezíti, hanem szinte ellehetetleníti a mi munkánkat, [...] évek óta, és hát aztán tényleg most már nagyon nehéz."

A szakemberek szerint a kedvezőtlen politikai/társadalmi környezet leginkább a párbeszéd hiányában (i) és a szakterület erőteljes forráshiányosságában (ii) érhetőek tetten:

(i)

"... valós párbeszéd, maga a szakmának a súlya, vagy az, hogy komolyan veszik, ez nem jelenik meg számomra."

"...figyelemhiány, szándékhiány így a kormányzat részéről, [...] egyszerűen ez a Civil Fórum is, amit így évente egyszer megrendezünk, soha nem jön el egy döntésképes vezető."

"...nincs, nagyon nehéz párbeszédbe kezdeni a döntéshozókkal, illetve a bizonyos hatóságokkal vagy hivatalokkal."

(ii)

"...drasztikusan csökkentek a források az elmúlt években, az megint csak olyan, mintha nem véletlen lenne."

A vélemények között megjelent a jelenlegi helyzet egy tágabb értelmezése is, mely a szakma intenzív hátrányos érintettségét annak meghatározó civil alapjaiban látja:

"2014-ben jött el szerintem az az idő, akkor ráadásul a szakmai izoláció összetalálkozott egy ilyen borzasztó civilelles kormányzati kommunikációval, és ugye ez az a szakmaterület, vagy az egyik olyan terület, ahol különösen sok a civil szakember, illetve a civil szervezet."

Mint említettük, a jelentés tevők között nem volt olyan szakember, aki a jelenlegi társadalmi/politikai környezetet támogatónak, vagy inkább támogatónak érezte volna. A fenti, a nehézségeket hangsúlyozó vélemények mellett 2 fő fogalmazott meg ambivalens véleményt: Véleményük szerint bár bizonyos lépések tapasztalhatóak, azonban ezek szakmaisága a drogfogyasztással kapcsolatos problémák megoldása szempontjából megkérdőjelezhető, és elsősorban a látszat keltésére szolgálnak:

"...a mostani politikai kurzusnak azért van küldetése a droghelyzet kezelésével kapcsolatban, mindenképpen szeretnének eredményeket, minél látványosabb, minél inkább politikailag hasznosítható eredményeket elérni. Hát hogy ez nem találkozik a szakmának az álláspontjával, azok a tevékenységek, amit végeznek, az egy másik kérdés."

"Úgy teszünk, mintha csinálnánk: teszünk is, de valójában ennek felhasználható, megvalósítható, érdemi része a hétköznapiakban, úgy csinál, mintha lenne."

Arra a kérdésre, hogy a hazai drogpolitika milyen irányba indult el a probléma kezelhetősége szempontjából az elmúlt 5 évben, a résztvevők többsége szintén igen negatív véleményt fogalmazott meg, 21 fő (sorrendben 16 és 5 fő) gondolta úgy, hogy jelentősen kedvezőtlenebbé, illetve kedvezőtlenebbé vált a helyzet.

5. táblázat: A probléma kezelhetősége szempontjából milyen irányba mozdult el a hazai drogpolitika (N=22) (fő)

	Válaszolók száma
Jelentősen kedvezőtlenebbé vált	16
Kedvezőtlenebbé vált	5
Változatlan maradt	0
Kis mértékben kedvezőbbé vált	1
Jelentős mértékben kedvezőbbé vált	0
Összesen	22

A válaszadók szerint a háttérben meghúzódó jelenségek – ahogyan az egyik résztvevő meg is fogalmazta – 3 tematika köré csoportosíthatóak:

"Az állam ugye három módon tud részt venni a drogpolitika, vagy bármilyen program kezelésében: szabályozóként (i), finanszírozóként (ii) és a politikai klíma meghatározójaként (iii). Mind a három tekintetében drámai módosulások történtek."

(i)

„Szabályozóként [...] erős szabályozási aktusok voltak, kezdve a büntetőpolitikai szabályozásban.”

"...megjelentek ezek a dizájner drogok és ehhez képest a válaszreakció a kormány részéről, az inkább a szolgáltatásoknak, ahogy az előbb is beszéltük, az ellehetetlenítése."

"...a kormányzatnak az erre való reagálása egy kicsit úgy néz ki, mint amikor tűz keletkezik és nem a tűzoltás történik, [...] inkább elkezdődött ennek a legyezgetése, vagy olajjal kezdték el önteni a tüzet."

"...én nem várom, hogy a drogpolitika rugalmasan reagáljon a megváltozott szerhasználatra, merthogy sose tette ezt. [...] De hogy nem is hagyja azokat reagálni, akik mondjuk eddig képesek voltak erre, merthogy nem ismeri el azt, hogy joga van valakinek segítséget kapni..."

Ehhez a tematikához kapcsolódik a kérdésre érkezett egyetlen pozitív válasz indoklása is:

"...a Rendőrségi Drogstratégia, tavaly februárban adták ki. [...] a Rendőrség, az fogta magát, és nagyszerű dolgokat kitalált, ugyan illuzórikus a dolog, de akkor is."

(ii)

"...új szolgáltatásokat már nem fogadna az állami finanszírozás, csak hogyha uniós pályázat van, vagy bármilyen pályázat van kiírva, nincs kiírva. Közben az új dizájner drogok, az új típusú szereknek a terjedésével meg ott van az, hogy még mindig megvan a metadon program, meg ez a megkövült kezelési technikák, de itt már teljesen másra kéne felkészülni, az hogy maga a kockázat, a kockázat változik napi szinten."

„Finanszírozóként kevesebb, mint egytizedére csökkentek a felhasználható allokációk."

(iii)

"...úgy érezzük, hogy a szakma egy kicsit háttérben van. Tehát nem igazán értjük [...], hogy most mi az érdek, [...]az, hogy tovább maradjanak benn a szenvedélybetegek, vagy valójában az, hogy meggyógyuljanak."

"...ugyanazt a negatív jelenséget különbözőképpen lehet megbeszélni a partnereinkkel és mostan talán [...]nem tudják úgy megbeszélni a döntéshozók a partnereikkel, hogy a partnerek ne érezzék magukat kisemmizettnek."

"És hát a politikai klíma, az meg elég drámai."

A válaszadók között volt olyan, aki alapvetően a jelenlegi negatív hozzáállás célkeresztjében nem kizárólag a drogszakmát, hanem a teljes szociális szférát érintettnek látja:

"...nemcsak a szenvedélybeteg ellátásban meg drogproblémában, hanem ... a szociális problémák <ellátásában (szerző)>..."

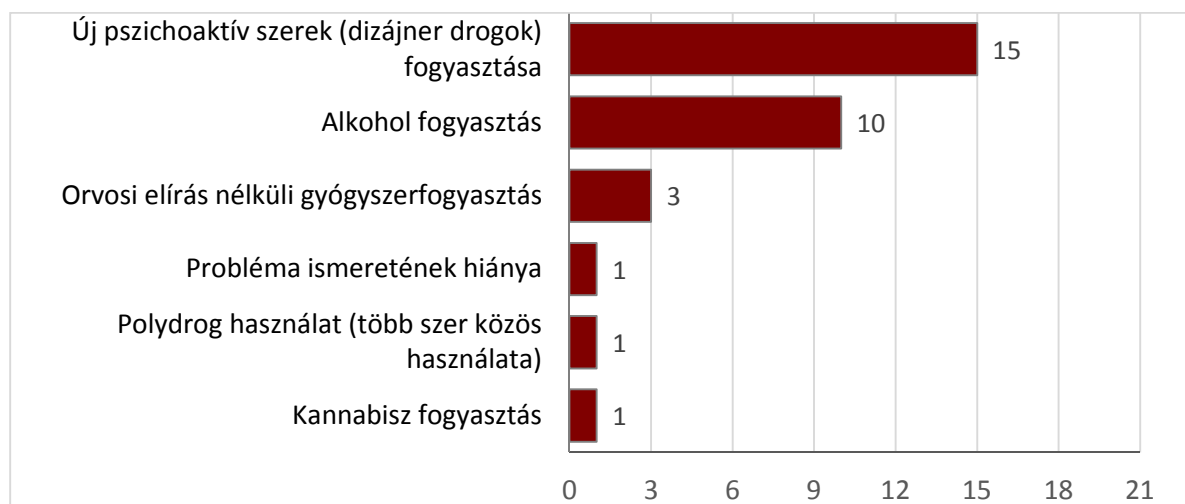
Kritikai vélemények a kérdéssel kapcsolatban a civil, szakmai szervezetek reakcióit is érik, melynek tekintetében a hatékony érdekérvényesítést hiányolják leginkább:

"...a kliensek nem tudják megfogalmazni, vagy érvényesíteni az érdekeiket, de hogy amikor mi itt állunk, akik velük foglalkozunk, akkor úgy néz ki, hogy talán mi még inkább rászorulunk most a segítségre, vagy mi sem tudjuk... képviselni az érdekeinket."

"...civil oldalról is van, én szerintem, egy ilyen erős ilyen identitásválság, és egy ilyen mit is kezdünk magunkkal, meg egymással, meg megvan-e az a szakmai közösség, meg miben van ennek az ereje, akik mi vagyunk."

A legtöbb résztvevő, összesen 15-en említették fontos megoldandó problémaként az új pszichoaktív szerek (dizájner drogok) fogyasztását (1. ábra), mellyel a jelenleg a hazai drogpolitika szembe kell néznie. A második legtöbb említést kapott probléma az alkohol-fogyasztás, összesen 10-en említették. További 1-1 említést kapott a kannabisz fogyasztás, a többi szer együttes használata (polydrog használat), valamint a szenvedélybetegség-probléma ismeretének hiánya.¹⁵

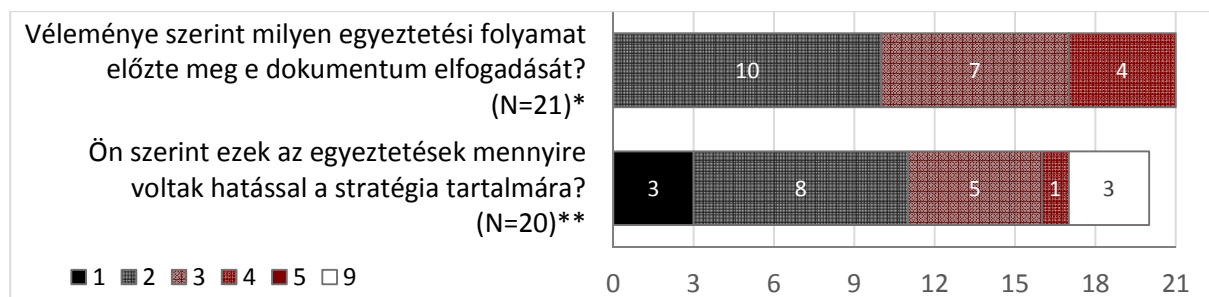
1. ábra A hazai drogpolitika legnagyobb megoldandó problémája (említések száma, N=21)



A 2013 októberében elfogadott, 2013-2020 közötti időszakra vonatkozó Nemzeti Drogellenes Stratégia (NDS) adja meg a hazai drogpolitika jelenlegi kereteit, így fontos ismernünk annak keletkezési körülményeit. Elsőként arra kérdeztünk rá, hogy a szakértők hogyan látták a dokumentum elfogadását megelőző egyeztetési folyamatot. A résztvevők többsége (kis-, vagy korlátozott mértékű egyeztetés: 10 és 7 fő) úgy találta, hogy nem sikerült bevonni a releváns szereplők többségét a dokumentum kialakítása során. Mindössze 4 fő tapasztalta úgy, hogy bár széles körű egyeztetésre nem került sor, a szakterület képviselőinek többségének lehetősége nyílt véleményének kifejtésére (2. ábra).

¹⁵ Az ábrán szereplőkön kívül a résztvevők a dohányzást és általában a függőséget is említették, azonban ezekre a probléma kategóriákra a rangsoroló szavazás során nem érkezett szavazat.

2. ábra A Nemzet Drogellenes Stratégia elfogadását megelőző egyeztetési folyamatok 1. (fő)



*Válaszopciók: 1 = Semmilyen egyeztetés nem volt; 2 = Kismértékű egyeztetés; 3 = Korlátozott; 4 = Kiterjedt; 5 = Széles körű tartalmi egyeztetés; 9 = Nem tudom

**Válaszopciók: 1 = Egyáltalán nem; 2 = Kis mértékben; 3 = Korlátozottan; 4 = Jelentős mértékben; 5 = Teljes mértékben; 9 = Nem tudom

Egyértelmű kritikai észrevételeket fogalmaztak meg az NDS létrehozásának folyamatával kapcsolatban azok a szakemberek is, akik úgy érezték, hogy a releváns szereplők többségének volt lehetősége az egyeztetésre. Ezek a kritikák leginkább az egyeztetésre bocsátott dokumentum kidolgozatlanságával kapcsolatosak:

"...a drogstratégiát viszonylag sokakkal megbeszélték, többek között velünk is. [...] konkrétan átírtuk a stratégiát, mondom egy botrányszövegéből lett egy korlátozottan elfogadható. [...] inkább azt mondanám, hogy a kármentésnek egy ilyen végletes abszurd folyamata volt"

"...a kármentésítés, az abszolút jó, hiszen az első verzióban, aki látta a nemzeti, az új nemzeti drogstratégia első verzióját, ami hemzsegett a stigmatizált minősítésektől, nem szerepeltek benne alapvető szolgáltatások, talán egyszer sem említették az ártalomcsökkentést vagy az alacsonyküszöböt."

Azok az értékelések, melyek szerint csak kismértékű (10 fő), vagy korlátozott (7 fő) egyeztetés előzte meg az NDS kialakítását, részben az egyeztetés folyamata tekintetében fogalmaztak meg elégedetlenséget (i), részben az első munkaverzióval kapcsolatos előzetes egyeztetéseket, az egyeztetés lehetőségeiről szóló tájékoztatást is hiányolták (ii):

(i)

"Elég sokszor ez az állandó szövegegyeztetős dolog van, ... irreális időhatárokkal"

"Mindig a maszatolás jut eszembe úgy egyáltalán a stratégiával kapcsolatban, mert ez történt. Tehát kitettük az internetre, szólj hozzá, mondd el a véleményed. Egyrészt, amikor hozzá akarsz szólni, akkor nagyon nehezen tudsz hozzászólni. Be kell jelentkezni, regisztrálni, egy csomó dolgot előírt ahhoz, hogy hozzá tudj szólni."

"...én inkább abból indultam ki, hogy mennyire volt ez tartalmi ..."

(ii)

"... volt-e egyeztetés azelőtt, hogy megjelent ez az első verzió..."

"...szerintem egy egyeztetési folyamat, az a nulladik előkészítő szakaszban indul és nagyon sokáig ez egy ellendokumentumként volt csak..."

"...nálunk ott messze vidéken az jött le, hogy [...] a stratégiában csak korlátozottan egyeztettek, [...] hogy nem mindenki vel egyeztettek"

Tovább árnyalja a kérdést, hogy a szakemberek szerint ezeknek az egyeztetéseknek milyen hatása volt a megszülető dokumentum tartalmára. Az Élő Jelentés résztvevőinek körében ezzel kapcsolatban is leginkább az elégedetlenség hangjait tapasztaltuk, 20 főből 16-an úgy találták, hogy az egyeztetések mindössze korlátozott, vagy annál kisebb mértékű hatással voltak a Nemzeti Drogellenes Stratégia tartalmi elemeire, és mindössze 2 fő volt, aki szerint azonban az egyeztetések hatására jelentős mértékben módosultak a dokumentum egyes pontjai (2. ábra). Az elégedetlenség hátterében elsősorban az állt, hogy a szakemberek meglátása szerint az egyeztetés csupán formális volt (i), illetve úgy látták, az előző stratégia visszavonása üzenetértékű volt, így azokat a javaslatokat, melyek a korábbi stratégiával álltak párhuzamban, már meg sem tették (ii):

(i)

"...amikor megteesszük a javaslatokat ezzel kapcsolatban, akkor nem jött visszhang. Tehát nem volt semmi érdemi visszhangja, hogy igen, foglalkozunk vele, megnézzük, megvizsgáljuk [...] Én egyszer voltam egy ilyen egyeztetésen. Gyakorlatilag ilyen pusztába kiáltott szavak hangzottak el, mindenki elmondta a magáét, és nem láttuk semmi eredményét ennek a dolognak sajnos."

"...igazából az mindig ott lebegett minden egyeztetés alkalmával a teremben, vagy a mi fejünk fölött, hogy itt vannak olyan szempontok, amik überelnek mindent"

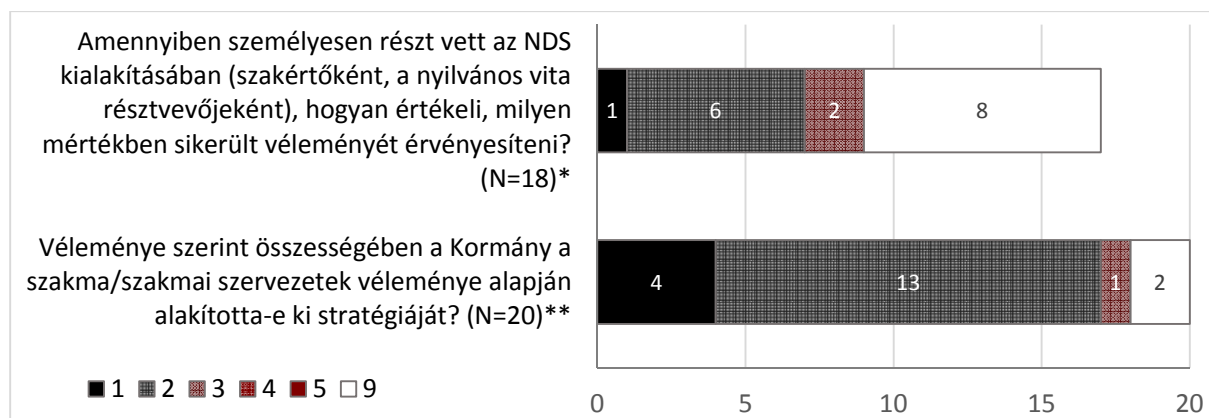
"Az alapján alakította, hogy mi volt az eredeti elképzelés a stratégiában, illetve hogy valamivel be tudja tömni a száját azoknak a civileknek, akik a nemtetszésüket fejezték ki, de én legalábbis úgy láttam, hogy az volt az érdek és azt meg is valósították, hogy minél inkább az eredeti ...célkitűzések maradjanak benne"

(ii)

"Én azt látom, hogy van egy drogstratégia, eléggé jó drogstratégia, profi. És utána az egész megkérdőjelezi azzal, hogy nem bevállalható, ezáltal sugallnak már valamit a szervezeteknek is, hogyha te ezen a véleményen vagy, akkor ide való vagy közénk < kormányzati álláspontot képviselők közé (szerző) >. Hogy utána meg elkezdnek valami folyamatot, de ilyen passzív-agresszív eszközökkel, vagy, hogy fogalmazzam meg, így ott lehetsz, de minek, vagy így kb. egy ilyen érzés van. És hogy szerintem sok szervezetnek meg is lett volna a lehetősége vagy szabadsága, hogy elmondja, de nem is ment el, hogy képviselje az álláspontját."

A jelenlévő szakemberek közül 8-an nem vettek részt személyesen ezekben az egyeztetésekben, azonban azok között, akik részt vettek a folyamatban, a domináns tapasztalat (6 fő) szerint csak kis mértékben sikerült véleményüket érvényesíteni (3. ábra). A résztvevők többsége úgy tapasztalta, hogy összességében a szakmai szervezetek meglátásai csak kismértékben (13 fő), vagy egyáltalán nem (4 fő) érvényesültek a Nemzeti Drogellenes Stratégia kialakítása során (3. ábra).

3. ábra Nemzet Drogellenes Stratégia elfogadását megelőző egyeztetési folyamatok 2. (fő)



*Válaszopciók: 1 = Nem volt hatással; 2 = Kis mértékben; 3 = Korlátozottan; 4 = Jelentős mértékben; 5 = Teljes mértékben; 9 = Nem tudom

**Válaszopciók: 1 = Egyáltalán nem; 2 = Kis mértékben; 3 = Közepes mértékben; 4 = Nagy-mértékben; 5 = Teljes mértékben; 9 = Nem tudom

AZ ÉRVÉNYBEN LÉVŐ NEMZETI DROGELLENES STRATÉGIA, VALAMINT A TÉNYLEGESEN MEGVALÓSULÓ DROGPOLITIKA TARTALMI KÉRDÉSEI

A drogpolitika aktuális helyzetével kapcsolatos jelentés második fő témaköre a drogpolitika tartalmi elemeire fókuszált, arra, hogy a szakértők tapasztalatai szerint aktuálisan mely stratégiai területek, eszközök élveznek prioritást, mely beavatkozási eszközöknek milyen a támogatottsága.

A jelentést tevő szakemberek túlnyomó többsége úgy érzékeli, hogy az aktuális drogpolitika elsősorban a kínálat csökkentését tekinti fontosnak: 14-en úgy látják, hogy a kínálatcsökkentésre nagyobb hangsúly helyeződik, s senki nem tapasztalta úgy, hogy a kereslet-csökkentés kapna nagyobb prioritást. 4 fő pedig nem érzékelt prioritást egyik területtel kapcsolatban sem (a részletes adatokat tartalmazó táblázatot lásd a mellékletben).

A szakemberek szerint a prioritások elsősorban az egyszerűbbnek tűnő, társadalmi elvárásokhoz jobban igazodó irány, a kínálatcsökkentés felé tolódnak (i), azonban ez is sokszor csak formálisan, kommunikációs szempontból jelenik meg (ii). A résztvevők szerint a terület meghatározó jellegzetessége a probléma kriminalizálása, mellyel a társadalmon kívülre, számára láthatatlan mezőbe próbálják helyezni a problémát (iii):

(i)

"Én azt gondolom, hogy a mostani hatalom, vagy döntéshozók nem mernek találkozni a válasszal, ami a keresletcsökkentésben rejlik. [...] Talán az így könnyebben fogható vagy kezelhető, mert a keresletcsökkentésnél, vagy a keresletnél motivációk, azok sokkal összetettebb kérdéseket vetnének föl és sokkal több erőforrásokat és egy csomó mindent. Szóval az egy bonyolult ügy lenne."

"Aki látta a „Tisztán is lehet pörögni” kampányát a Kormánynak, ami a keresletcsökkentésre irányult, az, annak szerintem azért van képe arról, hogy keresletcsökkentés alatt mit is ért a kormány. Tehát egy... az szakmai szemszögből annyira értékelhetetlen valami volt, hogy nem tudom, hogy emiatt-e, de hogy azóta nem is nagyon történt próbálkozás, hogy akár egy újabb kampány jelleggel azt a látszatot keltenék, hogy egyébként ők keresletcsökkentéssel is kívánnak foglalkozni."

"...van az egészben egy ilyen jellegű hangulat, hogy a hangsúly, az az ilyen represszív meg elrettentő, meg kínálatot, igen kínálatot korlátozó tevékenységekre korlátozódik"

(ii)

"...a ténylegesen működtetett eszközeiben az a kínálatcsökkentés prioritizációja volt, végül is azt se valósítja meg. [...] Ez tulajdonképpen mulasztásos jogszabálysértés. Tehát igazából egyik sem, ami történik."

"...mivel még akcióterv sincs, nem látom azt, hogy melyik, milyen irányút jelölne meg a drogpolitika magának, hogy hova rakná a saját szavazatát. [...] hogyha van valami akció, akkor az viszont kínálat-csökkentés."

"...a kínálatcsökkentési van a zászlóra tűzve, de amit valójában ezen a, ebben a körben megvalósít, az keresletcsökkentés kriminalizálás, mert sokkal egyszerűbb eljárni a fogyasztókkal szemben"

(iii)

"...sokkal nagyobb probléma, hogy az egyetlen eszközrendszer, amit hajlandó használni és abba hajlandó erőforrásokat is odacsoportosítani, az a kriminalizálás és a büntetőjog, ami egy nagyon nagy probléma."

"Ez a kormányzat egyértelműen megpróbálja a közkiabálást politikává tenni. A közkiabálás az, hogy egy, ne lássuk, struccpolitika, ne lássuk, és amit látunk, azt pedig a legrágább eszközrendszerrel, a büntető-igazságszolgáltatás és az egészségügynek az eszközeivel valamilyen módon mégiscsak láthatatlanná tenni. "

Az aktuális hazai drogpolitika által használt stratégiai eszközökkel kapcsolatban a felkínált 6 lehetőségből [prevenció, alacsonyküszöbű ellátások/ártalom-csökkentés, kezelés, szociális ellátások, közösségi erőforrások, rendészeti eszközök (büntető-igazságszolgáltatás/lefoglás/büntetés-végrehajtás)] kizárólag a rendészeti eszközökre érkezett szavazat, a 18 válaszadóból 14-en tartják elsőlegesnek. A többi 4 fő szerint az aktuális hazai drogpolitikának nincs prioritizált stratégiai eszköze (a részletes adatokat tartalmazó táblázatot lásd a mellékletben).

A résztvevők meglátása szerint a rendészeti eszközök térnyerése olyan mértékű, hogy az utóbbi néhány évben tulajdonképpen egy átfogó kategóriává vált, és olyan területeken is megjelenik, ahol azt kontraindikált lehet (i), azonban itt is felmerült, hogy ez továbbra is csak a látszat, és valójában érdemi előrelépések itt sem történnek (ii):

(i)

"...orientációk, tehát hogy ami minden más eszközre is rávetíti a saját árnyékát ebben az esetben"

"...megjelenik olyan pontokon, ahol nem feltétlenül kellene. Például, hogy a prevenció is a rendőrök által valósul meg"

"...a bűnmegelőzési tanácsadóknak az egyértelmű és erősödő jelenléte, a DADA programnak az iskolákba való bejutása, holott még mindig nem rendelkeznek szakmai ajánlással, ami kötelező lenne rájuk is érvényesen. Az ártalomcsökkentő

programok környékén, például túcsere programok környékén, elszaporodó rendőri igazoltatások, a BRFK szerződés egyoldalú és azonnali felmondása ugye 2013. decemberében a túcsere programokkal. A kezelésben az elterelésnek a szigorítása, miközben a források egy-másfél éves késéssel érkeznek meg. És folytathatom még."

(ii)

"...egyiket sem priorizálja a való életben. Tehát hogy ezek mind szerepelnek, stratégiai célkitűzések, de hát nem csinálja még ezt a szerencsétlen kínálat-csökkentést sem, egyiket sem alkalmazza tisztességesen."

"Ebben is csak látszat van, ebben a rendészeti működésben."

A szakemberek többsége úgy látja, hogy a jelenleg hatályos Nemzeti Drogellenes Stratégia csak korlátozottan (9 fő), illetve annál is kisebb mértékben (8 fő) fejezi ki a résztvevők szakmai véleményét, 2 szakember szerint pedig egyáltalán nem (4. ábra). Mindössze 1 fő találta úgy, hogy az átfedés jelentős mértékű, azonban a pozitív értékelések hátterében sem az elismerés hangjait hallhatjuk, inkább az egész folyamatot tekintik értelmetlennek:

"...a jelentős mértékben átdolgozott nemzeti stratégiánál abban maradtunk, ugye már gyakorlatilag nincs baj, merthogy ott az nem érhető, hogy miért kellett lecserélni a korábbi, teljes konszenzussal elfogadott stratégiát, mert már annyira nem különbözött tőle"

A NDS fő célkitűzéseit a többség (10) csak korlátozottan tartja megfelelőnek, 4 fő szerint csak kismértékben, és 2 szakember szerint egyáltalán nem elfogadhatóak ezek a célok. Mindössze 3 fő adott a kapcsolódó kérdésre pozitív választ, de itt is inkább a kritikus hangokkal találkozhatunk:

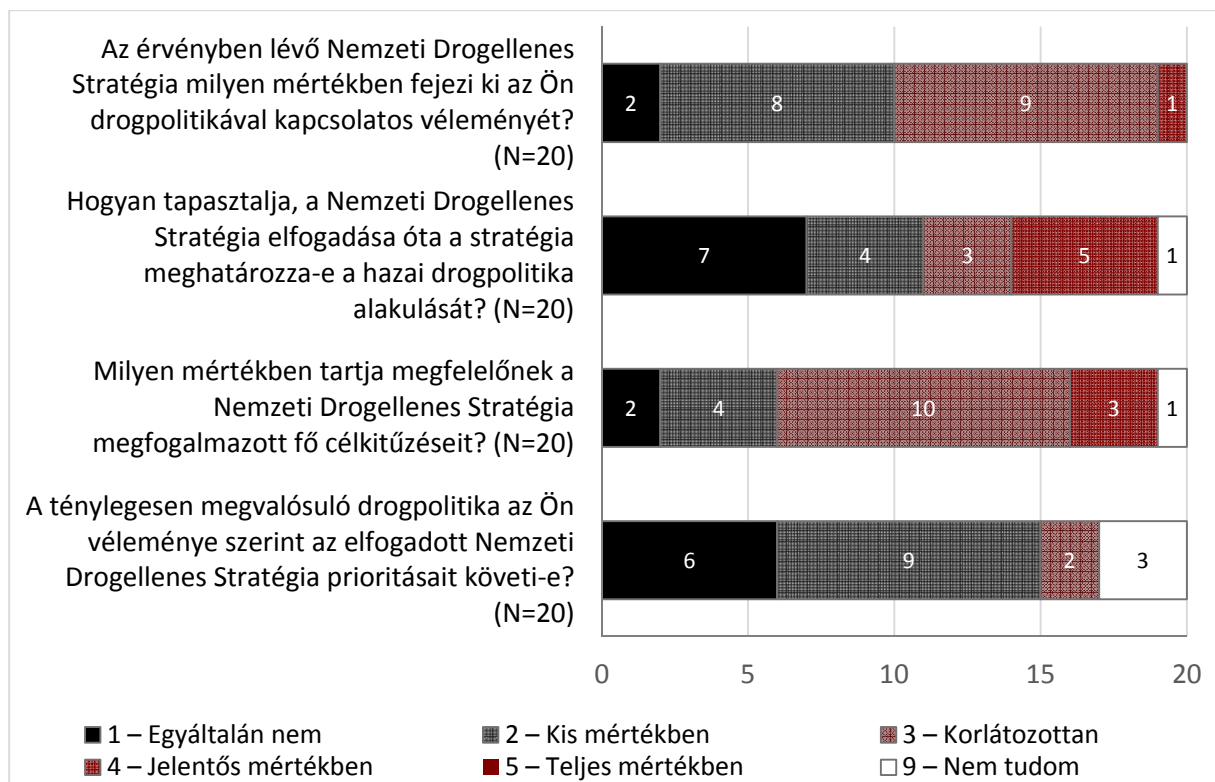
"...elméletben jó irányokat fogalmaz meg ez a stratégia, viszont a célkitűzések sokszor teljesen irreálisak, a valóságtól elrugaszkodottak, és ebből pedig a megvalósulása is erősen korlátozott"

Az NDS a jelenlévők több, mint fele (11 fő) szerint kismértékben (4 fő), vagy egyáltalán nem (7 fő) határozza meg a hazai drogpolitika alakulását és további 3 fő szerint ez a meghatározottság korlátozottan érvényesül (4. ábra). Ugyan itt is a negatív vélemények aránya a meghatározó, ennél a kérdésnél volt a legmagasabb a pozitív válaszok aránya, a résztvevők egynegyede (5 fő) szerint az aktuális drogpolitikát jelentős mértékben meghatározza az NDS, de elégedettséget itt sem tapasztalhattunk a magyaráztok között:

"...ilyen álságos vagy nem látható módon, de mégiscsak meghatározza, azt gondolom, ez az új stratégia a drogpolitika alakulását"

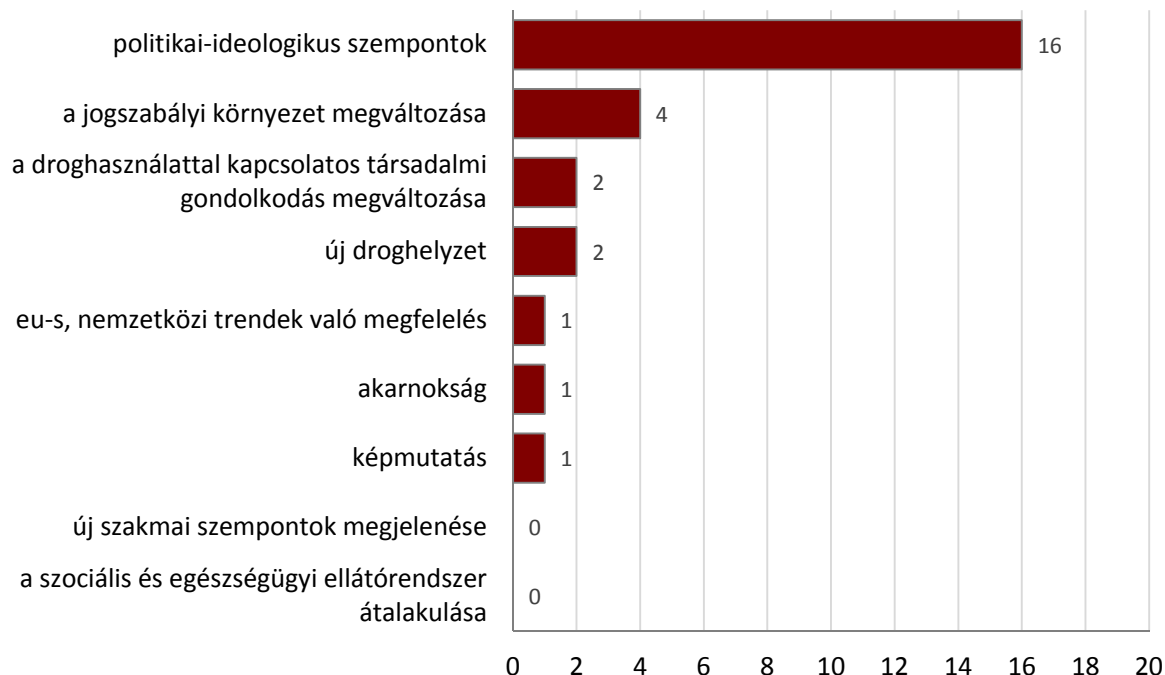
A ténylegesen megvalósuló drogpolitika szempontjából azonban sokkal negatívabb értékelések születtek, a résztvevők túlnyomó többsége (15 fő) úgy látja, hogy az kismértékben (9 fő), vagy egyáltalán nem (6 fő) követi a tényleges drogpolitikai gyakorlat a NDS prioritásait, és további 2 fő is csak korlátozott mértékben tapasztalja ezt az irányt. A kérdésre pozitív értékelés nem érkezett. (4. ábra)

4. ábra A Nemzeti Drogellenes Stratégia tartalmi elemeivel, és azok megvalósulásával kapcsolatos vélemények (fő)



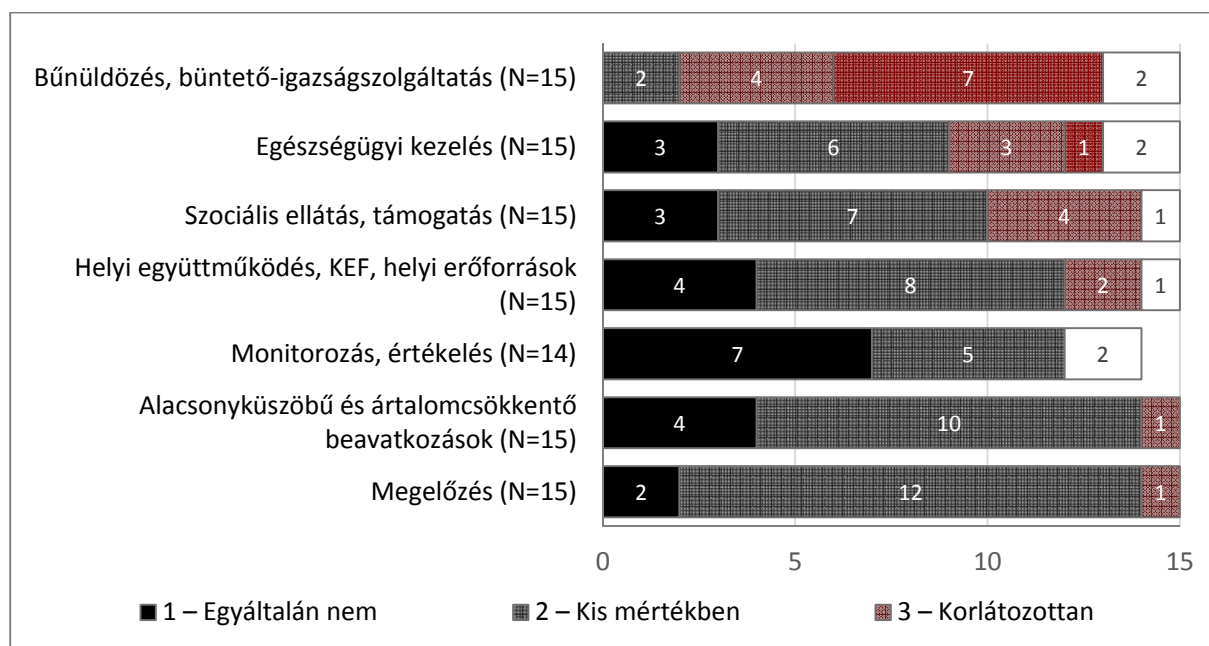
A résztvevők túlnyomó többsége szerint (16 említés), ahogy az 5. ábrán is látható, az NDS kialakítását politikai-ideológiai szempontok vezérelték, további 4 résztvevő érzékelte a jogszabályi környezet megváltozásának szerepét (is). További 2-2 szereplő a megváltozott, droghasználattal kapcsolatos társadalmi gondolkodás, valamint az új droghelyzet is meghatározó szerepét (is) észlelte az NDS kialakítása során. Az eredetileg felsorolt lehetőségeken kívül a szakemberek az EU-s és nemzetközi trendeknek való megfelelést, az „akarnokságot és a képmutatást” említették vezérlőelvként a Nemzeti Drogellenes Stratégia kialakítása során. Egyetlen résztvevő sem vélekedett úgy, hogy új szakmai szempontok, vagy az ellátórendszer átalakulása is szerepet játszott az NDS kialakításában.

5. ábra A Nemzeti Drogellenes Stratégia kialakításában szerepet játszó szempontok (N=20)
(több opció is választható, említések száma)



2014-ben a szakértők szerint a drogpolitika rendelkezésre álló eszközeinek, illetve beavatkozási területeinek támogatottsága mind lokálisan (6. ábra), mind országosan (7. ábra) nagyon alacsony volt. Ez alól kivételt csak a bűnüldözés, büntető-igazságszolgáltatás jelentette, mely térségi szinten a válaszadók többsége szerint jelentős mértékű támogatottságban részesült. Mindössze 2 fő gondolta úgy, hogy ez a támogatottság csak kismértékű (6. ábra).

6. ábra A drogpolitika lehetséges eszközeinek, beavatkozási területeinek támogatása 2014-ben térségi szinten (fő)

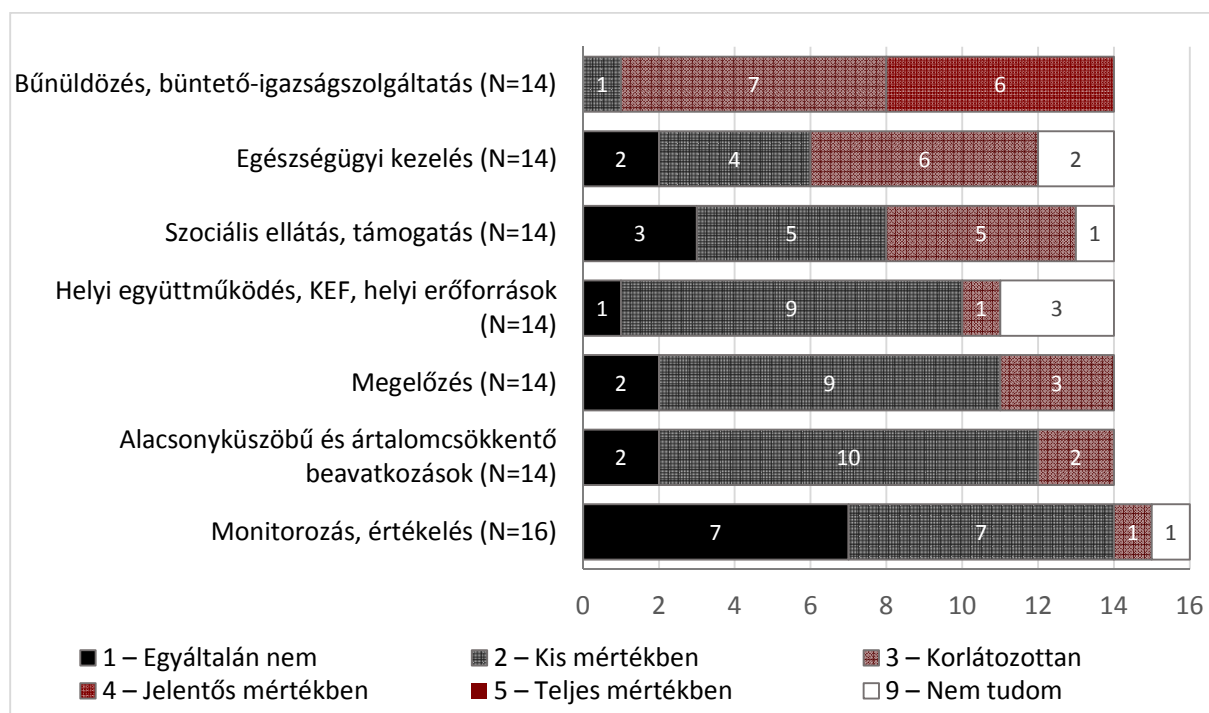


Ugyan országos szinten a szakemberek többsége úgy látja, hogy ez a terület is csak korlátozott támogatottságban részesült (7. ábra), mindazonáltal a bűnüldözés, büntető-igazságszolgáltatás esetében született mind térségi, mind országos szinten a legtöbb támogatottságot kifejező, pozitív válasz. Azonban a többi területhez képest magas támogatottság nem feltétlenül szolgál a résztvevők megalégedésére:

"Két terület működik <a bűnüldözés terén (szerző)>, balhész területre ne menjünk be, mert akkor jelentést kell írni vagy valamit kell csinálni, egyébként meg hajlik arra, hogy büntetjük naponta"

Országos szinten az egészségügyi kezelés esetében a válaszolók fele korlátozott támogatottságot tapasztalt, az összes többi eszköz, illetve terület pedig a szakértők több, mint fele szerint nem, vagy csak kis mértékben élvezett támogatottságot (7. ábra). Érdekes kiemelni, hogy bár a kormányzati kommunikáció a prevenció, megelőzés fontosságát hangsúlyozza, illetve ennek magas szintű támogatottságát ígéri, a szakemberek tapasztalatai szerint ez még országos szinten sem tapasztalható (7. ábra), térségi szinten pedig a szakemberek döntő többsége úgy látja, hogy a területnek nincs, vagy csak nagyon alacsony mértékű támogatottsága van (6. ábra).

7. ábra A drogpolitika lehetséges eszközeinek, beavatkozási területeinek támogatása 2014-ben országos szinten (fő)



A szakemberek úgy látják, hogy a meglévő prevenciós programok is főleg a rendőrség által biztosított szolgáltatásokat jelentik, amely szakmailag több szempontból is kifogásolhatóak. Vannak olyan szakértők, akik szerint ezen problémák miatt akár kontraindikáltak is lehetnek (i), míg mások úgy látják, hogy ezeket a szolgáltatásokat is lehet szakmailag kevésbé kifogásolható módon nyújtani (ii):

(i)

"...most van ez, van egy parancs, hogy minden gyereknek és minden szülőnek évente egyszer legalább kapcsolata kell, hogy legyen egy rendőrrel. A rendőrnek meg megvan parancsolva, hogy csak a büntető-igazság, a büntetőjogi kérdésekről beszélhet, szociális, egészségügyi, arról nem beszélhet a rendőr. Tehát világos, hogy a rendőr ezek után arról beszélhet, hogy ez bűncselekmény"

"...le kell állítani a DADA programot, mert hamis elvárásokat keletkeztet a rendőrrel kapcsolatban"

(ii)

"...itt nem olyan rendőrök jutnak el odáig, akik DADA rendőrök, akik tanfolyamot végeznek éves szinten, pedagógiai végzettséggel rendelkeznek, stb., Hanem egyszerűen tiszthelyettesekről van szó, és ők célirányosan mennek oda, amit a segítő szakmáról tudniuk kell, tehát a szociális, egészségügyi, azzal viszont nincsen probléma, mert azt tudják, azt meg tudják mondani, hogy ki az, ahol segítséget kaphatnak"

Hasonló eredményeket kaptunk az alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő beavatkozások esetében is (6. és 7. ábra), amelyek azonban a kormányzati kommunikáció szerint elismerten kisebb mértékű támogatottság mellett kénytelenek megvalósulni:

"...szitokszó lett az alacsonyküszöb, ártalomcsökkentés. Hát hogy így bújtatva lehet valahogy működtetni"

Ezen ellátási területek mellett a monitorozás és értékelés területe az, ami a legalacsonyabb támogatottságban részesül. Mind országos (16-ból 14 fő), mind térségi szinten (14-ből 12 fő) a résztvevők többsége látja úgy, hogy a területnek nincs, vagy csak kismértékű támogatottsága tapasztalható (6. és 7. ábra). Ezzel kapcsolatban számos szakértő aggodalmának adott hangot:

"A monitorozás-értékelés, az drámai helyzetben van. "

A szakemberek szerint a monitorozás támogatottságának hiánya, illetve a különböző adatok nem megfelelő módszertannal vagy céllal történő gyűjtése a szolgáltatás-fejlesztés és a helyzet ismerete szempontjából nagy kockázatot rejt:

"...nem tudjuk, hogy az intervenciók érnek-e valamit, tehát ugye nem, nincs rá lehetőségünk, és nincs erre forrásunk, és szakmailag nincsen mód arra, hogy értékelni lehessen az intervenciókat"

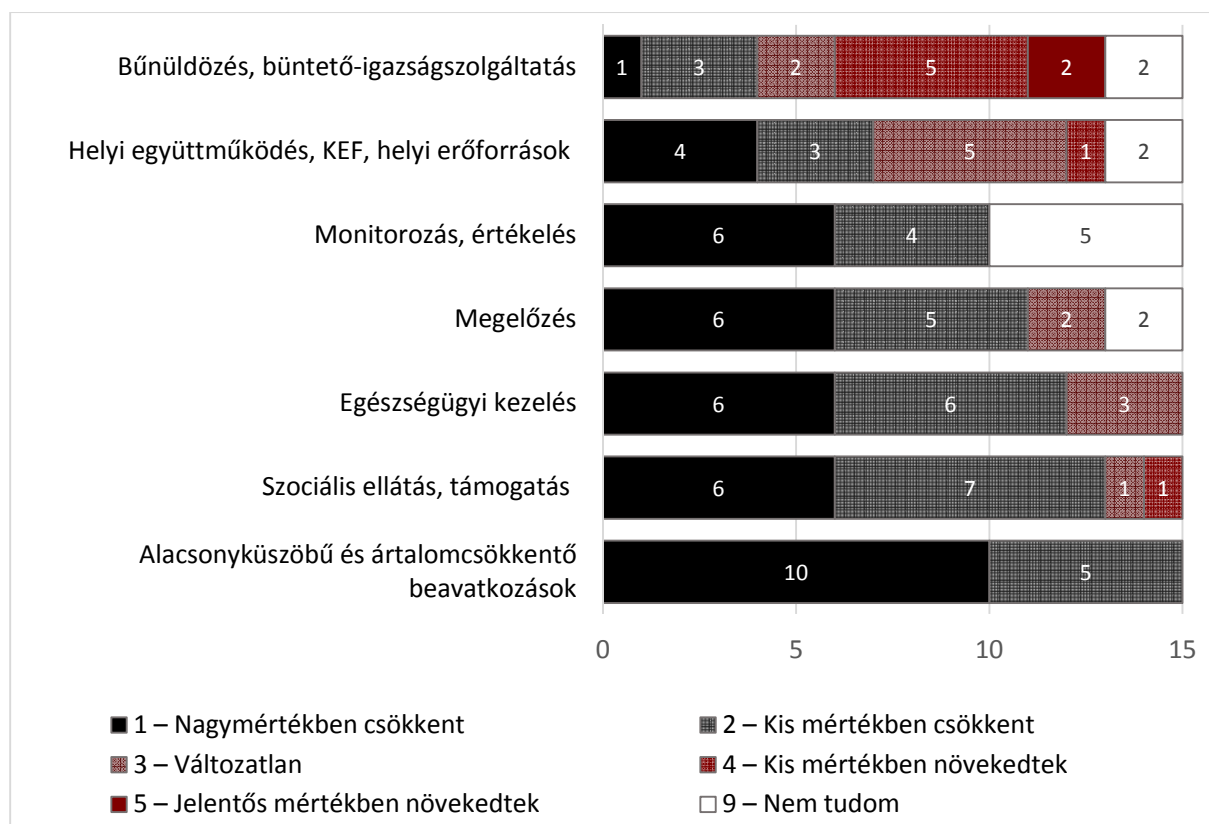
"...nem azért gyűjtöm az adatot, mert meg szeretnék tudni valamit önmagamról, hanem azért gyűjtöm az adatot, mert a szakmai tevékenységem tartalmától a finanszírozás valójában tökéletesen el van szakadva, és a finanszírozáshoz viszont úgy jutok hozzá, hogyha ezeket a hülyeségeket kitöltöm [...] nincs élő párbeszéd annak érdekében, hogy értelmes dolgokat adminisztráljon a szolgáltató"

A különböző területek támogatásának tendenciáit vizsgálva az alacsonyküszöbű ellátás támogatáscsökkenését érzékeli leginkább egyöntetűen a jelentés tevő szakemberek: az összes jelenlévő szakértő úgy tapasztalta, hogy az alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő

beavatkozások támogatottsága térségi szinten az utóbbi 5 év alatt csökkent, kétharmaduk szerint (10 fő) ez a csökkenés nagymértékű (8. ábra). Országos szinten is hasonló a helyzet, mindössze egy résztvevő érzékelte úgy, hogy ezek a szolgáltatások változatlan támogatottság mellett működnek (9. ábra).

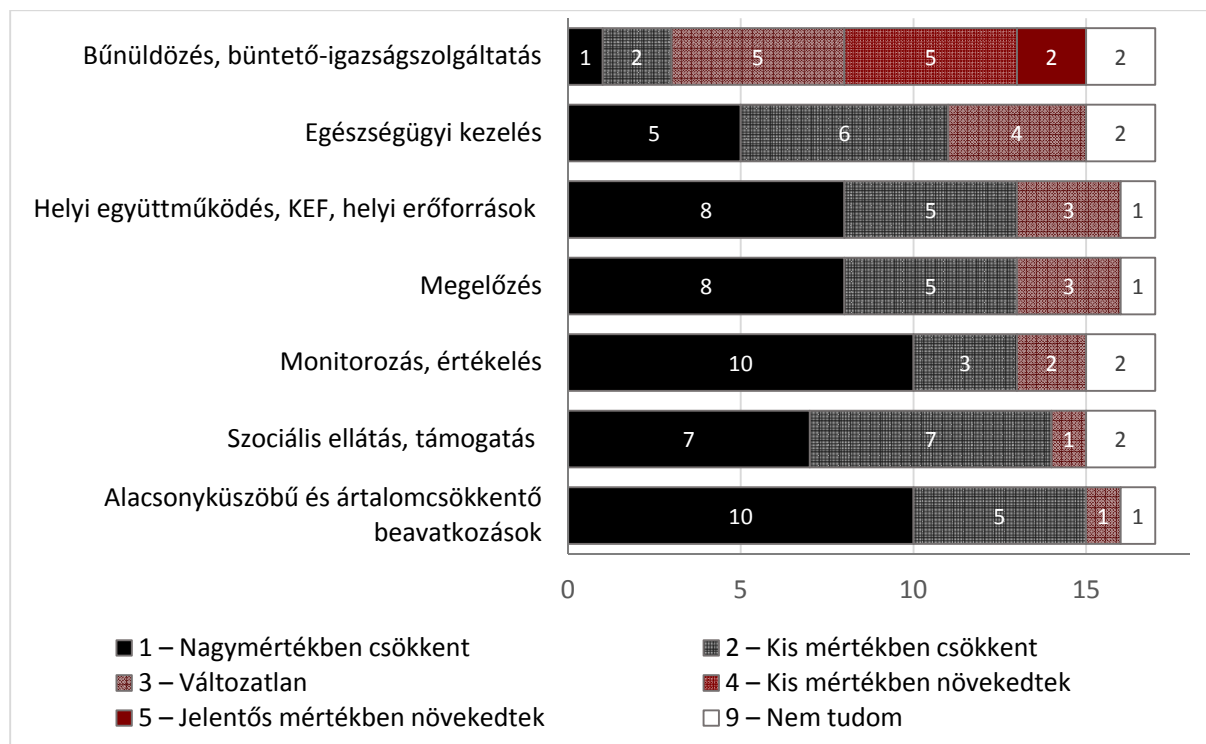
Egyetlen terület az, ahol a szakértői percepciók a támogatás növekedését jelzik: a szakemberek többsége úgy látja, hogy a bűnüldözés, büntető-igazságszolgáltatás területén nőtt a támogatottság mértéke az utóbbi 5 évben mind országos, mind térségi szinten, és mindössze 3 (országosan), illetve 4 fő (térségi szinten) tapasztalt ezen a területen is csökkenést (8. és 9. ábra).

8. ábra A drogpolitika lehetséges eszközei, beavatkozási területei támogatásának alakulása az utóbbi 5 évben térségi szinten (N=15)



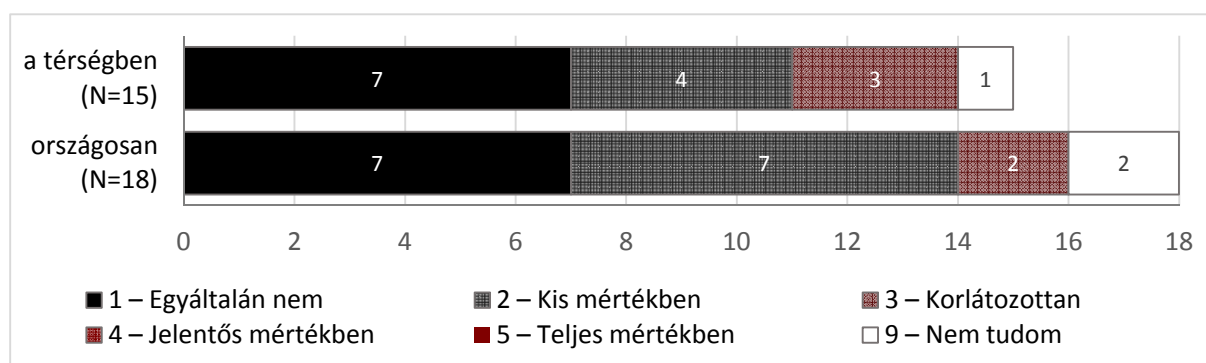
Országos szinten az összes többi eszköz, vagy beavatkozási terület csökkenő mértékű támogatottságban részesült az elmúlt 5 év során a válaszolók döntő többsége szerint (9. ábra), és térségi szinten is a szakemberek nagyon hasonló tapasztalatokról számoltak be (8. ábra).

9. ábra A drogpolitika lehetséges eszközei, beavatkozási területei támogatásának alakulása az utóbbi 5 évben országos szinten (N=17)



A jelenlegi drogkoordináció eredményességéről is negatív véleményt fogalmaztak meg a jelenlévő szakemberek: mind helyi szinten, mind országosan a résztvevők többsége látja úgy, hogy a jelenlegi drogkoordináció nem, vagy csak kis mértékben képes ellátni feladatait a kapcsolódó kérdések képviselőjében (10. ábra).

10. ábra A jelenlegi drogkoordinációs rendszer eredményessége a drogpolitikai/drogkoordinációs kérdések képviselőjében (fő)



A kérdéssel kapcsolatban a hozzáfűzött vélemények is a hatékony drogkoordináció hiányát fogalmazzák meg:

"...különösen a főváros esetében pedig mínusz 1-nek kéne lennie, mert az jelentős mértékre elkövetett minősített esete a felelőtlenségnek, politikai felelőtlenségnek"

"...én két lokalitásban vagyok érintett, [...] konkrétan egyikben sincs drogkoordináció"

"...totális bénultság, tehát én így tudnám jellemezni a drogkoordinációt"

"...az egészségügy lökődik, hogy ez szociális téma, a szociális oldal pedig az egészségügy felé próbálja lökődni, és így gazdátlan sok bába közt a gyermek, kábítószerügy. És ugye ez lenne a koordináció feladata"

A szakemberek úgy látják, hogy a hatékony koordináció hiányában a különböző szakterületek között finanszírozási ellentétek alakultak ki, mely elsősorban a lokális együttműködéseket akadályozza:

"...az egészségügy, a szociális vagy a civil szféra, aki ezen a területen dolgozik, az inkább kerüli az együttműködést, mert ugye egyrészt elszippanthatsz tőlem beteget, féltékenyek egymásra"

Az elmúlt négy év fontos drogpolitikai eseményei között a résztvevők közül a legtöbben az ártalomcsökkentés üldöztetését (6 említés) és az új pszichoaktív szerek megjelenését (5 említés) hangsúlyozták (6. táblázat, az említett események részletes kifejtése a táblázat után található).

6. táblázat: Az elmúlt 4 év fontos drogpolitikai eseményei (fő)

Drogpolitikai események	Említések száma
Az ártalomcsökkentés üldöztetése	6
Új pszichoaktív szerek megjelenése	5
Drogstratégia	3
KCKT és DCO	2
Prevenció	2
Ifjúsági addiktológia	1
NDI „kimúlása”	1
Civil Fórum	1
Civilekkel való együttműködés hiánya	1

Az ártalomcsökkentés üldöztetésének első konkrét megnyilvánulása a szakemberek szerint a Kék Pont Józsefvárosi Kontakt Programjának, tűcsere-szolgáltatásának bezárása volt, mely egy folyamatot indított be. A résztvevők hiányolták az érdemi reakciókat (i), valamint úgy látták, hogy az ezzel kapcsolatos történések tulajdonképpen üzenetként szolgáltak mind a szolgáltatók, mind a társadalom számára (ii):

(i)

"...a VIII. kerületi ügy kapcsán kijött ombudsmani jelentés, hogy volt egy, van egy közjogi ombudsman, aki ezzel kapcsolatban tett elég kemény negatív megállapításokat, amiben marasztalta a fővárost is, ugye a fővárost, meg a VIII. kerületet, és hogyha belegondoltok, hogy ennek milyen a közvélemény

alakításában nagy befolyásoló sajtója volt, akkor nem pont az volt, hogy mit tartalmaz érdemében az ombudsmani jelentés, igazából arról senki sem beszélt"

"...a politika nem szólt hozzá. Helyi szinten hagyta, hogy történjen a dolog, semmiféle olyan lépés nem következett be a politika részéről, pro vagy kontra, támogatta vagy ellenezte volna, bármit tett volna. Hagyta, hogy ott a kerület intézze ezt a dolgot, mint hogyha a nagypolitikának nem is lenne dolga azzal, hogy ott abban a kerületben milyen veszélyes állapotok alakultak ki."

(ii)

„...ez tényleg megdöbbenett minket, azt gondolom, hogy tényleg az egész szakmát. És hogy ezt nem tudtuk volna elképzelni, hogy ilyen, ilyet, bármennyire is nem tudtunk optimistán hozzáállni az új stratégiához, meg az új kommunikációhoz, ami kialakult, vagy ami egyáltalán nem is létezik a kormányzat és a szakma között"

"valami olyan dolog dőlt meg, amiről azt hittük, hogy az nem történhet meg velünk. [...] nagyon sokakat egyrészt óva intett attól, hogy hogyan gondolkozzon a saját lehetőségeiről, meg elkeserített, meg szóval, hogy ebből, ez sokkal tovább, messzebb mutat, mintsem egy szervezetnek a saját egyéni konfliktusáról vagy ügyéről szól"

"...az egész hosszú folyamat volt szerintem, ahogy szisztematikusan történt ez, és valóban túlmutat. Tehát hogy maga az egész ártalomcsökkentés ellen történt támadás"

"...pontosan leírja és orientál bennünket a tekintetben, hogy mi a fő trendje a drogpolitikának, milyen eszközöket választ, milyen kommunikációs folyamatokat indít be"

Az új pszichoaktív szerek megjelenésével és terjedésével kapcsolatban a szakértők mind a jelennel, mind a jövővel kapcsolatban a kiszámíthatatlanságot és az ismeretek hiányát (i), valamint a szabályozási reakciók inadekvátságát (ii) emelték ki:

(i)

"...annyira megváltozott a használat, annyi sok az új beépülő, teljesen más lett minden"

"Én azt gondolom, hogy ez felrobbantja az egész szférát. Öt év múlva nem fogunk heroinról beszélni, nem fogunk emlékezni a marihuánára, Drogriportersek sok cikket fognak írni a marihuánáról, hogy milyen jó, de igazándiból egy történeti esemény lesz szerintem, egy ilyen szakmatörténeti kuriózum. Itt mindenki ezekről az új szerekről, teljesen más a mechanizmus, más az egészségügyi pszichés hatása, és ennek a folyamatnak a leges-legeslegelején vagyunk szerintem. "

"...nem azért, hogy miért, mennyire alkalmatlan az ellátórendszer, meg a prevenció, meg a nem tudom micsoda, hanem azért, mert ez valóban az egész globális drogkontroll mechanizmusokat ki fogja kezdeni. [...] 5 év múlva nem fogunk ráismerni önmagunkra"

(ii)

"...lehetett látni, hogy egy rendes terjesztői hálózat kialakul [...]. Minél nagyobb a tiltás, annál jobban fel fog erősödni ez a folyamat. Csakhogy eljutottunk oda, hogy ez most így nem visszafordítható"

"...a szabályozási kényszer folyamat, ez a C-listás, tulajdonképpen egyetlen produktum és egyetlenként is bemutatott produktum. Az a kormány oldaláról. Az más kérdés, hogy hogyan ítéljük meg [...] egy pseudo szabályozási rendszer, amelyiknek helyettesítő jellege van, tehát hogy, tényleg ha mintha történne valami"

A Nemzeti Drogellenes Stratégiával kapcsolatban annak iránymutató jellegét hangsúlyozták, de emellett erőtlenségét, hiányosságait is meghatározónak tekintették:

"...ebben az esetben folyamat, nem maga a termék csupán, ez az egész, ami egy ilyen összerántó, orientáló dolog volt, nyilván inkább negatív értelemben"

"...mert van, hivatkozni lehet rá, meg lehet próbálni azt forszírozni"

"...a stratégia elfogadásával kapcsolatosan az Akcióterv nem elfogadása [...]. Valamilyen irányt meghatározott az NDS, vannak benne jó, rossz dolgok, de hogy a való életbe átültetését megbénítja, vagy ennek a lehetőségét elveszi az, hogy nincsen Akcióterv és nincsen konkrét felelőse a konkrét feladat nincsen konkrét költségvetéssel meghatározva"

Szintén kapott említést a MADÁSZSZ Norvég projektje, illetve az annak keretében létrehozott intézmények, mint a Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület (KCKT) és a Drogszakmai Civil Ombudsman (DCO), melyek láthatóbbá teszik a drogfogyasztással kapcsolatos problémák szakmai megoldási lehetőségeit, illetve a finanszírozástól független, tudásból származó érdekérvényesítő képességeiket. További, fontosnak tartott pozitív vonatkozású események a két új ifjúsági addiktológiai terápiás intézettel kapcsolatos fejlemények, valamint a négy civil ernyőszervezet által évente megrendezésre kerülő Civil Fórum volt.

A megelőzés helyzetével kapcsolatban a szakmai ajánlási rendszer megjelenését és következményeit említették a szakemberek, mely eredményeként a prevenció olyan szegmensei tűntek el, mint a családi prevenció, vagy az iskolai szociális munka. Szintén megemlítették a drogterület egyik meghatározó intézményének, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetnek a „csendes kimúlását”, valamint az egyik szakember szerint a jelenlegi drogpolitikai helyzetben a „legfájdalmasabb hiány a civil szférával való együttműködés”.

ÖSSZEGZÉS

A Drogpolitikai Élő Jelentés egyik meghatározó jellemzőjeként érdemes kiemelni a megfogalmazott vélemények meglepő egységességét, kis szórását, amellyel az egyébként nagyon különböző területekről érkező és egymást nem, vagy csak kismértékben ismerő szakemberek a helyzetet a különböző dimenziókban leírták.

A résztvevő szakemberek szerint az elmúlt 5 év során jelentősen kedvezőtlenebbé vált társadalmi/politikai környezet nagymértékben akadályozza, megnehezíti a drogpolitikai tevékenységek megvalósulását. Ennek hátterében a szakértők szerint a társadalmi/politikai környezet „ellenérdekeltsége” áll, mely a szakterületen felül a teljes civil szférát, azon belül a szociális ellátások széles palettáját kiemelten érinti. A jelenlévők szerint a kedvezőtlen társadalmi/politikai környezet hátterében a megvalósuló tevékenységekben a szakmaiság

alacsony prioritása, és megkérdőjelezhetősége, azaz a döntéshozó részéről való leértékelése áll és leginkább a párbeszéd hiányában és a szakterület meghatározó forráshiányosságában jelenik meg. **Az utóbbi 5 évben a szakemberek kedvezőtlen tendenciákat érzékeltek az állam drogpolitikai tevékenységén három meghatározó területén: a szabályozási, és a finanszírozási folyamatokban, valamint a politikai klíma vonatkozásában egyaránt.** A probléma kezelhetősége szempontjából észlelt negatív tendenciák háttérében az állami részvétel tekintetében tapasztalt negatív folyamatok mellett a jelentéstevők közül többen megemlítették a civil érdekképviselő alacsony hatékonyságát is.

A hazai drogpolitika legmeghatározóbb problémájaként és kihívásaként a résztvevők az új pszichoaktív szerhasználatot, valamint az alkoholfogyasztást azonosították.

A jelenleg érvényben lévő **Nemzeti Drogellenes Stratégia kialakítási folyamatával kapcsolatban nagymértékű elégedetlenségről számoltak be a szakértők.** Kritikai észrevételek elsősorban az egyeztető folyamatba történő bevonás időzítése, szűkös idői keretek és a valós párbeszéd hiányával jellemezhető politikai klíma tekintetében érkeztek, melyek hozzájárultak a véleményezők körének beszűküléséhez. Percepciójuk szerint a kialakítási folyamatokat politikai, ideológiai szempontok vezérelték. Tartalmi szempontból leginkább az egyeztetés eredményességét, azaz a szakma által megfogalmazott javaslatok beemelését hiányolták. Ennek eredményeként a résztvevők jelentős többsége nem tud azonosulni a jelenleg érvényben lévő NDS tartalmi elemeivel, mindezek ellenére tapasztalatuk szerint a jelenlegi hatályos NDS nem határozza meg a jelenlegi drogpolitika kereteit.

A jelenlévők túlnyomó többsége szerint **az aktuális drogpolitika ténylegesen megvalósuló tevékenységei elsősorban a kínálat-csökkentés területén tapasztalhatóak,** azonban ezek elsősorban a társadalom felé jól prezentálható kriminalizációs, rendészeti formában jelennek meg: kizárólag a bűnüldözés, büntető-igazságszolgáltatás területén tapasztalnak nagyobb és növekvő mértékű támogatottságot, mely intézmények azonban a megkérdozett szakemberek szerint kérdéses szakmaisággal és eredményességgel működnek. A többi lehetséges beavatkozási eszköz/terület (helyi együttműködés, Kábítószerügyi Egyeztető Forum (KEF), helyi erőforrások; megelőzés; alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő beavatkozások; egészségügyi kezelés; szociális ellátás, támogatás; monitorozás, értékelés) tekintetében jelentősen kisebb mértékű, adott esetben a szolgáltatás ellátását már veszélyeztető mértékben csökkenő támogatottságot érzékelnek a jelentést tevő szakemberek. Kiemelten kedvezőtlen a helyzet három terület tekintetében:

- **Alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő beavatkozások:** A szakemberek percepciója szerint ezek a szolgáltatások ma már kommunikációs szinten sem jelenhetnek meg.
- **Megelőzés:** A társadalmi/politikai környezet kommunikációs támogatásával nem áll összhangban a szolgáltatások kézzelfogható finanszírozási, adminisztratív támogatása, valamint a megvalósuló szolgáltatások is döntően (szakmailag kifogásolhatóan) a rendőrségen keresztül történnek.
- **Monitorozás, értékelés:** A szakemberek elsősorban a fejlesztést elősegítő adatok gyűjtését hiányolják, valamint helyette a finanszírozás feltételeként előírt adatszolgáltatások öncélúságát kifogásolják.

A szakemberek percepciója szerint az elmúlt évek legfontosabb drogpolitikai eseményei az alacsonyküszöbű szolgáltatások üldöztetése és az új pszichoaktív szerek megjelenése volt. Az

előbbivel kapcsolatban leginkább az ezzel kapcsolatos üzeneteknek a szakma résztvevőinek összességére vonatkozó fenyegető voltát tartják problémásnak. Az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatban a tehetetlenség érzése jelenik meg a szakemberekben, mely a szabályozási reakciók inadekvátságával is összefüggésben a kiszámíthatatlanságban érhető tetten.

A hazai szakpolitika az elmúlt öt évben nehéz időszakon ment keresztül. Ahogy az Élő Jelentés eredményei is mutatják, a szakma értelmezésében a korábbi erősebb, vagy viszonylagosan működő szinergiák és békék megszűntek, vagy erősen sérültek, amit egy feszült és állandóan vesztes kényszerpozíció váltott fel. A területen dolgozó szakemberek percepciói alapján kirajzolódó látlelet azt mutatja, hogy a politika a hatalom nyelvén kezdett el beszélni, ami egyben a terület „szakmátlanítását” is jelenti.

ÉLŐ JELENTÉS A DROGPREVENCIÓ AKTUÁLIS MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRŐL

A prevenció aktuális magyarországi helyzetéről szóló Élő Jelentés struktúrája, az egyes alfejezetek arányai némileg eltérnek a más szakmaterületekről készült jelentéstől. Annak ellenére, hogy a különböző színtereken végzett, illetve a különböző kockázati csoportokra irányuló drogprevenciós tevékenységek vonatkozásában sajnos az utóbbi 6 évre vonatkozóan – a kutatások hiánya miatt – nem rendelkezünk naprakész országos adatokkal, mégis az előzményekkel foglalkozó rész kicsit részletesebb a szokásosnál. Ennek oka ez esetben is egyrészt az, hogy az aktuális helyzet értelmezéséhez látnunk kell a korábbi tendenciákat, másrészt mert a korábbi kutatási eredmények bemutatása érzékelteti azt az információs hiányt, ami indokolja az Élő Jelentés létrehozását. A prevenció területén ez az információs deficit különösen is látványosan megmutatkozik, hiszen a – más szakmaterületekhez képest – a prevenció területén rutinszerű adatgyűjtések sem léteznek. A prevenció esetében az előzmények részletesebb bemutatásának további indokoltságát adja, hogy az információhiány valamelyes csökkentésére, a magyarországi prevenciós beavatkozások területén megfigyelhető új fejlemények és tendenciák megismerése céljából 2012-ben a Nemzeti Drog Fókuszpont megbízásából készült egy, a jelenlegi Élő Jelentéshez nagymértékben hasonló módszereket alkalmazó kvalitatív kutatás (Paksi és Magi, 2013), ami lehetővé teszi a prevenció aktuális állapotáról készült Élő Jelentés korábbi, hasonló adatokkal való kontextuálását.

ELŐZMÉNYEK

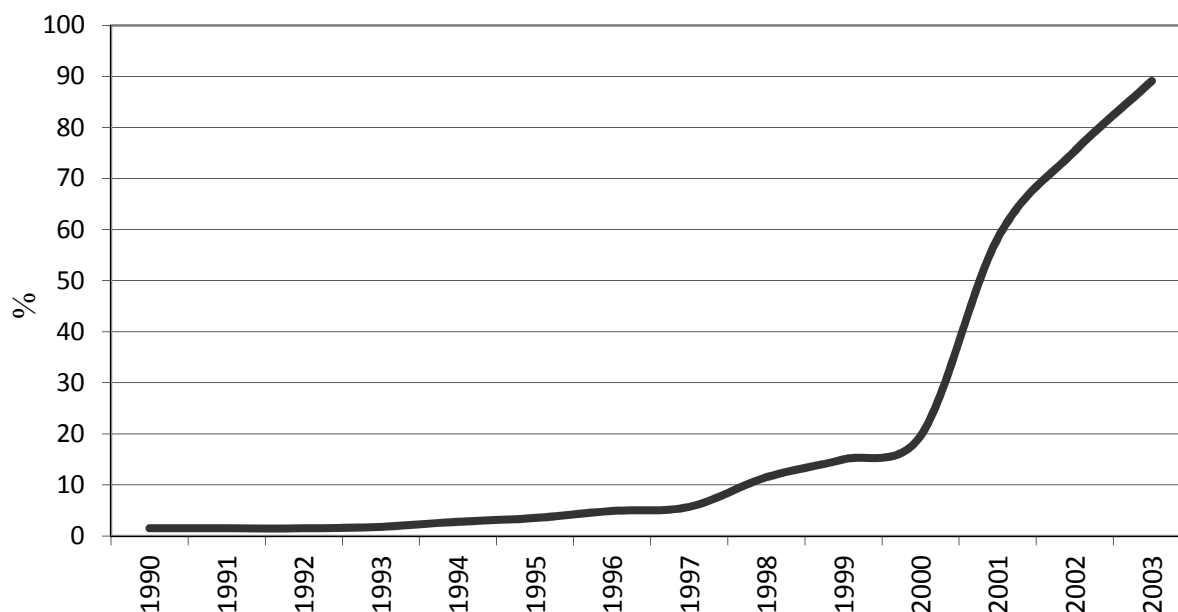
TÁVOLABBI, KVANTITATÍV KUTATÁSOKKAL LEFEDETT IDŐSZAK (2001-2009)

Az iskolai prevenció kínálati (szolgáltatói) oldalának feltérképezésére irányuló országos kataszter 2005-ben készült el (Paksi és Demetrovics 2005; Paksi, Demetrovics, Nyírády, Nádas, Buda, Felvinczi, 2006), a nem iskolai színtéren pedig 2008-ban (Nádas és Paksi, 2009) történt az egyetlen országos adatfelvétel. Ezt követően 2010-ben zárult egy lokális vizsgálat, ami 5 megyére vonatkozóan szolgált színtértől független adatokkal a drogprevenciós kínálat alakulásáról (Paksi és Arnold 2010; Gondi, Magi és Paksi, 2010). Ezen kutatások alapján azt feltételezhetjük, hogy a drogfogyasztás epidémiái kihívásra reflektálva a kilencvenes évek második felétől kezdődően Magyarországon mintegy másfél évtizeden keresztül dinamikusan növekedett a drogprevenciós beavatkozások hozzáférhetősége.

A prevenciós beavatkozások legjellemzőbb színterén, a közoktatási intézményekben folyó prevenciós aktivitások nyomon követésére az ezredforduló első évtizedében rendszeren történtek adatfelvételek. (Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2004, 2010; Kun, Nádas, Paksi, 2007; Paksi, 2010; Nádas és Paksi, 2009, 2011). Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy a kilencvenes évek végéig a közoktatási intézményekben csak elvétve zajlott prevenciós/egészségfejlesztő tevékenység, s az ezredfordulón is csak az iskolák egyötöde rendelkezett prevenciós tapasztalattal. Igazi lendületet az iskolai prevenció a 2001/2002-es tanévben vett, amikor is – nagyrészt „Az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című, az ISM-OM finanszírozással megvalósuló támogatási program eredményeként – az iskolák további kétötöde indított valamilyen – a legális és/vagy illegális szerhasználat interveniálását (is) célul kitűző – prevenciós programot. Ezt követően 2002/2003-ban az iskolák további egyötöde, majd a 2003/2004-es tanévben a még „érintetlen” intézmények háromötöde

kapcsolódott be a prevenció/egészségfejlesztési munkába. A 2003/2004-es tanévben már tíz iskolából kilenc rendelkezett e téren tapasztalattal, s az iskolák háromnegyede végzett aktuálisan is valamilyen drogprevenció/egészségfejlesztő tevékenységet.¹⁶ Ezt a 2001 és 2004 közötti periódust az iskolai prevenció expanzív időszakának tekinthetjük (Paksi és Demetrovics, 2011) (10. ábra).

11. ábra A közoktatási intézmények bekapcsolódása az iskolai prevenció/egészségfejlesztő tevékenységbe (az iskolák kumulált százalékában kifejezve a programok indítási éve alapján)

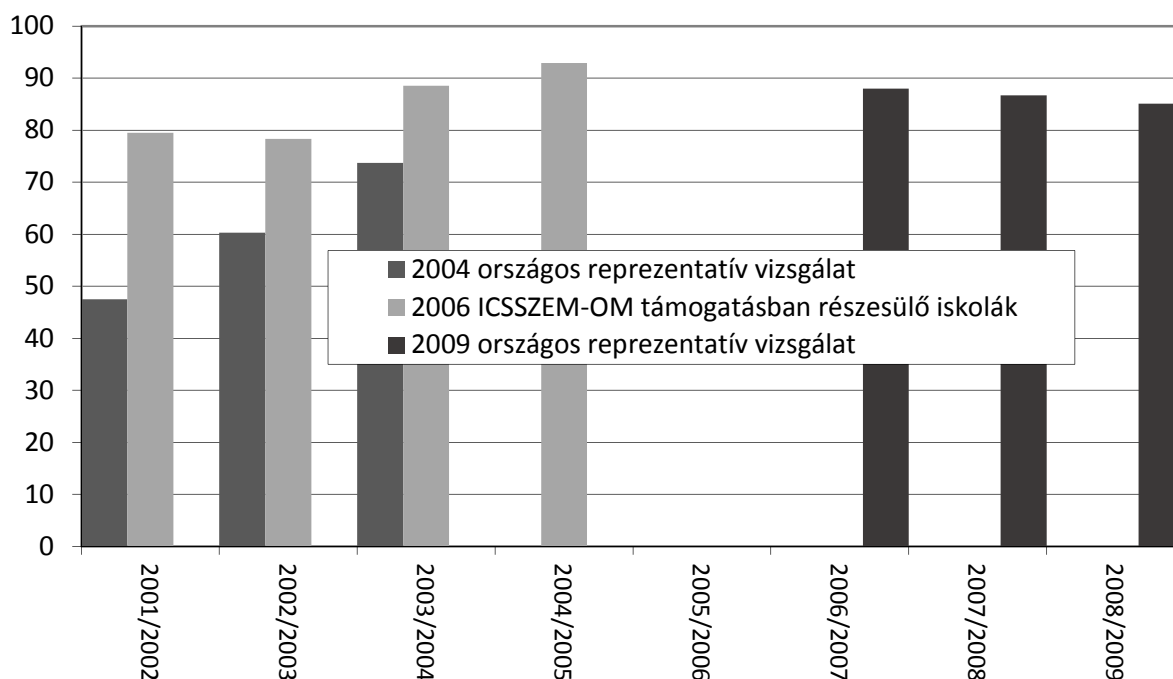


Paksi és mtsai, 2011

Az ezredforduló első évtizedének második felében az iskolák prevenció aktivitása stabilizálódni látszott, az egyes tanévekben az intézmények 85-88%-ában történt valamilyen prevenció beavatkozás.

¹⁶ Tartalmi/minőségi változásokat, fejlesztéseket ebben az időszakban nem nagyon tapasztaltunk, nem voltak megfigyelhetők az olyan, a szakma elvárásait inkább leképező irányba való elmozdulások, mint az interaktív oktatási módszerek alkalmazása (Tobler, 1997; Tobler, Stratton 1997), vagy a normatív hiedelmek megváltoztatására irányuló (Flay, 2000; Taylor, 2000; Reis et al. 2000), illetve a szociális befolyásolást, a társas kompetenciákat növelő tartalmak (Hansen 1992; Dusenbury, Falco 1995; Paglia, Room 1999; Tobler, Roona és Ochshorn 2000; Tobler 2001; Soole, Mazerolle és Rombouts 2005) térhódítása. Hasonlóképpen nem tapasztaltunk a komplex, integrált szemléletű programok irányába való elmozdulást sem. Nem csökkent az ismeretátadásra fókuszáló programok aránya, holott a szakirodalom ezeket a beavatkozásokat már ekkor sem tekintette hatékony megközelítéseknek (Werch, Owen 2002; Soole et al. 2005).

12. ábra Az egyes tanévekben prevenciós/egészségfejlesztő tevékenységet végző iskolák aránya 2001-2009 között (%)



Forrás: Paksi és Demetrovics, 2011

A prevenciós tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: az ezredforduló első éveiben jellemző mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben zajlott prevenció. Tekintettel arra, hogy a szakirodalom szerint (Soole, Mazerolle és Rombouts 2005) a beavatkozások hatásosságát növeli, ha egy éven belül ismétlésre, vagy a beavatkozás bizonyos elemeinek felfrissítésére sor kerül, az iskolai programok rendszeressé válását az iskolák prevenciós tevékenységében minőségi változásra utaló elemként értelmezhetjük. Ezekben az években kedvező irányú elmozdulások jelei mutatkoztak a programok tartalmi elemei tekintetében is. Megszűnni látszott az ismeretátadásra koncentráló megközelítés dominanciája az iskolák prevenciós tevékenységében, s növekedett a korszerű szakirodalom alapján priorizált, a társas kompetenciákat növelő tartalmak előfordulási aránya. Az iskolai prevenciós beavatkozások időtartamának jellemzőiben szintén kedvező változásokra utaló tendenciák jelentkeztek: az évtized második felében már legnagyobb arányban nem 3-5 órás, hanem inkább 10-20 órás prevenciós beavatkozások történtek. Összességében azonban a kedvező irányú elmozdulások ellenére az iskolákban alkalmazott programstruktúra az ezredforduló első évtizedének végén is elmaradt a szakirodalom szerint kívánatos, illetve a nemzetközi gyakorlat alapján (EMCDDA, 2008) korszerűnek minősíthető programstruktúrától.

A 2009-es vizsgálatot követően – mint azt már jeleztük – nem készültek a prevenció hozzáférhetőségére vonatkozóan célzott kutatások, nem voltak az iskolák prevenciós tevékenységének feltérképezésére irányuló szisztematikus adatgyűjtések sem, így az utóbbi 6 évre vonatkozóan sajnos már nem rendelkezünk naprakész országos adatokkal a drogprevenciós beavatkozások elterjedtségére, illetve strukturális jellemzői vonatkozásában. Nem tudjuk, hogy az utóbbi 6 évben milyen elmozdulások történtek a különböző szintereken, illetve a különböző célcsoportok számára kínált szolgáltatások fő irányai

tekintetében. Nem ismert, hogy a prevenciós beavatkozások mennyiben tudtak reflektálni az utóbbi években megfigyelhető olyan kihívásokra, mint pl. a dizájner drogok megjelenése, vagy a drogfogyasztás epidémiájában mutatkozó kedvezőtlen magyarországi tendenciák (Hibell et al. 2012; Elekes, Nyírády, 2012; Németh, Költő, 2011).

KÖZVETLEN ELŐZMÉNYEK (2011-2015)

Mint a bevezetőben említettük, a prevenció területén megmutatkozó teljes információhiány valamelyes csökkentése, a magyarországi prevenciós beavatkozások területén megfigyelhető új fejlemények és tendenciák megismerése céljából 2012-ben a Nemzeti Drog Fókuszpont megbízásából készült egy, a jelenlegi Élő Jelentéshez nagymértékben hasonló módszereket alkalmazó kvalitatív kutatás (Paksi és Magi, 2013). A kvalitatív kutatás eredményei három évvel az utolsó kvantitatív vizsgálat után egészen más képet vázoltak fel a magyarországi prevenciós helyzetről. A szakemberek véleménye szerint 2011-ben a különböző prevenciós szolgáltatások – az iskolai, illetve a célzott közösségi beavatkozások is – már csak korlátozottan voltak elérhetők. Azaz, míg 2005-2009 között már az iskolák 85-88%-ában zajlott valamilyen prevenciós vagy egészségfejlesztő program az egyes tanévekben, s 80%-ukban rendszeresen, minden évben történt valamilyen beavatkozás, 2011-ben már az iskolák többségében aktuálisan nem volt elérhető a droprevenció (7. táblázat, 1. oszlop).

7. táblázat: A különböző prevenciós beavatkozások lefedettségére vonatkozó szakértői vélemények összefoglalása – a leggyakoribb vélemények kiemelésével (fő)

Hozzáférhetőség ¹⁷	iskolai	Univerzális családi	Univerzális közösségi	Célzott közösségi	Célzott családi
Teljes mértékben	2	0	0	0	0
Kiterjedt	9	0	2	4	5
Korlátozott	20	10	13	19	9
Ritka	3	14	15	6	14
Nincs	0	9	0	0	0

Forrás: Paksi és Magi, 2013

Ugyan a hozzáférhetőségre vonatkozó kvalitatív adatok csak nagyon korlátozottan hasonlíthatók össze a korábbi kvantitatív adatokkal, az iskolai prevenció hozzáférhetőségének tendenciájára vonatkozó szakértői vélemények is összességében inkább kedvezőtlen változásokat jeleztek. Az univerzális prevenció többi területe vonatkozásában ugyan a szakértők 2012-ben stagnálást, a célzott prevenció területén pedig kedvező folyamatokat észleltek (8. táblázat), azonban ahogy az egyik szakértő fogalmazott, ez is csak azt jelentette, hogy: „a nullához képest már sokat haladtunk”.

¹⁷ Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van; Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt; Korlátozott: az releváns helyek többségében nincs, de több mint néhányban van; Ritka: csak néhány helyen van

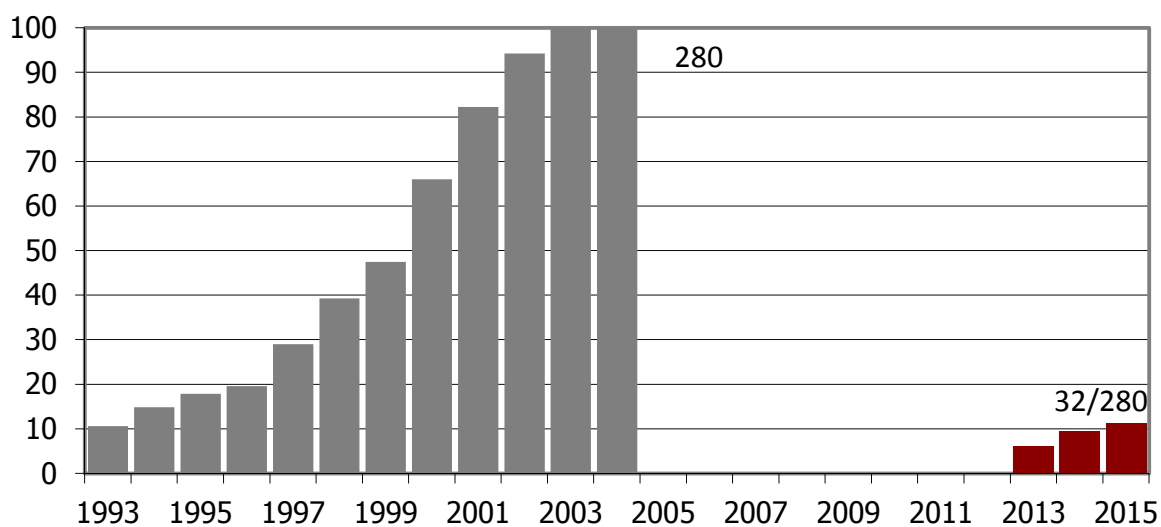
8. táblázat: A különböző programtípusok lefedettsége vonatkozásában észlelt tendenciák összefoglalása (fő)

tendencia	iskolai	Univerzális családi	Univerzális közösségi	Célzott közösségi	Célzott családi
javuló	8	7	4	16	17
stagnáló	8	12	17	10	4
rosszabbodó	17	10	7	0	3

Forrás: Paksi és Magi, 2013

Az OEFI ajánlással rendelkező, azaz a prevenciós beavatkozások legjellemzőbb színterén, a közoktatási intézményekben legálisan kínált programok száma alapján (országosan összesen 32 ajánlott program) a prevenciós beavatkozások elérhetőségének drasztikus, gyakorlatilag az 1993-as szintre való csökkenését vélelmezhetjük.

13. ábra A drogprevenciós programok kínálatának alakulása (A 2004-es kínálat %-ában)



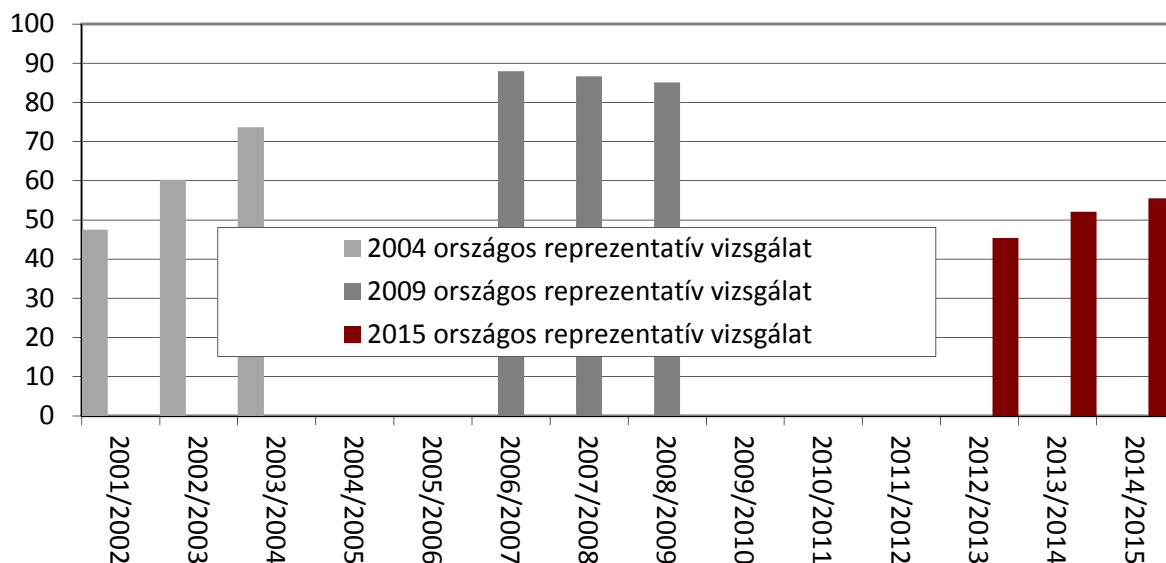
A korábbi adatok forrása: Paksi és Demetrovics, 2011.

A 2015-ös adat az iskolákban NEFI (OEFI) engedéllyel jelenlévő programok száma.

Hat évvel az utolsó, az iskolai drogprevenció elérhetőségének és strukturális jellemzőinek szisztematikus vizsgálatára irányuló kvantitatív kutatást követően, 2015 tavaszán egy, a szerencsejáték magatartás iskolás populációban való elterjedtségét a 7-14 évfolyamos osztályok 165 osztályra kiterjedő országos reprezentatív mintáján vizsgáló kutatáshoz sikerült néhány, az iskolai egészségfejlesztési és drogprevenciós programok elterjedtségére vonatkozó kérdést is társítanunk.¹⁸ Ezek a kvantitatív adatok a 2012-es kvalitatív információkat alátámasztják: aktuálisan (a 2014/2015-ös tanévben), a 7-14 évfolyamos osztályok 54%-ában folyik valamilyen prevenciós munka. (Paksi, Magi, Kó, Demetrovics, 2015)

¹⁸ A kutatás a Szerencsejáték Zrt. Társadalmi felelősségvállalás programja keretében készült.

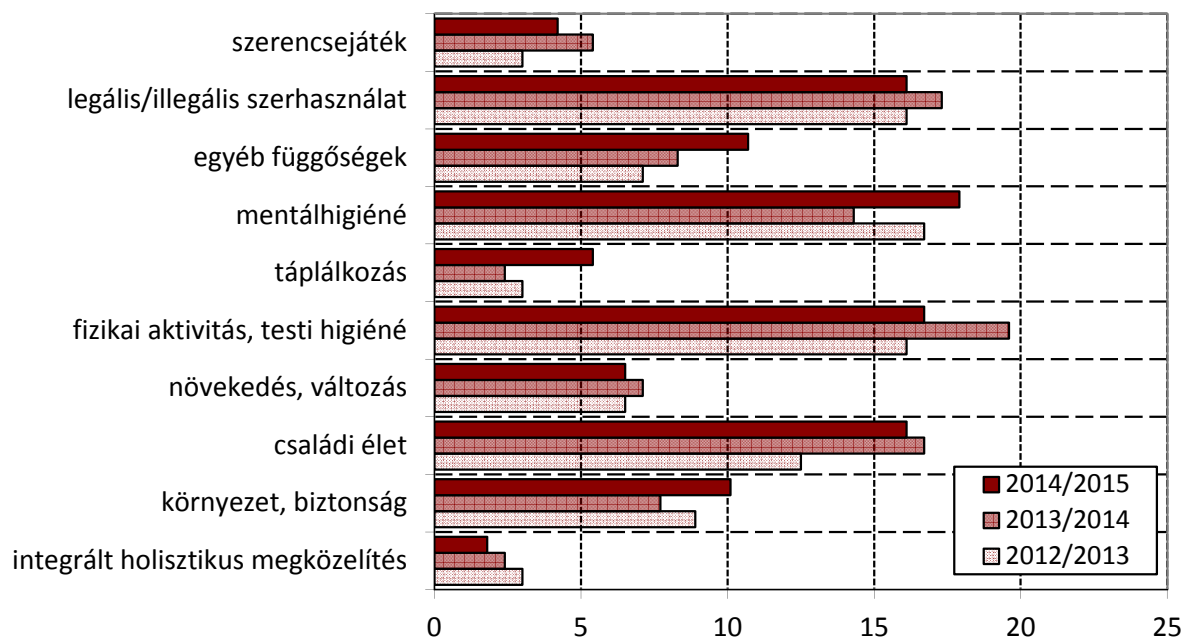
14. ábra Az egyes tanévekben prevenciós aktivitást mutató iskolák aránya 2001-2015 (a megkérdezett iskolák százalékában kifejezve)



Forrás: Paksi és Demetrovics, 2011; Paksi és mtsai, 2015

Felölelt területeit tekintve az iskolai szinten leginkább a fizikai aktivitás, mentálhigiéné, legális és illegális szerhasználat, valamint családi élet/kapcsolatok témában zajlik valamilyen prevenciós munka.

15. ábra A különböző területek megjelenése az iskolai prevencióban az utóbbi három tanévben (a megkérdezett iskolák százalékában kifejezve)

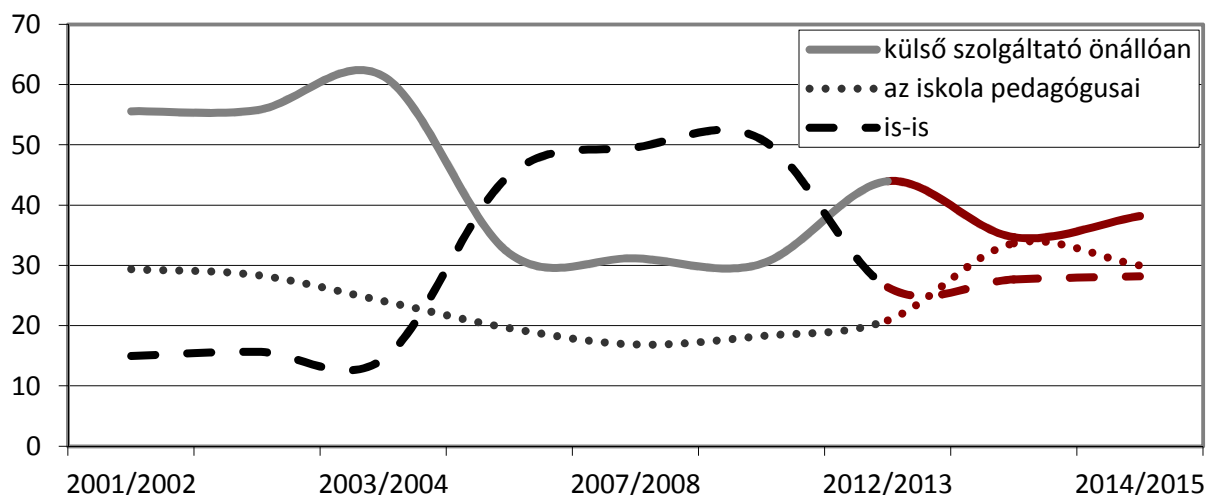


Forrás: Paksi és mtsai, 2015

Az iskolai prevenció megvalósításában résztvevők összetételének megváltozása is a programkínálat beszűkülését jelzi. Az ezredfordulót követő években megvalósult prevenciós beavatkozásokat kezdetben a szolgáltatók nagyrészt önállóan, az iskola pedagógusainak bevonása nélkül, majd az évtized végére pedig jellemzően az iskola pedagógusaival együtt

végezték, s ezzel párhuzamosan csökkent azoknak az iskoláknak az aránya, ahol a pedagógusok önálló prevenciós aktivitást mutattak. Az utóbbi három tanévre vonatkozó adatok alapján ugyanakkor azt látjuk, hogy az iskola és a szakmai szolgáltató együttműködése már nem megengedhető „luxus”, legalábbis a korábbi 51%-os arányról 25-30%-ra esett vissza, és a prevenciót végző iskolák között növekedett azok aránya, ahol a pedagógusok maguk próbálnak valamilyen prevenciós tevékenységet végezni.

16. ábra Kik végezték a prevenciós tevékenységet az iskolában? (a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve)



Forrás: Paksi és Demetrovics, 2011; Paksi és mtsai, 2015

A fenti, az utóbbi évekre vonatkozóan az iskolai prevenció elérhetőségéről és egyéb jellemzőiről rendelkezésre álló információk – azon túlmenően, hogy csak töredékesek – meglehetősen ellentmondásosak is. Az OEFI adatok alapján a prevenciós kínálat az ezredforduló közepén rendelkezésre álló kínálatnak alig több mint tíz százaléka (11,4%). Ugyanakkor a fentiekben már említett, 165 osztályra kiterjedő országos reprezentatív vizsgálat alapján egy-egy évben az iskolák fele valahogy ma is megoldja azt, hogy legyen az iskolában prevenció, s a prevenciós tevékenységet végző osztályok kétharmada (azaz az osztályok egyharmada) külső szolgáltatót is bevon ebbe a tevékenységbe. Tehát bár az iskolák prevenciós tevékenysége is nagymértékben visszaesett, s a pedagógusok sokszor külső szakember nélkül, önállóan próbálkoznak, mindazonáltal a szolgáltatók bevonásával történő prevenció a kínálat visszaeséséhez képest kevésbé csökkent.

A rendelkezésre álló információk alapján az iskolai prevenció hozzáférhetőségének visszaesése az utóbbi 5-6 évben egyértelműen kirajzolódik, e tekintetben a kvalitatív és kvantitatív adatok harmonizálnak. Ugyanakkor a rendelkezésre álló adatok a visszaesés mértéke, és a helyzet részletei tekintetében ellentmondásokat, illetve megválaszolatlan kérdéseket hordoznak. Nem tudjuk például, hogy a legálisan hozzáférhető (OEFI ajánlással rendelkező) programok drámaian alacsony száma a területen ténylegesen jelentkező kínálatban mennyire érezteti hatását, hogy a programok elérhetőségének csökkenése milyen problémákat indukál, illetve milyen (kényszer) megoldásokat hoz létre, hogy az iskolai prevenció különböző, annak minőségét meghatározó aspektusai (pl. a több alkalomból álló, vagy tananyagba integrált programok, vagy a készségek fejlesztésére fókuszáló beavatkozások) aktuálisan hogyan alakulnak. Más színtereken végzett, illetve a különböző kockázati csoportokra irányuló drogprevenciós tevékenységek vonatkozásában még ennyi

információnk sincs. Ezek a dilemmák, illetve információs hiányok adják a prevenciós Élő Jelentés indokoltságát.

A JELENTÉS LÉTREHOZÁSÁBAN RÉSZTVEVŐK LEÍRÁSA

A Prevenciós Élő Jelentés összeállítás két ülésben történt. Az első ülésben 21 fő részvételével az iskolai prevencióval kapcsolatos kérdések kerültek megvitatásra, a második ülésben pedig egy 5 fős fókuszcsoportos beszélgetés keretében a közösségi megközelítésű, általános és a célzott prevencióval kapcsolatos kérdéseket tárgyaltuk. A Prevenciós Élő Jelentés összeállításában összesen 22 szakértő vett részt, az egyes témákhoz tartozó kérdőívet mindannyian kitöltötték.

A szakértők kétharmada (14 fő) nonprofit szervezettől érkezett, a másik egyharmaduk (7 fő) pedig az állami/önkormányzati szektorban dolgozik¹⁹. (A területen – a korábbi kutatási tapasztalatok alapján – egyébként is alacsony arányban jelenlévő forprofit szektor nem képviseltette magát a jelentés összeállításában.)

A résztvevők szervezeti hátterére jellemző továbbá, hogy átlagosan 15,6 éve, változó hatókörrel működő szervezetek, s drogprevencióval is közel másfél évtizede (átlagosan 14,27) foglalkoznak.

A résztvevők több mint fele (12 fő) olyan szervezetet képviselt, amely fő tevékenységét a drogprobléma kezelésének valamilyen szegmensében fejti ki. Drogprevencióval fő tevékenységként a prevenciós jelentés készítésében résztvevő szakemberek által képviselt szervezetek közül mindössze 4 foglalkozik, azonban 13 szakember szervezeti hátterének tevékenységében jelenik meg valamilyen szinten a drogprevenció/egészségfejlesztés, vagy valamilyen, ahhoz kapcsolódó tevékenység (pl. koordináció). Az, hogy a Prevenciós Élő Jelentés elkészítésében résztvevő, a témában elkötelezett személyek/szervezetek sem főtevékenységként foglalkoznak drogprevencióval, a szervezetek életben maradási stratégiájának része, amit az egyik résztvevő a következőképpen fogalmazott meg:

„Én bennem is, ... egyedül lelket az <>²⁰ tartották. Mindig. Most ezt komolyan mondom. Ők mindig küldtek meghívót, és így tudtunk kapcsolatot tartani. ... az elsődleges helyet a munkákban, az utóbbi években a családsegítés kapta, aztán a kézműves foglalkozások, és az utolsó helyre került le a drog-prevenció, holott az első helyen volt.”

9. táblázat: A prevenciós jelentés készítésében résztvevő, a kérdőívet kitöltő szakérők szervezeti hátterének néhány jellemzője: a szervezetek fő tevékenysége és hatóköre (fő)

A szervezet fő tevékenysége	N	A szervezet hatóköre	N
Drogprevenció/Egészségfejlesztés	4	országos	4
Szenvedélybeteg-ellátás	8	több megye	3
Szociális/ifjúság/gyermekvédelem	4	egy megye	2
Oktatás	2	több település	4
Egyéb (közigazgatás, koordináció)	3	egy település	8

¹⁹ Egy korábban közel 10 éven keresztül egy önszervező szervezetet vezető résztvevő magánszemélyként vett részt a beszélgetésen, mivel a szervezete aktuálisan nem működik.

²⁰ Az anonimitás biztosítása végett kivettük azokat az információkat, amelyek révén be lehetne azonosítani a megszólalt vagy más személyeket. Ezeket a törölt információkat a következőképpen jelöltük: <>.

EREDMÉNYEK

Az Élő Jelentés során különös gondot fordítottunk az általános prevenció beavatkozások egész Európában leginkább jelentékeny hányadát jelentő iskolai prevencióval kapcsolatos kérdések tárgyalására. Emellett a jelentés az univerzális és a veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozásokat tárgyalja. Az egyes területek áttekintése során EMCDDA általános és célzott prevencióval kapcsolatos strukturált kérdőíveire (SQ25, SQ26, illetve az SQ23-29/D rész), illetve a prevenció helyzetével kapcsolatban (Paksi és Magi, 2013) 2012-ben készült kvalitatív kutatásra támaszkodtunk.

AZ ISKOLAI PREVENCIÓVAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK²¹

Az iskolai prevenció elérhetősége

A résztvevő szakemberek közül a legtöbben úgy érzékelik, hogy a legtöbb iskolában nem folyik prevenció munka: 12 fő korlátozottan, 2 fő pedig ritkának ítéli az iskolai prevenció elterjedtségét. Ez többek szerint (5 fő) nem feltétlenül jelenti azt, hogy az iskolák többségében nincs semmilyen prevenció aktivitás, azonban ha egy minimális minőségi korlátot is állítunk, akkor a tényleges prevenció tevékenység korlátozottan vagy ritkának tekinthető:

„...korlátozottan jelen van, hiszen jelen van, de egyre kevesebb, egyre rosszabb minőségű programok, egyre kevesebb időben érjük el a gyerekeket, akkor most miről beszéljünk.”

„...szerintem nagyon ritka, ... nehéz megfogalmazni, hogy az a féle foglalkozás tényleg drog-prevenciónak felel-e meg....”

„...megkérdőjelezhető, hogy mit nevezünk most akkor prevenciónak. Mert, hogy van olyan iskolánk, amelyben tudom, hogy ott voltak ... egészségnapon, és akkor ott volt úgymond prevenció program, de se előtte, se utána nem történt semmi. Mennyire tekintsem én ezt úgy, hogy valódi prevenció folyik az iskolában.”

„... saját élményű segítő vagyok, és egyébként szoktam járni prevenciót tartani. Én azt látom, hogy ez az egész drog-prevenció hozzáállás az iskolák felől nagyon... tehát több részből áll. Van, ahol probléma van, és akkor nagyon izmosan, őőő, kiabálnak a segítségért, nagyon tolják. Van, ahol van lelkiismeretes tanári kar, és jó szemlélettel, meg némi rálátás, és akkor segítséget kérnek; van, ahol csak beszélnek arról, hogy igen, van, de közben nincs, és ami egyébként nagyon rendszerint jelen van felém, tehát azt mondják, hogy nincs idő. Tehát se a tanároknak, a gyerekektől nem tudják ezt az időt, nem akarják elvenni, tehát ez mindig egy ilyen kibúvó, ezért nem is lehet nagyon folyamatosan... tehát folyamatról beszélni, hogy mit tudom én, egy több alkalmas, alkalmat tartunk, mert mindig az időre hivatkoznak az iskolák. Nem akarok általánosítani, de azért ez mindig megjelenik.”

„...melyik az az iskola, amelyik fel meri vállalni azt, hogy kimondja, hogy nincsen drog-prevenciója, vagy nincsen prevenciója. Hogyha rákérdeznek, nem fogja azt mondani, hogy nem, hanem azt, hogy valami van. Most tök mindegy, hogy az jó vagy nem jó,

²¹ Az iskolai prevencióval kapcsolatos kérdések tárgyalása az első ülésen történt 21 fő részvételével.

mi a cél, de ismét közelítünk ahhoz, hogy nem merünk bevállalni dolgokat, mert akkor megbélyegzettek leszünk.”

Előfordulnak azonban a fenti percepcióktól eltérő helyzetet leíró vélemények is: a résztvevő szakemberek közül néhányan (3 fő) úgy látják, hogy a legtöbb iskolába van prevenció, egy szakember szerint pedig gyakorlatilag minden iskolában folyik valamilyen prevenciós tevékenység, s azt az iskolákban ma részben a pedagógusok, részben pedig védőnők, vagy rendőrök végzik:

„...akárhány iskolában jártunk, mindenhol megkérdeztük, hogy volt-e más hasonló foglalkozás. ... és minden iskolában azt hallottuk, hogy volt már. Ez nem feltétlen szakmai, hanem főként inkább a tanárnők tartottak mondjuk drog-prevenciós foglalkozásokat, tehát hogy én erre értettem, így általánosan..”

„...én Veled értenék egyet, hogy vannak... az osztályfőnöki órák keretébe benne van, vagy akár a tornatanár egészségfejlesztés címén, vagy nem tudom én, a gyerekek hozzák ezt, amikor egy-egy gyerek megbukik (értsd: drogfogyasztással (szerző)). Akkor ott mindig van valami, és minden iskolában mindig megbukik egy-egy gyerek mostanában már, ... nekem ez a sejtésem, ugye minden iskoláról nincsen adat, de az, hogy ott van...”

„Én ... az <> vagyok, ahol úgy érzem, hogy a 22 védőnő, iskolavédőnő, aki főállásban csinálja ezt, nagyon sokat tesz a drog-prevencióért, van, egy WHO Egészséges Városok Programban vagyunk, az is nagyon sokat, a KEF is nagyon sokat tesz. És mi minden évben összeülünk, és megbeszéljük egymás között, hogy ki milyen órákat fog tartani a következő évben, és ez súlyozva szerepel. Úgyhogy mi ezt felvállaljuk, és csináljuk.”

„...Én feltételezem azt, mert rendőrök, hogy én úgy gondolom, hogy azért úgy elég kiterjedt.”

A minőséggel kapcsolatos kétségek az elérhetőség tekintetében optimista szakemberek körében is megjelenik:

„...vannak... most az, hogy milyen színvonalú, az egy másik dolog, de hogy az osztályfőnöki órák keretébe benne van, vagy akár a tornatanár egészségfejlesztés címén, ... mindig van valami, Aztán, hogy az milyen színvonalú, milyen hatékonyságú, az egy másik kérdés.”

„...mondjuk, egy tornatanár nyugodtan csinálhat egy drog-prevenciós foglalkozást. Míg egy külső, ami nincs akkreditálva, nem jöhet be.”

10. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az iskolai prevenció országosan mennyire hozzáférhető (fő)

	fő
Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van	1
Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt	3
Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van	12
Ritka: csak néhány iskolában van	2
Nincs: nem létezik	0

A szakértőkkel az országos helyzet mellett a saját térségük helyzetét is megítéltették, feltételezve, hogy a közvetlen környezetükben jellemző helyzettel kapcsolatos véleményük a nagyobb rálátás okán nagyobb validitással bír.²² Amennyiben az iskolai prevenció térségi és országos adatainak viszonyát vizsgáljuk, nem találunk jelentős eltérést: az iskolai prevenció országos hozzáférhetőségével kapcsolatos vélemények átlaga 3,2, a térségben észlelt helyzetre vonatkozó átlagérték pedig 3,3, a válaszok módusza mindkét esetben 3, azaz a jelentés összeállításában résztvevők által képviselt térségekben is – az országos helyzettel kapcsolatos percepciókkal megegyező módon – az iskolai prevenció korlátozott elérhetősége rajzolódik ki.

Akadályok

Az iskolai prevenció korlátozott, vagy annál is kisebb hozzáférhetőségének hátterében a szakértők elbeszélései alapján az alábbi tényezőket/ akadályokat azonosíthatjuk:

i. Nem az iskola kezében van a döntés:

„Ugye korábban, még a mit tudom én, 2009-ig – 10-ig, addig az iskolák is tudtak pályázatot benyújtani. Nálunk most például konkrétan a térségben problémaként jelenik meg, hogy iskola önállóan nem tud benyújtani pályázatot, még akkor sem, hogyha szakmai szervezettel együttműködésben tenné ezt, és esetleg még OEFI ajánlás is van. Mert, hogy létrehozták a Klebelsberg Intézetet, és innentől kezdve megjelennek ezek a problémák, hogy akkor most ki lesz a kompetens, az iskola igazgatója vagy a tankerület vezetője, vagy ki merre lépjen, ki fizeti a révést.”

ii. Forráshiány: ami mind a befogadói, mind a szolgáltatói oldalon jelen van:

„...az iskolák szívesen ... fogadnának be programokat, de rettentően szűkösek az ő kereteik.” „Ugye korábban, még .., 2009-ig – 10-ig, addig az iskolák is tudtak pályázatot benyújtani.”

„Nálunk például a térségben, ugye mi közel vagyunk az <>-hoz, volt is képzés, vannak is képzett preventoraink, akikkel tudnánk dolgozni, ... de ők, mindenki másik munkahelyen dolgozik. Már szerintem az is elég furcsa elvárás, hogy én azt kérem tőlük, hogy vegyék ki a szabadságotokat, amikor el fogtok menni az iskolába. De azt, hogy ezt ingyen és bérmentve és szerelemből csináljátok, mert nincsen pályázat, ezt nem várhatom el”.

iii. NEFI (OEFI) ajánlási rendszer miatt szűkös kínálat:

„komoly adatlap kitöltés, minden, ... nekem szerencsére nem kell, mert véd a rendelet, de egyedül maradtam. Tehát míg idáig voltak partnereim, amit könnyen hívtam stb., most már nincsen meg a programjuk, vagy várnak arra, hogy majd beadják stb., és én itt látom a visszaesést például.”

„... az OEFI ... vagy NEFI, vagy, hogy mondják most már, amennyire végül is elősegíteni szeretné a minőségét, jelen esetben hátráltatja, mert egy csomó pályázat azért nem kapott pénzt, mert nincs meg az a bizonyos... Amelyiknek

²² Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a térségi adatokban a nagyobb rálátásból adódó validitás kedvező hatását csökkenti a résztvevők térségi összetételének egyenletlenségéből adódó torzító hatás, így a térségi adatokat itt, és a későbbiekben is csak egyfajta viszonyítási adatként, tájékoztató jelleggel közöljük.

megvan, az meg annyira kevés, ... hogy ők, ha akarnák, se tudnák csak az országnak egy minimális, nem látható, szabad szemmel nem látható részét lefedni.”

- iv. Szakmapolitikai dokumentumokban nem elég hangsúlyos a drogprevenció:

„Szerintem a drog-prevenciónak már a Nemzeti tantervben szerepelni kéne, ugyanúgy, mint a családnak. Ezt újra kéne tervezni, az egészet.”

- v. A kortársképzés vonzerejének csökkenése a diákok körében:

„Velünk ez az új kötelező 50 óra nagyon kiszúrt. Addig, míg korábban éves szinten olyan 60-80 gyereket, jelentkezett önként a képzésekre, és abból egy olyan 40-50 gyerek meg is maradt valamilyen szinten a klubunkban, addig ezzel a kötelező 50 órával azt értük el, hogy azok, akik mondjuk, még 22 éves korukban is visszajártak, most az 50 óra letelte után megköszönik ők is, mert már kezd ciki lenni a többiek előtt, hogy te miért jársz oda vissza, mikor már megvan az órád. Tehát ez egy kicsit kiszúrt velünk.”

- vi. Az általános prevenció relevanciájának csökkenése az iskolai szinten: egyrészt az iskolák elsősorban a problémák megjelenését követően fogalmaznak meg prevenció igényeket, másrészt a droghasználat elterjedtségének növekedése, és az első használat életkorának csökkenése következtében az iskolai beavatkozások a célzott prevenció, illetve az esetkezelés irányába mozdulnak el:

„Csináljunk valamit, mert baj van. És mindig akkor, nem mindig, sok esetben, nagyobb részben, amikor látványosan megjelenik a problémás viselkedéssel még a szerhasználat is nyilvánvalóan. Elviszi a gyereket a mentő, és így tovább, és így tovább. Rosszul lesz, úristen, mi van. A tanárok megijednek...”

„Kérdezem én, hogy ma már a prevenciónak mennyire kellene prevenciónak lenni, hiszen már azért ott van az iskolákban. Tehát prevenció... már inkább esetkezelésről kellene egy kicsit beszélni, vagy a védőnőknek ilyen szinten kéne tudni foglalkozni vele.”

A résztvevők között hangsúlyosan megjelent az a vélemény, hogy az iskolai prevenció ma már nem általános prevencióként működik: amennyiben ezt egy skálán próbáljuk kifejezni, ahol az 1-es jelenti azt, hogy az iskolai szinten zajló prevenció általános prevenció, az 5-ös pedig azt, hogy célzott prevenció, akkor a résztvevők közül legtöbben (8 fő) 4-esre értékelték a helyzetet.

- vii. Kriminalizáció:

„Tőlem megkérdezi a tanár, hogy amennyiben ... kiderül, hogy a gyerek elszólja magát, .. és azt mondja, hogy jaj, én már elszívtam a nem tudom én mit ... akkor őneki most föl kell jelenteni a gyereket a gyermekvédelmi törvény értelmében? ...akkor inkább nem kell az a prevenció. -... És tök komolyan kérdezik, és valós a probléma. ... megmondták, hogy ... a szakmai titoktartásra való tekintettel nekik csak egy összefoglaló jelentést írjunk, ... semmi drog, hanem bűnmegelőzés általában”

„...nem mernek helyi szakembereket hívni, mert annak az lenne a vége, hogy kirugdosnák a gyerekeket, ha ott valami elhangzana, ... „

- viii. Információ hiány: „...egyáltalán az iskola hogy találja meg ezeket a programokat?”

A különböző prevenciók elemek hozzáférhetősége

A különböző prevenciók elemek/modalitások országos hozzáférhetőségét vizsgálva jelentős különbségek észlelhetők: az egyes elemek 5 fokozatú skálán 1,7 és 4,6 között elhelyezkedő átlagokat értek el. Legalább kiterjedt válaszként értelmezhető, 3,5 fölötti átlagot mindössze két prevenciók elem, a kötelező adminisztratív előírásokban szereplő a dohányzási tilalom, valamint az iskola számára kisebb költséget jelentő, illetve az iskolákban NEFI (OEFI) ajánlás nélkül is bejutó, rendőrök által tartott előadások kaptak.

„A dohányzástiltalom az iskolában, egyértelműen azt, mert szerintem az annyira megkövetelt, hogy az 5-ös.”

„... hallomásból vagy tapasztalatból ezt így tudom, hogy még mindig általánosan elterjedt a rendőrök meghívása ebben a témakörben.”

„...hát a rendőrök, azok mindenhol ott vannak. Tehát arra meg az 5-ös, az sajnos mindenhol ott van”

A kiterjedt hozzáférhetőség határértékét megközelíti még az információs napok és a tanórán kívüli alternatív programok elérhetőségével kapcsolatos vélemények átlaga is, melyek léte sokszor a helyi közösség aktivitásától függ:

„Az információs napokra azért írtam nagyon jól, mert a várost felosztották városrészekként ... az adott városrészhez kapcsolódóan történnek az egészségnapok, visszatérő jelleggel. Az iskolák általában a központok, és ugyanúgy megjelenik a RÉV, a kortárssegítés és mindezen lehetőségei a városnak felvonulnak.”

„...nálunk, ez egy sváb település, .. különböző rendezvények vannak, összehozza a szülőket, összehozza a gyerekeket, táncitanítástól kezdve minden. [...] ez leköti a gyerekeket. Amire még, a szülők számára szervezett programok, szintén a sváb jellegéből kapcsolódóan, tehát az összefogja a szülőket,[...] Mi is bent vagyunk ugye a kézműves programmal, a falunapok falun az egy nagyon fontos összefogó tényező...”

„...Egy kicsi kis zsáktelepülésen van az egyik intézményünk, de olyan szinten vannak ott beágyazódva a közösség életébe, hogy ilyen 6.1.2-es egészségfejlesztési pályázatok falunappal, focival, ... megspékelve, és akkor mindenki, hogy jaj, az Igazgató úr jön már, aztán mondjon valamit ezeknek a bűdös gyerekeknek drog-prevenció terén...”

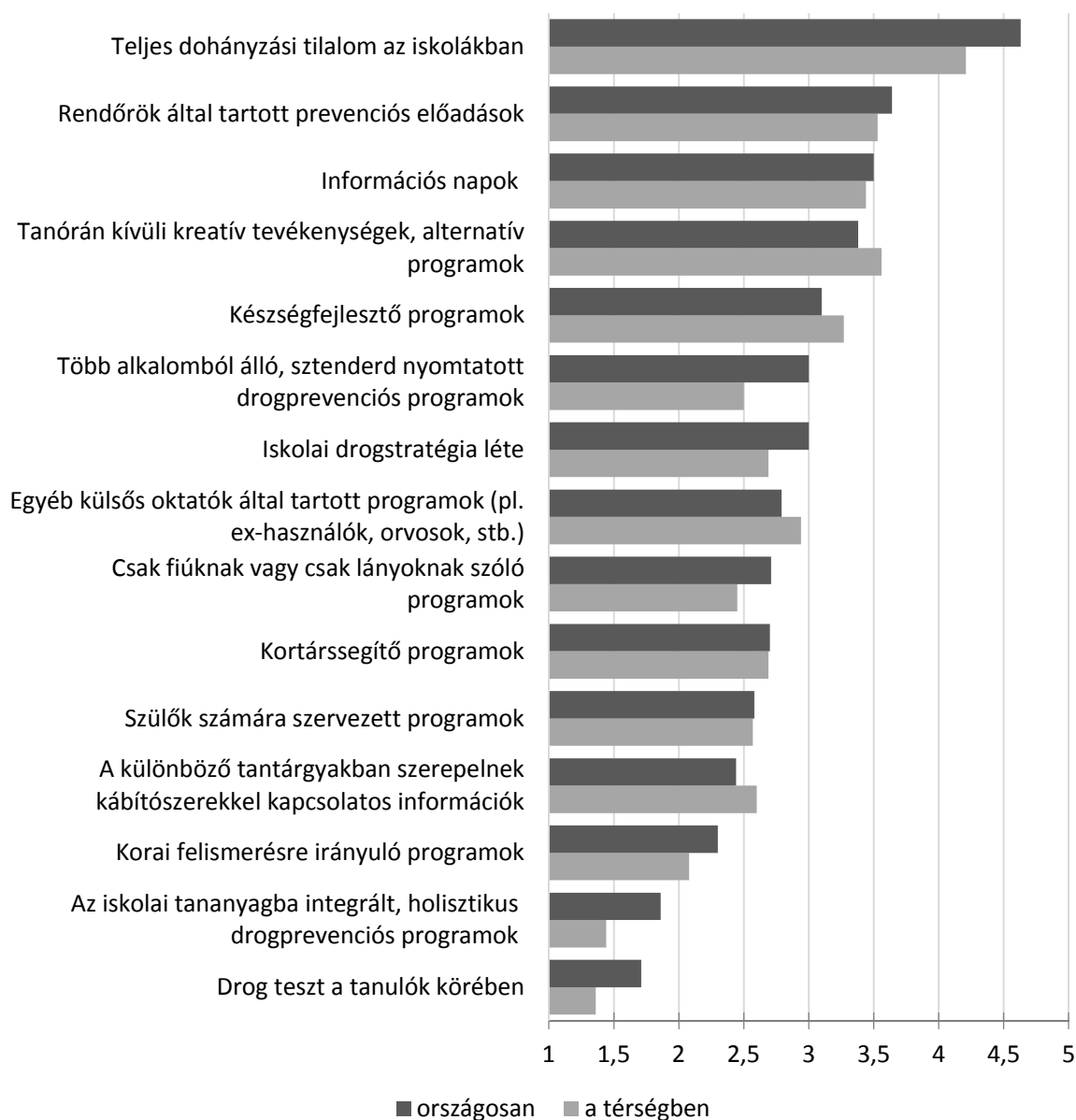
A többi prevenciók elem hozzáférhetőségével kapcsolatos vélemények összességében korlátozott, vagy ritka előfordulásra utalnak. A szakemberek véleménye szerint a vizsgált prevenciók típusok/megoldások közül néhány csak kevés iskolában fordul elő, vagy szinte egyáltalán nem létezik. Ilyenek: a tanulók körében végzett drogtesztek²³; az iskolai tananyagba integrált holisztikus megközelítést alkalmazó beavatkozások; a korai felismerésre

²³ A drogteszt alacsony előfordulását azonban többségében pozitívumnak tekintik a szakemberek: „...Nagyon remélem, hogy nincs ilyen” de előfordult ettől eltérő vélemény is: „A drogtesztre raktam 1-est nálunk ... viszont azt szeretném hozzáfűzni, hogy én Svédországban egy bevándorlóknak fenntartott gimnáziumban voltam önkéntes védőnő, és ott ...drogteszteket csináltam ... Nagyon erős drog-policy volt, és ..kökeményen be is tartották. Tehát a svéd minta, az más egy kicsit ebben. „

irányuló programok; illetve a különböző tantárgyakban szereplő kábítószerekkel kapcsolatos információk.

A különböző prevenciók elemek hozzáférhetősége tekintetében – az iskolai prevenció általában vett elérhetősége vonatkozásában tapasztaltakhoz hasonlóan – a jelentés összeállításában résztvevő szakértők által képviselt térségekben az országossal megegyező tendenciák, prioritások rajzolódnak ki.

17. ábra A különböző prevenciók beavatkozások elérhetőségének megítélése országosan és a térségben (öt fokú skálán kapott átlagérték²⁴, az esetszámokat lásd a mellékletben)



²⁴ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van

4 - Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van

2 - Ritka: csak néhány iskolában van

1 - Nincs: nem létezik

Tendenciák

Az iskolai prevenció hozzáférhetőségének tendenciájára vonatkozó szakértői vélemények összességben kedvezőtlen változásokat jeleznek az elmúlt 5 évben: 13 szakértő romló tendenciát, 3 fő pedig stagnálást érzékelt. Olyan résztvevő nem volt, aki a helyzet javulására vonatkozó véleményt fogalmazott volna meg:

„...amit látok ..., és tapasztalunk a saját bőrünkön: visszaesett. De nagyon visszaesett a prevenció az iskolákban. Amíg mi ezt olyan mértékben végeztük, hogy hát bizony komoly gondot jelentett az ellátás már a mi pici alapítványunkhoz képest, [...] most azt tapasztaljuk, hogy nagyon nehéz bejutni az iskolába”

„... egyre kevesebb, egyre rosszabb minőségű programok, egyre kevesebb időben érjük el a gyerekeket, akkor most miről beszéljünk.”

11. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az iskolai prevenció hozzáférhetősége tekintetében milyen tendenciák jelentkeztek az elmúlt 5 évben (fő)

Változás	fő
Kedvezőbb lett	0
Nem változott	3
Kedvezőtlenebb lett	13
Tartózkodott	2

A prevencióval kapcsolatos drogpolitikai prioritások

Amennyiben azt vizsgáljuk, hogy a jelentés összeállításában résztvevő szakértők az EMCDDA strukturált kérdőívében szereplő, az iskolai prevencióval kapcsolatos lehetséges drogpolitikai célok közül melyek érvényesülését észlelik leginkább a hazai drogpolitikában, azt tapasztaljuk, hogy a szakemberek nem ezeket érzékelik az aktuális magyarországi drogpolitika meghatározó prioritásaiként, hanem az elrettentést/ kriminalizálást; valamint a külső kontroll erősítését, ami magában foglalja az iskola "csendőri szerepének" erősítését, a fogyasztók, és minden szereplő kontrollálását. Az alábbiakban az EMCDDA listájának kiegészítésével kapcsolatos diskurzust foglaljuk össze röviden:

„Elrettentés, fenyegetés, kriminalizálás...”

„Egy kiegészítés, hogy volt egy olyan, hogy iskola szerep-megerősítése. ... Az iskola csendőri szerepének.

„... szerintem neki (értsd: drogpolitikának. (szerző)) fontos, hogy információ legyen közvetítve, de hogy ... elrettentés”. Tehát ... nagyon csak egysíkú. Csak negatív. Én azt gondolom az elrettentésről egyébként, hogy az félelmet kelt. És, ha félek, akkor nem ismerem meg az adott problémát, amiről, amit meg kéne, hogy ismerjek..”

..., szerintem közvetít ilyen szociális/ egészségügyi ártalmakat is, de nagyon egy szemszögből. ...-.

„Nekem még az ellenőrzés szó jutott eszembe, tehát, hogy kontrollálja, hogy tudjon róla, hogy akkor most használ, vagy nem használ, mit használ... a fogyasztásnak a kontrollálása.”

„Hát szerintem a viselkedés kontrollálása általában.”

„...úgy egyáltalán ez a törekvés, hogy mindenről tudjunk, és nem lehet ez a magánügyünk. „

„Sajnos félelemkeltés mindenhol van.”

„Lehetne úgy finomítani, hogy a külső kontrollós viselkedés preferálása és támogatása. ... Külső kontrollosan működjön a gyerek úgy, hogy ő megmondja, hogy mit kell csinálni. A drogpolitika megmondja az iskolának, hogy ő neki mit kell csinálni, igazgatónak is, KLIK-es embernek is, tehát mindenki külső kontrollós, mert az igazgató is most már külső kontrollós, mert egyetlenegy önálló gondolata nem lehet, mert a KLIK-től meg kell kérdezni, hogy ő mit gondolhat. Tehát magyarul a drogpolitikának is a maga szegmensében ez a lényege, hogy külső kontrollosan működjön minden...

A jelenlévők mindegyike ezt a két, kiegészítő – az EMCDDA által lehetséges prioritásként felsoroltakon kívüli – prioritást észleli az aktuális drogpolitikában.

12. táblázat: A résztvevő szakértők által percipált aktuális drogpolitikai prioritások (fő)

Drogpolitikai prioritások	Említések száma
Információk a szociális / egészségügyi kockázatokról	0
Védő iskolai környezet megteremtése	0
Készségek fejlesztése	0
A társadalmi kirekesztés csökkentése	0
Az iskola szerepének megerősítése	0
Önértékelés fejlesztése	0
Segítő szolgáltatásokkal kapcsolatos információk	0
Egyéb: elrettentés, kriminalizálás	6
Egyéb: a külső kontroll erősítése (az iskola "csendőri szerepének erősítése, a fogyasztók, és minden szereplő kontrolálása)	6

KÖZÖSSÉGI ALAPÚ PREVENCIÓ²⁵

A közösségi alapú megközelítést – az EMCDDA értelmezésének megfelelően²⁶ – mint színteret értelmezzük, szemben a közösség tágabb – egyének aktív társadalmi hálózataként való – értelmezésével.

Univerzális közösségi prevenció

Ebben a részben azokkal, a fiatalokat általában megcélzó, iskolán kívüli programokkal (az alternatív szabadidő eltöltést elősegítő, vagy a sport programok, illetve bármely olyan dropprevenciós, vagy egészségfejlesztési program) foglalkozunk, melyek a helyi közösséget általában célozzák meg.²⁷

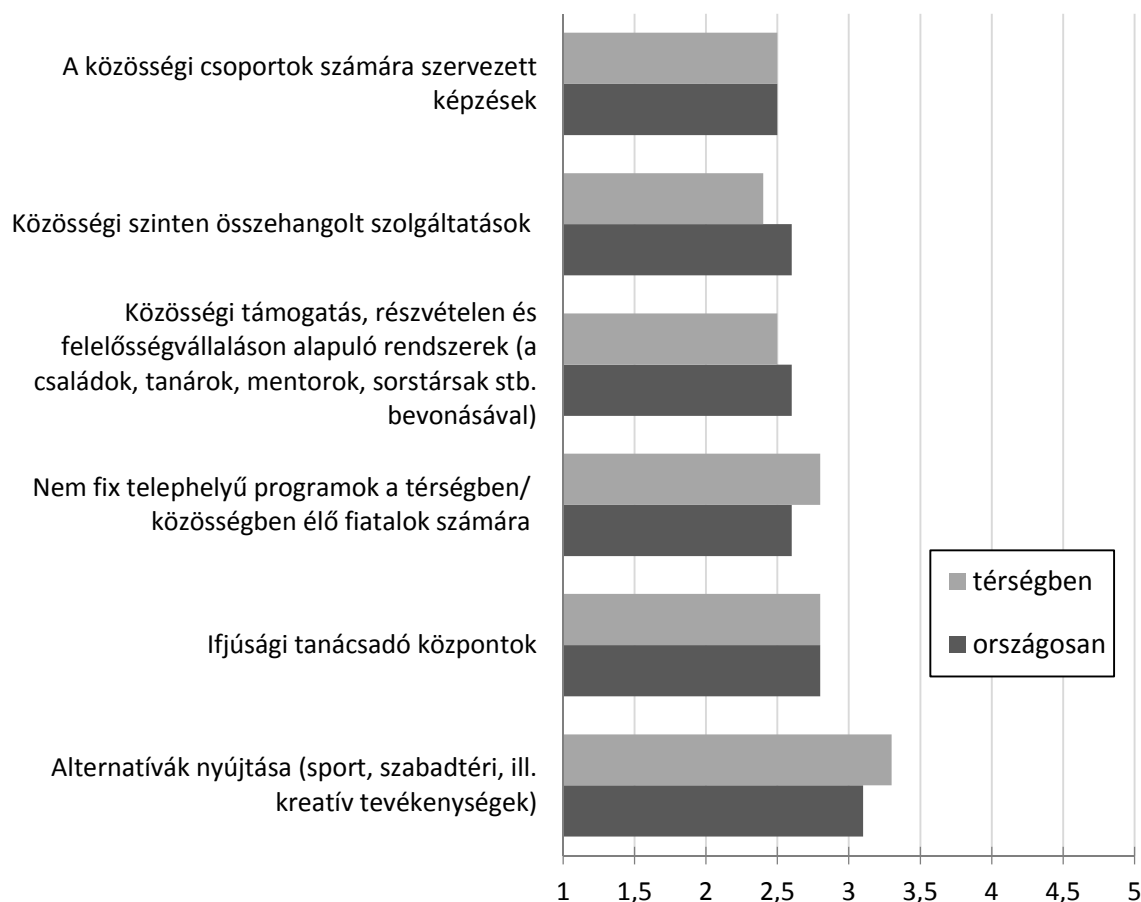
A vizsgált univerzális közösségi prevenciós különböző típusainak elérhetőségével kapcsolatos vélemények a ritka és a korlátozott hozzáférhetőség között helyezkednek el. A különböző beavatkozási típusok között nem találtunk jelentős különbséget, mindössze az alternatívákat nyújtó beavatkozások hozzáférhetőségével kapcsolatos vélemények átlaga haladja meg valamelyest a 3-as értéket (17. ábra).

²⁵ A közösségi prevencióval kapcsolatos kérdőív kérdésekre a jelentés összeállításába résztvevő 22 szakértőnek volt lehetősége a válaszadásra, azonban a témához kapcsolódó kérdések a részletes megvitatása a 2. ülésen, 5 fős fókuszcsoportban történt.

²⁶ Lásd EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 3.1. pontját.

²⁷ A veszélyeztetett fiatalokra irányuló prevenciós programokat a következő fejezetben tárgyaljuk.

18. ábra Az univerzális közösségi prevenció különböző típusainak elérhetősége országosan és a térségben (öt fokozatú skálán kapott átlagérték²⁸, az esetszámokat lásd a mellékletben)



Az univerzális közösségi prevenció általános helyzetével kapcsolatos szakértői vélemények is korlátozott hozzáférhetőséget jeleztek: összességében az országos hozzáférhetőséggel kapcsolatos vélemények átlaga 2,6, a résztvevők által képviselt térségekre vonatkozó helyzetészlelések átlagértéke pedig 2,8, a válaszok módusza mindkét esetben 3 (a részletes adatokat tartalmazó táblázatot lásd a mellékletben).

Az univerzális közösségi prevenció korlátozott, vagy annál is kisebb hozzáférhetőségének hátterében a szakértők elbeszélései alapján az alábbi tényezőket/ akadályokat azonosíthatjuk:

- i. Összehangoltság hiánya, a szakmapolitikai gondolkodás/tevékenység hiányosságai:

„...itt a legfőbb probléma az összehangoltsággal van. Tehát egyre inkább meggyőződése, és látom, hogy nem az erőforrások, humán- és anyagi erőforrások mennyiségével van többnyire a probléma, hanem ezeknek az

²⁸ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van

4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van

2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van

1 - Nincs: nem létezik

összehangoltságával. Mert, hogy iszonyú pénzeket öntünk, vagy önt a kormányzat vagy Európai Unió finanszírozásából vagy hazai forrásokból programokba, és iszonyú kis hatékonysággal tudnak ezek hasznosulni, és nagyon-nagyon kevésbé összehangoltak más meglévő rendszereknek a gyakorlatával. ... itt akár az EFI-s programra, és a KEF-ek rendszerére utalunk ...már meglévő rendszereket bedarálunk, és új rendszereket építünk fel, ... Az új rendszerekbe iszonyú pénzeket ölünk, úgy hogy iszonyú kicsi hatékonysággal...

„... azon egységek, akiknek ezeket össze kéne fogni, össze kéne hangolni a munkájukat, és mondjuk a közösségi szinten ...pályázatok, programok, jó gyakorlatok, ... egyfajta szakmapolitikai elképzelésbe illeszkedjenek bele, ezen mögöttes intézmények egyszerűen vagy megszűnnek, vagy minimálisra redukálódik a tevékenységük, vagy egyszerűen érdektelenek azzal kapcsolatosan, hogy ez egy ténylegesen működő történet legyen.”

„Úgy tűnik az egész egyébként, tehát ilyen szakmapolitikai szinten, hogy...be van dobva a gyeplő a lovak közé, és mindenki arra megy, amerre akar.”

ii. Forráshiány:

„...támogatunk, nem tudom, 25 szervezetet, és azok kaptak 1 millió Ft-tól 2 és fél millió Ft-ig összeget, ez annyira semmi, hogy az tényleg csak arra jó, hogy egy jelentésbe bele lehet tenni, hogy ez van. De ez annyira minimális... Tényleg arra jó, hogy azt mondhassuk, hogy támogattunk prevenció programokat. .. ez minimális, ez szinte semmi, elenyésző. Tehát ez csak mutogatni jó, hogy ilyenek történtek, nagyon-nagyon kevés”

iii. Fenntarthatóság, kiszámítható működés hiánya:

„...teljesen ilyen ad-hoc. Hogy most van hely, nincs hely, kapunk-e időt, nem kapunk időt, tehát hogy ez a rendszeresség, folyamatosság és visszatérés-monitorozás vagy értékelés, hát az így nem ezen a szinten valósul meg.”

„...ha nyernek rá pénzt, akkor az szuper, de ez is egy esetleges dolog...”

„...most úgy tűnik, hogy éledeznek fel bizonyos programok, És jön ez, hogy akkor most KEF-ek újra létrejönnek, meg nagy elánnal meg stb., és .. a jövő homályba burkolózik. Mert, hogy ugye azt látjuk, hogy én például KEF-tanácsadóként nem tudom, hogy szeptembertől mi lesz.”

„... a szakmai tanácsadó hálózat, ugye az OEFI-s is vagy NEFI-s történetben. ..Felépült egy 100 tagból álló hálózat, és szeptembertől senki nem tudja, hogy merre tovább. Ugye ezt az NDI kisebb körben oldotta meg, szerintem hatékonyabban, meg egy működő hálózatra épülve, de szeptembertől ott sem lehet tudni.”

iv. Területi egyenlőtlenségek:

„..., ráadásul teljes mértékben egyenlőtlen az országban való eloszlás. Tehát, hogy van valamelyik megyében 3, Pest bizonyos kerületében 2, aztán az ország másik végében, nem tudom, még 2, de lehet, hogy ezen a részen meg semmi. Tehát teljes, tehát földrajzilag is teljes mértékben egyenlőtlen. ... teljes káosz.”

v. A programok minőségének heterogenitása:

„Amelyeket megpályáznak, azoknak egy része nagyon jó, klassz, innovatív, látszik, hogy ott van helyben a szakértelem és az elkötelezettség, másfelől még a megpályázott programoknak is egy része nagyon rossz minőségű. ... és az a pénz, ami elosztásra kerül, az meg annyira minimális, hogy az a néhány jó program az még a mi kis országunkban is teljes mértékben elveszik. Tehát én azt gondolom, hogy tényleg nagyon korlátozott. A ritkát csak azért nem írnám, mert annál több helyen van, de hogy mennyire hatékony, az egy egészen más kérdés. Tehát borzasztó korlátozott... Hát, lehet, hogy ritka, tehát majdnem a nincs. Hát ez ilyen semmi. Tehát, hogy fel tudjuk mutatni...”

„...ott vannak a rendőrségi programok, és ugyanakkor meg olyan programok, tehát vergődnek, amik jó kezdeményezések, elindulnának, közösségi szintén, és egyszerűen vadásznak a finanszírozásokra,

vi. A közösségi szemlélet hiánya a magyar társadalomban:

„Az ilyen, hogy közösségi támogatás részvételen, felelősségvállaláson alapuló rendszerek, hát nem mertem beírni, hogy nem létezik, mert hátha de, de hogy maga az, hogy részvétel meg felelősségvállalás, ez a két szó, ez egyszerűen nem elterjedt a magyar társadalomban egyelőre.”

vii. Nem lehet a programokat megtalálni:

„nem elég jó a szolgáltatásoknak a PR-ja, és ilyen módon ezek a szolgáltatások... tehát, hogyha mondjuk én, mint szülő keresek egy programot, és megszakadok, de tényleg megszakadok, akkor megtalálom ezeket a programokat. [...] miért is nincs benne az a gondolkodásunkban, hogy a szolgáltatásomat, a programomat kiemelten promotálom, és elérhetővé teszem?”

Az utóbbi 5 év tendenciáit vizsgálva a szakértők fontosnak tartották különválasztani a mennyiségi és minőségi változásokat, ugyanakkor a mennyiségi és minőségi változások irányultsága tekintetében vegyes kép rajzolódott ki, vannak, akik a minőségi tendenciákat látják problematikusabbnak, s vannak akik éppen fordítva:

„Amire folyamatosan utaltunk. Tehát, hogyha azt nézed, hogy az elmúlt évben mit tudom én, 100 darab ilyen egészségfejlesztési iroda létrejött, akkor azt kellene, hogy mondjad, hogy jobb. Ha ezt mondod, hogy a nemzeti drogellenesnek hívott stratégiában kifejezetten a közösségi szintér az egy hatalmas elánnal jelent meg, ..., akkor mindenre azt kéne mondani, hogy jobb. De ehhez képest nem jobb. Minőségében. Tehát mennyiségében hasonló, sőt, jobb, ugye, hogyha általában egészségfejlesztés tekintetében gondolkodunk, viszont minőségében, hát, mondjuk, az az egészségfejlesztési iroda, aminek 3 darab plakátja kint van a városban, hirdetve a dohányzásleszoktató programot, hát nem gondolom, hogy ez elégséges egészségfejlesztési tevékenység.”

„Szerintem a szakértelem, az abszolút jobb. Szerintem fejlődünk évről-évre ... függetlenül attól, hogy ez számban kevés”

Összességében azonban a vélemények inkább abba az irányba húznak, hogy változatlan, vagy akár kedvezőbb minőség mellett kisebb az általános populációra irányuló közösségi beavatkozások elérhetősége, mint 5 évvel ezelőtt (részletes adatokat lásd a mellékletben)

Veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozások

A veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozások a teljes populáció csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, azokat a személyeket, vagy csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők. Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, képes legyen profitálni ezekből. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszichoszociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a problémaviselkedés kialakulása között. Az Élő Jelentés összeállítása során a következő nyolc veszélyeztetett csoportra irányuló közösségi prevenció elérhetőségét vizsgáltuk: a szociális, oktatási problémákkal küzdő tanulókat, a menekülteket, kisebbségek tagjait, hajléktalanokat, intézetben élő, bűnelkövető, rossz környéken élő, valamint a partizó fiatalokat megcélzó beavatkozásokat.

A vizsgált célcsoportokra irányuló közösségi prevenciók beavatkozásainak elérhetőségével kapcsolatos vélemények alapján a leginkább a szociális, oktatási problémákkal küzdő tanulók, legkevésbé pedig a menekültek férnek hozzá célzott közösségi beavatkozásokhoz mind országosan, mind az egyes térségekben.

A szociális, oktatási problémákkal küzdő tanulókat, hajléktalanokat, a kisebbségek tagjait, fiatal bűnelkövetőket, valamint az állami gondozottakat megcélzó beavatkozások hozzáférhetősége (2,51 és 3,5 között elhelyezkedő az átlag értékekkel) korlátozott (18. ábra). A szakértők véleménye szerint ezen célcsoportok számára elvileg vannak programok vagy kiépített rendszerek az országban, azonban a beavatkozások minősége (i), a programok célcsoport alacsony elérési hatékonysága (ii), a meglévő programok/rendszerek nem kifejezetten drogproblémákra való fókuszáltsága (iii), a szolgáltatások személyfüggősége (iv), illetve területi egyenlőtlenségei (v) azok a problémák, ami miatt ezek hozzáférhetősége is a korlátozott tartományban helyezkedik el.

(i)

„El vannak halmozva mindenféle, tehát ugye ők maguk szerveznek focikupáktól kezdve, tehát amik ilyen egészségfejlesztési célúnak is ki vannak nevezve, meg ami ide valamilyen módon kapcsolódik. De, hogy rengeteg felé viszik az állami gondoskodásban lévő gyerekeket. 5-öst én nem adnék nekik, mert azért ... ahhoz a minőség meg mennyiség azért valamilyen korrelációban kéne lennie, de hogy rengeteg programmal el vannak halmozva, az biztos. A fiatalok bűnelkövetők kapcsán megint csak, tehát, hogy a börtönökben rengetegféle program van. ... A szociális-oktatási ott meg a magyar rendszer, az kifejezetten, tehát a gyermekvédelmi törvény, tehát az rendelkezésre áll. Most az, hogy mennyire használják ki, mennyire túltelített, és mennyire fér bele, az egy másik része a történetnek. ... az iskolapszichológus, ... az iskolai védőnő, ... vagy a helyi családsegítő, vagy gyermekjólétis, az fel tudja venni a kapcsolatot, és ilyen módon bekerülhet a rendszerbe. Hogy

abból mikor lesz tényleges problémamegoldás, az egy másik lapra tartozik, tehát itt megint csak a számosság, és nem a minőség.

„Hát, meg elindul a folyamat, és elkezdik tuszkolni abba az irányba a gyereket, de hogy ott milyen minőségű szolgáltatás, kap-e valamit, az már teljesen másik lapra tartozik. Vélhetőleg a rendszer sajátjából adódik, hogy mondjuk egy intravénás új pszichoaktív szert használó gyerekek ott fog állni szétvert kézzel, és azt mondja, hogy ez nem hozzánk tartozik, menjen oda vagy amoda. De, hogy a rendszer maga, ugye ez európai szinten azért egy jó, jól működő gyermekvédelmi rendszere van Magyarországnak, azért ez elvitathatatlan.”

„Az a kérdés, hogy az egyébként is meglévő rendszer az hogyan tudná kiaknázni a lehetőségeit ilyen irányba is, vagy mennyire aknázza ki a lehetőségeit.”

„Létezik a rendszer, csak elégtelen. Tehát a minősége elégtelen.”

(ii)

„Nekem is itt inkább az volt a problémám, hogy ... vannak, van nagyon sokféle szolgáltatás, tehát ami létezik, sokféle, de inkább, hogy mennyi embert tudnak elérni. Vagy azért nem tudnak eleget elérni, mert ... hogy pont ez a csoport az, akik nem feltétlenül keresik a szolgáltatást, vagy nem veszik igénybe.”

(iii)

„...a szociális- és tanulási problémákkal küzdő, ... erre a csoportra nagyon sok kötelező szolgáltatás, ami van, választ ad, nagyon sokra meg nem ad választ...”

„...van egy meglévő szociális- meg egészségügyi rendszer, amiben sok lehetőség benne rejlik, meg a kötelező szolgáltatások miatt tényleg jobb a kép, de ha nagyon szűken vesszük azt, hogy intervenciók konkrétan vannak-e, akkor biztos már nem annyira pozitív a kép.”

„Én azt gondolom, hogy a Gyermekjóléti Szolgálatok ...borzasztóan le vannak terhelve. ...nem hiszem, hogy az ő nyakukba kéne tenni a drog-prevenciót. ... van, hogy egy családgondozónak 150 családdal kell foglalkozni, akkor úgy felejtünk már el mindenféle preventiót.”

(iv)

„...a szociális- és oktatási problémákból fakadó droghasználatra vonatkozó intervencióra valószínűleg nem ad választ a helyi családsegítő. Vagy lehet, hogy valahol éppen igen, ott van egy ilyen valaki, aki érdeklődik a téma iránt”

„...érintett vagyok hajléktalan-ellátásban, és tudom, hogy az intézményen belül micsoda fantasztikus lehetőségek vannak. ... Az csak a dolgozón múlik – intézményvezetőt értem alatta –, hogy ezzel a lehetőséggel él-e vagy sem. Az, hogy kívülről nem nagyon engednek be külső szakembert, az igen. De belülről, bárki szabadon... Ha van rá önként jelentkező, akiben van ambíció, kitartás, lendület, ötlet, megvalósíthatja, és finanszírozzák.”

„... nem várhatjuk el tőlük ... Szociális munkások dolgoznak ott, ... nincsen olyan szakember feltétlenül, aki egy teljes drog-prevenációs programot végig fog vinni...”

(v)

„És az egyenlőtlen viszonyok, ... hogy itt van, ott nincsen. Tehát, hogy számszerűleg.

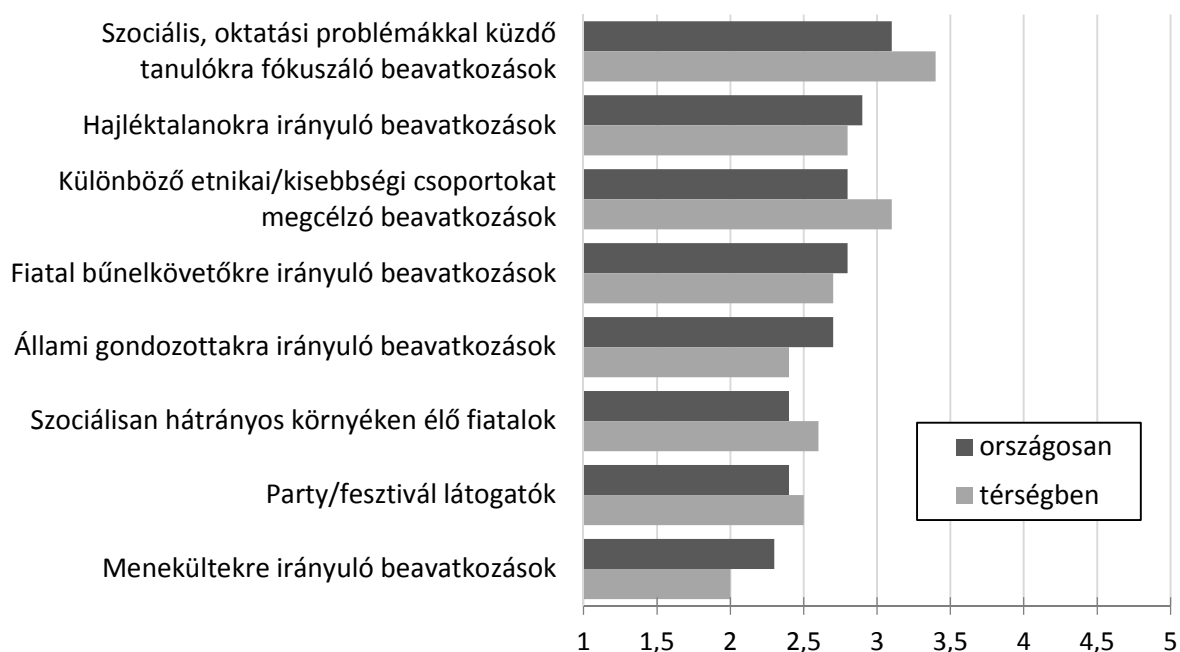
„Hát, most már járásiak vannak, meg egyébként mind a mai napig működnek a kistérségi intézmények, de ugye hogy értelemszerűen az, hogy 2 családgondozó van egy kistérségre, az tökéletesen elégtelen, és azt a helyzetet nem tudja kezelni... Míg mondjuk egy <> megyei jogú város, ahol két külön családsegítő van [...] Vagy mondjuk, <>-ban ugye egy kerületre fókuszál. Tehát, sokkal inkább képes ellátni, mert önkormányzat berkein belül, míg egy kistérségi valóban észre sem fogja venni, majd csak akkor, amikor a zombi módjára előkúszó gyerekek majd ott tömegével mennek be a járási központba.”

„Én állami gondozottakra irányuló beavatkozásokra 2-est adtam országosan, [...] Én nem látom azt, hogy tele lennének programmal, ... azt gondolom, hogy Budapest mindent elvisz, és a többieknek nem nagyon jut. Legalábbis azon a fertályon, a keleti részen.”

„Hát, mert, hogy bizonyosan egyenlőtlen.”

A többi célcsoportra, a szociálisan hátrányos környéken élőkre, menekültekre, party látogatókra irányuló programok a résztvevők véleménye szerint a fentieknél is kevésbé hozzáférhetőek (az országos elérhetőség a vélemények átlaga rendre 2,5 alatt helyezkedik el), csak néhány releváns helyen vannak (19. ábra).

19. ábra A különböző célcsoportokra irányuló közösségi beavatkozások elérhetősége a térségben és országosan (öt fokozatú skálán kapott átlagérték²⁹, az esetszámokat lásd a mellékletben)



²⁹ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van

4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van

2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van

1 - Nincs: nem létezik

A közösségi-alapú célzott beavatkozások általános helyzetével kapcsolatos szakértői véleményekben is a korlátozott hozzáférésre vonatkozó vélemények dominálnak: az országos hozzáférhetőséggel kapcsolatos vélemények átlaga 2,6, az egyes térség helyzetére vonatkozó percepciók átlaga pedig, 2,9, a válaszok módusza inkább esetben 3 (a részletes adatokat tartalmazó táblázatot lásd a mellékletben).

Az utóbbi 5 év tendenciáit vizsgálva a szakértők a célozott közösségi prevenció kapcsán is fontosnak tartották különválasztani a mennyiségi és minőségi változásokat:

„... nem a szakemberek lettek kevésbé elkötelezettek, meg butábbak, meg stb., hanem maga a helyzet, hogy annyira kisodródott szélre, annyira alulfinanszírozott. Sokszor a munkakörülmények olyanok, hogy tényleg rászakad a plafon jóformán. Hogy akkor nem mondhatjuk azt, ha egy olyan csoportszobába kell beülni, ahol tényleg méter magasan salétromos a fal, hogy javult a minősége. És nincs pénz arra, hogy megjavíttassa a falat”

A közösségi-alapú célzott prevenció minőségének alakulása vonatkozásában a szakértői vélemények nem jeleznek egyértelmű tendenciát, a beavatkozások mennyiségi hozzáférhetősége tekintetében pedig stagnálás, vagy kedvezőtlen irányú változások rajzolódtak ki az 5 évvel ezelőtti helyzethez képest (részletes adatokat lásd a mellékletben).

ÖSSZEGZÉS

Az Élő Jelentés ezen fejezetének célja a magyarországi prevenciós beavatkozások területén megfigyelhető új fejlemények és tendenciák megismerése volt. Tekintettel arra, hogy az Élő Jelentés tematikus struktúrája az EMCDDA általános és célzott prevencióval kapcsolatos strukturált kérdőívei (SQ25, SQ26, illetve az SQ23-29/D rész) alapján került kialakításra, az összegyűjtött kvalitatív információk lehetőséget adnak a nemzetközi fő áramokhoz képest tapasztalható hiányosságok és erősségek azonosítására is.³⁰

A területen dolgozó szakemberekkel körében történt kvalitatív adatgyűjtés alapján összességében azt látjuk, hogy **Magyarországon az iskolai prevenciós programok hozzáférhetősége a szakemberek véleménye szerint korlátozott, azaz az iskolák többségében nincs, de több mint néhány iskolában van. A közösségi beavatkozások hozzáférhetősége tekintetében pedig a szakemberek percepciói a korlátozott és a ritka hozzáférés között ingadoznak.**

Az egyes prevenciós területek alacsony hozzáférhetőségének hátterében a jelentés létrehozásában résztvevő szakemberek véleményei alapján általános – az iskolai, az univerzális közösségi és a célzott közösségi prevencióra is jellemző – problémát jelentenek a társadalmi attitűdállapotok, az információhiány, és ezzel összefüggésben a célcsoport elérés alacsony hatékonysága, továbbá a – prevenciós területenként eltérő – konkrét szakmapolitikai nehézségek. Emellett legalább két prevenciós terület esetében említésre került a forráshiány, a területi egyenlőtlenségekkel, valamint a minőséggel kapcsolatos problémák. A résztvevő szakértők véleménye alapján az egyes prevenciós területek alacsony

³⁰ Az alkalmazott adatfelvételi struktúra a többi tárgyalt téma kapcsán is lehetővé teszi az összehasonlítást, azonban az összehasonlító adatok egyelőre csak a prevenció területén állnak rendelkezésünkre.

hozzáférhetőségének hátterében azonosított tényezőket összefoglalva láthatjuk a 14. táblázatban.

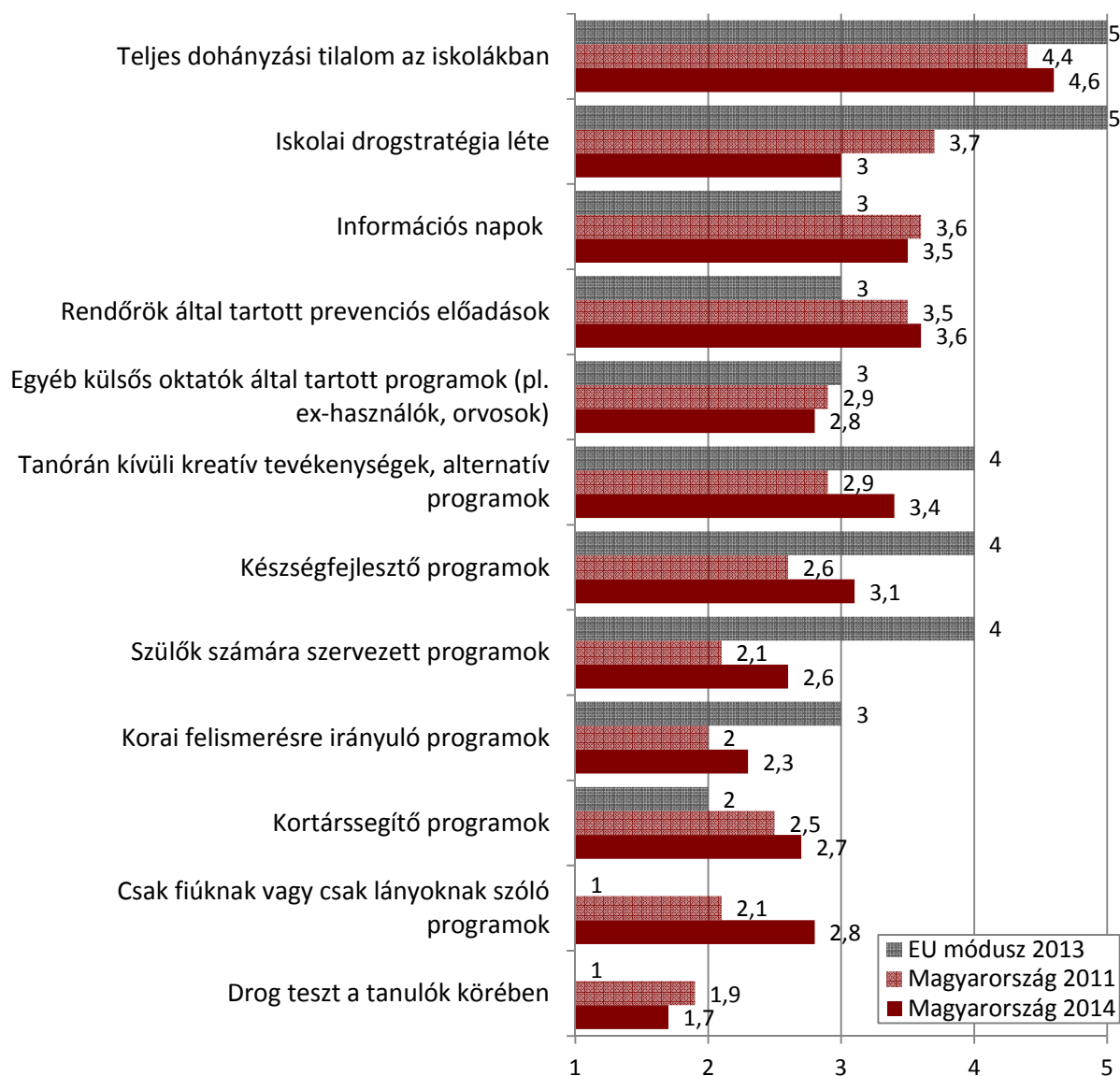
13. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye alapján az egyes prevenciók területek alacsony hozzáférhetőségének hátterében azonosított tényezők

Iskolai prevenció	Univerzális közösségi prevenció	Célzott közösségi prevenció
Társadalmi attitűdök: kriminalizáció / a közösségi szemlélet hiánya a magyar társadalomban		
Információ hiány / a programok célcsoport alacsony elérési hatékonysága		
Szakmapolitikai problémák:		
Szakmapolitikai dokumentumokban nem elég hangsúlyos a drogprevenció	Összehangoltság hiánya, a szakmapolitikai gondolkodás/tevékenység hiányosságai	A meglévő programok/rendszerek nem kifejezetten drogproblémákra való fókuszáltsága
NEFI (OEFI) ajánlasi rendszer miatt szűkös kínálat	Fenntarthatóság, kiszámítható működés hiánya	
Nem az iskola kezében van a döntés		
Forráshiány		
	Területi egyenlőtlenségek	
	Minőséggel kapcsolatos problémák, a programok minőségének heterogenitása	
A kortársképzés vonzerejének csökkenése a diákok körében		
		A szolgáltatások személyfüggősége
Az általános prevenció relevanciájának csökkenése az iskolai szinten		

Az iskolai prevenció struktúrája, az alkalmazott modalitások előfordulása tekintetében szintén kedvezőtlen tendenciákat fogalmazhatunk meg az Élő Jelentés alapján. Mint ahogy a bevezetőben említettük, az a kétezres évek első évtizedének végén is elmaradt a szakirodalom alapján kívánatos struktúrától, a kutatások kedvező elmozdulásokat jeleztek: megszűnni látszott az ismeretátadásra koncentráló megközelítés dominanciája, s növekedett a korszerű szakirodalom alapján priorizált, a társas kompetenciákat növelő tartalmak előfordulási aránya. Jelenleg az iskolai prevenció különböző modalitásai között – a szakemberek véleménye szerint – leginkább a kötelező adminisztratív előírásokban szereplő, illetve az iskola számára kisebb költséget jelentő megoldások (dohányzási tilalom, információs napok, rendőrök által tartott előadások) a leginkább hozzáférhetőek. Ugyanakkor a „jelentéstevő” szakemberek csak korlátozottan, vagy ritkán találkoznak néhány, a szakirodalom alapján kívánatosnak tekinthető, bizonyítékkal támogatott programtípussal. Ez sok tekintetben így van általában Európában is (lásd 20. ábra), azonban **míg néhány bizonyítékon alapuló beavatkozás (pl. készségfejlesztő programok, szülők**

számára szervezett programok) az iskolák többségében hozzáférhető az európai országokban (EMCDDA 2015), nálunk ezek a beavatkozások az iskolák többségében aktuálisan csak korlátozottan elérhetők, vagy annál ritkábbak. Ugyanakkor bizonyos, kevésbé korszerű, és az elő jelentés összeállításában résztvevők által is kritikával illetett modalitások (pl. az információs napok, rendőrök által tartott prevenciók előadások) ma már az európai országok többségében a magyarországi jelenlétükhöz képest kevésbé általánosnak mondhatók.

20. ábra Az iskolai prevenció különböző modalitásainak hozzáférhetősége Magyarországon és Európában³¹

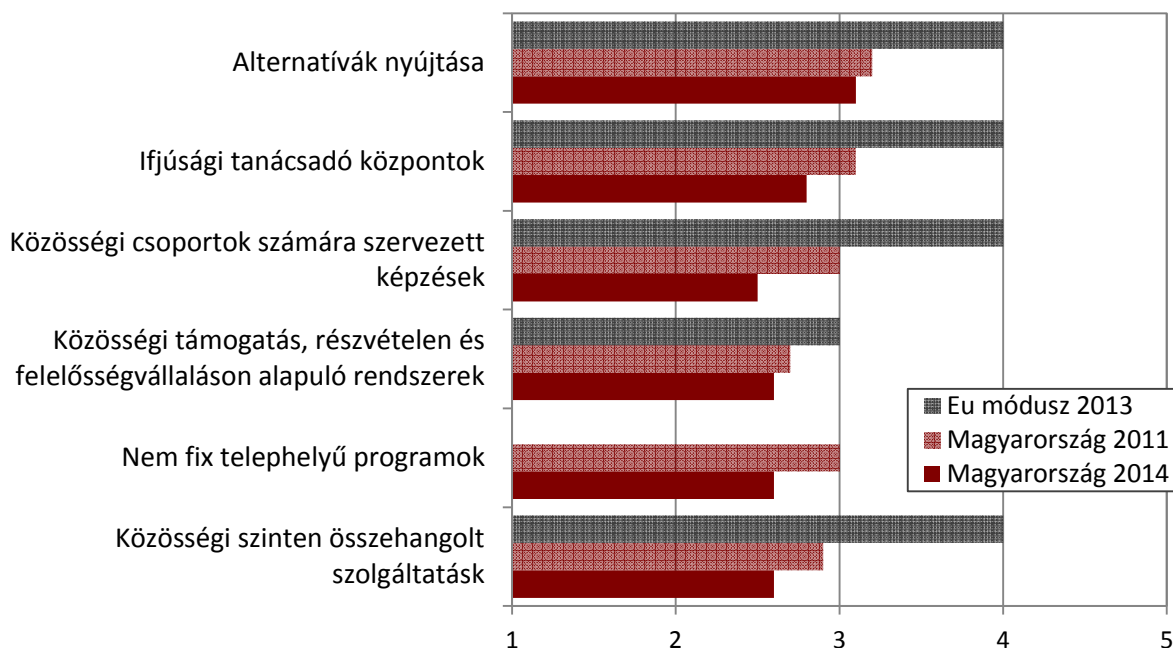


A nemzetközi adatok forrása: EMCDDA 2015, saját számítás

Míg az univerzális közösségi prevenció jelenléte általánosnak mondható az Unió országaiban (EMCDDA 2015), s a különböző megközelítéssel dolgozó közösségi alapú prevenciók beavatkozásai többsége, ha nem is mindenütt, de a legtöbb helyen rendelkezésre áll, addig Magyarországon csak korlátozott hozzáférésről beszélhetünk.

³¹ Az európai adatok a 2013-as nemzeti szakértői becslések átlagain alapulnak.

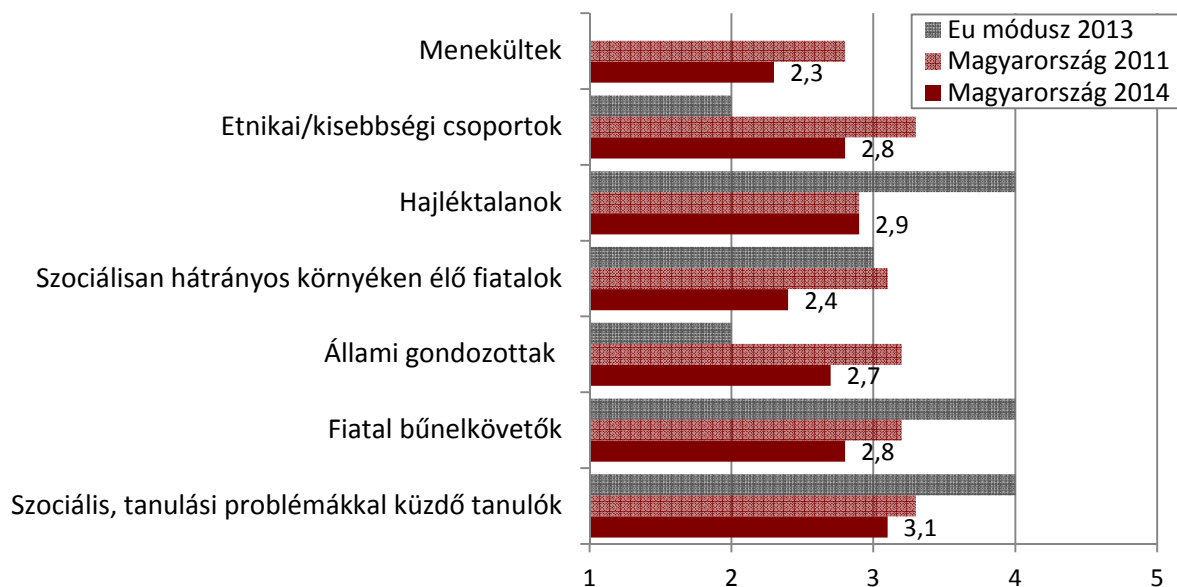
21. ábra Az univerzális közösségi prevenció különböző típusainak/megközelítéseinek jelenléte Magyarországon és Európában³²



A nemzetközi adatok forrása: EMCDDA 2015, saját számítás

Talán a **veszélyeztetett csoportok számára nyújtott közösségi beavatkozások területén** van a legkevesebb lemaradásunk más európai országokhoz képest (EMCDDA 2015), azonban ez az eredmény meglehetősen kétes értékű, hiszen **a lefedettség** a veszélyeztetett csoportok többsége tekintetben **más európai országokban is alacsony szintű**.

22. ábra A veszélyeztetett csoportok számára nyújtott célzott közösségi beavatkozások elérhetősége Magyarországon és Európában³³



A nemzetközi adatok forrása: EMCDDA 2015, saját számítás

³² Az európai adatok a 2013-as nemzeti szakértői becslések átlagain alapulnak.

³³ Az európai adatok a 2013-as nemzeti szakértői becslések átlagain alapulnak.

Az európai országokhoz képest a hajléktalanokra, és a szociális/tanulási problémákkal küzdő tanulókra, valamint a fiatal bűnelkövetőkre fókuszáló célzott beavatkozások esetében sajnos a lemaradásunk ismét megmutatkozik: míg az európai országok többségében ezek a csoportok számára a legtöbb helyen hozzáférhetőek a prevenciós szolgáltatások, nálunk korlátozott hozzáférhetőségről számolnak be a szakemberek. Azonban van néhány olyan terület (etnikai kisebbségek, állami gondozottak), ahol a magyarországi lefedettség – utóbbi 3 évben ezeken a területeken érzékelt csökkenés ellenére – kedvezőbb mint az európai országok többségében.

Amennyiben a 2014-es állapotokkal kapcsolatos a véleményeket a három évvel korábban, hasonló módszerrel készült kutatás (Paksi és Magi, 2013) eredményeivel vetjük össze, azt tapasztaljuk, hogy a szakemberek a különböző célzott beavatkozások esetében többnyire a hozzáférhetőség csökkenéséről, az iskolai prevenció tekintetében pedig az egyes modalitások tekintetében különböző, összességében gyakorlatilag változatlan³⁴, a korábbiakkal megegyezően alacsony hozzáférhetőségről számoltak be.

Az Élő Jelentés során a különböző prevenciós területek hozzáférhetőségére vonatkozó vélemények, illetve az azok háttérében álló tényezők megismerése mellett a terület kihívásainak, igényeinek azonosítására kísérletet tettünk. A jelentéstevő szakemberek a prevenció vonatkozásában a következő igényeket fogalmazták meg:

- Szükségletalapú megközelítés: *„...a prevenciónak az érintettek felől kellene megszületnie annak a módnak, hogy őneki mire van úgymond fogadókészsége. Magyarán: ha a gyereket akarjuk megvédeni, akkor tulajdonképpen azon a szinten kéne elérje őt a prevenció, amire ő fogadóképes.”*
- A prevenciót megalapozó kutatások: *„... több kutatás kellene arra vonatkozólag, hogy mondjuk egy-egy közösségen belül, vagy egy-egy lakókörnyezetbe milyen típusú prevencióra van szükség. Jobban feltérképezni a kockázati tényezőket, milyen védő tényezőket lehetne jobban megerősíteni.”*
- Indirekt prevenció (képességfejlesztés, családokra irányuló prevenció, társadalmi változások): *„... indirekt- és direkt prevenció. ... talán a fogadókészség, mondjuk az iskolák, a szülők részéről egészen más lenne, hogyha a prevenció nem drogról szólna, nem arról szólna, hogy elrettentés, ... hanem arról szólna, hogy valóban a készségeit, képességeit annak az esetleg érintettnek vélhető gyereknek, vagy bárkinek, felnőttnek hogy lehetne javítani.”*
- Folyamatosság, rendszeresség: *„...a folyamatosság, a rendszeresség. Tehát, hogy nem ilyen két alkalom, vagy konfliktuskezelés, vagy bármi egy alkalom és kipipálva, hanem, hogy mondjuk egy egész évet végigvinni, vagy egyáltalában éveket végigvinni.”*
- Összehangoltság: *„... összehangoltság. Talán az lenne jó, ha lehet itt bármit is javítani, én pozitívan gondolkodom, akkor talán valóban összehangolni a különböző módokat, a különböző szerepeket ...”*

³⁴ Az iskolai programok esetében a korábbi átlagérték 3,3 volt, a jelenlegi pedig 3,2, az univerzális közösségi programok esetében az átlagérték változatlanul 2,6

- Képzések: „... képzések, szakemberek képzése, módszer specifikus képzések, hogy mi ezt a munkát minél jobban tudjuk végezni.”

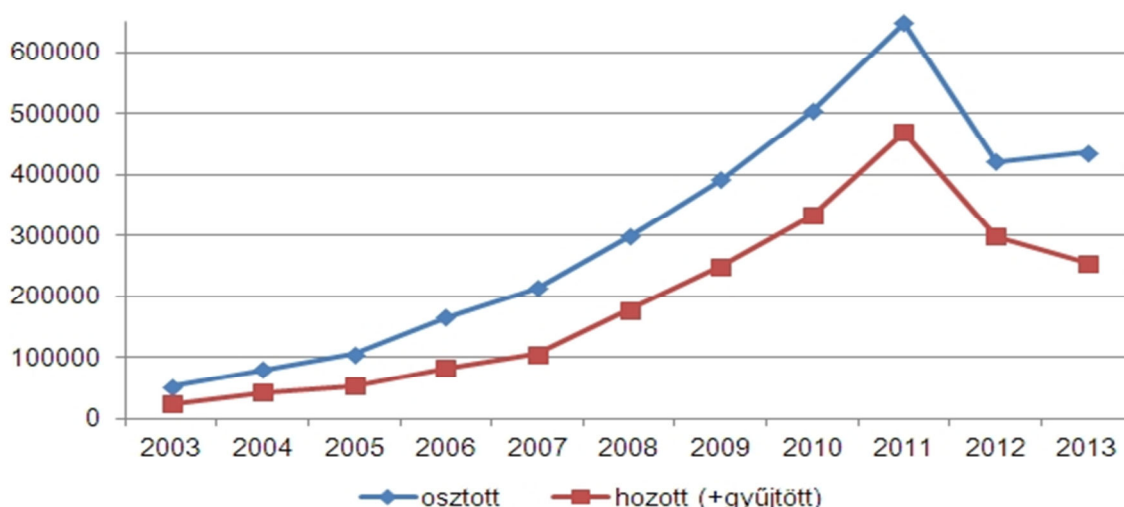
ÉLŐ JELENTÉS AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS AKTUÁLIS MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRŐL

ELŐZMÉNYEK

Az Élő Jelentésben az ártalomcsökkentés magyarországi helyzetét két ellátási területre koncentrálva, az intravénás szerhasználóknak számára nyújtott szolgáltatásokon: tűcsere programon, illetve a biztonságos éjszakai szórakozással foglalkozó parti szerviz-típusú szolgáltatásokon keresztül mutatjuk be.

A Nemzeti Drog Fókuszpont indulása óta létezik a tűcserékkel kapcsolatban szisztematikus, országos adatgyűjtés. Ez alapján tudjuk, hogy 2003-ban 9 tűcsere program (és 2 tűcsere automata) volt az országban, majd ez a szám folyamatosan növekedett, 2013-ban már 29 szervezet működtetett tűcsere programot az országban. 2014-ben azonban két tűcsere program is bezárt a fővárosban, amely szám szerint ugyan nem tűnik soknak, azonban ezek voltak az ország legnagyobb tűcsere programjai. 2013-ban (az utolsó olyan évben, amikor végig nyitva voltak) az országban összesen 435.817 steril injektort osztottak ki és 254.234 használt fecskendő gyűjtöttek be a programok, amelynek körülbelül a felét tette ki az említett két program, az országos kliensforgalomnak (4.624 kliens és 44.126 klienskontakt) pedig közel kétharmadát ez a két program bonyolította. A WHO ajánlása szerint, ha egy országban 100 steril tűnél kevesebb jut egy évben egy intravénás szerhasználóra, akkor a HIV megelőzés szempontjából a lefedettséget alacsonynak kell tekinteni. Magyarországon egyetlen évben, 2011-ben haladta meg a 100-t ez a jelzőszám, 2013-ban 76,5 volt, és 33,8 lett volna a két, azóta bezárt program nélkül. Fontos hozzátenni, hogy a tűcsere programokat az állami források szűkülése különösen érzékenyen érintette, hiszen itt az eszközök beszerzése nagy költséget jelent a szolgáltatások számára rendelkezésre álló támogatások mértékéhez viszonyítva. Ennek következménye volt, hogy a kiosztott tűk száma jelentősen, 227 ezerrel csökkent 2012-re.

23. ábra A tűcsere programok fecskendőforgalmi adatai 2009 és 2013 között (%)



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont (Horváth, 2014: 52)

Ezek a folyamatok nem maradtak következmény nélkül, a 2014-ben az Országos Epidemiológiai Központ által az intravénás szerhasználók körében végzett HIV, illetve HCV szűrés eredményei azt mutatták, hogy közel a duplájára emelkedett a HCV fertőzöttek aránya 2011 és 2014 között: az országos prevalencia 48,8% (2011: 24,1%), a fővárosban 60,8% (2011: 34,2%) volt. Emellett ugyanebben a vizsgálatban két HIV fertőzött szerhasználót is találtak, amely azért is fontos jelzés, mert az epidemiológiai vizsgálatok kezdete, 2006 óta a vizsgálat során nem találtak HIV pozitív esetet az intravénás szerhasználók körében.

A Nemzeti Drog Fókuszpont jelentései nagyon fontosak a hosszú távú trendek követésében, hiszen azonos módszerrel, szisztematikus adatgyűjtést végeznek minden évben, ugyanakkor az aktuális változások a jelentési periódus következtében csak később kapnak nyilvánosságot. Így a tűcsere programok bezárásának következményeit első alkalommal 2016 őszén fogjuk látni, mivel a 2015-ös év lesz az első év, amikor a két legnagyobb tűcsere program már nem működött az országban.

A parti szerviz típusú szolgáltatásokról van a legkevesebb adat, a Drog Fókuszpont tíz éves összefoglaló kiadványa szerint a szisztematikus adatgyűjtés csak 2007-ben indult el ezen a területen. A legutolsó elérhető adatok szerint 2013-ban összesen 25 szervezet foglalkozott ártalomcsökkentéssel a rekreációs színtéren, ebből 23 szolgáltatott adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpontnak. Ezek a szervezetek 2013-ban közel 600 rendezvényen vettek részt, ugyanakkor a tevékenység részleteiről, a rendezvényen végzett munka eredményeiről nincs részletes információ. Fontos kiemelni, hogy ezen a területen születtek jól működő, helyi kezdeményezések. Ilyen például a 2013.-ban Pécsen indult „Tudatos-Biztonságos Szórakozóhely” és „Party Busz - Élj haza biztonságosan” kampány, amelyekben az INDIT Bulisegély szakmai támogatásával a Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata, a TÜKE Busz Zrt. és öt pécsi szórakozóhely működnek együtt, és magában foglalta a pécsi éjszakai közlekedés átalakítását is.

Ezen a területen meghatározó esemény volt az elmúlt években a 2011. januárjában történt baleset, amikor egy túlsúfolt szórakozóhelyen kitört pánik következtében három fiatal életét veszítette. Az ezután megalakult Parti Szolgáltatók Szakmai Szövetsége (PASSSZ) 9 város party service szolgáltatását fogta össze. Célja a rekreációs színtéren ártalomcsökkentést végző szolgáltatók közötti aktív együttműködés és az információcsere elősegítése, illetve a szakmai irányelvek képviselete a kormányzati szereplők és a szórakozóhelyek üzemeltetői felé - a kezdeményezés az elmúlt években már nem igazán volt aktív.

2012-2014 közötti támogatási ciklusban 24 szervezet kapott támogatást a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivaltól szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás keretében party service működtetésére. A központi források azonban önmagukban itt sem elegendőek a szolgáltatások működtetésére, ebben a szolgáltatás típusban nagyon hangsúlyos az önkéntesek alkalmazása, a Nemzeti Drog Fókuszpontnak 2013-ban adatot szolgáltató 23 szervezetnél összesen 62 fizetett alkalmazott és 148 önkéntes végzett munkát ezen a színtéren.

Összességében az ártalomcsökkentés területén az elmúlt években egyrészt az új pszichoaktív szerek 2010-es széleskörű elterjedésével átalakuló szerhasználati mintázatokhoz, másrészt az állami források 2010-től kezdődő folyamatos csökkentéséhez, illetve bizonytalanra válásához kapcsolódó folyamatok voltak meghatározóak. Az, hogy ez a két folyamat

nagyjából párhuzamosan zajlott az országban, különösen nagy problémát jelent, hiszen a források szűkülése egy olyan időszakban történt meg, amikor az új szerek megjelenése kapcsán sokkal intenzívebb munkára, a szolgáltatások elérésének javítására lett volna szükség. Az ártalomcsökkentéssel foglalkozó szervezetek ráadásul az ellátás legelső vonalát képviselik, így ezek azok a szolgáltatások, ahol a szerhasználati mintázat változásai legelőször észlelhetők, és ahol leghamarabb képesnek kell lenni reagálni a változásokra, új jelenségekre.

A JELENTÉS LÉTREHOZÁSÁBAN RÉSZTVEVŐK

Az Élő Jelentés összeállításában összesen 17 szakértő vett részt (közülük 10-en voltak fővárosiak) 14 szervezet képviselőjében, amelyek három kivételével civil szervezetek voltak. A résztvevők többsége (6 fő) országos hatókörrel működő szervezetnél dolgozik, 5 szakértő által képviselt szervezet hatóköre egy település (4 budapesti és egy miskolci szervezet). A szervezetek 1994 és 2007 között alapított szervezetek, így legalább 8 éve a területen működő intézményeknél dolgozó szakemberek vettek részt az élő Élő Jelentés elkészítésében, akik döntő többségükben vezető pozícióban (elnök, programvezető, szakellátás vezető, koordinátor) dolgoznak a szervezetnél.

14. táblázat: A résztvevők által képviselt szervezet tevékenységének hatóköre (fő, N=17)

	Fő
egy település	5
több település	1
több megyére kiterjedő	3
regionális	2
országos	6
Összesen	17

EREDMÉNYEK³⁵

A KÉRDŐÍV EREDMÉNYEI

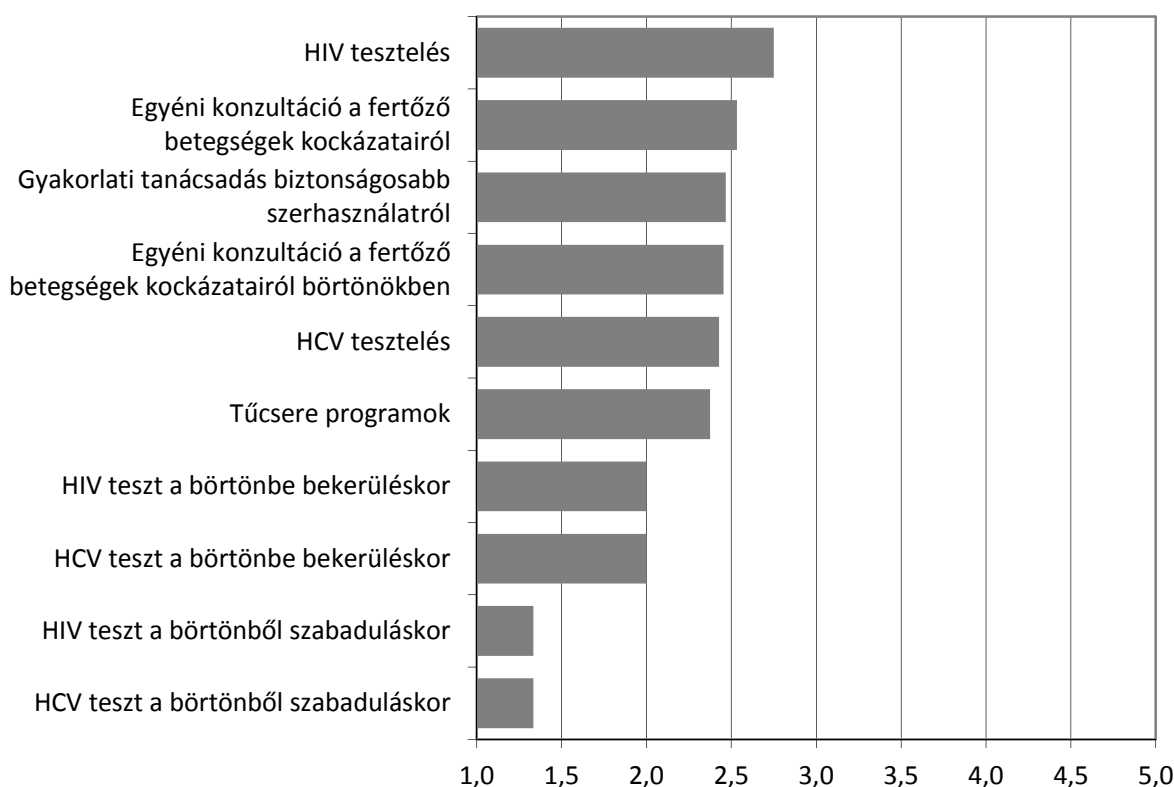
A résztvevők véleménye szerint jelenleg az országban a fertőző betegségek prevalenciájának csökkentésére irányuló beavatkozások elérhetősége igen alacsony. A megkérdezettek által adott pontok átlaga egyik beavatkozás típusnál sem érte el a közepes értéket, azaz ezen beavatkozások közül csak kettő (a HIV tesztelés és az egyéni konzultáció a fertőző betegségek kockázatairól) érhető el korlátozott mértékben, a többi beavatkozás elérhetőségét ritkának vagy ennél is rosszabbra értékelték a szakértők, amelyhez csak néhányan tudnak hozzáférni. A válaszok szerint alapvetően két nagyobb csoportba sorolhatjuk a felsorolt beavatkozásokat. Az egyik csoportba a börtönökben elérhető HIV, illetve HCV szűrés tartozik – ezek elérhetősége nagyon alacsony. A másik csoportba tartozó beavatkozások elérhetősége valamivel magasabb, ide tartozik a betegségekkel kapcsolatos gyakorlati tanácsadás, konzultáció, illetve a tűcsere program. (25. ábra)

³⁵ Az élő jelentés többi témakörétől eltérően az ártalomcsökkentés területén az EMCDDA kérdőívétől eltérő témaköröket vettünk végig a beszélgetés során jelenlévőkkel, így a kérdőívre adott válaszokat a csoportban megvitatott témáktól külön tárgyaljuk.

A szakértők értékelése szerint tehát jelenleg a börtönökben sokkal kevésbé lehet hozzáférni a különféle fertőző betegségek terjedésének megakadályozásában kulcsfontosságú szűrésekhez, ezek közül is kiemelkedik a szabaduláskor elvégzett HIV és HCV szűrés, ezeknél a döntő többség (7 válaszadó) azt jelezte, hogy ezek nem léteznek, azaz nincs szűrés a börtönből való távozáskor. Ugyanakkor fontos hozzátenni, hogy ezeknél a kérdéseknél volt a legnagyobb azoknak az aránya (7-8 fő között), akik azt jelezték, hogy nincs információjuk – ez is azt erősíti meg, hogy a fertőző betegségek terjedésének megakadályozását szolgáló beavatkozásokkal a büntetés-végrehajtási intézmények esetében érdemes kiemelten foglalkozni a jövőben (a részletes adatokat tartalmazó ábrák a mellékletben megtalálhatók)

A legmagasabb átlagértéket a HIV tesztelés elérhetősége kapta, azonban ennél a szolgáltatásnál is főként a "korlátozott" válaszlehetőséget jelölték meg a válaszadók, azaz a szakértők szerint a többség nem tud hozzáférni HIV teszteléshez. A tűcsere programok esetében volt a legalacsonyabb azoknak a száma, akik azt jelezték, hogy nincs információjuk a szolgáltatással kapcsolatban, mindössze egy ilyen válaszadó volt. A válaszadók többsége (8 fő) a "ritka" értéket választotta és 5 fő válaszolta, hogy korlátozott a tűcsere programok elérhetősége, azaz a szakértők többsége azt a válaszlehetőséget találta megfelelőnek, miszerint csak néhányan tudnak hozzáférni ehhez a szolgáltatáshoz. Miután a tavalyi év folyamán az ország két legnagyobb tűcsere programja bezárt, így ez az eredmény megerősíti azt, amit a forgalmi adatok alapján az előzményekben is leírtunk (a részletes adatok ez esetben is a mellékletben megtalálhatók).

24. ábra Fertőző betegségek prevalenciájának csökkentésére irányuló beavatkozások elérhetősége, hozzáférhetősége az országban³⁶ (öt fokú skálán kapott átlagérték)



A rekreációs szerhasználat ártalmait csökkentő beavatkozások hozzáférhetőségével kapcsolatban adott válaszok alapján a szakértők valamivel magasabbnak ítélik ezek elérhetőségét, mint a fertőző betegségek terjedésének megakadályozását célzó beavatkozások esetében. Emellett a szakértők válaszaik alapján a fesztiválokon valamivel nagyobb arányban biztosítják a kérdőíven szereplő a szolgáltatásokat, mint a szórakozóhelyeken, bár a szolgáltatásokra adott átlagértékek itt sem érik el a "kiterjedt" szintet (26. ábra). Ugyanakkor a beszélgetés során kiderült, hogy a szolgáltatások szórakozóhelyeken való elérhetőségével kapcsolatban az a legmeghatározóbb, hogy a tulajdonosok mennyire nyitottak az ilyen típusú együttműködésekre, együtt gondolkodásra a biztonságosabb szórakozással kapcsolatban. A szakértők által elmondottak alapján sok esetben hosszú távú, sikeres együttműködések alakíthatók ki szórakozóhelyekkel, azonban vannak olyan helyek, ahol merev elutasítással találkozunk a tulajdonosok részéről, és ahová nem tudnak bejutni a szolgáltatók.

³⁶ 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;

25. ábra Szerhasználat kockázatainak csökkentésére irányuló beavatkozások elérhetősége, hozzáférhetősége a szórakozóhelyeken, nagy zenei fesztiválokon az országban³⁷ (öt fokú skálán kapott átlagérték)



Fontos kiemelni emellett, hogy a szakértők válasza alapján összességében jelenleg ebben a témában sem nevezhető kiterjedtnek az országban a biztonságos szórakozáshoz kapcsolódó szolgáltatások elérhetősége semmilyen szintén, pedig itt olyan szolgáltatásokról van szó, mint például az ingyenes hideg víz biztosítása.

A legmagasabb értéket a fesztiválokon jelen lévő, elsősegélyt biztosítani tudó képzett alkalmazott kapta, azaz a válaszadók szerint jelenleg ez az a szolgáltatás, ami legszélesebb körben elérhető az országban. Ebben nyilván az érvényben lévő szabályozásnak van szerepe, a mentő jelenléte például a résztvevők számának függvényében jogszabályi követelmény a fesztiválok megrendezésekor, amelyet a rendezőknek biztosítaniuk kell. A szórakozóhelyeken ez már nem jogszabályi feltétel, viszont külön ráfordítást igényelne a helyek tulajdonosaitól, ami hatással lehet arra is, hogy ennek az előfordulása a szórakozóhelyeken alacsonyabb. Ehhez hasonlóan a chill out rész biztosítása is könnyebben megoldható egy fesztiválon, ahol az aktuális igényeket figyelembe véve lehet alakítani a teret, ellentétben egy szórakozóhellyel (a részletes adatokat tartalmazó ábrák a mellékletben megtalálhatók).

³⁷ A skálán szereplő értékek definíciója: 5 - Teljes – gyakorlatilag minden szórakozóhelyen/fesztiválon elérhető; 4 - Kiterjedt – a helyek többségében (de nem mindenhol) elérhető a beavatkozás; 3 - Korlátozott – több, mint néhány helyen elérhető, de a többségben nem; 2 - Ritka – csak néhány hely/fesztivál biztosítja; 1 - Nincs – nem létezik;

AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS SZEKCIÓ EREDMÉNYEI

A csoportbeszélgetés keretében körülbelül két óra alatt megpróbáltuk feltérképezni, hogy jelenleg milyen problémákat látnak a feladatuk ellátása során az ártalomcsökkentésben dolgozó szakemberek. A kérdőívhez hasonlóan az ártalomcsökkentés általános magyarországi helyzetével párhuzamosan alapvetően két nagyobb szolgáltatás-típus helyzetét vettük végig, a tűcsere programokat, illetve a rekreációs szerhasználóknak szóló ártalomcsökkentő programokat.

Első kérdéskörként általánosságban kérdeztünk rá a hatékony munkavégzés akadályaira az ártalomcsökkentés területén. Itt a jelenlevők az új pszichoaktív szerek megjelenésével megváltozott szerhasználati szokásokat, illetve az ehhez kapcsolódó információhiányt említették legelőször. Ugyan az új pszichoaktív szerek már több éve jelen vannak az országban, a jogi szabályozás miatt a kábítószerpiacon elérhető szerek folyamatosan változnak – ahogy egy szer felkerül a tiltólistára, egy másik lép a helyére. Ez a folyamatos változás azt jelenti, hogy míg korábban egyes szerek kapcsán lehetett specifikus, az adott szerre szabott ártalomcsökkentő információkat adni, addig jelenleg mire egy szerrel kapcsolatban sikerül összegyűjteni annyi információt, tapasztalatot, hogy az alapján releváns ártalomcsökkentő információt lehetne adni a kliensek számára, addigra nagyjából fel is kerül az adott szer a tiltólistára (1998. évi XXV. tv. valamely jegyzékébe), és a piacon átveszi a helyét egy új, ismeretlen anyag. Ez különösen nagy kihívást jelent az ártalomcsökkentéssel foglalkozóknak, hiszen ezekben a szolgáltatásokban az aktív szerhasználókkal foglalkoznak, így itt – és a sürgősségi osztályokon – találkozunk elsőként az új szerekkel, itt kezdődik el az információgyűjtés egy-egy anyaggal kapcsolatban.

"Fogalmunk sincs, hogy csökkentsük az ártalmakat, mit mondjunk annak a srácnak, akinek teljesen ki van száradva a szája, jól láthatóan egész nap bio-t szív, hogy amúgy mit kellene másként csinálnia, azon túl, hogy ne biózzon vagy kevesebbet, semmilyen konkrét és kézzelfogható gyakorlatunk, vagy bármilyen tanácsunk nincsen erre."

Ez kihat a betegutak hiányára, a továbbirányítás nehézségeire is:

"Ha én kiütött állapotban találok valakit a parkban, nem tudom hová küldeni, elküldöm a sürgősségre, ott nem fogadják, az addiktológiai osztályon a főorvosnő azt mondja: addiktológus vagyok, osztályvezető főorvos vagyok, ugye nem akarod, hogy az állásomba kerüljön. Nem tudom, hogy mit tolt, mit nyomott, nem tudom mit adhat rá, lesz-e kontraindikáció, nem lesz, ebben a pillanatban nem vállalja fel, nem tudom tehát hová."

Az információhiány mellett a leggyakrabban felmerülő probléma, hogy nem megfelelő a finanszírozás, nagyon nehezen tudják a szolgáltatók fenntartani a programokat. A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatallal (NRSZH) kötött finanszírozási szerződések kapcsán megfogalmazták, hogy a biztosított összegből a szerződéshez tartozó feltételek nem, vagy csak nagyon nehezen teljesíthetők.

"abból a finanszírozásból, amiben vagyunk, 3,5 embert kellene foglalkoztatni, 2 emberre nem elég az a pénz, amit kapunk. Innentől kezdve megöli ez az egész munkánkat."

Itt említenénk meg, hogy a beszélgetésen jelenlévő tűcserét működtetők közül senki nem tudja a szolgáltatás működtetését a jelenlegi a finanszírozásból megoldani. A finanszírozás

mértéke mellett külön probléma a bizonytalanság, azaz hogy nem kiszámítható hosszú távon, hogy milyen források lesznek elérhetőek. A fent említett NRSZH szerződés például 3 évre szól, azután egy évvel meg lettek hosszabbítva a szerződések, majd idén még egy évvel. Ez persze előnyös azoknak, akik 2011-ben befogadást nyertek, ugyanakkor a gyakorlatban ez azt jelentette, hogy a finanszírozási időszak végéhez közeledve még nem lehetett tudni, hogy fog-e folytatódni ez a finanszírozási forma, és ha igen hogyan és milyen feltételek mellett és milyen összeggel.

"Maga az alacsony küszöb elég bizonytalan lett. Amit tavaly megcsináltak, az hogy augusztusban derült ki, hogy 2015 végéig meghosszabbították a szerződést. Most is június van, és nem tudom ki tudja a jövőjét ezzel kapcsolatosan..."

"Nálunk azért van még alacsony küszöbű szolgáltatás el lehet mondani, mert integrálódunk [egy nagyobb intézménybe], különben nem lenne, finanszírozás nem elég semmire."

"7 millió forintból 3,5 embert foglalkoztatni úgy, hogy a fizetést kiadja belőle, kiadja a rezsi költséget és akkor még nem etettük őket [a klienseket], csak egy sima vajás kenyeret meg hasonló...] az eléggé szörnyű tud úgy lenni, tény és való."

"Azt gondolom, egyre inkább nyitni kell a külföldi pályázatok felé, mert ahogy hallottuk az Évától [Müller Éva előadásán a beszélgetés előtt], tudjuk hogy nagyjából mennyi a lehetőség, de ez nagyon nehezíti a munkánkat, nincs szűrő, túcserére pénz[...] konkrétan a Minisztérium elutasította az alacsony küszöbű megnyert pályázatunkat, hogy szakemberre lehet pénzt kérni, ásványvízre, türe nem."

"Tárgyi feltételekre nem tudunk pályázni, infrastrukturális fejlesztések teljesen eltűntek. Csináljuk az utcai megkereső munkát egy mikrobusszal, több mint 300 ezer km van benne, volt hogy menet közben elment a fék, össze-vissza van törve az autó, nincs forrás arra, hogy megkereső munkát tudjunk csinálni."

Bár nem speciálisan az ártalomcsökkentés területére jellemző, de a források szűkössége mellett nagyon fontos lenne a finanszírozás folyamatossága is. Enélkül sokszor nem tudnak folytatni projekteket, egy-egy Európai Unió pályázatból működtetett program a projektidőszak végével megszűnik, ami azt jelenti, hogy néhány év múlva újra kell kezdeni a munkát azon a területen.

"Vannak szegregált területek, amire kicsit szociális business-szerűen egyszerre rácuppan nagyon sok szervezet, pályáznak, nagyon sok pénzből csinálnak EU-s pályázatokból nagyon nagy programokat és nincs folyamatossága, másfél évesek ezek a programok, kifutja magát másfél év alatt és utána ott marad és 5 év múlva ugyanaz a helyzet, mint ami volt a program előtt."

Az alulfinanszírozottsággal összefüggő tünet, amely több témakörnél is megjelent problémaként, hogy az ellátórendszer sokszor hiányos, nem tud megfelelő megoldásokat kínálni az összetett problémákkal küzdő klienseknek. Erre példa lehet a hajléktalan-ellátás, ahol nagy problémát jelent a szerhasználat, ugyanakkor nincsenek felkészülve ennek kezelésére a szállók dolgozói. Itt a beszélgetésen részt vevő szakemberek véleménye szerint integrált intézményekre lenne szükség, ahol komplex szolgáltatásokat tudnak nyújtani a szállástól a konzultáción át akár a túcseréig vagy szubsztitúciós programokig.

Ezen kívül gondot jelent, hogy a kábítószer-probléma sokszor elhallgatott, elutasított terület – az alkoholproblémával rendelkező betegek maradhatnak a pszichiátrián, a szerhasználók nem, a börtönökben alkoholprobléma lehet, drogprobléma nem. A szerhasználat/szerhasználók elutasíthatósága kihat a szervezetekre is, többen említették, hogy különböző "kerülőutakon", a szerhasználatot háttérbe szorítva tudnak bejutni egy-egy programmal börtönökbe, egyéb kezelőhelyekre. Ebben a szerhasználatban tapasztalt változások hozhatnak változást, mert egyre több intézményben okoz olyan problémát például a szintetikus kannabinoid vagy új, katonai származékú, stimuláns szerek használata, amelyet már nem tudnak kezelni az adott intézményben dolgozó szakemberek a témával foglalkozó szervezetek, illetve szakemberek bevonása nélkül. Előfordul, hogy egy-egy olyan szakember jelenti az összeköttetést például egy büntetés-végrehajtási intézet és egy szerhasználókkal foglalkozó alapítvány között, aki több helyen is dolgozik, azaz formalizált együttműködésre nincs mód, ugyanakkor az ilyen szakembereken keresztül mégis megvalósul valamilyen információáramlás a két intézmény között. Ezek azonban nagyon esetleges megoldások, itt rendszerszintű, formális együttműködésekre lenne szükség a probléma hatékony kezeléséhez a beszélgetésen résztvevők véleménye szerint.

"Másik, hogy nincsenek protokollok. Nagyon szép protokollokat csináltunk annak idején az alacsony küszöbre, parti szervizre, ezek.. azt gondolom, ebben az új helyzetben, ahol 100 forint egy JWH-s [szintetikus kannabinoid] cigaretta, miért vegyem meg a Tesco-ban a (x) sört, miért vegyem meg a kannás bort, legyünk őszinték. Tehát hogy egy ilyen nagyon új helyzettel állunk szembe, amire teljesen más metódust kell alkalmazni."

"Fontos, hogy hová tudjuk őket eljuttatni. Pesten mi ilyen téren el vagyunk kényeztetve a vidéki városokhoz képest, de azért itt sem felhőtlen, mert nálunk meg egyre több az ilyen kettős diagnózisú beteg, pszichiátriai betegség mellett valamilyen drogok vagy egyéb dolgok, ott van a lakhatási probléma [...] ügyfeleink 50-60%-a volt állami gondozott, drogos, hajléktalan, pszichiátriai beteg."

"Túl pici a szakma ahhoz, hogy ne ismerjük egymást személyesen és talán ezek a személyes kapcsolatok, ezek a network-ok azok, amik működni tudnak. Nekünk tíz év alatt sikerült elérnünk, hogy az addiktológiai osztályról úgy engedik ki az embereket, hogy odaadják azt a szóróanyagot, hogy keressenek fel bennünket, kapnak telefonszámot, be tudunk menni különböző kórházi csoportokra, pályázati együttműködésre is volt már példa"

"sajnos nálunk is érzékelhető, hogy a pszichiátria és az addiktológia nagyon elkülönül, pedig nem kellene, nemcsak a kettős diagnózisok miatt, hanem azért is, mert úgy gondolom, pszichiátriai része az addiktológia... nagyon gyakori, hogy az osztályra bekerült szerhasználókat egyből kirúgják a szerhasználat miatt. Nincsenek olyan osztályok, ahol ezt jól kezelnék, holott a betegek javarésze alkoholbeteg is."

"Most ahol dolgozom, <>, az egy érdekes helyzet, mert rengeteg a roma, tudjuk róluk, hogy szerhasználók már általános iskolában, 4-5. osztályban nagyon sok, csak a tanárok nem merik leírni, nem működik a jelzőrendszer és nem tudunk mit kezdeni a problémával. Mondjuk nem is nagyon tudnánk őket hová küldeni, mert olyan kicsi gyereket hová, elvisszük az orvoshoz, vagy a véletlenül orvosi kézre is kerül, nekem volt olyan sztorim, ki kellett menni családlátogatásra, apuka alig bírt függőlegesen megállni, nem italszaga volt. Tehát nagyon... vannak különleges helyzetek, amikkel nagyon nehéz mit kezdeni."

Az aktuálisan jellemző, általános problémák közé tartozik még az ártalomcsökkentéssel foglalkozó szakemberek számára, hogy hiány van megfelelő szakemberekből. Ahogy a jelenlévők közül többen megfogalmazták, a sokszor a felsőoktatási intézményekből kikerülő szociális munkás végzettségű emberek nem alkalmasak a pályára.

"Én annyit szeretnék hozzátenni itt nem a szakember hiánnyal van baj, hanem ha jól értettem azzal, hogy képezünk szakembereket, de alkalmatlanokat. Nekem is volt olyan osztálytársam, sajnos el kell, hogy mondjam, szociális munka szakon, aki azt mondta, utálja a drogosokat, alkoholistákat és nem értettem miért jön el szociális munkásnak."

"Nagyon nagy lenne az igény sokkal több ártalomcsökkentőre. Februárban 10 buli volt, 5-re tudtunk elmenni, mert nem dolgoztathatjuk túl a csapatvezetőinket, csapat tagjainkat, úgyhogy azt mondanám, ez nem változott, megnőtt az igény, viszont azért van ellátás, de azt is lehetne növesztetni. Szakma feladata az utánpótlás nevelés"

A szakemberhiány kezelésével kapcsolatban merült fel megoldási javaslatként, hogy forrást kellene találni képzésekre, ahol a nem megfelelő szakképzettségű, illetve kezdő szakemberek el tudják sajátítani az adott feladat ellátásához szükséges tudást és készségeket. Ugyanakkor a szakemberhiány másik vetülete, hogy a fent említett NRSZH által szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására vonatkozó finanszírozás kapcsán követelményként megszabott feltételek között nem feltétlenül a végzettségnek kellene szerepelnie. A rendszer itt lehetne rugalmasabb, mert – ahogy a jelenlévő szakemberek megfogalmazták – a végzettség nem garancia arra, hogy az adott feladatra alkalmas lesz valaki, ebből a szempontból a terepen eltöltött időt, illetve a személyiséget, a hozzáállást fontosabbnak tartották, mint azt, hogy rendelkezik-e egy adott ember a követelményben szereplő szakirányú végzettséggel.

Az ártalomcsökkentés területén belül kifejezetten a tűcsere programok kapcsán erősen érezhető probléma, hogy a döntéshozók, politikusok részéről nagyon nagy az elutasítottsága a szolgáltatásnak. Ennek következtében egyre bizonytalanabbnak érzik a helyzetüket az ilyen programokban dolgozók. A résztvevők ezzel kapcsolatban azt is megfogalmazták, hogy a tűcsere programok jogi háttere bizonytalanabbá vált, nem ad elég védelmet az ott dolgozók számára. Itt konkrét példaként jelent meg a BRFK és a tűcsere programok közötti együttműködési megállapodás felmondása³⁸. Sokszor visszatérő motívum ennek kapcsán, hogy a szolgáltatók igyekeznek nem beszélni erről a tevékenységről, mert úgy érzik, az veszélyezteti a szervezetük működését.

"2013 decemberében megszűnt a BRFK együttműködés, innentől kezdve igazából semmi nem véd minket[...] elindult az az új tűcserénk, már a harmadik nap ott volt a rendőrség, elmentünk egy másik helyszínre, aznap megjelentek. Ők mondták meg, hogy hová álljunk, akkor békén hagynak minket. Nem tudom mi volt a fő szempont, meg kellett mondani, hogy hová álljunk, oda álltunk, azóta nem cseszegetnek. Nem mondtak rossz helyet, de nem volt túl jó az első egy-két hét, amikor a rendőrségi autó mindig megjelent, kliensek látják, az tudjátok, hogy mivel jár."

³⁸ A 2004-ben született együttműködési megállapodás értelmében a BRFK nem végez célzott ellenőrzéseket a tűcsere programok közelében, illetve a HIV és HCV megelőzés célját illetve a használt fecskendők begyűjtését elősegítendő nem tekintik bűnjelnek a steril illetve használt injektorokat. A tűcsere programot üzemeltető szolgáltatók 2012-13 folyamán próbálták megújítani ezt a megállapodást, amely próbálkozás sikertelen volt, sőt, a BRFK végül 2013-ban felmondta ezt az együttműködést. Az együttműködés szövege megtalálható itt: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tucsera_brfk_megallapodas_2004.pdf

"Vannak olyan programjaink, amit a politikusok elfogadnak és vannak olyan programok, amit működtetünk, de nem beszélünk róla[...] háttérben maradunk, mert [...] a helyi politikai erő is megy vele szemben, fel akarja számolni, el akarja tüntetni."

"Az irodánk egy főiskola épületében van, oda bevonni klienseket lehetetlen, polgármesterrel tárgyaltunk, nem kaptunk megfelelő irodát, gyakorlatilag szóba sem álltak velünk ezzel kapcsolatban..."

"Ártalomcsökkentés szerintem szitokszóvá vált, teljesen elveszítette azt a progresszivitását, amit jelentett, és amin évekig dolgoztunk, bizonyos szövegekből kihagyjuk[...] meglepődök, hogy milyen bátran írtam ezelőtt tíz évvel és mennyire megfontoltam teszek be más-más szavakat az ártalomcsökkentés helyett. Egyértelműen sokkal rosszabb lett [a helyzet]."

"Nálunk nem volt különös változás, ugyanúgy zajlik a tőcsere, ugyanúgy van automata, egyszerűen nem kommunikáljuk, hogy van, de attól csináljuk, hogy így... a kliensek tudnak róla..."

"Hozzám folyamatosan jönnek újságírók, hogy senki nem akar nekik interjút adni, megkeresték már nem tudom hány addiktológiát, szakembert megkerestek, tőcserét, nem akar nekik senki nyilatkozni."

"Amikor a Kék Pontos történet volt [...] nekünk a szervezetünknek ez volt a taktikája, hogy mi erről nem beszélhetünk, hogy ezt csináljuk."

A beszélgetésen ezzel kapcsolatban elhangzottak azt jelzik, hogy a szakemberek számára nagy nehézséget jelent a mindennapok során, hogy hiába alakult ki az elmúlt évtizedek nemzetközi tapasztalatai alapján egy drogpolitikai, közegészségügyi konszenzus a tőcsere programokkal kapcsolatban (a vér útján terjedő betegségek megakadályozásában hatásos, költséghatékony programok), Magyarországon ez nem érvényesül, nem tudják végezni a munkájukat. Itt nyilván utalni kell a két bezárt tőcsere programra is, hiszen az intravénás szerhasználókkal foglalkozó szakembereknek úgy kell végezniük a munkájukat, hogy nem csupán a szűkülő forrásokkal, hanem a tevékenység erős elutasítottságával és a döntéshozók támogatásának teljes hiányával is meg kell küzdeniük. Ugyanakkor a szakemberek azt is látják, hogy az aktuális forrásokból nem tudnak annyi steril eszközt biztosítani, amennyire szükség lenne (az új szereket akár napi 10-15 alkalommal is injektálják), és ennek következményei már látszódnak a megnövekedett fertőzöttségi adatokból is.

Az intravénás szerhasználókkal dolgozók az elmúlt év történéseit ezen a téren egyértelműen visszafejlődésnek érzik, hiszen például a tőcserek szerepe az ellátórendszerben, a közegészségügyi helyzet javításában már a helyére került az elmúlt évtizedekben, születtek módszertani irányelvek az ártalomcsökkentés területén (pl.: TÁMOP 5.4.1 keretében), a drogpolitikai dokumentumokban is a helyén kezelték ezt a területet. Ehhez képest a fent említett problémák miatt sok szakember úgy érzi, hogy mindent újra kell kezdeni, pedig ezt a munkát egyszer már elvégezték. Itt merült fel, hogy az is problémát jelenthet, hogy a szélesebb közönség nincs tisztában azzal, hogy az ártalomcsökkentés elve mit jelent, és annak milyen közegészségügyi szerepe van, és miért fontosak az alacsonyküszöbű programok az ellátásban vagy például a kliensek kezelésbe juttatásában.

"A totális visszafejlődés jellemző szerintem az elmúlt 5 év helyzetére. Sokat szoktuk mostanában emlegetni a 90-es éveket, időutazás vissza, amikor ezek még nem léteztek, mint a BRFK megállapodás a tőcsérékkel[...] az is inkább szimbolikus volt, de

ezek a szimbolikus dolgok is eltűnnek, bele vannak dobva a szolgáltatók a mélyvízbe, vagy megfulladnak, vagy nem, kb. így jellemezném"

"Az emberekkel meg kell ismertetni, hogy miért fontos az ártalomcsökkentés, a hatékonyságát, és tényleg nem direkt módon. Az embereket, hogyha meg lehet nyerni, akkor a törvényhozásra is nagyobb nyomást lehet gyakorolni, de ez tényleg hosszú távú feladat."

A biztonságos szórakozást támogató szolgáltatások kapcsán általánosságban a legnagyobb problémát az jelenti, hogy nehéz a programokat bejuttatniuk a szórakozóhelyekre, fesztiválokra. Ez nem aktuális probléma, ezzel régóta küzdenek az ezen a területen dolgozó szervezetek – a problémát itt az jelenti, hogy a szervezők, tulajdonosok nem szeretnék felvállalni, hogy az ő rendezvényeiken jelen van az illegális szerhasználat, és úgy érzik, hogy az ártalomcsökkentő szolgáltatások jelenléte ennek beismerése lenne. Ez összefügg azzal, hogy a szerhasználat elutasíttósága magas, de a szakértők véleménye szerint itt a szabályozási környezet változása tudna segíteni. Úgy kellene alakítani a szabályozást, hogy a szórakozóhelyek, fesztiválok kapcsán feltétel legyen a biztonságos szórakozáshoz szükséges követelmények biztosítása, valamint az, hogy a mentő, orvosi ügyelet mellett feltétel legyen az ilyen rendezvényeken olyan szakemberek jelenléte, akik a szerhasználatból eredő, de orvosi beavatkozást nem igénylő problémákra is tudnak szakszerű válaszokat adni.

"Nagyon kevés helyen van meg a feltétel, a szobák nincsenek meg, nem úgy vannak kialakítva, kinevezzük a színpad háta mögötti öltözőt.. tehát hogy alapvető.. hiányok vannak."

"Amit látunk, az az, hogy a szórakozóhelyeken van orvosi ügyelet, elsősegély ügyelet, ami néha eléggé el van rejtve, de jogszabályilag muszáj, hogy legyen, fesztiválon muszáj, hogy legyen mentő.. Volt, amikor megmentettünk bulit úgy, hogy egy nagyon kész klienst hajlandók voltunk ápolni, megdumáltuk a mentőkkel, hogy ne vigyék el, ha stabilnak látják, mert ha elmegy a mentő, le kell állítani a bulit. Ezért imádnak a parti szervezők minket, mert ott konkrétan egy buli attól függött, hogy bevállaljuk a klienst. Persze aztán jobban lett."

"Elején volt ilyen, mi mondtuk a biztonsági embernek, hogy kik vagyunk, és akkor hogyha furcsa emberek vannak, akkor azokat ellátjuk és mondtuk a biztonsági ember, hogy azokat meg szoktam verni és kidobni. És akkor mondtam, hogy nem, nem, akkor inkább passzolják le nekünk, majd mi elpátyolgatjuk őket. Ez most már működik kb."

"Parti szervizzel kapcsolatban, amit mi látunk, mert csak <> tudok beszélni, ott végezzük ezt a szolgáltatást, van olyan szórakozóhely, ahol mindenki tudja, hogy drogoznak az emberek, nem is a lightosabb drogokat fűjják, szúrják, hanem a drágábbakat, viszont nem engednek be bennünket, van olyan szórakozóhely, ahol nyilvánosan csinálják és beengednek bennünket."

Felmerült a szemléletformálás szükségessége is ezzel kapcsolatban, hogy a konkrét ártalomcsökkentő tevékenységeken felül fontos tevékenység lenne a party illetve fesztiválszervezők, klub-tulajdonosok érzékenyítése, képzése is. Azonban ehhez kapcsolódik a finanszírozás szűkösségének problémája is, hiszen gyakran a szolgáltatás központi elemeinek fenntartása is nehéz, emellett külön feladatokat (mint amilyen a szórakozóhelyek munkatársainak képzése) nem tudnak vállalni.

"Például nekünk volt egy biztonságos szórakozóhely nevű programunk 13-ban, kiképeztünk nagyon sok szórakozóhelyet, megfogalmaztunk minimál feltételeket is, például azt, hogy olcsóbb legyen az alkoholmentes ital, italakciónál vagy az, hogy a dolgozóknak legalább a 60%-a legyen kiképezve általunk. Olyan magas a fluktuáció egy ilyen szórakozóhelyen, lehetetlenség volt tartani, hogy folyamatosan képezzük őket, úgy hogy nincs forrás külön rá."

"Mi is tettünk kísérletet egy projekt keretében, hogy személyzetet tréningezzünk. Ez szerintem azóta még jobban háttérben van, mint a konkrét ártalomcsökkentő tevékenység a partizókkal kapcsolatban. Valóban nagy a fluktuáció a személyzetben, és ha csak a drog szót kiejti az ember, legtöbb helyen nem szeretik. Van egy általános tagadás... de ez a szint is nagyon nagy kérdés, hogy a személyzetnek vagy akár a vezetőknek az aktuális kerületben milyen a hozzáállása. Szerintem az egész dizájner drog jelenséggel és az átalakulásokkal együtt ez egy nagyon kényszerítő erejű dolog, kezdeni kellene valamit ezzel a szinttel is, azon kívül, hogy konkrétan direktben a partizókkal kezdünk valamit."

"Nekem volt jó tapasztalatom egy fesztiválon az ott lévő orvosi brigáddal, ami nagyrészt fiatal orvosokból állt, volt aki szocmunkás, pszichológus, de főleg orvosok voltak és azon gondolkodtam, igazából, ha nem is a direkt megjelenés, ha valamelyik szervezet velük tudna szakmailag egyeztetni vagy az ő szemléletüket formálni valamilyen módon, azt gondolom, őket eléggé megtalálják a partizók."

Az új pszichoaktív szerek elterjedésének kapcsán felmerült a beszélgetésen megoldási javaslatként a szerek bevizsgálása, azonban azt is megállapították a jelenlévők, hogy ez – annak ellenére, hogy nagyban hozzájárulhatna az ártalmak csökkentéséhez – a jelenlegi szabályozási keretek megváltoztatása nélkül nem kivitelezhető.

"Talán a legnagyobb hiányosság nálunk az, ami nagyon nagy dolog lenne, hasonlóan, mint Nyugat Európában lehetne bizonyos anyagbevizsgáló szobákat létrehozni, mert azt gondolom, pont a mai helyzet ez nagyon-nagyon megkívánná ezt a lehetőséget."

A beszélgetés alapján a rekreációs szerhasználóknak szóló ártalomcsökkentő szolgáltatások számára jelenleg szakmailag a változó szórakozási szokások jelentenek kihívást. A szakemberek tapasztalatai alapján úgy tűnik, hogy az éjszakai szórakozásban fontos hangsúlyt kap az utca, a szórakozóhelyek közötti mászkálás, sokszor itt tudják nagyobb számban elérni a célcsoportot. A jövőben erre érdemes lehet odafigyelni, és olyan szolgáltatásokat kialakítani, amelyek nem konkrét szórakozóhelyekhez kötődnek, hanem a közterületekre (is) koncentrálnak.

"15 éve csináljuk, ami annyit jelent, hogy azzal nincs gondunk, hogy hogy jutunk be a szórakozóhelyekre, évek óta van kapcsolatunk, az új szervezőket is valahogy mindig megtaláljuk általában a secus cégeken keresztül, ettől függetlenül az a tapasztalat, hogy a szórakozóhelyen történő kontaktjaink az elmúlt egy évben lefeleződtek és nekünk is az a tapasztalatunk, hogy az utcára [került át a hangsúly][...] úgy néz ki nálunk is az ügyelet, hogy gyakorlatilag megyünk helyek között és magán az utcán találkozunk azokkal a fiatalokkal, akik jönnek-mennek egyik helyről a másik helyre."

"Én annyit tennék hozzá, nekünk a gyakorlati tapasztalat <> a megváltozott a szórakozási szokás. Tehát hogy most két drogra [szintetikus kannabinoidok, szintetikus katinonok] leszűkült a használat, ez nálunk is ugyanígy van, viszont mi már nem is

akarunk bemenni a szórakozóhelyekre, mert, hogy a köztéren fogyasztják a szereket. Nem tudom, többieknél hogyan van, nálunk egy ilyen genetikánkból hozott vándorlási szisztéma lett érvényes, egyik szórakozóhelyre bemegyünk, onnan kijövünk, átmegyünk, kijövünk és így nagyon jó, hogy a parkokban, köztereken lehet mindenféle módon injektálni a különböző anyagokat"

A beszélgetés végén a résztvevőket megkérdeztük, hogy mit gondolnak, összességében az ártalomcsökkentés helyzete hogyan változott az elmúlt időszakban, javult, nem változott vagy rosszabb lett. A jelenlevők közül mindössze ketten mondták, hogy a helyzet nem változott, mindenki más szerint rosszabb lett az ártalomcsökkentés helyzete az elmúlt években. A szakértők által legfontosabbnak ítélt problémák ezzel kapcsolatban két nagyobb témakörre álltak össze, a környezet, amelyben működnek a szervezetek, illetve a közvetlen szakmai feladatok kapcsán adódó nehézségek.

A működési környezet legfontosabb problémái:

- finanszírozás bizonytalansága, és az ebből adódó létbizonytalanság
- támogató szakpolitika hiánya
- jogszabályi környezet problémái (büntetőjogi szigor, biztonságos szórakozás feltételeit meghatározó szabályok hiánya)
- ártalomcsökkentés szitokszóvá vált, nem ismerik az emberek a szolgáltatásokat, illetve ezek célját

A szakmai feladatok kapcsán a legfontosabb problémák, amelyekkel foglalkozni kell:

- vér útján terjedő betegségek az intravénás szerhasználók körében
- új pszichoaktív szerek
- kapacitáshiány
- területi egyenlőtlenségek az ellátásban

A szakma legfontosabb feladatai a szakértők szerint a következők:

- közvélemény érzékenyítése, informálása, edukálása az ártalomcsökkentéssel kapcsolatban
- érdekképviselőt erősítése, támogatása, intenzívebb szakmai kommunikáció
- fertőző betegségek terjedésének kezelése
- utánpótlás nevelés
- peer-ek bevonása a szolgáltatásokba (tervezéstől kezdve)
- szegregált területekkel foglalkozni
- szakmai protokollok fejlesztése, alkalmazása

ÖSSZEGZÉS

A résztvevők véleménye szerint jelenleg az országban a fertőző betegségek prevalenciájának csökkentésére irányuló beavatkozások elérhetősége igen alacsony: **a legtöbb beavatkozást a célcsoport többsége nem, vagy csak néhányan tudják elérni.** A szakértők értékelése szerint jelenleg **a börtönökben sokkal kevésbé lehet hozzáférni a különféle fertőző betegségek terjedésének megakadályozásában kulcsfontosságú szűrésekhez, mint a büntetés-végrehajtási intézményeken kívül.** A szabaduláskor elvégzett HIV és HCV szűrést külön kiemelnénk, mert ezzel kapcsolatban a többség úgy értékelte, hogy gyakorlatilag nem elérhetőek ma az országban. A fertőző betegségek terjedésének megakadályozását szolgáló

beavatkozásokkal a büntetés-végrehajtási intézmények esetében tehát érdemes kiemelten foglalkozni a jövőben. A rekreációs szerhasználat ártalmait csökkentő beavatkozások hozzáférhetőségével kapcsolatban adott válaszok alapján úgy tűnik, hogy ezen a területen jobb a szolgáltatások elérhetősége, mint a fertőző betegségek terjedésének megakadályozását célzó beavatkozásoké, illetve ezen belül is a **fesztiválokon valamivel nagyobb arányban biztosítják ezeket a szolgáltatásokat**, mint a szórakozóhelyeken. **Ugyanakkor a szolgáltatások itt sem érik el a "kiterjedt" szintet** annak ellenére sem, hogy a megkérdezett szolgáltatások között szerepelt az ingyenes hideg víz is.

A szakemberek szerint az ártalomcsökkentés területén a hatékony munkavégzés akadályai között különösen nagy kihívást jelent **az új pszichoaktív szerek megjelenésével megváltozott szerhasználati szokások**, illetve az ehhez kapcsolódó információhiány, hiszen ezekben a szolgáltatásokban az aktív szerhasználókkal foglalkoznak, így itt találkoznak elsőként az új szerekkel, itt kezdődik el az információgyűjtés egy-egy anyaggal kapcsolatban. Az információhiány mellett a leggyakrabban felmerülő probléma, hogy **nem megfelelő a finanszírozás, nagyon nehezen tudják a szolgáltatók fenntartani a programokat**: az NRSZH-val a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására kötött finanszírozási szerződések keretében biztosított összegből a szerződéshez tartozó feltételek sem teljesíthetőek. Az alulfinanszírozottsággal összefüggő tünet, hogy az ellátórendszer sokszor hiányos, nem tud megfelelő megoldásokat kínálni, amely az összetett problémákkal küzdő kliensek esetében nagy problémát jelent. Itt **integrált szolgáltatásokra, komplex beavatkozásokat nyújtó ellátóhelyekre lenne szükség**. Az alulfinanszírozottság azért is különösen nagy probléma, mert ha ez nem változik, akkor itt súlyos, hosszú távú következményekkel kell számolni. A finanszírozás elégtelensége, hiánya miatt a jól működő programok sem tudnak tovább üzemelni, így a már kialakult szakembergárdát sem lehet egyben tartani, elveszhetnek a bevált gyakorlatok, amelyeket később nagyon sok energia és idő visszaépíteni amellet, hogy az ellátás folyamatosságát és lefedettségét rontja.

A fentiek mellett további gondot jelent, **a kábítószer-probléma társadalmi/politikai megítélése**, az, hogy sokszor elhallgatott, elutasított terület, és a szerhasználat/szerhasználók elutasítottsága kihat a szervezetekre is. Az ártalomcsökkentés területén belül a tűcsere programok kapcsán ez kifejezetten erősen érezhető probléma – a döntéshozók, politikusok részéről nagyon nagy az elutasítottsága a szolgáltatásnak. Ennek következtében egyre inkább érzik bizonytalannak a helyzetüket az ilyen programokban dolgozók, visszatérő motívum ennek kapcsán, hogy a szolgáltatók igyekeznek nem beszélni erről a tevékenységről, mert úgy érzik, az veszélyezteti a szervezetük működését. A résztvevők ezzel kapcsolatban azt is megfogalmazták, hogy a tűcsere programok jogi háttere egyre bizonytalanabbá vált, nem ad elég védelmet az ott dolgozók számára (példa erre a BRFK és a tűcsere programok közötti együttműködési megállapodás felmondása 2013-ban).

Összességében azt mondhatjuk, hogy **az intravénás szerhasználókkal foglalkozó szakemberek számára nagy nehézséget jelent a mindennapok során, hogy úgy kell végezniük a munkájukat, hogy nem csupán a szűkülő forrásokkal, hanem a tevékenység erős társadalmi elutasítottságával és a döntéshozók támogatásának teljes hiányával is meg kell küzdeniük**.

A biztonságos szórakozást támogató szolgáltatások kapcsán általánosságban a legnagyobb problémát az jelenti, hogy **nehéz a programokat bejuttatniuk a szórakozóhelyekre, fesztiválokra. Ez szintén összefügg a szerhasználat társadalmi megítélésével, ami miatt a**

szervezők, tulajdonosok nem szeretnék felvállalni, hogy az ő rendezvényeiken jelen van az illegális szerhasználat, és úgy érzik, hogy az ártalomcsökkentő szolgáltatások jelenléte ennek beismerése lenne. A szakértők véleménye szerint itt a szabályozási környezet változása tudna megoldást hozni, a szórakozóhelyek, fesztiválok számára feltételként kellene megszabni a biztonságos szórakozáshoz szükséges követelmények biztosítását, valamint olyan szakemberek jelenlétét, akik a szerhasználatból eredő, de orvosi beavatkozást nem igénylő problémákra is tudnak szakszerű válaszokat adni. Ugyanakkor – a beszélgetés alapján – a rekreációs szerhasználóknak szóló ártalomcsökkentő szolgáltatások területén a változó szórakozási szokások további szakmai kihívást jelentenek. A tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy az éjszakai szórakozásban hangsúlyt kap az utca, sokszor itt tudják nagyobb számban elérni a célcsoportot. A jövőben erre érdemes odafigyelni, és olyan szolgáltatásokat kialakítani, amelyek nem konkrét szórakozóhelyekhez kötődnek, hanem a közterületekre (is) koncentrálnak.

ÉLŐ ÉLŐ JELENTÉS A KEZELÉS/ELLÁTÁS AKTUÁLIS MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRŐL

ELŐZMÉNYEK

A kábítószerrel összefüggő kezelés-ellátás területéről elsődlegesen statisztikai regisztrátumok – azaz az Országos Addiktológiai Centrum (OAC) által szisztematikusan gyűjtött TDI adatok³⁹ – állnak rendelkezésre. A kezelés-ellátás igényeiről, szükségleteiről aktuális adatokkal szolgáló kutatások az elmúlt években nem készültek. Ez volt az egyik legfontosabb oka az Élő Élő Jelentés megszületésének is. Az alábbiakban a legfrissebb, 2013-as TDI adatokat mutatjuk be röviden a Nemzeti Drog Fókuszpont elemzése (2014) nyomán.

A kezelésbe elterelés és nem elterelés útján kezelésbe került kliensek körében a korábbi évhez képest valamelyest csökkent a kannabisz miatt kezelt aránya és nőtt az új pszichoaktív szerek miatt kezelésbe kerültek aránya. 2013-ban is a kliensek legnagyobb arányban kannabiszhasználat miatt kezdték meg a kezelést⁴⁰ (61%; 2429 fő). Stimulánshasználat miatt 699 fő (17,5%; ezen belül amfetamin 12%; egyéb stimulánsok: 4%), az egyéb szerek - túlnyomóan új pszichoaktív szerek miatt pedig 247 fő (6,2%) kezdte meg a kezelést. Az elsődlegesen opiáthasználók (236 fő), valamint az elsődlegesen nyugtatókat/altatókat használók (236 fő) aránya 6-6% volt.

Az összes elterelés és nem elterelés útján kezelésbe került kliens szerhasználatát tekintve nem tapasztalható lényeges átrendeződés, azonban ha szétválasztva, az elterelés révén és a nem elterelés révén kezelésbe került kliensek adatait vizsgáljuk, akkor markánsabb változások mutatkoznak a kezelési igényekben, követve a piaci változásokat és használati mintázatokat.

A korábbi évekhez képest tovább csökkent az elterelés révén kezelést kezdő kliensek aránya a nem elterelés révén kezelésbe kerülők arányához képest. Ez egyrészt magyarázható azzal, hogy a visszaélések tárgya egyre inkább valamilyen új pszichoaktív szer és nem kábítószer, így nincs jogkövetkezménye, és ezért nincs szükség – fogyasztói típusú magatartás esetén – a büntetőeljárás kiváltása érdekében elterelésre. Másrészt magyarázható az új Btk. életbe lépésével, mely szerint az elterelés két éven belül nem ismételtető.

Az elterelés keretében kezelést kezdő kliensek elsődleges szer szerinti megoszlásában azonban nem mutatható ki jelentős változás a korábbi évekhez viszonyítva: 2013-ban is a büntető eljárás alternatívájaként, elterelés keretében legnagyobb arányban, az elterelésben részt vevők 75%-a kannabiszhasználat miatt kezdte meg a kezelést, stimulánsok miatt 16% - ebből egyéb stimuláns 2%, opiát- illetve kokainhasználat miatt 2-2%, egyéb szerek használata következtében 3%.

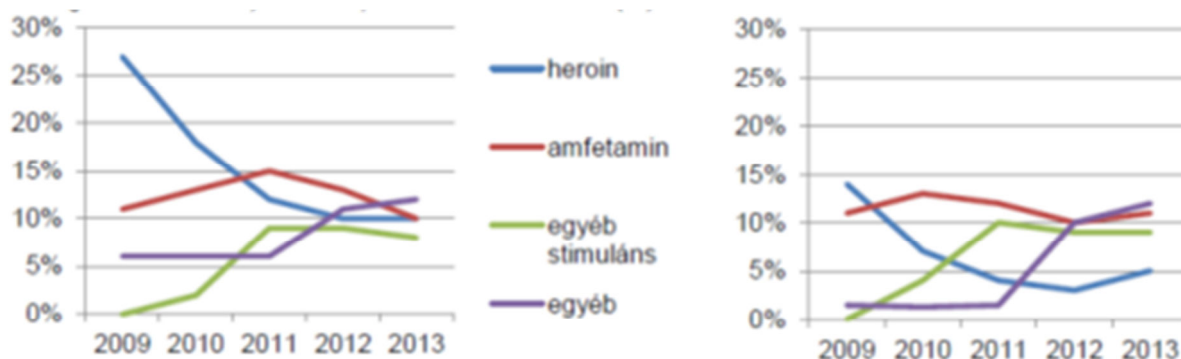
Markáns változás figyelhető meg a nem elterelés révén kezelésbe kerülő kliensek körében: 2013-ban a korábbi évekhez hasonlóan folytatódott a heroin kínálat beszűkülése és ezzel párhuzamosan az új pszichoaktív szerek térnyerése. A 2013-as adatok szerint a kábítószer-

³⁹A kezelőhelyek évente kötelesek kitölteni az újonnan kezelésbe lépők jellemzőiről a TDI kérdőívet. A TDI adatgyűjtést 2006-ban vezették be. Előtte az 1990-es évek óta az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Programmal (OSAP) gyűjtötték az adatokat.

⁴⁰A túlnyomó többségük (81%-uk) nem egészségügyi, hanem büntető-igazságszolgáltatási indítékból - büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető elterelés keretében.

probléma miatt kezelést kezdő kliensek körében a korábbi évekhez képest tovább nőtt az egyéb szerek és az egyéb stimulánsok (azaz a dizájner drogok) miatt kezelést kezdők aránya, és ezzel párhuzamosan tovább csökkent az opiátokkal (heroinnal) összefüggő kezelési igény.

26. ábra A heroin, amfetamin, egyéb stimuláns és egyéb (nem besorolható) szereket használók arányának alakulása a nem elterelés keretében kezelésbe lépő összes kliens (bal oldali ábra) és az új kliens (jobb oldali ábra) körében, 2009 és 2013 között (%)



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2014:48

A dizájner drogok használóiról megállapítható, hogy a klasszikus szerek használóihoz képest esetükben magasabb a nagyon fiatalok (20 éven aluliak) aránya; a kezelési igény korábban jelentkezik; kiemelkedően magas, 50% fölötti az intenzív - napi vagy heti többszöri - használók aránya; és gyakoribb az injektlás.

A kezelésben megjelent intravénás szerhasználók körében évek óta megfigyelhető a szerstruktúra átrendeződése. Míg az opiátok injektlása markáns csökkenést, addig az amfetamin, az egyéb stimulánsok, valamint az egyéb szerek injektlása növekedést mutatnak. Ez utóbbi növekedés nagy valószínűséggel az új pszichoaktív, ismeretlen szereket fedő, dizájner drogoknak tudható be.

Az elsődlegesen heroint injektlók aránya 2010 és 2013 között mintegy 40 százalékponttal csökkent. A korábbi évekhez képest, új fejleményként, jelentősen visszaesett az amfetamint injektlók aránya is. Az egyéb, nem besorolható szereket injektlók aránya 2010 óta pedig dinamikusan növekszik, több mint duplájára emelkedett 2012 és 2013 között. Ugyanígy az egyéb stimulánsokat injektlók aránya is jelentősen nőtt 2010 és 2013 között. Összességében 2013-ban kezelést kezdő intravénás szerhasználók legnagyobb csoportja, a szerhasználók közel fele (42%-a) elsődlegesen dizájner drogokat és már nem a klasszikus kábítószeres valamelyikét használta.

A ÉLŐ JELENTÉS LÉTREHOZÁSÁBAN RÉSZTVEVŐK

A kezelés/ellátás Élő Jelentésének összeállításában összesen 31 fő vett részt, a beszélgetés végére, kb. felére csökkent a résztvevők száma. A kérdőíveket 22 fő, szervezeti háttérét tekintve többségében nem állami szektorból érkező szakember töltötte ki (nem kormányzati szervezetektől 12 fő, állami szervezettől 8 fő, magán szférából 1 fő). A résztvevők szervezeti háttérére jellemző, hogy átlagosan 17,3 éve lettek bejegyezve és átlagosan 15,9 éve tevékenykednek drog területen, s többségük fő tevékenységét a drogellátás területén fejt ki,

változó hatókörrel. A kérdőíveket kitöltő szakemberek igen nagy tapasztalattal bírnak a drog területen: átlagosan 15,2 éve dolgoznak valamilyen szerhasználatot kezelő programban.

15. táblázat: A kérdőívet kitöltő résztvevők szervezeti hátterének néhány jellemzője: a szervezetek fő tevékenysége és hatóköre (fő)

A szervezet fő tevékenysége	N	A szervezet hatóköre	N
szenvedélybeteg ellátás	15	országos	6
szociális ellátás	3	több megye	2
egészségügyi ellátás	3	egy megye	3
koordináció (KEF)	1	több település	6
		egy település	2

EREDMÉNYEK

A kezelés/ellátás aktuális magyarországi helyzetének bemutatására irányuló Élő Jelentésünk három nagyobb területet ölel fel: az ambuláns ellátás⁴¹ (1), az alacsonyküszöbű szolgáltatások (2), valamint a speciális csoportokra irányuló kezelések területét (3).⁴²

Mindegyik terület vonatkozásában 4 témakört vizsgálunk. Először bemutatjuk általában a területhez tartozó szolgáltatások elérhetőségével (i), valamint a szolgáltatások igénybevételeének akadályait kapcsolatos percepciókat (ii), majd az adott ellátási területen a különböző célzott beavatkozások elérhetőségét (iii) vizsgáljuk, végül azt, hogy milyen kihívásokkal szembesülnek az adott ellátási területen dolgozók (iv).

AMBULÁNS KEZELÉS

Az ambuláns ellátás elérhetősége

A jelentés összeállításában résztvevők túlnyomó többsége szerint az igényekhez képest az ambuláns ellátási forma korlátozott mértékben érhető el a kliensek számára: jellemzően több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz. Senki nem gondolja úgy, hogy az ambuláns ellátás teljes mértékben elérhető a kliensek számára, és ketten gondolják úgy, hogy kiterjedt az ambuláns ellátási forma, azaz a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz.

⁴¹ A hivatalos elnevezés járóbeteg-szakellátás, azonban - tekintve, hogy a jelentés készítésében résztvevők jellemzően ambuláns ellátásnak hívják – az Élő jelentésben is az ambuláns ellátás kifejezést használjuk.

⁴² Az EMCDDA kezelés/ellátással kapcsolatos strukturált kérdőíve négy területre terjed ki: az ambuláns kezelésre, az alacsonyküszöbű szolgáltatásokra, a bentlakásos kezelési lehetőségekre, továbbá a speciális csoportok számára nyújtott ellátásokra. Az idő rövideje – a beszélgetésre két óra állt rendelkezésre –, és a résztvevők összetétele okán – a bentlakásos kezelés szakemberei közül csak kevesen voltak jelen – a bentlakásos kezelési lehetőségek témát nem tárgyaltuk a beszélgetés során.

16. táblázat: Az ambuláns ellátás elérhetőségének megítélése (fő)

	fő
Teljes mértékben – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá, hozzá tud férni a szolgáltatáshoz	0
Kiterjedt – a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz	2
Korlátozott mértékben –több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz	20
Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz	1
Nincs – nem létezik	0
Nincs információ	0

Az OAC adatai alapján rendelkezésre álló információk mellett a szakemberek jellemzően a kliensek visszajelzéseire, valamint az egyes ambulanciák által ellátott betegek lakhelyének területi heterogenitásával, a hosszú várakozási idővel kapcsolatos személyes tapasztalataikra alapozzák az ambuláns ellátás elérhetőségére vonatkozó véleményüket.

„<>⁴³-ban vagyok és az a megfigyelésünk, hogy egy csomó vidéki városból egyszerűen odaküldik az embereket azzal, hogy megszűnt helyben az addiktológiai ellátás, [...] Azt vesszük észre, 2-3-4 hetes időpontokat tudunk adni és ez is egy nagyon beszűkült kapacitás és egész régió környékek passzolnák, ha lenne hová.”

A változásokkal kapcsolatban nyilatkozó szakemberek egyöntetűen úgy gondolják, hogy az elmúlt 5 évben kedvezőtlen irányú változások zajlottak az ambuláns ellátási forma elérhetősége tekintetében.

17. táblázat: Az ambuláns ellátás elérhetőségének változása az elmúlt 5 évben (fő)

Változás	fő
Kedvezőbb lett	0
Nem változott	0
Kedvezőtlenebb lett	21

Akadályok

Arra a kérdésre, hogy milyen akadályai lehetnek az adott ellátási forma igénybevételének a szakemberek lehangsúlyosabban az ellátórendszer egyenlőtlen eloszlását, az ellátórendszerben lévő „fehérfoltokat” említették.

„Drogambulancia lenne <>-on, de nincs még OEP befogadás és beláthatatlan az ideje, jelen pillanatban <> megyében ez úgy néz ki, kórház, második legnagyobb kórház <>-on van a kórházban, nem fogad szenvedélybetegeket, csak alkoholistákat, hanem továbbküldi Tatabányára, ahol meg továbbküldik Bp-re, tehát hogy ez valahogy így néz ki. Nem tudja elérni az illető, szubsztitúciós kezelés is csak Bp-en van, hogyha arról van szó és maga a térségben, valójában 3 – tehát két nappali van, egy alacsony küszöb és kifűjt. És ez <> több mint 100 ezres város.”

Abban az esetben, ha a kliens másik városban keresi fel az ambuláns ellátást – tekintve, hogy lakóhelyén az nem elérhető ez a betegutát meglehetősen töredezetté és költségessé teszi.

⁴³ Az anonimitás biztosítása végett kivettük azokat az információkat, amelyek révén be lehetne azonosítani a felszólaló személyét. Ezeket a törölt információkat a következőképpen jelöltük: <>.

Abban az esetben, ha pénzügyi okok miatt nem keresi fel másik városban az ambuláns ellátást, akkor a kliens nem a problémájának megfelelő ellátásban részesül a lakóhelyén. Az ambuláns ellátás igénybevételének akadálya tehát az is, hogy az nem minden esetben érhető el a kliens lakóhelyén, és pénzügyi nehézségek miatt nem tud eljutni más városba, hogy a megfelelő ellátást igénybe vegye.

„Én azt tapasztalom, hogy nagyon egyenlőtlen a kezelési lánc, nagyon hiányos és egyenlőtlen az elosztás. Az, hogy valaki milyen ellátásban részesül, attól függ, hol lakik gyakorlatilag.”

„Nálunk az a probléma, hogy előfinanszírozni kell az utazást és sok vidéki nem tud bejönni a konzultációra, csoportos terápiára, mert nincs pénze, munkanélküli, közmunkások, nem tudják kifizetni az útiköltséget.”

Az ellátórendszer egyenlőtlenségéhez kapcsolódik, hogy a szakemberek jellemzően azt tapasztalják, hogy az utóbbi években megnőtt az ellátásra való igény a dizájn drogok betörése okán. Nagyobb kliensforgalmat tapasztalnak, azonban ennek nem tudnak eleget tenni.

„...dizájn drogok miatt sokkal több súlyos állapotú kliens van, hosszabb várakozási idő van, korábban emberek hetente tudtak jönni, most annyian vannak, ha dolgozni akarunk velük, sokszor eltelik 2-3 hét, ha nem is lettünk kevesebben az ambulancián segítők, de hogy a kliensek száma miatt... nekik az az érzetük, hogy kevesebb idő jut rájuk, ilyesmi.”

Szintén hangsúlyosan jelent meg a humán és tárgyi erőforrás hiánya, és az ezzel kapcsolatos finanszírozási problémák, amelyek szintén akadályozzák ambuláns ellátás igénybevételét.

„Az egyik a személyzet oldaláról a tárgyi, személyzeti feltételek, én a sajátomat tudom, előtte 290 négyzetméteren voltam 15 emberrel, most 70 négyzetméteren vagyok 4 emberrel, egyszerűen beláthatóan kevesebb embert tudunk ellátni.”

A szakemberek említik azt is, hogy az egyenlőtlen ellátórendszer rugalmatlansággal és ésszerűtlen intézkedésekkel párosul, amely tovább nehezíti a kliensek hatékony ellátását, mint pl. a kliens, ha lakóhelyén van is drogambulancia, akkor azt nem veheti igénybe, mert a kórház hatókörébe tartozik a kliens, azaz szerhasználati problémával nem a drogambulanciára, hanem a kórházba kell fordulnia, ahol nem foglalkoznak addiktológiával.

„...ésszerűtlen intézkedések, <> meghazudtol, hogy nem így van, <> drogambulancia <>-on lakót nem láthat el, mert azt a <>-i kórház láthatná el, aki egyébként nem nagyon foglalkozik kábítószer-fogyasztókkal ha ezt valaki megérti, akkor nem tudom, hogy ez hogy is működik.”

„...az elmúlt 5 évből 4-ben [...], úgy volt, egy térség gondolkodik egyben és van 3 progresszivitási szint, városi kórház, megyei és a klinikák. És [...] talán lett volna benne valami ráció, súlyossági esetek szerint, akár egy dupla diagnózis, elvonás, súlyos alkoholbeteg, szomatikus hová kerül. Új államtitkár, [...] visszajött a megyei kórház struktúra, most újra a megyékben gondolkodunk [...] <>kórház igazgató kijelentette, hogy ők csak úgy gondolkodnak, hogy <>megyei beteg <>megyébe kerülhet, miközben a <>kórház és annak az addiktológiája ellátta fél <>megyét is, most azt mondta a kórházigazgató <>, nem érdekli a <>megyeieket vasfüggönnyel zárja le, csak <>mehetnek. Tulajdonképpen újra rendeződne vissza az elmúlt 5 évből 4-ig a

progresszivitási szintek szerinti ellátás [...] , hogy minden megye oldjon meg mindent.”

Célzott beavatkozások elérhetősége

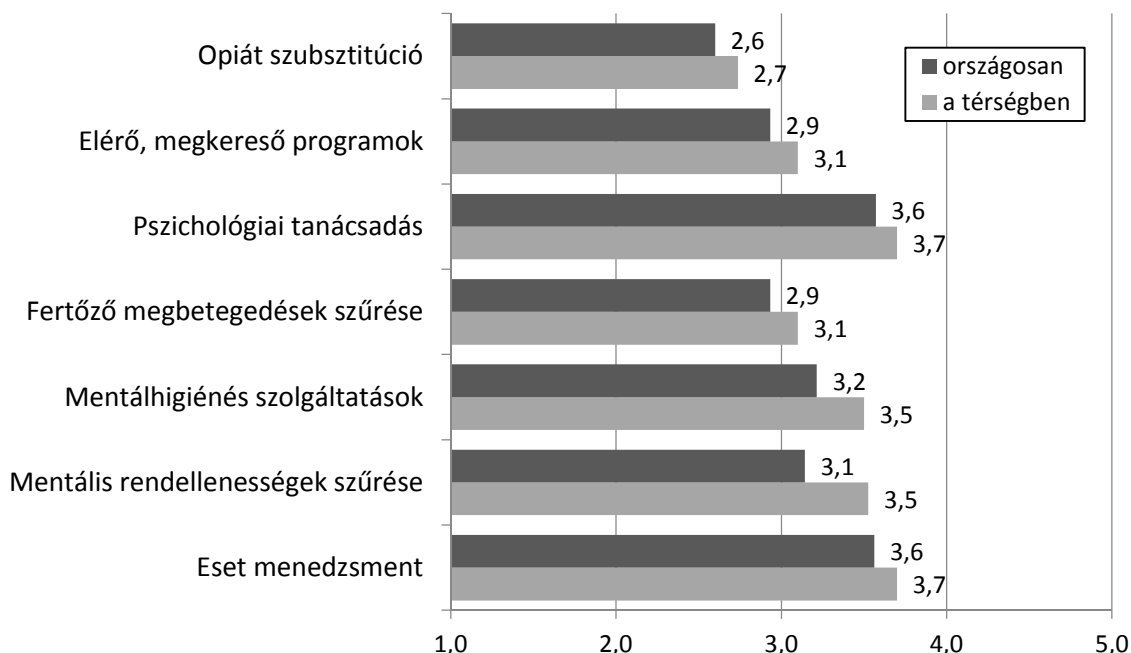
A drogproblémák kezelését, ellátását biztosító célzott beavatkozások elérhetősége tekintetében mind térségi, mind az országos helyzetet illetően a kép meglehetősen kedvezőtlen, jellemzően itt is elsősorban az ellátórendszer egyenlőtlensége, hiányosságai okán. Legkedvezőtlenebb helyzet az opiát szubsztitúció esetében figyelhető meg, amelyet az elérő, megkereső programok és a fertőző megbetegedések szűrése követnek: ezen beavatkozások esetében rendre 3 alatti átlag értékek mutatkoznak, amely arra utal, hogy ezek az ellátási formák igen korlátozottan érhetőek el, az adott ellátási formát nyújtó intézmények 25-50%-a, vagy, annál kisebb hányada biztosítja a szolgáltatást. Egy kicsivel 3 feletti átlagértékek tapasztalhatóak a mentálhigiénés szolgáltatások és a mentális rendellenességek szűrése esetében, azonban ezek elérhetősége is meglehetősen korlátozott országos szinten. A legjobb helyzet az eset menedzsment és a pszichológiai tanácsadás esetében figyelhető meg, de még mindig 4 alatti, azaz a kiterjedt mértéket el nem érő átlagértékkel.

Térségi szinten az egyes célzott beavatkozások rangsorát tekintve az országos rangsorhoz hasonló sorrend rajzolódik ki: térségi szinten ugyanúgy az opiát szubsztitúció, az elérő, megkereső programok és a fertőző megbetegedések kezelésének elérhetősége szerepelnek a legrosszabb helyen. Térségi szinten is a pszichológiai tanácsadás és az eset menedzsment leginkább elérhető a szakértők véleménye szerint.

A szakemberek a drogproblémák kezelését, ellátását biztosító célzott beavatkozások elérhetősége tekintetében a saját térségük helyzetét valamivel kedvezőbbnek látják az országos helyzethez viszonyítva: rendre némileg magasabb átlagértékek figyelhetők meg a célzott beavatkozások tekintetében. Azonban összességében a saját térségük helyzete is igen kedvezőtlen, egyik beavatkozás sem éri el a 4-es átlagértéket.

A szakértők tehát egyetlen célzott beavatkozásról sem gondolják úgy, hogy országos szinten vagy a térségben kiterjedt vagy jelentős mértékben elérhető lenne a kliensek számára, azaz, nem gondolják úgy, hogy az adott ellátási formát nyújtó intézmények legalább 50-75%-a vagy több mint 75%-a biztosítaná ezeket a szolgáltatásokat.

27. ábra A különböző célzott beavatkozások elérhetőségének megítélése országosan és a térségben az ambuláns ellátásban (öt fokozatú skálán vett átlagérték⁴⁴, táblázat esetszámokkal lásd a mellékletben)



Kihívások

A szakemberek túlnyomó többsége szerint a legnagyobb kihívás az, hogy a kezelésben alkalmazott módszerek elavultak: a dizájner drogok betörése miatt a kliensek egyre inkább dizájner drogproblémával fordulnak segítségért az ambuláns ellátáshoz, azonban a szakemberek azt tapasztalják, hogy esetükben a klasszikus szerhasználók körében alkalmazott módszerek nem megfelelőek, így a dizájner droghasználók kezeléséhez újfajta módszerek szükségesek. Szintén az elavult módszerek okán a szakemberek számára jellemző kihívás, hogy a terápiában tartás nehezebb a dizájner használók esetében.

„...egy régi mechanizmus szerint gondolkodunk, míg a régi junky-k meg mákteások jöttek egy kicsit a rehabok is erre vannak feltűzve, hogy oda beteszünk egy mákteást aztán békében van, örül hogy egy csomó minden van, örül, hogy tudunk ott ülni, gitározni, de ez egy mai dizájneres gyereket baromira nem érdekel és ahhoz hogy ez sokkal színeesebb, tartalmasabb program legyen, nappali klinika-szerűen tudjuk a gyereket ott tartani a rendszerben, [...] terápiában tartásnak sokkal nagyobb ember-eszköz-anyagi igénye van, ami nem növekedett, sőt csökkent.”

„...én.. ezt a korszerű módszert úgy mondanám, az ellátók illetve a segítőknek a megújulása meg egy új generáció kinevelése.”

⁴⁴ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik:

5 – Jelentős mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények több mint 75%-a biztosítja a szolgáltatást

4 – Kiterjedt mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 50-75%-a biztosítja a szolgáltatást

3 – Korlátozottan: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 25-50%-a biztosítja a szolgáltatást

2 – Ritkán: az adott ellátási formát nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosítja a szolgáltatást

1 – Nincs: nem létezik

A módszerek elavulása mellett a résztvevők további kihívásnak élik meg, hogy egyre fiatalabb korosztályt érint a drogprobléma, ami mind a módszerek újítását, mind az ellátórendszer bővítését indokolja.

„...el kellene érni őket, tök jó, mondjuk van erre valami rohadt jó módszer, bent vagytok, elérem és tömegestől megjelennek, és mit csináljak vele. Ez a másik problémám, mit kezdjek a 13-14-15 éves szerhasználóval, aki bejön.”

A szakemberek – részben az új pszichoaktív szerekhez, részben a fiatal korosztály érintettségéhez kapcsolódóan – a kihívások között említik a szerhasználók elérését, továbbá – részben ehhez kapcsolódóan – a kliensek szakellátásba való továbbirányítása kapcsán jelentkező problémákat.

„Én legnagyobb kihívásom az az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos. Elég régóta dolgozom a szakmában, de azt látom, mind a magánrendelésen, ambulancián, nagyon kevesen jelentkeznek ahhoz képest ami az én fantáziám arról, hogy mennyien vannak, akik ilyen szereket használnak, illetve ha érkezik megkeresés, főleg telefonon, interneten, akkor általában valamilyen rosszullét mentén, vagy pszichotikus állapot mentén jelenik meg, vagy több napos hányás, rosszullét, de amikor már be kellene jönni az intézménybe, együttműködni, arra nem motiváltak, nagyon hamar múlik el ezekenél a fiataloknál, szüleiknél ez a motiváció. Nincs olyan megkeresős programhálózat nemcsak <>Megyében, hanem országosan, ami elérné ezeket a fiatalokat.”

„...az egészségügyben megjelenik, csak a gyerekosztályon jelenik meg, csak a gyerekosztály tovább irányítja, nem érkezik meg, másik rendszerben is megjelenik, lakásotthonok. Legutóbb voltunk lakásotthoni beszélgetésen és napi problémája a lakásotthon vezetőknél, vagyis a gyermekvédelemben jelen vannak a rendszerben benne vannak, csak nem jutnak el a szakellátásba, [...] a továbbirányítás megbicsaklik, motiváció hiánya...”

„...a <> választja el a gyerekosztályt a drogambulanciától és az esetek 50%-ában eltéved a kliens a régi hídon. Ez az egyik része a történetnek, másik meg a korai elérést biztosító programok, hogy.. egy picit nagyon sok esetben elavultak, nem igazán találunk rá [...] próbálkozások vannak ezekre, minden fajta módszerrel próbáljuk elérni ezeket a fiatalokat, behozni az ambulanciára.”

„...a sürgősségi osztályra való kerülés nem minősül kezelési igénynek, oda beviszik, de attól nem kerül át az addiktológiára, pont ez egy másik szakma, mint a sürgősségi osztály. Valószínű, hogy lehet ezen gondolkodni, kialakítani rendszereket, ez nincsen.”

A fentiek mellett a kihívások között említésre került a gyakori, és egyre több kórkép halmozódásával járó komorbid diagnózis kezelése is: „Komorbid diagnózis, hatot, tizet is tud tartalmazni..”

18. táblázat: A szakemberek által említett ambuláns ellátásban dolgozók kihívásai (fő)

Kihívások	Egyetértők száma
Egyre fiatalabb korosztályt érint a probléma	22
A kezelésben alkalmazott módszerek elavultak	22
Komorbid diagnózis	21
A szerhasználók továbbirányítása megakad	18
Dizájner drogfogyasztók, problémás szerhasználók elérése nehéz	16
A korai elérés programjai elavultak	16

A szakemberek szerint a kihívásokra megoldást a nagyobb finanszírozás jelentene: nagyobb finanszírozással az ellátást bővíteni, a módszereket megújítani lehetne, és a segítők továbbképzésekre lehetne küldeni.

„Csak egy mondat, nyilvánvaló, ha lenne megfelelő finanszírozás sok mindenre tudnánk választ találni, csak mindenhez pénz kell, ahhoz hogy a drogambulancián kialakítsunk egy külön részt, részleget, ahol megfelelő termék, személyzet lenne a dizájner droghasználóknak, az pénz kérdése. Ahhoz, hogy gyermekpszichiáter, gyermekpszichológus legyen, aki jártas az addiktológiában, az pénz kérdése. Hogy.. nagyon sok minden pénz kérdése.. minden”

„...jó lenne, ha lenne lehetőség a segítőknek továbbképzésre, nyilván az ember szívesen tanul, képi magát, de egy fizetésből nem nagyon tudunk fél éves, 300 ezer forintos tandíjat kifizetni, hogy képezzük magunkat, nagyon kevés munkahely tudja biztosítani, hogy képezze a kollégáit, ez nagyon fontos lenne főleg a fiatalok esetében.”

ALACSONYKÜSZÖBŰ SZOLGÁLTATÁSOK

Az alacsonyküszöbű ellátás elérhetősége

A szakemberek véleménye megoszlik abban a kérdésben, hogy az igényekhez képest az alacsonyküszöbű ellátási forma mennyire elérhető a kliensek számára. A válaszolók közel fele (8 fő) úgy gondolja, hogy kiterjedt, azaz a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz, és hasonló számban (7 fő) vannak azok a szakértők, akik szerint korlátozott mértékben elérhető a szolgáltatás – több mint néhány személy számára elérhetőek az alacsony küszöbű szolgáltatások, de a többség nem tud hozzá férni ahhoz. Senki nem gondolja úgy, hogy teljes mértékben elérhető a szolgáltatás és két fő úgy gondolja, hogy csak néhányan tudnak hozzáférni az alacsonyküszöbű szolgáltatáshoz.

Összességében azt mondhatjuk, hogy a szakemberek többsége szerint több, mint néhányan, de nem mindenki fér hozzá az alacsonyküszöbű szolgáltatásokhoz, de hogy ezen belül a többséget azok jelentik, akik hozzáférnek, vagy azok, akik nem, e tekintetben megoszlanak a vélemények.

19. táblázat: Az alacsonyküszöbű ellátási forma elérhetőségének megítélése (fő)

	fő
Teljes mértékben – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá, hozzá tud férni a szolgáltatáshoz	0
Kiterjedt – a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz	8
Korlátozott mértékben –több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz	7
Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz	2
Nincs – nem létezik	0
Nincs információ	0

A fenti vélemények elsődlegesen szakmai párbeszédeken, rendezvényeken elhangzottakon, illetve Országos Epidemiológiai Központ adatain alapszanak.

„Hát egyrészt a szakmai párbeszéd, legutóbb a győri Nemzetközi Konferencia kapcsán is felmerültek ezek a dolgok, másrészt hozzáférhető az az adat, hogy MO-n hány ilyen szolgáltató van és az milyen földrajzi eloszlással. Ha azt nézem, <>megyében összesen egyetlen alacsony küszöbű szolgáltató van, mi, egy <> járást látunk el, többiben meg semmi sincsen, azt gondolom, hogy ez korlátozott mértékű dolgot jelent.”

„...hogya az Országos Epidemiológiai Központnak az adatait nézzük, és azt látjuk, hogy a hepatitis C egekbe rohan felfelé, akkor nem gondolhatjuk, hogy jó az ellátás, ez indirekt következtetés az adatgyűjtésben.”

Abban egyetértés van a szakemberek körében, hogy az elmúlt 5 évben kedvezőtlenebb lett az alacsonyküszöbű ellátási forma hozzáférhetősége: a válaszolók egy fő kivételével ezt az álláspontot képviselték.

20. táblázat: Az alacsonyküszöbű ellátási formák elérhetőségének alakulása az elmúlt 5 évben (fő)

Változás	fő
Kedvezőbb lett	0
Nem változott	1
Kedvezőtlenebb lett	15

Akadályok

Arra a kérdésre, hogy milyen akadályai lehetnek az adott ellátási forma igénybevételének, a szakértők elsődlegesen forráshiánnyal kapcsolatos válaszokat adtak. Egyrészt említették, hogy a szervezetek a hétvégi nyitva tartás beszüntetésével, a nyitva tartás rövidítésével próbálnak spórolni.

„Mi <> Pláza programként működünk alacsony küszöbű ellátóként, mi januárban kénytelenek voltunk megszüntetni a hétvégi nyitva tartást, lenne rá igény, hogy a fiatalok hétvégén is jöjjenek, de ezt főként finanszírozási okok miatt nem tudtuk fenntartani. Lenne igény arra, hogy hosszabb nyitvatartási időben jöjjenek hozzánk.”

„Sok intézmény úgy spórol, hogy kevesebb időben tart nyitva és kevesebbet kell fizetni a dolgozónak.”

A forráshiány következményei nem csak a nyitva tartás rövidítésében mutatkoznak meg, hanem a szolgáltatás egyéb jellemzőiben is, pl. a tűcserék esetében a kiadott tűk számának csökkenésében, ami további akadályozó tényezőket hoz be a rendszerbe. A kiadható steril tűk száma miatt pl. nem éri meg a kliensnek, hogy felkeresse a tűcserét, vagy a szükséges tűmennyiséghez több tűcserét kell felkeresniük, s a gyenge fizikumú, vagy esetleg fogyatékossgal élő személyek egyáltalán nem is tudnak eljutni a tűcserébe.

„...nagyon lecsökkent sok szervezetnél a kiadott fecskendőszám és mondjuk azért, hogy kettő fecskendőt becseréljen, nem éri meg neki kimenni két használt fecskendővel az utcára, vállalni a kockázatot.”

„...azt vettem észre a tű kiosztható tű számok csökkenésével párhuzamos jelenség volt, akkor még működött 4-5 ilyen szolgáltató Pesten, Budapest pesti oldalán, elindultak az emberek, mondjuk a Rottenbillerből elindultak, mentek mentek..elértek a Hollánba és volt Kék Pontba, cirkuláltak, így tudták összeszedni a sok tűt. Tehát azt gondolom, akinek ehhez nem volt fizikai ereje, mert fogyatékossgal élt, az nem tud most már eljutni, nem tud a kellő tűszámhoz hozzájutni. Hogy is mondjam, fogyatékossgal élés is lehet akadálya annak, hogy valaki kihasználja a tűcserét.”

A forráshiány mellett akadályt jelentenek az alacsonyküszöbű ellátás lefedettségében jelentkező területi egyenlőtlenségek, a viszonylag nagy kiterjedésű lefedetlen területek: a kliens lakóhelyén az adott ellátási forma nem elérhető, s nem tudja sem maga, sem az ellátást nyújtó szervezet finanszírozni a kliens odautazásának költségét.

„<> és vonzáskörzetében egyre nagyobb problémát jelent, jelenleg is van intravénás szert használó kliensünk, hát a hozzáférhetőséget elsődlegesen a lefedetlenség okozza. Baromi nehezen elvárható, hogy <>-tól 70 km-re egy településről valaki beérkezzen, és ha hatékonyan akarunk dolgozni, magyarul motiválttá tegyük egy magasabb ellátórendszerbe való irányításhoz, ahhoz nekünk rendszeresen dolgozni kellene vele, a térség nem a leggazdagabbak közé tartozik, a családok anyagi lehetőségei ezt mindenképpen behatárolják, tehát ezért lenne lényegesebb, megyénként legalább 3-4 ilyen szolgáltató működjön, 50 km-nél ne legyen távolabb az ellátás elérhetősége.”

Előfordul olyan, aki a pályázati rendszer ésszerűtlensége, rugalmatlansága okán kellett, hogy beszüntesse alacsonyküszöbű szolgáltatását, így a pályázati rendszer, a finanszírozás jelent számukra akadályozó tényezőket.

„A másik meg hogy pl. nekünk <> az utcai szociális munkás szolgálatunk azért szűnt meg, mert pályázat úgy írta ki, ha krízisszolgáltatást is nyújtunk, akkor nyerhetünk a 3 évvel ezelőtti pályázaton és mi azt mondtuk, hogy nem tudunk ezzel.. mi nem tudunk 24 órás jelenlétet, így aztán a hajléktalan ellátó TÁMASZ nyerte el, és így kifejezetten az illegális szerhasználókra vonatkozó [...] munka ezzel meg is szűnt.”

Célzott beavatkozások elérhetősége

A célzott beavatkozások elérhetősége az alacsonyküszöbű ellátásokban mind országosan mind térségi szinten meglehetősen kedvezőtlen képet mutat. A szakértők úgy gondolják, hogy legrosszabb helyzetben az opiát szubsztitúció van: 2-nél alacsonyabb átlagértékek figyelhetők meg országosan és térségben is e beavatkozás esetében is, azaz az alacsonyküszöbű ellátást nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosít opiát szubsztitúciós a szolgáltatást. Országosan 2,5 alatti átlagértékek tapasztalhatóak a mentális rendellenesség szűrése és eset menedzsment tekintetében: azaz a szakemberek közelebb vannak ahhoz az állásponthoz, hogy alacsonyküszöbű ellátást nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosítja ezeket a szolgáltatásokat.

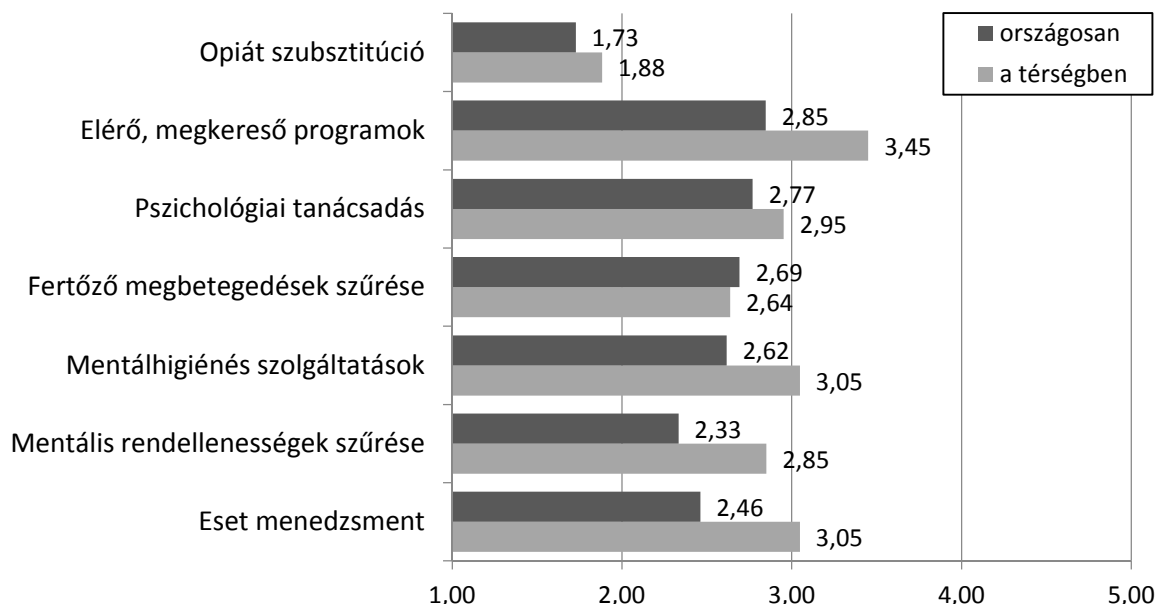
A többi beavatkozás elérhetősége átlagosan 2,5 és 3 közötti átlagértéket mutat, azaz egyetlen beavatkozásról sem gondolják úgy a szakemberek, hogy az kiterjedt vagy jelentős mértékben elérhető lenne országos szinten.

Térségi szinten az egyes célzott beavatkozások rangsorát tekintve az országos rangsorhoz hasonló sorrend rajzolódik ki azzal a különbséggel, hogy az opiát szubsztitúció mellett a fertőző betegségek szűrése szerepel a legkevésbé elérhető célzott beavatkozások között. A legnagyobb lefedettség mind térségi mind országos szinten az elérő, megkereső programok esetében mutatkozik.

Térségi szinten valamelyest kedvezőbb kép rajzolódik ki az országos helyzethez képest (kivéve a fertőző betegségek szűrését), azonban összességében még mindig kedvezőtlen a helyzet. A vizsgált beavatkozások mindegyike 3 körüli vagy alatti átlagértéket mutat, kivéve az elérő, megkereső programokat, amely esetében 3,45 átlagérték tapasztalható: ez a beavatkozás van legközelebb ahhoz, hogy kiterjedt mértékben elérhető legyen.

Összességében tehát a területen dolgozó szakemberek úgy látják, hogy az alacsonyküszöbű ellátásban a célzott beavatkozások jellemzően korlátozottan hozzáférhetőek, vagy ritkának mondhatók.

28. ábra A különböző célzott beavatkozások elérhetőségének megítélése országosan és a térségben az alacsonyküszöbű ellátásban (öt fokozatú skálán vett átlagérték⁴⁵, táblázat esetszámokkal lásd a mellékletben)



Kihívások

A szakemberek úgy gondolják, hogy az alacsonyküszöbű ellátásban dolgozóknak három nagyobb kihívással kell szembesülniük. A beszélgetésen résztvevők majdnem mindegyike szerint az egyik legnagyobb kihívás a szolgáltatás finanszírozása (humánerőforrás, tárgyi feltételek), illetve a nem a problémára reagáló szakmapolitikai környezet, különösen egy olyan helyzetben, amikor a drogprobléma egyre komplexebb és egyre több irányú megközelítést, segítséget igényel.

„Egyik kihívás, hogy előteremteni azt a finanszírozási formát, azt az összeget, amivel ezt normálisan tudjuk működtetni és sok mindent tudunk belőle csinálni. Másik nagy kihívás, hogy jelenlegi rendszerben, hogy tud az ember az élet... életnek a realitásához igazodni. Nem gondolkodom abban, hogy alacsony küszöbű szolgálat vagyunk mi közösségi ellátást is csinálunk, függetlenül attól, hogy a megyében van másik szolgáltató, mert nem fogom elküldeni Besenyszögre azt az illetőt, aki itt van nálunk. Egyébként mi valamikor csináltunk közösségi ellátást is, megvan a felkészültség, tudás, jövő szempontjából ezen kellene gondolkodni, hogy nem cetli jogosítványokat kellene adni, hanem hogy felkészült szolgáltató, ahol vannak jó munkatársak, széles körű jogosítvánnyal sokat lehetne lendíteni az ellátás kérdésén. Ez is egy kihívás, hogy hogy lehet ezt a jelenlegi szakmapolitika, nem mondok jelzőt, fejével megértetni, mert

⁴⁵ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik:
 5 - Jelentős mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények több mint 75%-a biztosítja a szolgáltatást
 4 – Kiterjedt mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 50-75%-a biztosítja a szolgáltatást
 3 - Korlátozottan: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 25-50%-a biztosítja a szolgáltatást
 2 - Ritkán: az adott ellátási formát nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosítja a szolgáltatást
 1 - Nincs: nem létezik

azért azt látjuk, hogy az élet realitása és a döntéshozók elképzelései hadd ne mondjam milyen távolságban állnak egymással.”

„Elhangzott ez a közbeszéd, társadalmi megítélés.. tűcserét nem szabad kiejteni a minisztériumi kommunikációban.. pályázatokban.. ez elképesztő.”

„Alulfinanszírozás kapcsán szeretném azt mondani, nem tudok megfizetni akár egy vagy akár több diplomával rendelkező munkatársat, aki az alacsony küszöbben dolgozhatna, ez az egyik, másik a tárgyi feltételek. Ugyanazokkal a tárgyi feltételekkel dolgozunk az alacsony küszöbben most már 2005-2006 óta, és azt látjuk, hogy olyan sokféle problémával jönnek be, már nemcsak szerhasználati probléma, már hogy úgy mondjam, higiénés problémák is, pszichiátriai itt is a (x) kiemelném, hogy olyan tehát, amilyenben..a nappali ellátásban jönnek, de ott meg beállva mennek az AK-ba és jönnek vissza a kollégáim, akiknek nincs diplomájuk, van más, de szakirányú, 8 általánossal vagy érettségivel és meg vannak rémülve, hogy milyen pszichotikus állapotban jönnek be betegek és rohagálunk a pszichiátriai osztályra, próbáljuk bejuttatni ezeket a betegeket onnan meg delegálják vissza, ha onnan kijön, de hát ez egy ördögi kör. Kettős diagnózis, meg a tárgyi feltételek még a személyi mellé.”

21. táblázat: A szakemberek által említett alacsonyküszöbű ellátásban dolgozók kihívásai (fő)

KIHÍVÁSOK	FŐ
Alulfinanszírozás (szakemberhiány, tárgyi feltételek hiánya)	19
Szakpolitikai szemlélet: tűcsere tabutéma, képmutató kommunikáció	19
Kettős diagnózis - egyre komplexebb probléma	17

A finanszírozás, mint kihívással kapcsolatban a következő vélemény fogalmazódott meg: „egy államnak, a magyar államnak, mert MO-n vagyunk EU-ban még kötelessége ezeket az ellátásokat finanszírozni”. Mindemellett a finanszírozásra megoldás lehet a for profit szféra megnyerése, a hatékony érdekérvényesítés, a szakmapolitikai támogatás megnyerése.

„...azt gondolom, az ember meg van szorulva, meg kell próbálni kreatívan megoldani. Ez az egyik terület, ahol azt tapasztaltuk, hogy... van lehetőség szponzorációra, bizonyos tekintetben különböző óvszertől kezdve, ásványvíz ez nagyjából.. félévenként van egy-egy vállalkozó, aki ebben segít, sőt tudunk kicsit spájzolni is ezekből a dolgokból, másik pedig ez persze megint attól függ, ki hová születik szolgáltatóként. Nekünk nagyon nagy bázis a főiskola, egyetem.. vagyis.. főleg a parti szervizszolgáltatásoknál.. tudjuk azt megoldani, hogy kiképezzük őket, mint kortárs segítők és tulajdonképpen egyetemi támogatásból, társadalmi ösztöndíjasként dolgoznak nálunk rendszeresen fél évenként, illetve nagy gyakorlatokon vesznek részt hallgatók. Természetesen nem cserélhető le a szakszemélyzettel, vagyis nem helyettük, velük közösen, főleg erre, amire utaltam, a korszerűtlen segítő effektus, amikor megkérdezték tőlük, hogy a gyerekeiteket keresitek a partiban..akkor döbbsentünk rá, lehet, hogy ez a korosztály már nem a mi korosztályunk, ez nem óriási pénz, de hogy működjön, színesíteni tudjuk az ellátást meg elérhetővé.. ez lehetséges, járható út, főleg ott, ahol felsőoktatási intézmény van, illetve van olyan szponzori, támogatási lehetőség.. igazából annyira nem tétel számukra, hogy semmiféle támogatást nem kérnek a támogatásról, azt mondja, hogy csináljátok.

A fentiekkel kapcsolatban aggályait fejezte ki az egyik szakember, mely szerint a drogfogyasztók esetében nehéz a for profit szféra megnyerése; az, hogy sikerül-e a szakmapolitika megnyerése, függ attól, hogy általában mennyire támogató a közeg (lakókörnyezet, helyi szervezetek), ahol a szervezet működik.

„Nekünk <->-en sikerült az éjszakai buszközlekedést úgy megszervezni az önkormányzattal, találkoztunk olyan közlekedésmérnökökkel, akiknek pont ez volt a bekattanásuk, hogy nekünk segíteni akarnak. Egy-egy ilyen van, de azt látom, hogy beteg kutyával, beteg gyerekkel jobban lehet kampányolni, mint a drogossal, úgyhogy nehéz erre a pénzgyűjtés, illetve látunk rossz példákat arra, mondjuk a VIII. kerületet, ahol vannak a politikának ellenálló szervezetek, akiket nem szeretnek és vannak a politikának jobban odafekvő szervezetek, akiket szeretnek. Ebben is van, hogy az ember meddig hajlítja a gerincét. Akarunk-e jó ellátórendszert és mennyire vagyunk PC-k.”

Előfordul olyan szakember, aki úgy gondolja, megoldás lehet a szolgáltatások közötti differenciálás.

„Csak annyi, hogy a finanszírozásnál többször felmerült, hogy az alacsony küszöbű szolgáltatásoknál differenciálni kellene a szolgáltatások számát és a finanszírozást. Jelen pillanatban ez nem történik meg, vagyis valaki, ha három szolgáltatást nyújt, ugyanannyi finanszírozást kap, mintha többet nyújt. Ez már többször felmerült fórumokon, hogy ezt differenciálni kellene, hiszen ha több szolgáltatást nyújt, több feladata van, jelen pillanatban nem differenciál az ellátásban egyébként, úgyhogy ezt érdemes lenne figyelembe venni.”

KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK SPECIÁLIS CSOPORTOK SZÁMÁRA

Elérhetőség

A veszélyeztetett csoportokra irányuló ellátások hozzáférhetősége tekintetében mind országos, mind térségi szinten kedvezőtlen kép figyelhető meg. Országos és térségi szinten – a szakemberek véleménye szerint – legkedvezőtlenebb helyzetben az LGBTQ emberek⁴⁶, a szexmunkások és a gyerekek, serdülők, valamint az állapotos nők vannak: rendre 2-höz közeli átlagértékek figyelhetők meg országos szinten, ami azt jelzi, hogy e csoportokból csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz. A fiatalkorúak ellátórendszerével kapcsolatban az alábbi vélemény hangzott el.

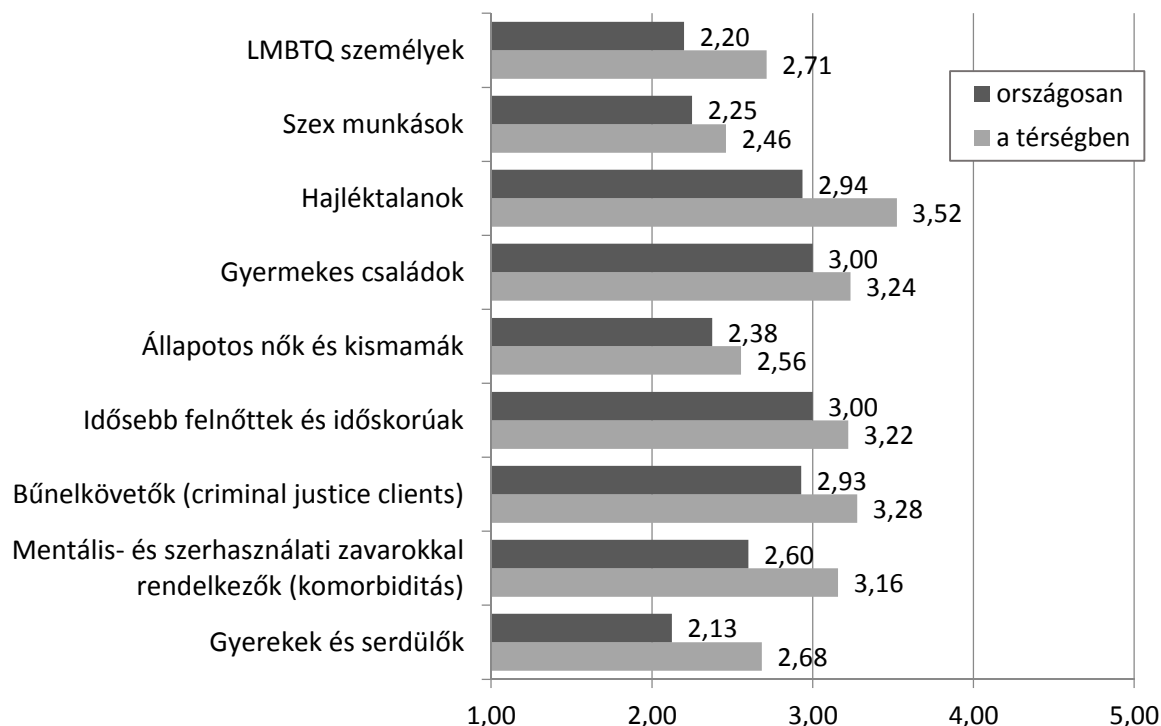
„Kérdőív kapcsán.. mert ugye amiatt nem egyszerű kitölteni, mert óhatatlanul ott villog a fejemben közben a 18 év alatti történés, amiben egyest lehet húzni az egész ország egészére, mindegy hogy pszichiátriai vagy addiktológiai ellátásról beszélünk.”

A többi vizsgált csoport (hajléktalanok, gyermekes családok, idősebbek, bűnelkövetők, komorbid személyek) helyzete sem túl kedvező, bár az előbbi csoportoknál valamelyest jobban hozzáférhetőek ezen csoportokra irányuló ellátások: átlagosan 3 körüli átlagértékek figyelhetők meg országos szinten, ami azt mutatja, hogy több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz. A legjobb helyzetben országos szinten a gyermekes családok, idősebbek vannak, térségi szinten pedig a hajléktalanok.

⁴⁶ Lesbikus, meleg, biszexuális, transznemű, queer emberek.

A térségi helyzetet minden célcsoport esetében jobban ítélik meg a szakemberek az országos helyzethez viszonyítva, azonban összességében továbbra is a kedvezőtlenebb helyzettel jellemezhetőek.

29. ábra A veszélyeztetett csoportokra irányuló ellátások hozzáférhetőségének megítélése országosan és a térségben (öt fokozatú skálán vett átlagérték⁴⁷, táblázat esetszámokkal lásd a mellékletben)



A szakemberek szerint az ambuláns ellátásban szexuális irányultság, hajléktalanság nem kizáró ok, jellemzően e csoportokra nem irányulnak speciális programok, nem úgy, mint a szex munkásokra vagy a bűnelkövetőkre, akik körében speciális programokat valósítanak meg. A szakértők szerint a speciális csoportok esetében fontos kiemelni, hogy azok egymással összefüggő rendszert alkotnak.

„Nekünk <>-en van egy része az ambuláns ellátásban ott tulajdonképpen, ott a gyerek-felnőtt a probléma, a szexuális irányultság, hajléktalanság önmagában nem kizáró dolog, elérics szempontjából nyilván más van. Utcai szolgáltatás megszűnt, de prostis program megmaradt és van folyamatosan kapcsolat szexmunkásokkal, férfiakkal, nőkkel, BV-ben van speciális programunk, oda is bekerül mindenféle veszélyeztetett csoport.”

„Talán csak annyi, sok minden kapcsolódik össze nálunk, <>-en a szexmunkásokkal való foglalkozás, hozta a gyereketthonnal való kapcsolatot, mert rengeteg gyereketthonos gyerekből lesz szexmunkás, ez aztán vitte át az iskolába azt a

⁴⁷ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik

5 – Teljes – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá, hozzá tud férni a szolgáltatáshoz;

4 - Kiterjedt – a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz;

3 – Korlátozott –több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzáférni a szolgáltatáshoz;

2 - Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz;

1 - Nincs – nem létezik;

prevenációs programunkat, aminek már van (x) akkreditációja, CSAT program ami családi életre nevelős programmá nőtte ki magát. Ezzel együtt, mivel legnehezebben elérhető réteg a családok közül a szegény családok, nyilván közöttük rengeteg a roma, ezért tűnik úgy, hogy erre a területre kell végül is itt most már majdnem 4-5 veszélyeztetett csoport ölelődött át ezzel.”

Az egyik legnagyobb gondot – ami már az ambuláns ellátásban is említésre került – a gyerekek jelentik, akik számára szinte egyáltalán nem érhető el speciális ellátás.

„...ami a probléma és nehéz rész, hogy a fiatalokkal, a gyerekekkel, mint veszélyeztetettekkel mit kezdünk. Amikor szó volt arról, hogy akkor családterápia vagy ilyesmi, abban a fő probléma az idő, ember egy családdal leül, egy óránál kevesebbet nem lehet beszélni, és ha belegondolunk, hogy hány órája van egy... gondozónak, szakambulanciának, az hogyan töltődne pillanatok alatt fel családokkal, így is dolgozunk családokkal, olyan család is van, ahol a prostitúció, szexuális bántalmazás van családon belül.”

Előfordul, aki szerint nagy hiányt jelent, hogy börtönben nincs szubsztitúciós kezelés, túcsere. Mindemellett a felsőoktatásban tanulókat is egy speciális csoportnak tekintik, akire szintén kiemelt figyelmet kellene fordítani:

„Én egy csoportra szeretném felhívni a figyelmet, szakirodalom rizikócsoportnak tartja, a felsőoktatásban tanulók, az utóbbi időnek a tapasztalatai azt mutatják, hogy ez egy olyan álság, amit a felsőoktatás tesz, és egyáltalán.. hogy nagyon nagy problémák vannak a felsőoktatásban, egyre nagyobb problémák vannak, zugpálinka árusítástól kezdve, drog bevetésig, róluk fel sem tételezik, de mindenki tudja.”

Abban a kérdésben, hogy a célcsoporthoz megy-e a szolgáltatás, vagy a célcsoport megy-e a szolgáltatóhoz, megoszlanak a vélemények. Van, aki szerint kapacitás-, forráshiány miatt nem megy ki a szolgáltatás a célcsoporthoz, és előfordul olyan, aki úgy gondolja, hogy *„Magyarországon még az a jellemző, ők jönnek be, nem mi megyünk ki hozzájuk, ez a szemlélet működik.”* Előfordul olyan szervezet is, aki vegyesen ki is megy a célcsoporthoz, és a célcsoport is megy a szolgáltatáshoz.

„Szexmunkásokhoz mi megyünk ki 90%-ban, a börtönben lévőkhöz 100%-ban lévőkhöz mi megyünk ki, BV-ben úgy vagyunk, <->-en van felnőtt előzetes ház, meg kevés börtön, meg fiatal fegyház és börtön, 50 férőhelyes és hetente van 7 csoportunk, a két intézményben meg van egy csomó egyéni és azt látjuk, hogy amikor szabadulnak, 50%-ban jönnek el hozzánk, úgy tűnik motivációként is működik. 40 szex munkásunk van, akikkel dolgozunk, kint és az ambulanciára.. akik külföldön dolgoznak, ők inkább bejönnek, amikor otthon vannak megkeresnek – inkább a szociális részlegünkhöz mennek a hajléktalanok be, mivel megszűnt az utcai szociális munkánk, ezért hozzájuk nem megyünk ki, egyébként a hajléktalanok elkerülnek az ambulanciára is.”

A tendenciákkal kapcsolatos kérdésre válaszolók jellemzően azon az állásponton voltak, hogy az elmúlt 5 évben kedvezőtlen lett a speciális célcsoportok számára nyújtott ellátási formák hozzáférhetősége.

22. táblázat: A speciális célcsoportok számára nyújtott ellátási formák elérhetőségének milyensége az elmúlt 5 évben (fő)

Változás	fő
Kedvezőbb lett	1
Nem változott	0
Kedvezőtlenebb lett	8

Akadályok

A veszélyeztetett csoportokra irányuló ellátások hozzáférhetőségének kedvezőtlen volta a szakemberek szerint több tényezővel is magyarázható: forráshiány, szakemberhiány, hosszú távú stratégiai tervezés hiánya, finanszírozási rendszer kidolgozása, rugalmatlanság, komplexitás hiánya.

Hát kettő dolog lenne – forrás és finanszírozási struktúra, általában nagyon jó a pályázat, innovációhoz, de azt életben tartani, bizonyos szempontból rigid a rendszer, mert vannak bizonyos szolgáltatások, amelyekre van befogadás vagy támogatás, de pályázat, nagyon jó kipróbálni egy programot, de amiben én gondolkoznék, hogy több évre szóló pályázati programok.. ezek a Kab-os pályázatok is szólnak fél évre, évre... de hogy esetleg hosszabb időben lehetne gondolkodni. Én egy olyan dolgot is tartanék..ugye a duális képzést emlegetjük, bizonyos szakemberi felkészültség.. nem tudtam hozzászólni, János mondta, hogy náluk nincs iskolapszichológia, nálunk van egy elég jó hálózat a városban, de azt veszem észre, hogy eszköztelenek, mert azok a rendszerek, amiket ők gondoltak, hogy ő beül a pszichológus szobába és jönnek hozzá.. mást kell csinálni, azt gondolom, oktatásban, képzésben kicsit ugyanaz a jelenség, amivel most küszködünk, a drogszcéna változik a felsőoktatásnak is változni kellene, azt látom, pszichológusokkal arról kezdünk beszélni, milyen más formákat lehet ebben a változó világban, mert ő ragaszkodik ehhez a szerephez, amire őt kiképezték. Azt gondolom, kreativitás, ami megvan, fogékonyság, személetbeli különbség, hogy a klienseket nem várni kell, hanem utána kell menni és ez nagyon sok szemléletbeli változás.. szerintem kellene személetbeli változás is

„...ha még tudnánk együttműködni, de mindenki a saját maga zsebéért szeretné finanszírozni.. és szerintem ez a komplex multidiszciplináris megközelítés, hogy.. egy csapatban játszunk, nem kell szétcincálni a klienst a különböző problémákkal.”

„Csatlakoznék a komplexitáshoz, illetve ahhoz, hogy tervezés, ami elhangzott, már de szeretnék ennek még egy súlyt adni, hosszútávon, és stratégiai szempontból is jobban átgondolni, ne csak az, hogy folyamatosak legyenek a pályázatok, hanem ez a herdálás szűnjön meg, egyébként meg azt gondolom, tényleg nagyon herdáljuk a pénzt. Előzőhöz, amit szeretnék hozzátenni, speciális csoportokhoz, az elmúlt két évben egyre jellemzőbb, hogy az eltereltek egyéb más bűncselekményekkel is, megelőző-felvilágosító szolgáltatást végzünk, egyéb más bűncselekményeket is elkövettek, míg tíz évvel ezelőtt az eltereltek csak eltereltek voltak. Ennyit szeretnék a speciálishoz hozzátenni, megjelentek a más bűncselekmények.”

ÖSSZEGZÉS

A területen dolgozók megítélése szerint **az elmúlt 5 évben kedvezőtlen irányú változások zajlottak mind az ambuláns ellátási forma, mind az alacsonyküszöb ellátási forma, és a speciális célcsoportok számára nyújtott ellátási formák elérhetősége tekintetében is.**

A szakemberek többsége szerint **az igényekhez képest jelenleg az ambuláns ellátási forma korlátozott mértékben érhető el** a kliensek számára. A kezelés helyzetével kapcsolatos beszélgetésen résztvevő szakemberek - az előző fejezet megállapításaival összhangban – úgy érzékelik, hogy **nem mindenki tud hozzáférni az alacsonyküszöbű szolgáltatásokhoz sem**, de hogy a többséget azok jelentik, akik hozzáférnek, vagy akik nem, ate tekintetben nem egységes az álláspontjuk.

A célzott beavatkozások elérhetősége és a speciális csoportokra irányuló ellátások elérhetősége tekintetében mind a térségi, mind az országos helyzetet illetően **az összes vizsgált területen (ambuláns ellátás, alacsonyküszöb, speciális csoportok) a kép meglehetősen kedvezőtlen:** a szakértők egyetlen beavatkozásról sem gondolják úgy, hogy országos szinten vagy a térségben az kiterjedt vagy jelentős mértékben elérhető lenne a kliensek számára, azaz, nem gondolják úgy, hogy az adott ellátási formát nyújtó intézmények legalább 50-75%-a vagy több mint 75%-a biztosítaná a szolgáltatást.

A szakértők az ambuláns ellátás területén a célzott beavatkozások elérhetőségét jellemzően kedvezőbben ítélik meg az alacsonyküszöbű szolgáltatásokhoz képest, azonban összességében igen kedvezőtlen mind a két terület lefedettsége. Az ambuláns ellátásban és az alacsonyküszöbű ellátásban is legkedvezőtlenebb helyzet az opiát szubsztitúció esetében figyelhető meg országos és térségi szinten egyaránt. Az ambuláns ellátásban a leginkább elérhető célzott beavatkozás az eset menedzsment és a pszichológiai tanácsadás, az alacsonyküszöbű ellátásban az elérő, megkereső programok - országos és térségi szinten is.

A veszélyeztetett csoportokra irányuló ellátások hozzáférhetősége országos és térségi szinten – a szakemberek véleménye szerint – **különösen kedvezőtlen a gyerekek és serdülők valamint az LMBTQ személyek, a szexmunkások és az állapotos nők körében.** A legjobb helyzetben országos szinten a gyermekes családok, idősebbek vannak, térségi szinten pedig a hajléktanok.

Az ellátások elérhetőségének akadályait a területen dolgozó szakemberek az országos lefedettség egyenetlenségében, a dizájner drogok miatti **megnövekedett kliensforgalomban**, a szervezeti humán és tárgyi **erőforrások korlátozottságában**, valamint a kedvezőtlen környezeti tényezőkben (pl. hosszú távú stratégiai tervezés hiánya, finanszírozási rendszer kidolgozása, komplexitás hiánya, pályázati rendszer rugalmatlansága) látják.

Részben a fenti akadályokkal összefüggésben a területen – különösen az ambuláns ellátásban – dolgozók számos kihívással szembesülnek. **A kihívások jelentős része a dizájner szerek használatához kötődik:** a dizájnerdrog-problémákkal küzdők ellátásában szükséges új módszerek mellett nehézséget jelent a problémás dizájner használók elérése, ellátásban tartása is. Kihívást jelent a továbbá az érintett korosztály korösszetételének változása, a problémák komplexitásának kezelése, illetve a beteg utak megtörése is.

A fenti kihívásokra és akadályokra a módszerek megújítása és az ellátórendszer bővítése jelentene megoldást. Az ellátás volumenének és minőségének javítása tekintetében – az Élő

Jelentés összeállításában résztvevő szakemberek szerint – kulcskérdés a finanszírozás javítása, ami lehetővé tenné az ellátás bővítését, a módszereket megújítását, és a segítők továbbképzését. A finanszírozásra megoldás lehet pl. a for profit szféra, a szakmapolitikai támogatás megnyerése, a hatékony érdekérvényesítés, azonban ezek – a csoportban résztvevők véleménye szerint – a jelenlegi környezetben kevésbé megvalósíthatóak.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Dusenbury, L. és Falco, M. (1995) Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, 420-425.

Elekes Zs. (2009) *Az alkohol és drogprobléma változó megjelenése a politikai és közgondolkodásban.* In: Bagdy Emőke, Demetrovics Zsolt, Pilling János(szerk): PoliHISTÓRIA - Buda Béla 70. születésnapjára. Akadémia, Budapest. 315-334 o.

Elekes Zs. és Nyírády A. (2012) Drogfogyasztás a populációban. In: *2012-es Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára.* Hozzáférhető: <http://drogfokuszpont.hu/eves-jelentesek/#2012> [letöltve: 2013-02-02]

EMCDDA (2015) *Prevention Profiles 2015. Online Publication.* Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Hozzáférhető: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevention-profiles/about> [letöltve: 2015-09-27]

Felvinczi K., Kerek J. és Paksi B. (2004) Prevenció. In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről.* (szerk: Nyírády A., Felvinczi K.) ICSSZEM, Budapest.

Felvincz K. és Nyírády A. (szerk) (2009) Drogpolitika számokban. L'Harmattan, Budapest.

Flay, B. (2000) Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, 861-866.

Gondi J., Magi A. és Paksi B. (szerk.) (2010) „*Függő(k) kapcsolatok*” – TÁMOP – 2.5.1.-07-2008-0136 – Projekt összefoglaló kiadvány. Budapest. Hozzáférhető: http://epkoz.eu/letolt/fuggo_kapcsolatok.pdf [Letöltve: 2013-04-04]

Hajnal Gy. (2009) A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása. In: Felvincz K., Nyírády A. (szerk) (2009) Drogpolitika számokban. L'Harmattan, Budapest.

Hansen, W. (1992) School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7, 403-430.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. és Kraus, L. (2012) *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries.* Stockholm: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Stockholm. CAN, EMCDDA, Council of Europe.

Horváth G. Cs. (szerk) (2014) A kábítószer-helyzet Magyarországon 2004-2014. Budapest, Nemzeti Drog Fókuszpont

Kun B., Nádas E. és Paksi B.(2007) Prevenció. In: *2007-es éves jelentés az EMCDDA számára.* Nemzeti Drog Fókuszpont.2007, Hozzáférhető: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/nr_hu_2007.pdf (21-34) [letöltve: 2015-07-28]

Nádas E. és Paksi B. (2009) Megelőzés. In: Felvinczi K. és Varga O. (szerk) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről.* Budapest: SzMM. 95-119.

Nádas E. és Paksi B. (2011) Prevenció. In: *2010-es éves jelentés az EMCDDA számára. Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.* Budapest: Nemzeti Fókuszpont. 14-32.

Nemzeti Drog Fókuszpont (2014) 2014-es éves jelentés (2013-as adatok) az EMCDDA számára. „Magyarország”, Új fejlemények, trendek. Hozzáférhető: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2014.pdf

Németh Á. és Költő A. (2011) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Budapest: OGYEI.

Paglia, A. és Room, R. (1999) Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20(1) 3-50.

Paksi B. (2010) A közoktatási intézmények prevenciós kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben. *Addiktológia* 3. 185-215.

Paksi B. és Arnold P. (2010) *Az ország három régiójában drog területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmi vonatkozásai és a projekttel szembeni igények*. Hozzáférhető: <http://www.madaszsz.hu/images/doksik/szervtev1.pdf> [letöltve: 2015-07-28]

Paksi B. és Demetrovics Zs. (2005) *Országos Drogprevenciós Adattár*. CD. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2005.

Paksi B. és Demetrovics Zs. (szerk) (2011) *Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában*. NDI. Budapest: L'Harmattan.

Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B. és Felvinczi K. (2006) A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. *Addiktológia*, 1-2. (5-36)

Paksi B., Felvinczi K. és Schmidt A. (2004) *Prevenciós/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban*. OM. Kutatási beszámoló. Hozzáférhető: <http://www.nefmi.gov.hu/2005/prevencios-tevekenyseg> [letöltve: 2015-07-28]

Paksi B., Felvinczi K. és Schmidt A. (2011) Az iskolák prevenciós aktivitása. In: Paksi B. és Demetrovics Zs. (szerk) (2011) *Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában*. NDI. Budapest: L'Harmattan 95-170.

Paksi B. és Magi A. (2013) Drogprevenciós helyzet(Jelentés) – kvalitatív kutatás a területen dolgozó szakmai szolgáltatók körében. *socio.hu*. Az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet online folyóirata. 2013/2. Hozzáférhető: <http://socio.hu/>

Reis, J., Riley, W., Lokman, L. és Baer, J. (2000) Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education. *Journal of Drug Education* 30, 399-421.

Sim, J. (1998) Collecting and Analysing Qualitative Data: Issues Raised by the Focus Group. *Journal of Advanced Nursing* 28 (2), 345-353.

Soole, D. W., Mazerolle, L. és Rombouts, S. (2005) *School based drug prevention: A systematic review of the effectiveness on illicit drug use*. DPMP Monograph Series. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre. Hozzáférhető: [http://notescms.med.unsw.edu.au/dpmpweb.nsf/resources/DPMP+Monographs2/\\$file/DPMP+MONO+7.pdf](http://notescms.med.unsw.edu.au/dpmpweb.nsf/resources/DPMP+Monographs2/$file/DPMP+MONO+7.pdf) [letöltve: 2013-06-18]

Taylor, B. J. (2000) Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial. *Prevention Science* 1, 183-97.

Tobler, N. S. (1997) Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention programs: Results of the 1933 Meta-Analysis. In: Bukovski, W. J. (ed.) *Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs. NIDA Research Monograph, Number 170*. US Department of Health and Human Services. National Institute of Health. 5-68.

Tobler, N. (2001) Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings. Issue 5*, 25-27.

Tobler, N. S., Roona, M. R. és Ochshorn, P. (2000) School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: 275-336.

Tobler, N.S. és Stratton, H. H. (1997) Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18(1), 71-128.

Topolánszky Á. (2009) A magyarországi drogpolitika keretei és a Nemzeti Stratégia. In. Felvincz K., Nyírády A. (szerk) (2009) *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest.

Werch, C. E. és Owen, D. M. (2002) „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs”, *Journal of Studies on Alcohol* 63, 581-90.

Vicsek L. (2006) *Fókuszcsoport*. Budapest: Osiris.

MELLÉKLETEK

VEZÉRFONALAK

A DROGPOLITIKAI JELENTÉS VEZÉRFONALA

Téma	Módszer	Idő
BEVEZETÉS		5
– A moderátor bemutatkozása – A beszélgetés célja, témája: <i>A drogpolitika hazai helyzetével kapcsolatos kérdésekről beszélgetünk. Célunk a drogpolitika területére vonatkozó ún. „Élő Jelentés” összeállítása, az, hogy együtt gondolkodjunk, hogy az elszórta rendelkezésre álló személyes tapasztalatainkat összerendezzük, s egy közös képet alakítsunk ki a drogpolitika magyarországi helyzetéről.</i> <i>A következő 2 órában tehát arra kérem Önöket, hogy néhány – az EMCDDA helyzetleírásra ajánlott strukturált kérdőíve alapján összeállított – kérdés mentén gondoljuk végig együtt a magyarországi drogpolitika néhány aspektusát.</i> <i>A kérdések megválaszolása során alapvetően a 2014-es naptári évre gondoljanak. Időnként ennél tágabb időkeretre is rákérdezzünk, valamint a helyi viszonyokra, helyzetre vonatkozóan teszünk fel kérdéseket, de azt minden esetben jelezzük.</i> <i>Engedélykérés a felvételkedészítéshez, felvételkedészítés indoka, adatkezelés-anonimitás</i> <i>A beszélgetés tervezett időtartama: kb. 2 óra</i>		
BEMUTATKOZÁS		17
Először arra kérnék mindenkit, hogy töltsön ki egy rövid kérdőívet. Ezekkel kérdésekkel a későbbiek során foglalkozni fogunk. Az 1. kérdéssor arra a szervezetre vonatkozó kérdéseket tartalmaz, amelyeknek a munkatársaként/képviselőként részt vesz ezen a rendezvényen. A további kérdések a drogpolitikával kapcsolatos vélemények iránt érdeklődnek.	Kérdőívek kiosztása, kitöltése	10
Kérem, szóban is mutatkozzanak be néhány mondatban. A bemutatkozás során a következőkre térjenek ki: – melyik szervezettől jött – mit vár a mai alkalomtól?	Körbe menni mindenkit kérdezni. Opcionális kérdés, csak akkor tesszük fel, ha max. 15-20 fő van a csoportban.	7

Téma	Módszer	Idő
HAZAI DROGPOLITIKAI HELYZET - KERETEK		42
A jelenlegi társadalmi/politikai környezet milyen feltételeket teremt a drogpolitika számára? Kérem, a flipcharton lévő skálán értékeljék a hazai drogpolitika helyzetét! Teljes mértékben megfelelő, támogató, Inkább támogató Is-is Inkább nehézségeket támaszt Nagyon nehezíti a tevékenységet	Táblára felírni, szavazás	5
Kérjük, mondják el, hogy mi áll a helyzetértékelésük hátterében?	beszélgetés	7
Ha az elmúlt 5 évet végiggondolják, hogyan fogalmaznák meg, hogy a probléma kezelhetősége szempontból milyen irányba mozdult el a hazai drogpolitika? Kérem, a flipcharton lévő skálán értékeljék a változásokat! Jelentős mértékben kedvezőbbé vált, Kis mértékben kedvezőbbé vált, Változatlan maradt Kedvezőtlenebbé vált Jelentősen kedvezőtlenebbé vált	Táblára felírni, szavazás	3
Hol észlelnek kedvező, illetve kedvezőtlen tendenciákat?	beszélgetés	7
Mit tartanak jelenleg a hazai drogpolitika legnagyobb megoldandó problémájának a flipcharton lévő listából? Amennyiben másokat, kérem, egészítsék ki a listát! – Kannabisz fogyasztás, – Heroin fogyasztás, – Kokain fogyasztás, – Új pszichoaktív szerek (dizájner drogok) fogyasztása – Alkohol fogyasztás, – Orvosi előírás nélküli gyógyszerfogyasztás, – Poly-use (több szer közös használata), – más?	Táblára felírni, beszélgetés, rangsoroló szavazás (mindenki csak egy esetben, a legfontosabbnak tartott problémánál szavazzon)	10
Most tekintsük meg, hogy milyen válaszok születtek a 2. kérdőívvel kapcsolatban, mely az érvényben lévő Nemzeti Drogellenes Stratégia létrejöttével kapcsolatosan tesz fel kérdéseket. Kik adtak Önök közül ezekre a kérdésekre 4-est vagy 5-öst? Mi áll a válaszaik hátterében? És kik voltak, akik 1-es vagy 2-es válaszokat adtak, és miért?	2. kérdéssort tekintik át a résztvevők	
	beszélgetés	10
AZ ÉRVÉNYBEN LÉVŐ NEMZETI DROGELLENES STRATÉGIA, VALAMINT A TÉNYLEGESEN MEGVALÓSULÓ DROGPOLITIKA TARTALMI KÉRDÉSEI.		41

Téma	Módszer	Idő
Önök szerint az aktuális drogpolitikai prioritások mely stratégiai területet tekintik inkább fontosnak, a kereslet, vagy a kínálat csökkentését? – kereslet-csökkentés – kínálat-csökkentés – nincs egyik területnek sem prioritása	szavazás	5
Önök szerint az aktuális drogpolitika mely stratégiai eszközöket/területeket tekinti kiemelten fontosnak (ténylegesen)? Kérem, értékeljék a flipcharton szereplő területeket! Amennyiben más prioritásokat észlelnek, kérem, egészítsék ki a listát! – Prevenció, – Alacsonyküszöbű ellátások/ártalom-csökkentés, – Kezelés, – Szociális ellátások, – Közösségi erőforrások, – Rendészeti eszközök (lefoglalás/bv)	Felírni a táblára, beszélgetés, a kialakult listáról rangsoroló szavazás (mindenki csak egy esetben, a legfontosabbnak tartott problémánál szavazzon)	10
Most a 3. kérdéssorában foglalt témakörrel, az érvényben lévő Nemzeti Drogellenes Stratégia, valamint a ténylegesen megvalósuló drogpolitika tartalmi kérdéseivel kapcsolatos kérdésekkel foglalkozunk. Kik adtak Önök közül ezekre a kérdésekre 4-est vagy 5-öst? Mi áll a válaszaik hátterében? És kik voltak, akik 1-es vagy 2-es válaszokat adtak, és miért?	a 3. kérdéssort tekintik át a résztvevők	
	beszélgetés	13
Most nézzük meg, hogy milyen válaszok születtek a 4. kérdéssorban szereplő kérdésekkel kapcsolatban, melyek drogpolitika finanszírozásával és a drogkoordináció helyzetével voltak kapcsolatosak. Melyek azok az eszközök, melyek támogatást élveznek (4-es vagy 5-ös válaszok) helyben, illetve országosan? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző? Melyek azok, amelyek legkevésbé élveznek támogatást helyben és országosan? Miért?	a 4. kérdéssort tekintik át a résztvevők	
	beszélgetés	13
VÉGÜL MÉG EGY KÉRDÉS.		10
Milyen drogpolitikai eseményt, történést tart fontosnak az elmúlt négy évből? Miért?	beszélgetés	10
ZÁRÁS		5
Egyéb, amit fontosnak tartanak elmondani, és eddig nem került elő. Zárás, esetleges folytatás megbeszélése.		5

A PREVENCIÓS JELENTÉS VEZÉRFONALA

Téma	Módszer	Idő
BEVEZETÉS		5
– A moderátor bemutatkozása – A beszélgetés célja, témája: <i>A prevenció helyzetével kapcsolatos kérdésekről beszélgetünk. Célunk a drogprevenció területére vonatkozó ún. „Élő Jelentés” összeállítása, az, hogy együtt gondolkodjunk, hogy az elszórtan rendelkezésre álló személyes tapasztalatainkat összerendezzük, s egy közös képet alakítsunk ki a drogpervenció magyarországi helyzetéről. A prevenció vonatkozásában különösen fontos, hogy megpróbáljuk együtt értelmezni a helyzetet, hiszen mint tudjuk, gyakorlatilag nem rendelkezünk kutatási adatokkal arra vonatkozóan, hogy hol, kik, milyen tartalommal és módszerekkel végeznek prevenciós tevékenységet, s ezen a területen nincs reguláris adatgyűjtés sem.</i> <i>A következő 2 órában tehát arra kérem Önöket, hogy néhány – az EMCDDA helyzetleírásra ajánlott strukturált kérdőíve alapján összeállított – kérdés mentén gondoljuk végig együtt a magyarországi drogprevenció néhány aspektusát.</i> <i>A kérdések megválaszolása során a 2014-es naptári évre gondoljanak. Időnként ennél tágabb időkeretre is rákérdezzünk, valamint a helyi viszonyokra, helyzetre vonatkozóan teszünk fel kérdéseket, de azt minden esetben jelezzük.</i> – Engedélykérés a felvételkészítéshez, felvételkészítés indoka, adatkezelés-anonimitás <i>A beszélgetés tervezett időtartama: kb. 2 óra</i>		
BEMUTATKOZÁS		17
Először arra kérnék mindenkit, hogy töltsön ki egy rövid kérdőívet, ezekkel a kérdésekkel későbbiek során foglalkozni fogunk. Az 1. kérdéssor arra szervezetre vonatkozó kérdéseket tartalmaz, amelyeknek a munkatársaként/képviselőként részt vesz ezen a rendezvényen. A további kérdések a prevenciós tevékenységgel kapcsolatos vélemények iránt érdeklődnek.	Kérdőívek kiosztása	10
Kérem, szóban is mutatkozzanak be néhány mondatban. A bemutatkozás során a következőkre térjenek ki: – melyik szervezettől jött – mit vár a mai alkalomtól?	Körbe menni mindenkit kérdezni. Opcionális kérdés, csak akkor tesszük fel, ha max 15-20 fő van a csoportban.	7

Téma	Módszer	Idő
ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ		31
Először az általános prevenciós beavatkozások egész Európában leginkább jelentékeny hányadát jelentő iskolai prevencióról beszéljünk!		31
Önök szerint mennyire hozzáférhető, mennyire áll rendelkezésre ez a beavatkozás az országban általában? Kérem, a flipcharton lévő skálán értékeljék az iskolai prevenció hozzáférhetőségét! Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van Ritka: csak néhány iskolában van Nincs: nem létezik Nincs információ	Táblára felírni, szavazás	5
Milyen források alapján fogalmazták meg véleményüket?	beszélgetés	3
Ha az elmúlt 5 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3
Most tekintsük meg, hogy milyen válaszok születtek a 2. kérdéssorral kapcsolatban, melyben az iskolai prevenció különböző aspektusaival, lehetséges jellemzőivel kapcsolatban fogalmazták meg a véleményüket. Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak az országban általában (4-es vagy 5-ös válaszok)? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző? Melyek azok, amelyek az országban általában nincsenek, vagy csak ritkán (1-es vagy 2-es válaszok)? Mit gondolnak, ezek jelenléte miért nem jellemző?	2. kérdéssort tekintik át a résztvevők	
	beszélgetés	10
Önök szerint az aktuális drogpolitika prioritások az alábbi célok közül melyiket tekintik leginkább fontosnak? Amennyiben más prioritásokat észlelnek, kérem, egészítsék ki a listát – Információk a szociális / egészségügyi kockázatokról – Védő iskolai környezet megteremtése – Készségek fejlesztése – A társadalmi kirekesztés csökkentése – Az iskolai szerepének megerősítése – Önértékelés fejlesztése – Segítő szolgáltatásokkal kapcsolatos információk	Felírni a táblára, rangsoroló szavazás (mindenki csak egy helyre adja le a szavazatát)	10

Téma	Módszer	Idő
– Egyéb, és pedig (ide a kiegészítéseket felírjuk)		
Most néhány kérdést tennék fel a közösségi alapú megelőzéssel kapcsolatban. <i>Közösségi alapú megközelítést, mint színteret értelmezzük, szemben a közösség tágabb - egyének aktív társadalmi hálózataként való – értelmezésével. Ide tartoznak a fiatalokat megcélzó iskolán kívüli programok, az alternatív szabadidő eltöltést elősegítő, vagy a sport programok, illetve bármely olyan drog-prevenációs, vagy egészségfejlesztési program, mely kizárólagosan a helyi közösséget célozza meg. A közösségi programok sok esetben a veszélyeztetett fiatalokkal foglalkoznak, vagy hagyományos ártalomcsökkentő, vagy beilleszkedést elősegítő programok, de ezekkel itt most nem foglalkozunk.</i>		29
A továbbiakban a 3. kérdéssorban foglalt témakörrel foglalkozunk, amelyik a közösségi megelőzés különböző lehetséges megközelítéseit tárgyalja. Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak az országban általában (4-es vagy 5-ös válaszok)? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző? Melyek azok, amelyek az országban általában nincsenek, vagy csak ritkán (1-es vagy 2-es válaszok)? Mit gondolnak, ezek jelenléte miért nem jellemző?	a 3. kérdéssort tekintik át a résztvevők	
	beszélgetés	10
Összességében Önök szerint a közösségi megközelítésű prevenció mennyire jellemző az országban általában? Kérem, a flipcharton lévő skálán értékeljék a közösségi prevenció hozzáférhetőségét! Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van Ritka: csak néhány releváns helyen van Nincs: nem létezik Nincs információ	Táblára felírni, szavazás	5
Milyen források alapján fogalmazták meg véleményüket?	beszélgetés	5
Ha az elmúlt 5 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3
Önök szerint a közösségi prevenció túlnyomórészt univerzális, vagy célzott beavatkozások formájában valósul meg az országban általában?	beszélgetés	6

Téma	Módszer	Idő
CÉLZOTT PREVENCIÓ <i>Célzott prevenció (Targeted prevention) a teljes populáció csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozza meg, azokat a személyeket, vagy csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők. Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, képes legyen profitálni ezekből.</i> A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között. Ilyen veszélyeztetett csoportok lehetnek: hajléktalanok, kisebbségek tagjai, problémás diákok, iskolából kimaradó fiatalok, intézetben élő fiatalok, fiatal bűnelkövetők, partizó fiatalok, rossz környéken élő fiatalok, bevándorlók, beilleszkedési problémákkal küzdők, hiperaktív fiatalok, veszélykeresők, kondi terembe járók (szteroidokat, teljesítménynövelő szereket fogyasztók).		
Most nézzük meg, hogy milyen válaszok születtek a 4. kérdéssorban szereplő kérdésekkel kapcsolatban, melyek a különböző veszélyeztetett csoportokra irányuló célzott közösségi beavatkozásokkal foglalkoznak. Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak az országban általában (4-es vagy 5-ös válaszok)? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző? Melyek azok, amelyek az országban általában nincsenek, vagy csak ritkán (1-es vagy 2-es válaszok)? Mit gondolnak, ezek jelenléte miért nem jellemző?	a 4. kérdéssort tekintik át a résztvevők	
	beszélgetés	10
Összességében Önök szerint mennyire hozzáférhetőek a veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozások az országban általában? Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van Ritka: csak néhány releváns helyen van Nincs: nem létezik Nincs információ	Táblára felírni, szavazás	5
Milyen források alapján fogalmazták meg véleményüket?	beszélgetés	3
Ha az elmúlt 5 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3

Téma	Módszer	Idő
VÉGÜL NÉHÁNY ÁLTALÁNOS KÉRDÉS AZ ÖNÖK TÉRSÉGÉBEN ZAJLÓ PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK-KAL KAPCSOLATBAN		8
Hat évvel ezelőtti kutatási adatok azt mutatták, hogy a prevenciós beavatkozásokat nagyrészt (70%-ban) nonprofit szervezetek végzik. Önök hogyan látják, volt-e ebben elmozdulás az elmúlt években?	beszélgetés	5
A hat évvel ezelőtti kutatási adatok azt is jelezték, hogy a prevenciós programok finanszírozása elsősorban pályázati keretekben, állami forrásokból történik. E tekintetben érzékelnek-e változásokat? Mennyire jellemezőek a helyi források bevonásával megvalósuló programok?	beszélgetés	3
ZÁRÁS		4
Egyéb , amit fontosnak tartanak elmondani, és eddig nem került elő. Zárás, elköszönés.		4

AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ JELENTÉS VEZÉRFONALA

Téma	Módszer	Idő
BEVEZETÉS		5
– A moderátor bemutatkozása – A beszélgetés célja, témája: <i>A Civil Fórum célja a HELYZETÉRTTELMEZÉS, egyrészt egy kiemelt témára fókuszálva, másrészt pedig a drogpolitika, a prevenció, a kezelés/ellátás és az ártalomcsökkentés területeihez kapcsolódóan. Minthogy az egyes szakmaterületek helyzetével kapcsolatosan nem, vagy csak nagyon korlátozott mértékben rendelkezünk kutatási adatokkal, ezért a helyzetértelmezés új műfajaként, ún. „ÉLŐ JELENTÉS” ÖSSZEÁLLÍTÁSÁRA HÍVJUK A SZAKMÁT. Az „Élő Jelentés” egy jól megtervezett, strukturált, nyilvános, és dokumentált beszélgetés. A jelentés célja egyrészt az, hogy együtt gondolkodjunk, másrészt, hogy közös képet alakítsunk ki a drogügyek egyes területeiről, melynek eredményeképpen az elszórta rendelkezésre álló személyes tapasztalatok összerendezhetővé válnak.</i> – Engedélykérés a felvételt készítéshez, felvételt készítés indoka, adatkezelés-anonimitás <i>A beszélgetés tervezett időtartama: kb. 2 óra</i>		
BEMUTATKOZÁS		12
Először arra kérnék mindenkit, hogy töltsön ki egy rövid kérdőívet, ezekkel a kérdésekkel későbbiek során foglalkozni fogunk. Az 1. kérdéssor arra szervezetre vonatkozó kérdéseket tartalmaz, amelyeknek a munkatársaként/képviselőként részt vesz ezen a rendezvényen. A további kérdések a prevenciós tevékenységgel kapcsolatos vélemények iránt érdeklődnek.	Kérdőívek kiosztása	5
Kérem, szóban is mutatkozzanak be néhány mondatban. A bemutatkozás során a következőkre térjenek ki: – melyik szervezettől jött – mit vár a mai alkalomtól?	Körbe menni mindenkit kérdezni. Opcionális kérdés, csak akkor tesszük fel, ha max 15-20 fő van a csoportban.	7
ÁRTALOMCSÖKKENTÉS HELYZETE ÁLTALÁNOSÁGBAN		30
Mi jelenleg a hatékony munkavégzés legnagyobb akadálya az ártalomcsökkentés területén? Segítő kérdések: – tűcsere szolgáltatások tekintetében – biztonságos szórakozást támogató szolgáltatások tekintetében	beszélgetés	10

Téma	Módszer	Idő
Finanszírozási hogyan alakult az elmúlt időszakban? Milyen hatással volt ez a szolgáltatásokra? Segítő kérdések: – Kellett korlátozni a szolgáltatást? Ha igen hogyan? Konkrét példák. – Források keresése? Milyen alternatív forrásokat tudtak találni?	beszélgetés	10
Tapasztaltak-e nyomást, vagy tapasztaltak-e magukon önkontrollt a nyilvános szereplésekkel kapcsolatban? Segítő kérdések: – Reális félelem-e, hogy az állami források megítélése függ a nyilvánosságban megjelenő nyilatkozatoktól, véleményektől? – A nem támogató politikai közbeszéd, botrányok szerepe?	beszélgetés	10
TÚCSERE PROGRAMOK HELYZETE		40
Túcserek elleni politikai kampánynak volt-e valamilyen érezhető hatása a szervezet életére? Segítő kérdések: – Volt konfliktusuk a helyi politikai szereplőkkel? – Volt változás emiatt a környéken élők viselkedésében? Konkrét példákat...	beszélgetés	10
Milyen hatása van/lehet hosszabb távon ennek a célcsoportra? Segítő kérdések: – Szolgáltatás elérése hogyan változott? – Milyen szolgáltatásoknak lehet nagyobb szerepe ebben a helyzetben? – Változtattak-e valamin ennek kapcsán a programban?	beszélgetés	10
Hogyan alakultak az együttműködések a különböző szereplőkkel? Segítő kérdések: – Rendőrség? – Egyéb ellátóhelyek? – Vannak írott dokumentumok ezekről?	beszélgetés	10
Mennyire érzik magukat jogilag biztonságban a túcserek munkatársai? Segítő kérdések: – Volt-e ebben változás az elmúlt időszakban? – Voltak-e konkrét esetek? (igazoltatás, rendőrök megjelenése a programban, stb)	beszélgetés	10

Téma	Módszer	Idő
– Minden beavatkozás jogi feltétele tiszta? (utcai tűgyűjtés, utcai tűcsere)		
BIZTONSÁGOS ÉJSZAKAI SZÓRAKOZÁS (PARTY SERVICE) PROGRAMOK HELYZETE		20
A West-Balkánban történt haláleset után nagy figyelmet kapott a biztonságos éjszakai szórakozás. Mi a helyzet azóta, hogyan változott az ártalomcsökkentő programok helyzete? Segítő kérdések: – Mi a legnagyobb nehézség, ha ártalomcsökkentő programmal szeretne megjeleni valaki egy szórakozóhelyen vagy fesztiválon? – Mennyire nyitottak a szórakozóhelyek, party- ill. fesztiválszervezők? – Vannak együttműködések ezen a téren? (konkrét példákat)	beszélgetés	10
Van valamilyen helyi/országos minőségbiztosítás, sztenderdek a biztonságosabb szórakozás területén? Segítő kérdések: – Megjelenik ez stratégiai dokumentumokban, célzott programokban? (pl biztonságos szórakozóhely védjegy). – Ha vannak, akkor milyen beavatkozások biztosítása kötelező? – Ha nincs, milyen beavatkozásokat kellene feltételként kéne megjeleníteni ezekben?	beszélgetés	10
LEZÁRÁS, ÖSSZEFOGLALÁS		15
Az elmúlt 5 évben az ártalomcsökkentés helyzete Magyarországon: – jobb lett – nem változott – rosszabb lett	szavazás	5
Fejezze be a mondatot: Az ártalomcsökkentés legnagyobb problémája jelenleg az, hogy...	beszélgetés	5
Fejezze be a mondatot: A szakma legfontosabb feladata az lenne, hogy...	beszélgetés	5
PLUSZ KÉRDÉSEK, HA JUT RÁ IDŐ		20
Dizájner szerek megjelenésének milyen hatása volt az ártalomcsökkentéssel foglalkozó programokra? (party szervíz, tűcsere) Segítő kérdések:	beszélgetés	10

Téma	Módszer	Idő
– Érezhető átalakulás? – Van olyan színtér, amely jobban érintett ebben? – Kellett változtatni a szolgáltatásokon? – Jó, bevált módszer ezen a téren?		
Milyen volt a szereplők ehhez kapcsolódó kommunikációja? Segítő kérdések: – Mi volt a legjobb, mi volt ami rontott a helyzeten? – Jó példák, rossz példák? – Mit kellett volna másképp csinálni?		

A KEZELÉS/ELLÁTÁS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ JELENTÉS VEZÉRFONALA

Téma	Módszer	Idő
BEVEZETÉS		5
– A moderátor és az asszisztens bemutatkozása – A beszélgetés célja, témája: <i>A droghasználók kezelésének/ellátásának helyzetével kapcsolatos kérdésekről beszélgetünk. Célunk a kezelés/ellátás területére vonatkozó ún. "Élő Jelentés" összeállítása, az, hogy együtt gondolkodjunk, hogy az elszórtan rendelkezésre álló személyes tapasztalatainkat összerendezzük, s egy közös képet alakítsunk ki a kezelés/ellátás magyarországi helyzetéről. Ugyan ezen a területen vannak rutin adatgyűjtések, hiszen a szerhasználók kezeléséről jelentjük a TDI adatokat, azonban mint tudjuk, ezek az adatok nagyon sokféle módon értelmezhetők, hiszen az ellátás hozzáférhetőségét, a célcsoport adekvátságát csak az olyan, a kezelés kontextusát jelentő információk alapján tudjuk megítélni, mint például a szerhasználó populáció nagysága, összetétele, vagy akár a kezelés iránti attitűdjei. Ezekkel kapcsolatban kevés információnk van, hiszen az utóbbi évekre vonatkozóan gyakorlatilag nem rendelkezünk kutatási adatokkal.</i> <i>A következő 2 órában tehát arra kérem Önöket, hogy néhány - az EMCDDA helyzetleírásra ajánlott strukturált kérdőíve alapján összeállított – kérdések mentén gondoljuk végig együtt a droghasználók magyarországi kezelésének/ellátásának néhány aspektusát.</i> <i>A kérdések megválaszolása során a 2014-es naptári évre gondoljanak. Időnként ennél tágabb időkeretre is rákérdezzünk, valamint a helyi viszonyokra, helyzetre vonatkozóan teszünk fel kérdéseket, de olykor az országos helyzettel kapcsolatos véleményükre leszünk kíváncsiak, ezt azonban minden esetben jelezzük.</i> – A beszélgetés jellemzői/szabályai (tegeződés vagy magázódás, nincsenek rossz vagy jó válaszok, mindenki elmondhatja a véleményét, lehet vitatkozni, de nem kell meggyőzni egymást, lehet egymástól kérdezni, de ne vágjunk egymás szavába) – Telefonokat kikapcsolni – Engedélykérés a felvételt készítéshez, felvételt készítés indoka, adatkezelés-anonimitás <i>A beszélgetés tervezett időtartama: kb. 2 óra</i>		
BEMUTATKOZÁS		10
Először arra kérnék mindenkit, hogy töltsse ki ezt a rövid kérdőívet a szervezetéről.	1. Kérdőív	3
Kérem, szóban is mutakozzanak be néhány mondatban. A bemutatkozás során a következőkre térjenek ki: – melyik szervezettől jött – mióta foglalkozik a szervezet drogkezeléssel, – a szervezet fő tevékenységként végzi-e a drogkezelést?	Körbe menni mindenkit kérdezni (ha 15-nél több ember van, akkor elhagyni)	7
AMBULÁNS KEZELÉS		34
Önök szerint, az igényekhez képest az ambuláns ellátási forma mennyire elérhető a kliensek számára? - Teljes mértékben – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá, hozzá tud férni a szolgáltatáshoz; - Kiterjedt – a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz;	Táblára felírni szavazás	3

Téma	Módszer	Idő
- Korlátozott mértékben –több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz; - Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz; - Nincs – nem létezik; - Nincs információ		
Milyen forrásból származnak az információi, mire alapozza választát? pl.: szakemberek véleménye, általános publikáció, kutatás, szakértői publikáció, saját tapasztalat.	Beszélgetés	3
Ha az elmúlt 5 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak az ellátási forma elérhetősége tekintetében? - a hozzáférhetőség kedvezőbb lett - nem változott - kedvezőtlenebb lett	Szavazás	3
Milyen akadályai lehetnek az adott ellátási forma igénybevételének?	beszélgetés	5
Most töltsék ki a 2. kérdőívet	2. kérdéssor	2
Milyen beavatkozások kaptak 4-5, melyek 1-2-es értéket - megvitatás	beszélgetés	5
Milyen kihívásokkal szembesülnek az ambuláns ellátásban dolgozók?	Válaszokat flipchartra írni, megszavaztatni	5
A fenti kihívások közül melyek azok, amelyekre vannak válaszaik, s mik ezek?	beszélgetés	5
Mely problémákra nincsenek válaszok?	beszélgetés	3
ALACSONYKÜSZÖBŰ SZOLGÁLTATÁSOK		33
Önök szerint az igényekhez képest az alacsonyküszöbű ellátási forma mennyire elérhető a kliensek számára? Teljes mértékben – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá, hozzá tud férni a szolgáltatáshoz; Kiterjedt – a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz; Korlátozott mértékben –több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz; Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz; Nincs – nem létezik; Nincs információ	Táblára felírni szavazás	3
Milyen forrásból származnak az információi, mire alapozza választát? pl.: szakemberek véleménye, általános publikáció, kutatás, szakértői publikáció, saját tapasztalat.	beszélgetés	3
Ha az elmúlt 5 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak az ellátási forma hozzáférhetősége tekintetében? a hozzáférhetőség kedvezőbb lett nem változott	szavazás	3

Téma	Módszer	Idő
kedvezőtlenebb lett		
Milyen akadályai lehetnek az adott ellátási forma igénybevételének?	beszélgetés	5
Milyen kihívásokkal szembesülnek az alacsonyküszöbű ellátásban dolgozók?	Válaszokat flipchartra írni – megszavaztatni	5
Most töltsék ki a 3. kérdőívet	1. kérdéssor	2
Milyen beavatkozások kaptak 4-5, melyek 1-2-es értéket - megvitatás	beszélgetés	5
A fenti kihívások közül melyek azok, amelyekre vannak válaszaik, s mik ezek?	beszélgetés	5
Mely problémákra nincsenek válaszok?	beszélgetés	3
BENTLAKÁSOS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK <i>Kórházi kezelés, nem-kórházi bentlakásos kezelés, terápiás közösségek, börtönök, egyéb bentlakásos lehetőségek</i>		34
Önök szerint az igényekhez képest a bentlakásos kezelési forma mennyire hozzáférhető a kliensek számára? Teljes mértékben – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá, hozzá tud férni a szolgáltatáshoz; Kiterjedt – a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz; Korlátozott mértékben –több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz; Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz; Nincs – nem létezik; Nincs információ	Táblára felírni szavazás	3
Milyen forrásból származnak az információi, mire alapozza válaszát? pl.: szakemberek véleménye, általános publikáció, kutatás, szakértői publikáció, saját tapasztalat.	beszélgetés	3
Ha az elmúlt 5 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak az ellátási forma hozzáférhetősége tekintetében? a hozzáférhetőség kedvezőbb lett nem változott kedvezőtlenebb lett	szavazás	5
Milyen akadályai lehetnek az adott ellátási forma igénybevételének?	beszélgetés	3
Most töltsék ki a 4/a és a 4/b kérdőívet	4. kérdéssor	2
Milyen beavatkozások kaptak 4-5, melyek 1-2-es értéket - megvitatás	beszélgetés	5
Milyen kihívásokkal szembesülnek a bentlakásos intézményekben dolgozók?	Válaszokat flipchartra írni – megszavaztatni	5
A fenti kihívások közül melyek azok, amelyekre vannak válaszaik, s mik ezek?	beszélgetés	5

Téma	Módszer	Idő
Mely problémákra nincsenek válaszok?	beszélgetés	3
KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK SPECIÁLIS CÉLCSOPORTOK SZÁMÁRA <i>A speciális csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatások bizonyítottan oki kapcsolatot mutattak ki az adott tényező meglét és a probléma-viselkedés kialakulása között. Veszélyeztetett csoportok:</i> – gyerekek vagy serdülők – komorbid státuszú kliensek – bv kliensek – idősebb kliensek – hajléktalanok – szex munkások – várandós nők, kisgyermekes anyák és családok – LMBTQ kliensek		18
Összességében Önök szerint mennyire hozzáférhetőek a veszélyeztetett csoportokra irányuló ellátások? Töltsék ki az 5. kérdéssort	5. kérdéssor	3
Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak? Mit gondolnak miért ezek jelenléte jellemző?	beszélgetés	3
Melyek azok, amelyek nincsenek, vagy csak ritkán? Mit gondolnak ezek jelenléte miért nem jellemző?	beszélgetés	3
Milyen forrásból származnak az információi, mire alapozza válaszát? pl.: szakemberek véleménye, általános publikáció, kutatás, szakértői publikáció, saját tapasztalat.	beszélgetés	3
Általában hol valósulnak meg ezek a szolgáltatások? A célcsoporthoz megy a szolgáltatás, vagy a célcsoport megy a szolgáltatóhoz?	beszélgetés	3
Ha az elmúlt 5 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások történtek a speciális célcsoportok számára nyújtott ellátási formák hozzáférhetősége tekintetében? /szavazás/ - a hozzáférhetőség kedvezőbb lett - nem változott - kedvezőtlenebb lett	szavazás	3
ZÁRÁS		2
Egyéb, amit fontosnak tartanak elmondani, és eddig nem került elő. Mindazokat a kérdéseket és témákat, amelyeket nem tudtunk végigvenni egy későbbi alkalom során lesz lehetőség megvitatni. Zárás, elkészítés.		

KÉRDŐÍVEK

MINDEN CSOPORTBAN FELVÉTELRE KERÜLT KÉRDŐÍV

1. KÉRDÉSSOR

Az Önt delegáló szervezet adatai				
A szervezet neve:				
A szervezet bejegyzett székhelye:				
A szervezet mely szektorhoz tartozik?				
☐	állami			
☐	magán			
☐	nem-kormányzati (NGO, egyházi)			
Nem-kormányzati szektorba tartozó szervezet esetén a szervezet jogi formája:				
☐	magánalapítvány		☐	közhasznú társaság (kht)
☐	egyesület (kör, klub, társaság, szövetség...)		☐	köztisztület
☐	közalapítvány		☐	nonprofit szervezet intézménye
☐	egyház			
A szervezet bejegyzésének éve:				év
A szervezet tevékenységei: Kérjük, nevezze meg az önt delegáló szervezet fő tevékenységét, és sorolja fel a szervezet minden tevékenységét. Adja meg, hogy az egyes tevékenységek jelenleg a kapacitásának hány százalékát foglalják le!				
A szervezet fő tevékenysége				%
Egyéb, nem főtevékenységként végzett tevékenységek				%
				%
				%
				%
				%
A szervezet tevékenységének hatóköre:				
☐	egy település		☐	több megyére kiterjedő
☐	több település		☐	regionális
☐	egy megyére kiterjedő		☐	országos

Az Ön adatai				
Neve:				
Szervezetbeli tisztsége:				
Mióta dolgozik valamilyen szerhasználatot kezelő programban:				év
Mióta dolgozik ennél a szervezetnél:				év
Kér-e visszajelzést az eredményekről?		igen		nem
Ha igen, adja meg e-mail címét:				

Honnan származik érdeklődése a drogpolitika iránt?

A DROGPOLITIKA ÉLŐ JELENTÉS KÉRDŐÍVE

2. KÉRDÉSSOR

Az Országgyűlés 2013. október 7-én fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégiát, mely arra hivatott, hogy meghatározza a drogpolitika jövőbeni irányait és eszközeit. Az alábbiakban ezzel a dokumentummal kapcsolatban teszünk fel kérdéseket.

Véleménye szerint milyen egyeztetési folyamat előzte meg e dokumentum elfogadását? Kérjük, hogy válaszát az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 – Széles körű tartalmi egyeztetés: gyakorlatilag minden releváns helyen/szereplővel volt egyeztetés,
- 4 – Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen/szereplővel volt egyeztetés, de nem mindenütt/mindenkivel
- 3 – Korlátozott: A releváns szereplők többségével nem volt egyeztetés, de több mint néhányval igen
- 2 – Kismértékű egyeztetés: a releváns szereplők többségével nem volt egyeztetés, de több mint néhány szereplővel volt
- 1 – Semmilyen egyeztetés nem volt
- 9 – Nem tudom

Ön szerint ezek az egyeztetések mennyire voltak hatással a stratégia tartalmára?

- 5 – Teljes mértékben
- 4 – Jelentős mértékben
- 3 – Korlátozottan
- 2 – Kis mértékben
- 1 – Egyáltalán nem
- 9 – Nem tudom

Amennyiben Ön az érvényben lévő Nemzeti Drogellenes Stratégia kialakításában személyesen részt vett (szakértőként, a nyilvános vita résztvevőjeként), hogyan értékeli, milyen mértékben sikerült véleményét érvényesíteni?

- 5 – Teljes mértékben
- 4 – jelentős mértékben
- 3 – Korlátozottan
- 2 – Kis mértékben
- 1 – Nem volt hatással
- 0 – Nem vett részt
- 9 – Nem tudom

Véleménye szerint összességében a Kormány a szakma/szakmai szervezetek véleménye alapján alakította-e ki stratégiáját?

- 5 – Teljes mértékben
- 4 – Nagymértékben
- 3 – Közepes mértékben
- 2 – Kis mértékben
- 1 – Egyáltalán nem
- 9 – Nem tudom

3. KÉRDÉSSOR

Az alábbiakban az érvényben lévő Nemzeti Drogellenes Stratégia tartalmi elemeire kérdezzünk rá. Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 – Teljes mértékben
- 4 – Jelentős mértékben
- 3 – Korlátozottan
- 2 – Kis mértékben
- 1 – Egyáltalán nem
- 9 – Nem tudom

	az Ön válasza
Az érvényben lévő nemzeti drog-ellenes stratégia milyen mértékben fejezi ki az Ön drogpolitikával kapcsolatos véleményét?	
Hogyan tapasztalja, a drog-ellenes nemzeti stratégia elfogadása óta a stratégia meghatározza-e a hazai drogpolitika alakulását?	
Milyen mértékben tartja megfelelőnek a Nemzeti Drogellenes Stratégia megfogalmazott fő célkitűzéseit?	
A ténylegesen megvalósuló drogpolitika az Ön véleménye szerint az elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégia prioritásait követi-e?	

Véleménye szerint a Kormányt az új drogstratégia kialakításában az alábbi szempontok közül melyek vezérelték? Több választ is megjelölhet!

- 1 – új droghelyzet
- 1 – a jogszabályi környezet megváltozása
- 1 – a szociális és egészségügyi ellátórendszer átalakulása
- 1 – új szakmai szempontok megjelenése
- 1 – politikai-ideologikus szempontok
- 1 – a droghasználattal kapcsolatos társadalmi gondolkodás megváltozása
- 1 – egyéb:
- 1 – egyéb:
- 1 – nem tudom

4. KÉRDÉSSOR

A drogpolitika alábbiakban felsorolt **lehetséges eszközeinek, beavatkozási területeinek támogatása** Ön szerint **mennyire volt jellemző 2014-ben** az Önök térségében, illetve országosan? Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

5 – Teljes mértékben

2 – Kis mértékben

4 – Jelentős mértékben

1 – Egyáltalán nem

3 – Korlátozottan

9 – Nem tudom

Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjedtnak, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	a térségben	országosan
Helyi együttműködés, KEF, helyi erőforrások		
Megelőzés		
Alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő beavatkozások		
Egészségügyi kezelés		
Szociális ellátás, támogatás		
Bűnüldözés, büntető-igazságszolgáltatás		
Monitorozás, értékelés		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

Véleménye szerint a drogpolitika lehetséges eszközeinek, beavatkozási területeinek támogatására helyi, illetve országos szinten hogyan alakultak az utóbbi 5 évben? Kérem, az alábbi skálán értékeljen:

5 – Jelentős mértékben növekedtek

2 – Kis mértékben csökkent

4 – Kis mértékben növekedtek

1 – Nagymértékben csökkent

3 – Változatlan

9 – Nem tudom

	a térségben	országosan
Helyi együttműködés, KEF, helyi erőforrások		
Megelőzés		
Alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő beavatkozások		
Egészségügyi kezelés		
Szociális ellátás, támogatás		
Bűnüldözés, büntető-igazságszolgáltatás		
Monitorozás, értékelés		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

Hogyan értékeli a jelenlegi drogkoordinációs rendszert? Az milyen mértékben képes a drogpolitikai/drogkoordinációs kérdéseket képviselni?

Kérjük, hogy a szokásos skálán értékeljen, ahol az 5-ös azt jelenti, hogy „teljes mértékben” az 1-es pedig azt, hogy „egyáltalán nem”

Az Önök térségében térségben	
Országosan	

A PREVENCIÓS ÉLŐ JELENTÉS KÉRDŐÍVE**2. KÉRDÉSSOR**

Az alább felsorolt szempontok, jellemzők jelenléte Ön szerint 2014-ben mennyire volt jellemző az iskolákban az Önök térségében, illetve országosan? Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van
- 4 - Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt
- 3 - Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van
- 2 - Ritka: csak néhány iskolában van
- 1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába. Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjedtnak, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	térségben	országosan
Iskolai drogstratégia léte		
Teljes dohányzási tilalom az iskolákban		
Drog teszt a tanulók körében		
Több alkalomból álló, sztemerd nyomtatott drogprevenciós programok		
Információs napok		
Rendőrk által tartott prevenciós előadások		
Egyéb külsős oktatók által tartott programok (pl. ex-használók, orvosok, stb.)		
A különböző tantárgyakban szerepelnek kábítószerrel kapcsolatos információk		
Az iskolai tananyagba integrált, holisztikus drogprevenciós programok		
Készségfejlesztő programok		
Kortárssegítő programok		
Csak fiúknak vagy csak lányoknak szóló programok		
Tanórán kívüli kreatív tevékenységek, alternatív programok		
Szülők számára szervezett programok		
Korai felismerésre irányuló programok		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

Összességében Ön szerint **az iskolai prevenció** mennyire hozzáférhető, mennyire áll rendelkezésre az **Önök a térségben**? Kérem, az alábbi skálán értékeljék az iskolai prevenció hozzáférhetőségét!

5	Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van
4	Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt
3	Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van
2	Ritka: csak néhány iskolában van
1	Nincs: nem létezik

3. KÉRDÉSSOR

A közösségi prevenció alább felsorolt típusainak/megközelítéseinek jelenléte Ön szerint mennyire volt jellemző 2014-ben az Önök térségében, illetve országosan? Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van
- 4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt
- 3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van
- 2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van
- 1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjedtnek, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Közösségi szinten összehangolt szolgáltatások		
Közösségi támogatás, részvételen és felelősségvállaláson alapuló rendszerek (a családok, tanárok, mentorok, sorstársa stb. bevonásával)		
A közösségi csoportok számára szervezett képzések		
Ifjúsági tanácsadó központok		
Nem fix telephelyű programok a térségben/ közösségben élő fiatalok számára		
Alternatívák nyújtása (sport, szabadterei, ill. kreatív tevékenységek)		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

Összességében Ön szerint **a közösségi prevenció** mennyire hozzáférhető, mennyire áll rendelkezésre az **Önök a térségben**? Kérem, az alábbi skálán értékelje közösségi prevenció hozzáférhetőségét!

- | | |
|---|--|
| 5 | Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van |
| 4 | Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt |
| 3 | Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van |
| 2 | Ritka: csak néhány releváns helyen van |
| 1 | Nincs: nem létezik |

4. KÉRDÉSSOR

Ön szerint 2014-ben a közösségi-alapú beavatkozások az alább felsorolt célcsoportok számára mennyire voltak elérhetőek az Önök térségében, illetve országosan?

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van
- 4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt
- 3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van
- 2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van
- 1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjedtnek, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire elérhető	
	a térségben	országosan
Szociális, oktatási problémákkal küzdő tanulóakra fókuszáló beavatkozások		
Menekültekre irányuló beavatkozások		
Különböző etnikai/kisebbségi csoportokat megcélzó beavatkozások		
Hajléktalanokra irányuló beavatkozások		
Fiatal bűnelkövetőkre irányuló beavatkozások		
Állami gondozottakra irányuló beavatkozások		
Szociálisan hátrányos környéken élő fiatalok		
Party/fesztivál látogatók		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

Összességében Ön szerint mennyire hozzáférhetőek a veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozások az Önök a térségben?

- | | |
|---|--|
| 5 | Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van |
| 4 | Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt |
| 3 | Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van |
| 2 | Ritka: csak néhány releváns helyen van |
| 1 | Nincs: nem létezik |

AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ ÉLŐ JELENTÉS KÉRDŐÍVE

1. Kérem, becsülje meg az alábbi, fertőző betegségek prevalenciájának csökkentésére irányuló beavatkozások elérhetőségét, hozzáférhetőségét országosan illetve saját szervezete működésének területén helyi, regionális szinten aszerint, hogy a problémás szerhasználók igényekhez képest milyenek a rendelkezésre álló szolgáltatói kapacitások. Az egyes beavatkozások mellé írja be azt a számot, amely legjobban jellemzi adott beavatkozás elérhetőségét Ön szerint:

- 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;
 9 - Nincs információm

	Országosan	Helyi, regionális szinten
1.1. Egyéni konzultáció a fertőző betegségek kockázatairól (az egyén szerhasználatához kapcsolódó kockázati magatartásainak szisztematikus értékelésével együtt)		
1.2. HCV tesztelés		
1.3. HIV tesztelés		
1.4. Gyakorlati tanácsadás és képzés a biztonságosabb szerhasználatról, ill. biztonságosabb injektálásról		
1.5. Tűcsere programok		
1.6. Egyéni konzultáció a fertőző betegségek kockázatairól a szerhasználatához kapcsolódó kockázati magatartások értékelésével a börtönökben		
1.7. HCV teszt a börtönbe bekerüléskor		
1.8. HCV teszt a börtönből való szabaduláskor		
1.9. HIV teszt a börtönbe bekerüléskor		
1.10. HIV teszt a börtönből való szabaduláskor		

2. Kérem, becsülje meg az alábbi, szerhasználat kockázatainak csökkentésére irányuló beavatkozások elérhetőségét, hozzáférhetőségét országosan illetve saját szervezete működésének területén helyi, regionális szinten aszerint, hogy mennyire elérhető az adott beavatkozás a szórakozóhelyeken, nagy zenei fesztiválokon.

Az egyes beavatkozások mellé írja be azt a számot, amely legjobban jellemzi adott beavatkozás elérhetőségét Ön szerint:

5 - Teljes – gyakorlatilag minden szórakozóhelyen/fesztiválon elérhető;

4 - Kiterjedt – a helyek többségében (de nem mindenhol) elérhető a beavatkozás;

3 - Korlátozott – több, mint néhány helyen elérhető, de a többségben nem;

2 - Ritka – csak néhányan hely/fesztivál biztosítja;

1 - Nincs – nem létezik;

9 - Nincs információm

	Országosan	Helyi, regionális szinten
2.1. Ingyenes hideg víz az éjszakai szórakozóhelyeken , klubokban		
2.2. Ingyenes hideg víz a nagy zenei fesztiválokon		
2.3. Szerhasználat ártalmairól szóló információs anyag az éjszakai szórakozóhelyeken , klubokban (a legjellemzőbb anyagokról)		
2.4. Szerhasználat ártalmairól szóló információs anyag a nagy zenei fesztiválokon (a legjellemzőbb anyagokról)		
2.5. Elsősegély az azonnali segítségnyújtáshoz (képzett alkalmazottal, eszközökkel) a szórakozóhelyeken		
2.6. Elsősegély az azonnali segítségnyújtáshoz (képzett alkalmazottal, eszközökkel) a nagy zenei fesztiválokon		
2.7. "Chill out" rész a szórakozóhelyeken		
2.8. "Chill out" rész a nagy zenei fesztiválokon		
2.9. Megkereső munka támogatása és alkalmazása a szórakozóhelyeken		
2.10. Megkereső munka támogatása és alkalmazása a nagy zenei fesztiválokon		

A KEZELÉS/ELLÁTÁS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ ÉLŐ JELENTÉS KÉRDŐÍVE**2. KÉRDÉSSOR**

Az alább felsorolt, a drogproblémák kezelését, ellátását biztosító célzott beavatkozások Ön szerint mennyire érhetők el az Önök térségében, illetve országosan a Drogambulanciákon?

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

5 - Jelentős mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények több, mint 75%-a biztosítja a szolgáltatást

4 - Kiterjedt mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 50-75%-a biztosítja a szolgáltatást

3 - Korlátozottan: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 25-50%-a biztosítja a szolgáltatást

2 - Ritkán: az adott ellátási formát nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosítja a szolgáltatást

1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további olyan célzott szolgáltatásokat tart fontosnak, illetve elterjedtnek az adott ellátási forma esetében, amelyek nem kerültek említésre, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Eset menedzsment		
Mentális rendellenességek szűrése		
Mentálhigiénés szolgáltatások		
Fertőző megbetegedések szűrése		
Pszichológiai tanácsadás		
Elérő, megkereső programok		
Opiát szubsztitúció		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

3. KÉRDÉSSOR

Az alább felsorolt, a drogproblémák kezelését, ellátását biztosító célzott beavatkozások Ön szerint mennyire érhetők el az Önök térségében, illetve országosan az Alacsonyküszöbű szolgáltatásokban?

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

5 - Jelentős mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények több, mint 75%-a biztosítja a szolgáltatást

4 – Kiterjedt mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 50-75%-a biztosítja a szolgáltatást

3 - Korlátozottan: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 25-50%-a biztosítja a szolgáltatást

2 - Ritkán: az adott ellátási formát nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosítja a szolgáltatást

1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további olyan célzott szolgáltatásokat tart fontosnak, illetve elterjedtnek az adott ellátási forma esetében, amelyek nem kerültek említésre, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Eset menedzsment		
Mentális rendellenességek szűrése		
Mentálhigiénés szolgáltatások		
Fertőző megbetegedések szűrése		
Pszichológiai tanácsadás		
Elérő, megkereső programok		
Opiát szubsztitúció		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

4/a. KÉRDÉSSOR

Az alább felsorolt, a drogproblémák kezelését, ellátását biztosító célzott beavatkozások Ön szerint mennyire érhetők el az Önök térségében, illetve országosan a Fekvő beteg addiktológiai ellátás keretében?

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

5 - Jelentős mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények több, mint 75%-a biztosítja a szolgáltatást

4 - Kiterjedt mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 50-75%-a biztosítja a szolgáltatást

3 - Korlátozottan: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 25-50%-a biztosítja a szolgáltatást

2 - Ritkán: az adott ellátási formát nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosítja a szolgáltatást

1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további olyan célzott szolgáltatásokat tart fontosnak, illetve elterjedtnek az adott ellátási forma esetében, amelyek nem kerültek említésre, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Eset menedzsment		
Mentális rendellenességek szűrése		
Mentálhigiénés szolgáltatások		
Fertőző megbetegedések szűrése		
Pszichológiai tanácsadás		
Elérő, megkereső programok		
Opiát szubsztitúció		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

4/b. KÉRDÉSSOR

Az alább felsorolt, a drogproblémák kezelését, ellátását biztosító célzott beavatkozások Ön szerint mennyire érhetők el az Önök térségében, illetve országosan a Rehabilitációs intézet (terápiás közösségek) keretében?

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

5 - Jelentős mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények több, mint 75%-a biztosítja a szolgáltatást

4 - Kiterjedt mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 50-75%-a biztosítja a szolgáltatást

3 - Korlátozottan: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 25-50%-a biztosítja a szolgáltatást

2 - Ritkán: az adott ellátási formát nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosítja a szolgáltatást

1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további olyan célzott szolgáltatásokat tart fontosnak, illetve elterjedtnek az adott ellátási forma esetében, amelyek nem kerültek említésre, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Eset menedzsment		
Mentális rendellenességek szűrése		
Mentálhigiénés szolgáltatások		
Fertőző megbetegedések szűrése		
Pszichológiai tanácsadás		
Elérő, megkereső programok		
Opiát szubsztitúció		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

5. KÉRDÉSSOR

Az alább felsorolt veszélyeztetett célcsoportok esetében Ön szerint mennyire jellemző az Önök térségében, illetve országosan a drogproblémák kezelését, ellátását biztosító szolgáltatások elérhetősége?

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá, hozzá tud férni a szolgáltatáshoz;
 4 - Kiterjedt – a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz;
 3 - Korlátozott – több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz;
 2 - Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz;
 1 - Nincs – nem létezik;
 9 - Nincs információ

Az egyes célcsoportok mellé írja be azt a számot, amely a legjobban jellemzi a szolgáltatások elérhetőségét Ön szerint.

Amennyiben a felsoroltakon kívül még további speciális csoportokat is fontosnak tart a drogproblémák ellátása tekintetében, s azok nem szerepelnek a listában kérjük, azokat az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Gyerekek és serdülők		
Mentális- és szerhasználati zavarokkal rendelkezők (komorbiditás)		
Bűnelkövetők (criminal justice clients)		
Idősebb felnőttek és időskorúak		
Állapotos nők és kismamák		
Gyermekecs családok		
Hajléktalanok		
Szex munkások		
LMBTQ személyek		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK

A DROGPOLITIKAI JELENTÉSHEZ KAPCSOLÓDÓ TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK

23. táblázat: Az aktuális drogpolitikai prioritások fontosnak tekintett stratégiai területei (szavazat)

	szavazatok száma
kereslet-csökkentés	0
kínálat-csökkentés	14
nincs egyik területnek sem prioritása	4

24. táblázat: Az aktuális drogpolitika kiemelten fontosnak tekintett stratégiai eszközei/területei (fő)

	Résztevők száma
Prevenció,	0
Alacsonyküszöbű ellátások/ártalom-csökkentés	0
Kezelés	0
Szociális ellátások	0
Közösségi erőforrások	0
Rendészeti eszközök (büntető-igazgatás/lefoglás/bv)	14
Semmi/Egyik sem	4
Összesen	18

A PREVENCIÓS JELENTÉSHEZ KAPCSOLÓDÓ TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK

25. táblázat: A különböző prevenciós beavatkozások elérhetőségének megítélése országosan és a térségben (öt fokozatú skálán kapott átlagérték⁴⁸)

	a térségben		országosan	
	N	átlag	N	átlag
Teljes dohányzási tilalom az iskolákban	14	4,21	8	4,63
Rendőrök által tartott prevenciós előadások	15	3,53	14	3,64

⁴⁸ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van

4 - Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van

2 - Ritka: csak néhány iskolában van

1 - Nincs: nem létezik

Információs napok	16	3,44	12	3,50
Tanórán kívüli kreatív tevékenységek, alternatív programok	16	3,56	13	3,38
Készségfejlesztő programok	15	3,27	10	3,10
Iskolai drogstratégia léte	13	2,69	9	3,00
Több alkalomból álló, sztemderd nyomtatott drogprevenciós programok	12	2,50	7	3,00
Egyéb külsősök által tartott programok (pl. ex-használók, orvosok, stb.)	17	2,94	14	2,79
Csak fiúknak vagy csak lányoknak szóló programok	11	2,45	7	2,71
Kortárssegítő programok	16	2,69	10	2,70
Szülők számára szervezett programok	14	2,57	12	2,58
A különböző tantárgyakban szerepelnek kábítószerrel kapcsolatos információk	10	2,60	9	2,44
Korai felismerésre irányuló programok	12	2,08	10	2,30
Az iskolai tananyagba integrált, holisztikus drogprevenciós programok	9	1,44	7	1,86
Drog teszt a tanulók körében	11	1,36	7	1,71

26. táblázat: Az univerzális közösségi prevenció különböző típusainak elérhetősége a térségben és országosan (öt fokozatú skálán kapott átlagérték⁴⁹)

	a térségben		országosan	
	N	átlag	N	átlag
Alternatívák nyújtása (sport, szabadtéri, ill. kreatív tevékenységek)	15	3,3	12	3,1
Ifjúsági tanácsadó központok	15	2,8	10	2,8
Nem fix telephelyű programok a térségben/ közösségben élő fiatalok számára	11	2,8	7	2,6
Közösségi támogatás, részvételen és felelősségvállaláson alapuló rendszerek (a családok, tanárok, mentorok, sorstársa stb. bevonásával)	16	2,5	9	2,6
Közösségi szinten összehangolt szolgáltatások	16	2,4	10	2,6
A közösségi csoportok számára szervezett képzések	13	2,5	8	2,5

⁴⁹ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, a skála megegyezik az előző táblázatban használttal.

27. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az univerzális közösségi prevenció országosan mennyire hozzáférhető (fő)

	a térségben	országosan
Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van	0	0
Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt	3	0
Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van	9	3
Ritka: csak néhány releváns helyen van	2	2
Nincs: nem létezik	1	0
Átlag	2,8	2,6

28. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az általános populációra irányuló közösségi prevenció hozzáférhetősége tekintetében milyen tendenciák jelentkeztek az elmúlt 5 évben (fő)

Változás	menyiség tekintetében	minőség tekintetében
Kedvezőbb lett	1	1
Nem változott	0	2
Kedvezőtlenebb lett	3	0
Tartózkodott	1	2

29. táblázat: A különböző célcsoportokra irányuló közösségi beavatkozások elérhetősége a térségben és országosan (öt fokozatú skálán kapott átlagérték⁵⁰)

	a térségben		országosan	
	N	átlag	N	átlag
Szociális, oktatási problémákkal küzdő tanulóira fókuszáló beavatkozások	17	3,4	14	3,1
Hajléktalanokra irányuló beavatkozások	13	2,8	12	2,9
Különböző etnikai/kisebbségi csoportokat megcélzó beavatkozások	13	3,1	13	2,8
Fiatal bűnelkövetőkre irányuló beavatkozások	14	2,7	12	2,8
Állami gondozottakra irányuló beavatkozások	14	2,4	12	2,7
Szociálisan hátrányos környéken élő fiatalok	16	2,6	12	2,4
Party/fesztivál látogatók	12	2,5	10	2,4
Menekültekre irányuló beavatkozások	10	2,0	9	2,3

30. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy a célzott közösségi prevenció országosan mennyire hozzáférhető (fő)

	a térségben	országosan
Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van	0	0
Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt	2	0
Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van	11	3
Ritka: csak néhány releváns helyen van	4	2
Nincs: nem létezik	0	0
átlag	2,9	2,6

31. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy a célzott közösségi prevenció hozzáférhetősége tekintetében milyen tendenciák jelentkeztek az elmúlt 5 évben (fő)

Változás	menyiség tekintetében	minőség tekintetében
Kedvezőbb lett	0	1
Nem változott	3	2
Kedvezőtlenebb lett	2	2

⁵⁰ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van

4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt

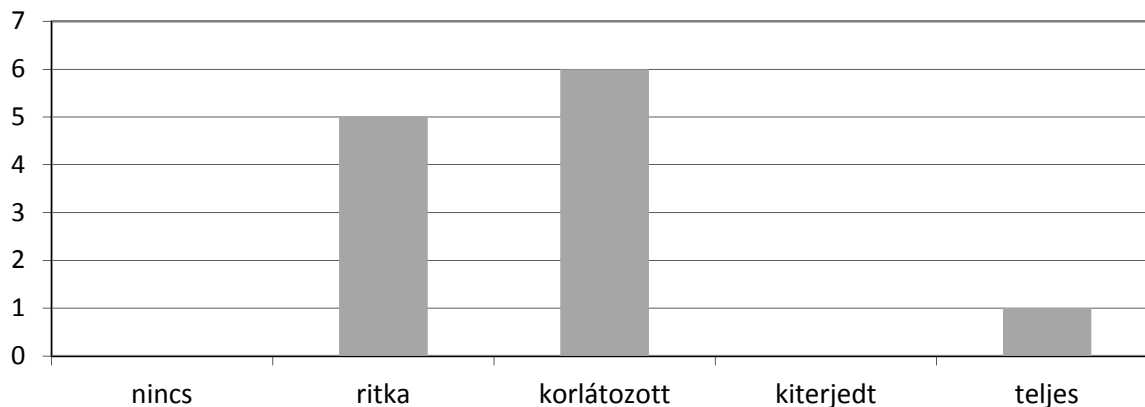
3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van

2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van

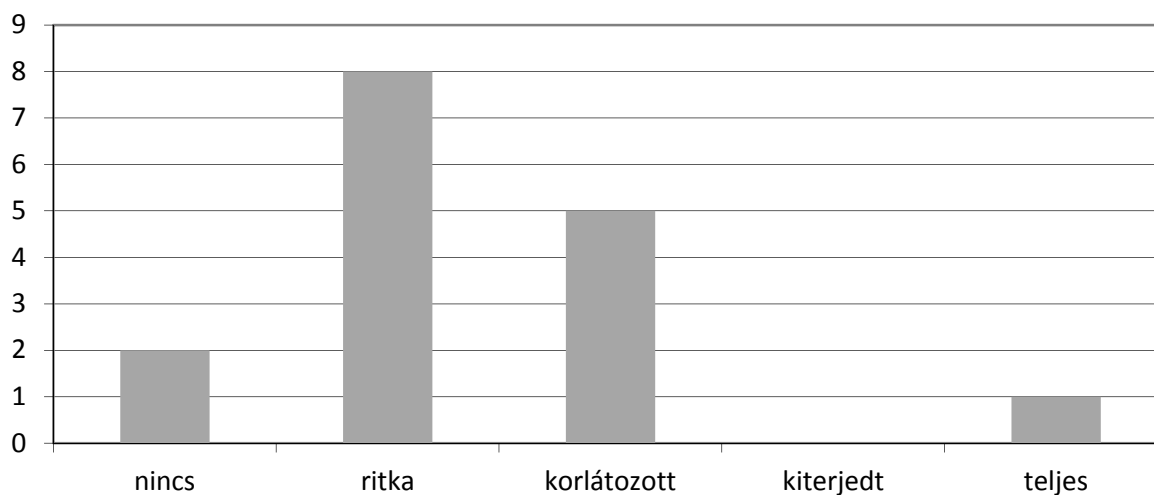
1 - Nincs: nem létezik

AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK

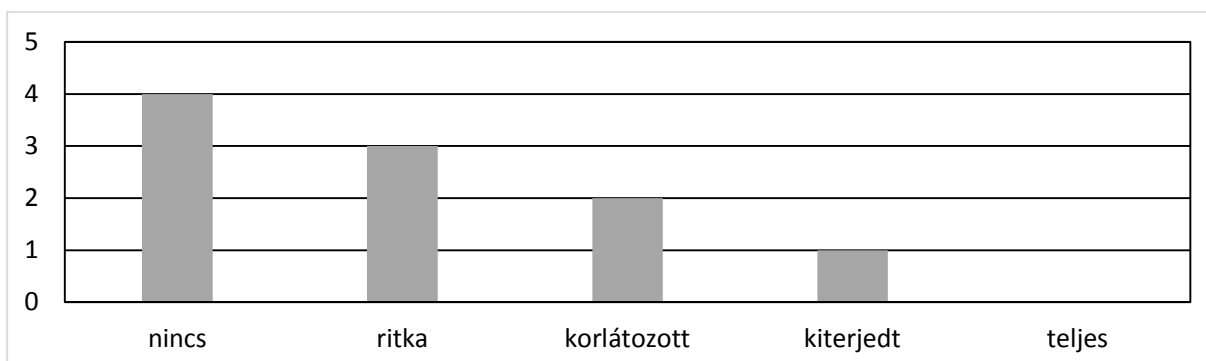
30. ábra HIV tesztelés elérhetősége országosan – az egyes értékeket választók száma (fő, N=12)



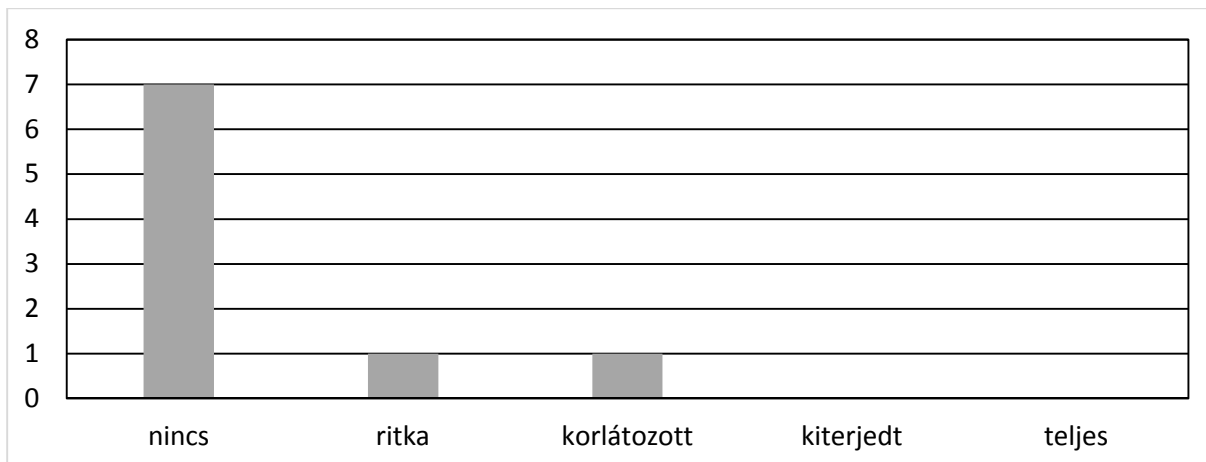
31. ábra Tűcsere programok elérhetősége országosan – az egyes értékeket választók száma (fő, N=16)



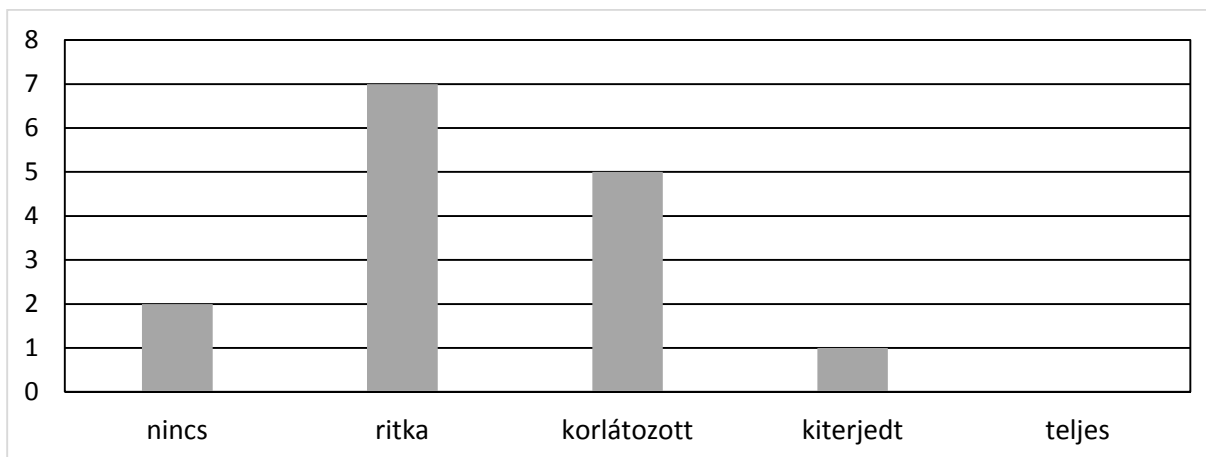
32. ábra HCV tesztelés elérhetősége országosan a börtönbe való bekerüléskor – az egyes értékeket választók száma (fő, N=10)



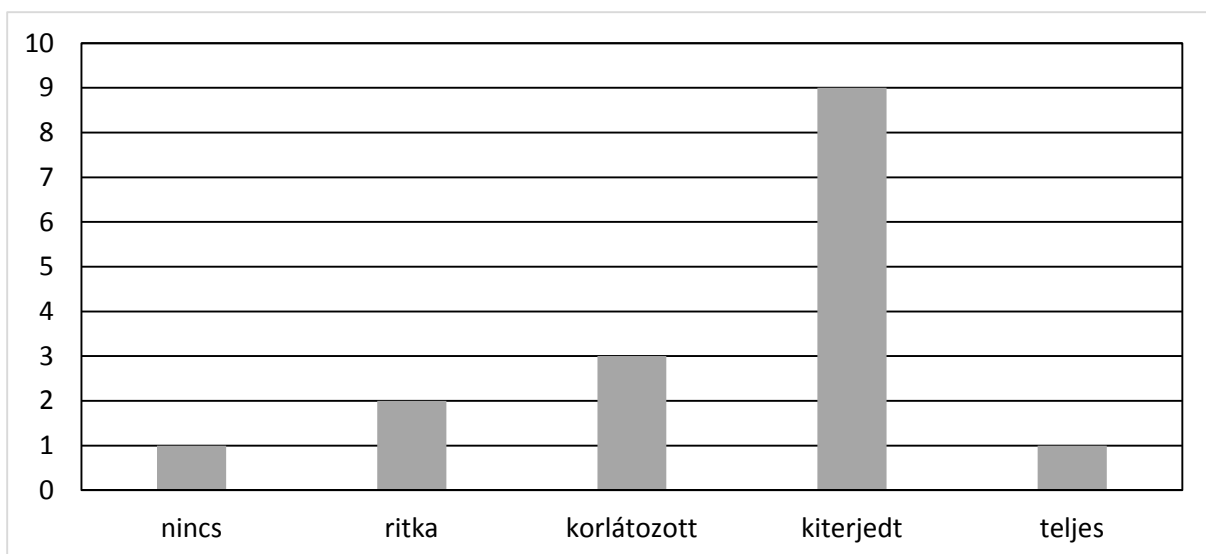
33. ábra HCV tesztelés elérhetősége országosan a börtönből szabaduláskor – az egyes értékeket választók száma (fő, N=9)



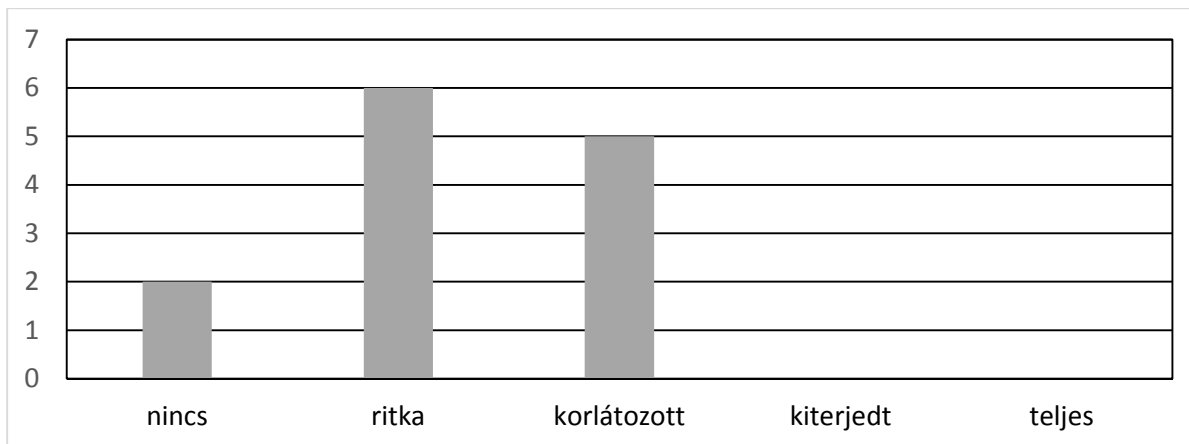
34. ábra Elsősegély elérhetősége országosan képzett alkalmazottal a szórakozóhelyeken – az egyes értékeket választók száma (fő, N=15)



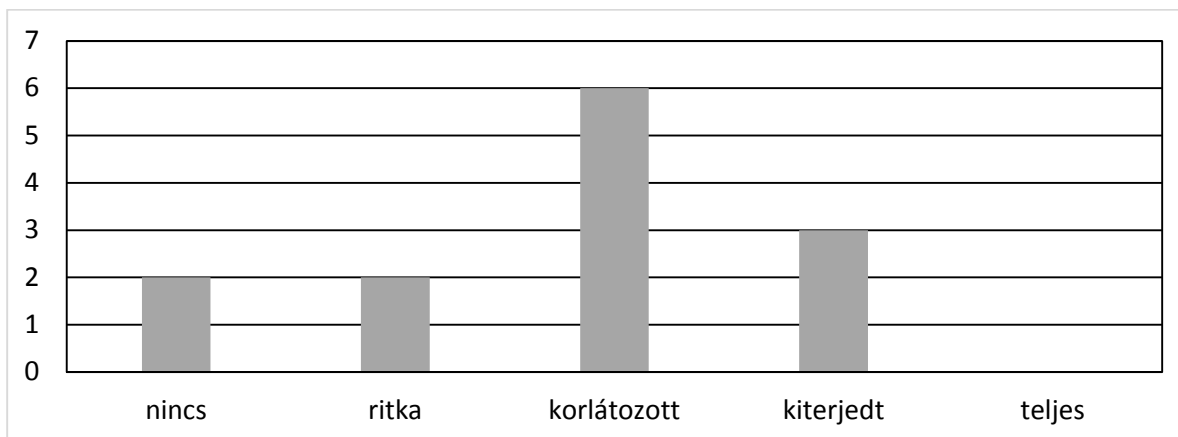
35. ábra Elsősegély elérhetősége országosan képzett alkalmazottal a zenei fesztiválokon – az egyes értékeket választók száma (fő, N=16)



36. ábra "Chill out" rész elérhetősége országosan a szórakozóhelyeken– az egyes értékeket választók száma (fő, N=13)



37. ábra "Chill out" rész elérhetősége országosan a fesztiválokon – az egyes értékeket választók száma (fő, N=13)



A KEZELÉS/ELLÁTÁS TERÜLETÉRE VONATKOZÓ TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK

32. táblázat: A drogproblémák kezelését, ellátását biztosító célzott beavatkozások elérhetőségének megítélése országosan és a térségben az ambuláns ellátásban, öt fokozató skálán vett átlagérték⁵¹

	a térségben		országosan	
	N	átlag	N	átlag
Eset menedzsment	20	3,70	16	3,56
Mentális rendellenességek szűrése	19	3,53	14	3,14
Mentálhigiénés szolgáltatások	20	3,50	14	3,21
Fertőző megbetegedések szűrése	20	3,10	15	2,93
Pszichológiai tanácsadás	20	3,70	14	3,57
Elérő, megkereső programok	20	3,10	15	2,93
Opiát szubsztitúció	19	2,74	15	2,60

33. táblázat: A drogproblémák kezelését, ellátását biztosító célzott beavatkozások elérhetőségének megítélése országosan és a térségben az alacsonyküszöbű ellátásban, öt fokozató skálán vett átlagérték⁵²

	a térségben		országosan	
	N	átlag	N	átlag
Eset menedzsment	21	3,05	13	2,46
Mentális rendellenességek szűrése	20	2,85	12	2,33
Mentálhigiénés szolgáltatások	21	3,05	13	2,62
Fertőző megbetegedések szűrése	22	2,64	13	2,69
Pszichológiai tanácsadás	21	2,95	13	2,77
Elérő, megkereső programok	20	3,45	13	2,85
Opiát szubsztitúció	17	1,88	11	1,73

⁵¹ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik:
 5 - Jelentős mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények több, mint 75%-a biztosítja a szolgáltatást
 4 – Kiterjedt mértékben: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 50-75%-a biztosítja a szolgáltatást
 3 - Korlátozottan: az adott ellátási formát nyújtó intézmények 25-50%-a biztosítja a szolgáltatást
 2 - Ritkán: az adott ellátási formát nyújtó intézmények kevesebb, mint 25%-a biztosítja a szolgáltatást
 1 - Nincs: nem létezik

⁵² A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, a skála megegyezik az előző táblázatban használttal.

34. táblázat: A veszélyeztetett csoportokra irányuló ellátások hozzáférhetőségének megítélése országosan és a térségben, öt fokozatú skálán vett átlagérték⁵³

	a térségben		országosan	
	N	átlag	N	átlag
Gyerekek és serdülők	19	2,68	16	2,13
Mentális- és szerhasználati zavarokkal rendelkezők (komorbiditás)	19	3,16	15	2,60
Bűnelkövetők (criminal justice clients)	18	3,28	14	2,93
Idősebb felnőttek és időskorúak	18	3,22	13	3,00
Állapotos nők és kismamák	18	2,56	16	2,38
Gyermekekes családok	17	3,24	14	3,00
Hajléktalanok	21	3,52	16	2,94
Szex munkások	13	2,46	12	2,25
LMBTQ személyek	7	2,71	5	2,20

⁵³ A válaszokat öt fokozatú skálán kellett megadni, ahol az egyes skálapontok a következőket jelentik
5 – Teljes – gyakorlatilag mindenki, akinek szüksége van rá, hozzá tud férni a szolgáltatáshoz;
4 – Kiterjedt – a többség, de nem mindenki tud hozzáférni a szolgáltatáshoz;
3 – Korlátozott – több mint néhány személy, de a többség nem tud hozzá férni a szolgáltatáshoz;
2 – Ritka – csak néhányan tudnak hozzáférni a szolgáltatáshoz;
1 – Nincs – nem létezik;