

ÚT A TÚLÉLÉSHEZ
– NYÍLT SZÍNI DROGHASZNÁLAT ÉS „BELÖVŐSZOBÁK” BUDAPESTEN
AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉSSEL KAPCSOLATOS MEGFONTOLÁSOK

NEMZETI DROGMEGELŐZÉSI INTÉZET

SZAKMAI FORRÁS SZOROZAT

KUTATÁSOK XIII.

Sorozatszerkesztő: Demetrovics Zsolt és Buda Béla

ÚT A TÚLÉLÉSHEZ
– NYÍLT SZÍNI DROGHASZNÁLAT ÉS
„BELÖVŐSZOBÁK” BUDAPESTEN

AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉSSEL KAPCSOLATOS MEGFONTOLÁSOK



Rácz József, Márványkövi Ferenc, Melles Katalin és Vadász Viktória

L'Harmattan

Budapest, 2010

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
National Institute for Drug Prevention
1134. Budapest, Tüzér u. 33–35.
Tel: (+36 1) 237-6742, Fax: (+36 1) 237-6740

L'Harmattan France
7 rue de l'École Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20

L'Harmattan Italia SRL
Via Bava, 37
10124 Torino–Italia
T./F.: 011.817.13.88

© Szerzők, 2010
© L'Harmattan Kiadó, 2010

ISBN 978 963 236 290 8
ISSN 1587-6071

A kiadásért felel Gyenes Ádám
A kiadó kötetei megrendelhetők, illetve kedvezménnyel
megvásárolhatók: L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: 267-5979
harmattan@harmattan.hu
www.harmattan.hu

Olvasószerkesztő: Balogh Lídia
A borítóterv Pacher Nóra, a nyomdai előkészítés Csernák Krisztina munkája.
A nyomdai munkákat a Robinco Kft. végezte, felelős vezető Kecskeméthy Péter.

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ	7
AZ INJEKCIÓS DROGHASZNÁLAT ELŐFORDULÁSA ÉS KOCKÁZATAI	11
ALACSONY-KÜSZÖBŰ ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTŐ PROGRAMOK	49
KEZELÉSEK ÉS A KEZELÉSBE KERÜLÉS AKADÁLYAI	62
NYÍLT DROGSZÍNTÉR ÉS BELÖVŐSZOBÁK ('SHOOTING GALLERY'-K)	69
NYÍLT DROGSZÍNTÉR BUDAPESTEN	80
A FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYSÉGEKKEL KAPCSOLATOS TUDOMÁNYOS TAPASZTALATOK	93
A MAGYARORSZÁGI DROGHELYZET MEGÍTÉLÉSE	113
A FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYSÉGEKKEL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNY-, ILLETVE PERCEPCIÓKUTATÁSOK	115
AZ EMCDDA EURÓPAI JELENTÉSE A HASZNÁLÓI SZOBÁKRÓL (2004)	129
AZ EMCDDA (2004) JELENTÉS IRODALOMJEGYZÉKE	162
KADLÓT ÉRZSÉBET: JOGI HÁTTÉRANYAG A FELÜGYELT HASZNÁLÓI HELYISÉGEK KÉRDÉSÉHEZ	167
FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYSÉGEKKEL KAPCSOLATOS ATTITŰDŐK ÉS VÉLEMÉNYEK VIZSGÁLATA SZAKÉRTŐK ÉS A LAKOSSÁG KÖRÉBEN	220
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	246
IRODALOM	247

ELŐSZÓ

Ebben a tanulmányban a budapesti injekciós droghasználókról szólunk elsősorban – azért csak róluk, mert megfelelő információk róluk állnak rendelkezésre. Külön kiemelten tárgyaljuk a nyílt drogszcéna kialakulását, amely Budapest egyik kerületében jól láthatóan jelen van, a kapcsolódó illegális „belövőszobákkal” együtt. Közvetett mutatókkal jellemezzük e nyílt drogszcénát, maguk a szereplők ebben a tanulmányban nem szólalnak meg, azt egy másik, későbbi tanulmányban tervezzük. Aggodalomra ad okot, hogy mióta – kb. 2009 ősze óta – hangsúlyosabban kezeljük a nyílt drogszcénát, jelzéseket kapunk Budapest más kerületeiből is, hogy ha nem is olyan mértékű droghasználat fordul elő, mint a bemutatott esetben, de megvan a lehetősége újabb nyílt drogszcénák és „belövőszoba”-hálózatok kialakulására. Néhány vidéki településről szintén kaptunk ilyen információkat. A Budapest egyik kerületében kialakult jelenségről a honi drogpolitika csak most kezdi kialakítani az álláspontját – talán hiányzott az a kritikus információmennyiség, ami ehhez szükséges lett volna. A nyílt drogszcéna bemutatásával a további, hasonló szcénák kialakulását talán sikerül megelőzni, a problémát még azelőtt kezelni, mielőtt kezelhetetlenné válik.

A tanulmány másik részében a tűcsereprogramokkal és felügyelt injekciós helyiségekkel foglalkozunk, mint az ártalomcsökkentésnek olyan formáival, amelyek a nyílt drogszcéna esetében szinte egyedülként alkalmazhatók a rövid távú ártalmak kivédésére.

Az egyik, bemutatott ártalomcsökkentési módszer, a felügyelt injekciós helyiségek létesítése – noha mintegy 25 éves múltra tekint vissza – az ártalomcsökkentő beavatkozások egyik, igen vitatott formája. A vita részben jogi természetű: összhangban van-e az ilyen helyiségek létesítése az ENSZ kábítószerügyi konvencióival és egyezményeivel. Az ENSZ szerint nem, azokban az országokban, ahol ilyen szolgáltatások működnek, a jogászok viszont összeilleszhetőnek tartják azokat az ENSZ-egyezményekkel. A jogi vitán, a jogszabály-értelmezéseken túl szakmai-politikai vita is van e helyiségekkel kapcsolatban.

Ebben a tanulmányban összegyűjtöttük a felügyelt injekciós helyiségekkel kapcsolatos fontosabb kutatási eredményeket, valamint a budapesti injekciós droghasználók jellemzőivel kapcsolatban publikált adatokat, tapasztalatokat. Kutatási adatok hiányában ugyanis szinte csak Budapestről állnak ilyen adatok rendelkezésre. A felügyelt injekciós helyiségek témája olyan szakmai kérdés, amely igényli a vitát és a sokszempontú mérlegelést. Minden országban, ahol ilyen szolgáltatás létesült, jogi, szakmai és politikai viták övezték megalakulásukat. Ezeket a vitákat Magyarországon sem lehet megtakarítani: egy, még ma is innovatív módszerről van

szó, aminek az eredményességét számos, esetenként nagy tekintélyű szaklapban megjelent publikáció bizonyítja. De, mint ahogy a drogproblémák társadalmi kezelése során nap mint nap tapasztaljuk, hogy a vita nem szorítkozhat a „szakmára” (mint ahogy más országokban sem egyszerűsödik a vita szakmai kérdéssé); azonban – talán kissé naivan – elvárhatjuk, hogy a vita a legegyszerűbb szakmai szempontokat tartalmazza. Ehhez a vitához szeretnénk hozzájárulni a tanulmányunkkal, pontosabban a felügyelt használói helyiségek szakmai tartalmának a társadalmi diskurzusba emeléséhez.

Ezért a tanulmánynak és a felügyelt injekciós helyiségekhez kapcsolódó kutatásnak nem célja ilyen helyiség létesítése, csak az esetleges létesítés előnyeit és hátrányait, a melléte és az ellene szóló érveket – vagy legalábbis azok egy részét – igyekeztünk összegyűjteni, a tanulmány végén azzal, hogy ha kísérleti jelleggel elindulna egy ilyen program (mint ahogy sok országban ez így történt), akkor melyek lehetnének az evaluáció és a monitorozás szempontjai. Azonban itt is azok a szempontok köszönnek vissza, amiről írtunk: az előnyök és a hátrányok értékelése. Egy szakmai program azonban, főleg olyan, ami nemzetközi szinten is vitákat vált ki, nem szűkíthető le a szakmára. Figyelembe kell venni azt a társadalmi, kulturális, politikai közeget, ahol egy ilyen szolgáltatás működne: a szűkebb és a tágabb (az ország) közösségének, és e közösségek képviselőinek véleményét. Ez azt jelenti, hogy a drogpolitika összefüggésrendszeréből nem lehet kiemelni e helyiségeket, de még az általánosabb politika (pl. helyi önkormányzat, szakmapolitikák) összefüggésrendszeréből sem. Egy vitához érvek és ismeretek kellenek. A felügyelt injekciós helyiségekkel kapcsolatban az egyik legfontosabb érv – vagy ellenérv – az injekciós droghasználók helyzete: szükség van-e ilyen megoldásra, annyira „rossz” a helyzet vagy a probléma nem olyan súlyos, illetve más eszközökkel is kezelhető. A budapesti injekciós droghasználókról keveset tudunk; ezt a viszonylag kevés tapasztalatot igyekeztünk összefoglalni. Egy másik tapasztalattömeg a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Kontakt Kávészójának működéséből származik. Noha ezeket a tapasztalatokat formalizált módon nem gyűjtöttük össze, ezek közül számosakat megidézzük, a klienseink és a munkatársaink beszámolóira támaszkodva.

Egy szubjektív megjegyzés: pár évvel ezelőtt nem hittem volna, hogy Budapesten „nyílt drogszintér” és az amerikai drogetnográfiai irodalomból ismert „belövőszobák” (‘shooting gallery’-k) létrejöhetnek. Akkor azt gondoltam, az lenne a „vég”, a drogpolitika kudarca, hiszen a nyílt színi drogszcéna a problémák nem egyszerűen lineáris, hanem exponenciális növekedését jelenti. Az itteni történéseket csak a nem lineáris vagy a káosz-szociológiai elméletek tudják leírni (a kiszámíthatatlansággal, az előrejelezhetetlenséggel, a „véletlennek” tűnő események tömegével, a „pillangóeffektussal”, stb.). Azonban, amikor a tapasztalatainkat 2009. december 1-jén, az AIDS Világnapja alkalmával szervezett konferencián bemutattuk, ami

jelentős médiaérdeklődést váltott ki, kiderült, hogy ezzel a „megdöbbenéssel” nem álllok egyedül: számos szakembert és politikust is megdöbrentett a „hihetetlennek” tetsző helyzet.

A jelenség sajátossága, hogy a szokásos drogpolitikai eszközökkel, népegészségügyi vagy rendőri intézkedésekkel már nem kezelhető. A nyílt drogcena 2-3000 injekciós droghasználóját nem lehet „elterelésbe” küldeni... A nyílt színi droghasználatot, a drogok adásvételét, a szabad téri és a lakásokban, félig lebontott épületekben működő belövőszobákat egy akcióval, de még egy hosszabb programmal sem lehet megszüntetni. Nyilván, először a „narkógettót” kellene felszámolni ahhoz, hogy a „nyílt drogcena” is megszűnjön, erre rövid távon viszont kevés esélyt látunk. Az epidemiológiai helyzetet rontja, hogy a Kontakt Kávézóban megjelenő kliensek 63-75%-a hepatitisz-C fertőzött (ez az országos adat 2-2,5-szerese). Ezidáig szinte senkit sem tudtunk hepatitisz kezelésbe vonni. Egy másik probléma, hogy a Kontakt Kávézóban megjelenő kliensek – hát még az ott meg sem jelenők! – nagyobb részét nem részesültek soha, semmilyen kezelésben, így a kezelési adatbázisokban (OSAP, TDI) sem jelennek meg, a „hagyományos” populációs vizsgálatokból – azok mintavételi szempontjai miatt – pedig kimaradnak. Ez az egyik fő probléma: a hivatalos szervek (kezelőintézmények, rendőrség, epidemiológiai adatgyűjtés) számára nem detektálható, „láthatatlan” injekciós populációról van szó. Talán nem véletlen, hogy Ritter Ildikó (2005) nem a hagyományos adatfelvételen, hanem a hólabda módszerét alkalmazó kutatásából lehetett tudni erről a populációról először, csak az egyéb jellemzőiről nem (a nyílt színi droghasználat jelenléte, a populáció becsült száma). Az viszont pozitívum, hogy még ebben a nagy létszámú injekciós populációban is csak egy HIV pozitív klienssel találkoztunk: a HIV megjelenése az injekciózáson és a szexuális kapcsolatok révén (ideértve az injekciós droghasználó prostituáltak nagyszámú klienseit is) félelmeink szerint villámgyorsan elterjedne nemcsak ebben a közegeben, hanem sokkal szélesebb körben is, a látszólag nem kockázati csoportba tartozó személyek között is. Erre a magyar népegészségügy nincs felkészülve (lásd az AIDS Bizottság időnként drámai bejelentéseit a hazai lakosság AIDS-szel kapcsolatos „tudatlanságáról” és a fertőzéssel kapcsolatos védekezés hiányáról). A kezelői és ártalomcsökkentő szolgáltatások nélküli injekciós droghasználók helyzetére Oroszország szolgálhat tragikus példával, ahol ez a probléma már nemzeti sorskérdéssé vált.

Ilyen előzmények után merült fel a felügyelt injekciós helyiség gondolata, ami a nyílt drogszínteret és a belövőszobák rendszerét és hálózatát ki tudná váltani. Annak eldöntése, hogy erre valóban szükség van-e, nincsenek-e más megoldások, már meghaladják a saját tudásom és egy szervezet (a Kék Pont) határait. Ezért örültünk annak, hogy a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet támogatta a tanulmányunkat és azt a kutatást, amely elsősorban a nyílt drogszíntérnek a környék lakosságára gyakorolt hatásával, illetve az ártalomcsökkentési módszerekről kialakított

véleményével foglalkozott, kiegészítve szakemberek és politikusok véleményével. Bár ezt a tanulmányban sok helyen kifejtjük, utóbbi kérdésnek nem az volt a célja, hogy feltárja, a szakemberek és a politikusok támogatnák-e egy felügyelt injekciós helyiség létrehozását (összesen 19 személyt kérdeztünk meg), hanem az, hogy milyen vélemények és azok milyen kontextusban jelennek meg a nyílt színi droghasználatról és az ártalomcsökkentő szolgáltatásokról. A „támogatja vagy nem támogatja?” ebben a formában értelmetlen kérdésfelvetés, részben a megkérdezettek kis száma, részben a mintavétel esetlegessége folytán. De arra talán jó volt a szakemberekkel és politikusokkal folytatott beszélgetés, hogy a téma megjelenjen egy tágabb körben is, a sokat emlegetett társadalmi diskurzus ezáltal is nyomatékot kapott. A szakirodalmi tapasztalatok a fertőző betegségek megelőzése terén, injekciós droghasználók körében négy nagy beavatkozási kört említenek: 1. helyettesítő kezelési programokat; 2. az injekciós eszközök legális hozzáféréseinek széleskörű biztosítását; 3. a tanácsadással egybekötött, ingyenes, anonim HIV- és HCV-gyorstesztelést; és 4. a higiénikus injekciós körülmények biztosítását, azaz a felügyelt injekciós helyiségeket (Gyarmathy és Rácz, 2010). Ezért is indokolt az utóbbi témával is foglalkozni.

Budapest, 2010. március 5.

Prof. Dr. Rácz József,
MTA Pszichológiai Kutatóintézet
Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia

AZ INJEKCIÓS DROGHASZNÁLAT ELŐFORDULÁSA ÉS KOCKÁZATAI

AZ INJEKCIÓS DROGHASZNÁLAT ELŐFORDULÁSA

Az Európai Unió legtöbb országában az injekciós használat szinte kizárólag az opiátokhoz, ezen belül is a heroinhoz kötődik, Magyarországon viszont – a skandináv (svéd), illetve cseh- és szlovák adatokhoz hasonlóan – az injekciós amfetaminhasználat is jelentősnek mondható. Egyéb szerek (injekciós metadon, buprenorfin stb.) lényegesen kisebb arányban fordulnak elő.

A rendelkezésre álló, viszonylag korlátozott adatok alapján a problémás opioidhasználat becsült előfordulási arányának átlaga a 15–64 éves népességen belül 1000 főre jutó négy–öt esetre lehet. Ha feltételezzük, hogy mindez az EU egészét tükrözi, akkor 2006-ban az EU-ban és Norvégiában mintegy 1,5 millió (1,3–1,7 millió) problémás opioidhasználó élt (EMCDDA, 2008). A problémás ebben az esetben jellemzően az injekciós használatot jelenti. A 2006-ban bejelentett összesen 387 000 kezelési igényből (az adatok 24 országból állnak rendelkezésre) a heroint fő kábítószerként 47%-ban nevezték meg mint elsődleges kábítószer. A legtöbb országban az „összes kezelési igény” (Treatment Demand Indicator: TDI) 50–80%-át jelentették az opioidhasználatához köthetőnek, a többi országban ez az arány 15–40% között alakult. Az opiátok nemcsak a kezelésre jelentkezők között számítanak a leggyakrabban megnevezett kábítószernek, hanem a már kezelés alatt állóknál is. Egy kilenc ország részvételével történt kutatás szerint az összes, kezelés alatt álló kliens között az elsődleges opiáthasználók összességében a kliensek 59%-át jelentették, de a kezelésre életükben először jelentkező kliensek körében csak 40% volt az arányuk (EMCDDA, 2008). A kábítószer miatt járóbeteg-kezelésre jelentkező opioidhasználók közül összességében 43% számolt be a kábítószer intravénás használatáról. Magyarországon a kezelésbe került opiát, azaz többségében heroinhasználók jellemző többsége injekciós használó volt. Magyarországon a kezelésbe kerültek többsége kannabiszhasználat miatt került oda (lásd később).

Magyarországon az intravénás drogfogyasztók számát a 2005-ös rendőrségi és egészségügyi adatok alapján, a „fogás-visszafogás” becslési módszert használva, Elekes és Nyírády (2007) szerint 3941 fő (standard szórás: 955,1, 2069-5813 közötti konfidencia intervallummal).

Budapesten a becsült problémás opiáthasználók száma 2005-ös adatok alapján 1872 fő (1201-2543 közötti intervallumban (Elekes és Nyírády, 2006, Jelentés, 2006), egyéb megfontolásokkal a budapesti problémás opiátfogyasztó populáció nagyságát 2000-2500 főre becsülték (Jelentés, 2006). A szubsztitúciós kezelésbe

kerülők aránya a problémás opiáthasználókhoz képest 23-29%. Ez Európai Unió összehasonlításban viszonylag alacsonynak számít (az országok többségénél ez az arány 30-50% között mozog, RÁCZ, 2009).

A becslések szerint az intravénás kábítószer-használat előfordulását tekintve országok között nagy különbségek vannak. A becslések a 15–64 éves népességben 1000 főre jutó egy–öt eset között mozognak az országok többségében, csak Észtországból jelentettek kiugróan magas, 15 eset/1000 fő szintet (EMCDDA, 2008).

OPIÁTHASZNÁLAT MIATTI KEZELÉSBEVÉTEL (RÁCZ, 2009, 200.o.)

Az egyes országok között szintén nagy különbségek vannak, de néhány alapvető jellemző az egész EU tekintetében megállapítható:

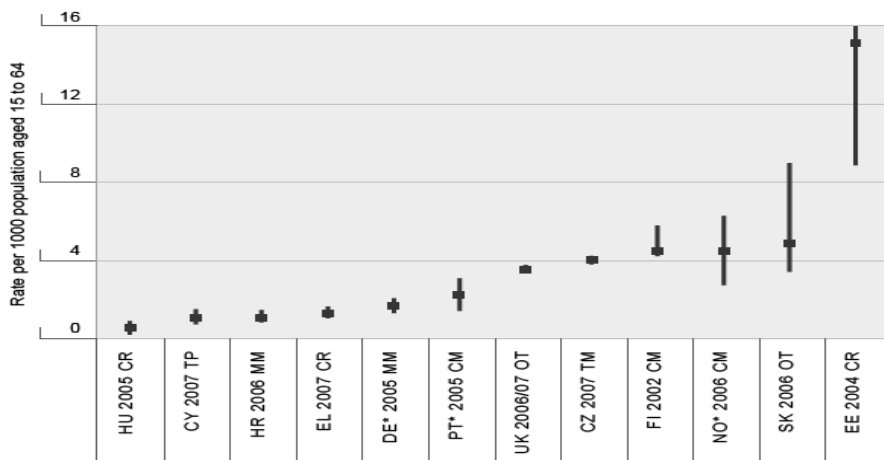
- férfi – nő arány: 3-4:1-hez;
- az ambuláns kezelést kezdők átlagéletkora 32 év, a fekvőbeteg kezelésbe kerülőké 30 év volt;
- az első opiáthasználatra általában 15-19 éves korban került sor;
- az ambuláns kliensek 45%-a (összes kezelt; új klienseknél: 38%) injekciós volt, a szippantás aránya 37% (összes kliens) és 48% (új kliens) volt;
- az opiátok mellett a kokain jelent meg másodlagos szerként (23%), a kannabisz (17%), az alkohol (11%) vagy más opiátszármazék (35%);
- az opiáthasználat ritkán jelent meg másodlagos szerként (ambuláns kliensek 6%-ánál, fekvőbetegeknél 12%-ban).

AMFETAMINHASZNÁLAT MIATTI KEZELÉSBEVÉTEL

A nem kokain típusú stimulánsok miatt viszonylag ritka a kezeléskikerülés, azonban egyes országokban ez az arány magas (Csehország, Lettország, Szlovákia, Svédország). Magyarország is ezekhez az országokhoz közelít (főleg a magas injekciós amfetaminhasználat miatt).

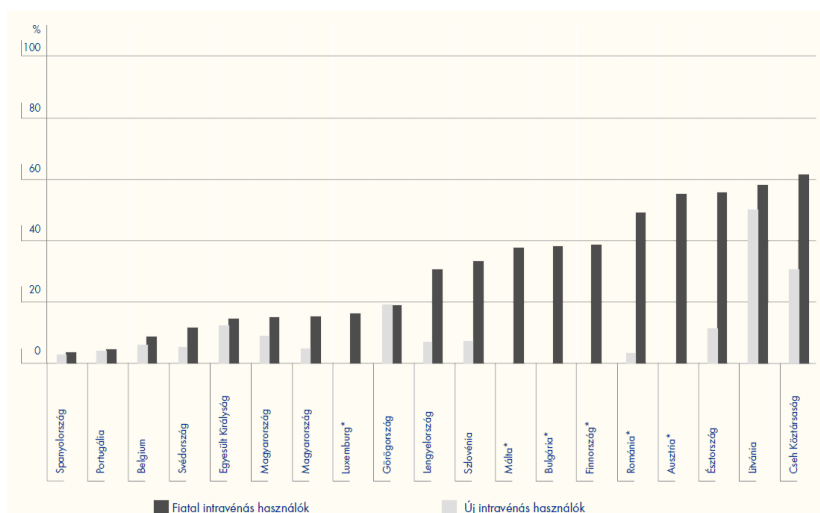
A fiatal (25 év alatti) és az új (2 évnél kevesebb injekciós múlt) intravénás használók alakulása a fertőző betegségek szűrésére vett országos mintákon, az Európai Unióban: Magyarországon a fiatal és az új injekciós használók viszonylag alacsony számban fordulnak elő.

1. ábra. Az injekciós droghasználat előfordulása ezer fő lakosra, a 15-64 éves korosztályban, becslések (EMCDDA, 2009)



* 32 Kontakt Kávézó adata

2. ábra. A fiatal és az új intravénás használók aránya az intravénás kábítószerhasználók mintáiban



Megjegyzés: A minták a fertőző betegségek (HIV és HCV) szűrővizsgálatain részt vevő intravénás kábítószer-használókat jelentik. Minden ország esetében a 2002-2006 közötti időszakból rendelkezésre álló legfrissebb mintát használták, amennyiben az legalább 100 intravénás használóból állt. A csillag (*) azt jelzi, hogy az új intravénás használókról nem volt adat. További információért lásd a PDU-3. ábrát a 2008. évi statisztikai közlönyben.

Forrás: Reitox nemzeti fókuszpontok.

Az injekciós droghasználók becsült száma (fogás – visszafogás módszerrel)

Elekes és Nyírády (2006) vizsgálatában az egészségügyi adatbázisban 627 főnél, azaz a kezelték 42,7%-nál, a rendőrség esetében 88 személynél, a nyilvántartottak 6,3%-nál regisztráltak intravénás használatot. A közös halmazba 14 fő került. Így Magyarországon az intravénás drogfogyasztók számát 3941 főre becsüljük, 2069-5813 közötti konfidencia intervallummal. Ez a szám nemzetközi összehasonlításban alacsonynak mondható.

1. táblázat (EMCDDA, 2007). Az intravénás drogfogyasztók rejtett és teljes száma főbb korcsoportok szerint¹

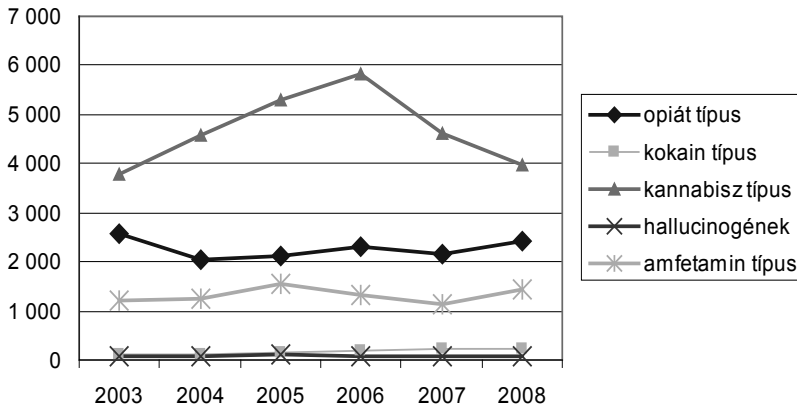
KORCSOPORT	REJTETT NÉPESSÉG	PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK	KONFIDENCIA
<i>teljes száma (fő)</i>	<i>intervallum</i>		
15–64	3230	3929	2063-5795
15–24	1142	1307	-75-2689
25–34	1458	1885	905-2865

KÉZELÉSI ADATOK MAGYARORSZÁGRÓL

Magyarországon a kezelésbe került opiáthasználók száma 2003-tól kismértékben csökkent, majd 2008-ban kismértékben emelkedett (... ábra), azonban ez az emelkedés az injekciós heroinhasználók számában nem tükröződött (... ábra). Az amfetaminhasználat miatt kezelték száma évenkénti, kisebb ingadozást mutat. A kezelésbe került injekciós droghasználók (gyakorlatilag heroin- és amfetaminhasználók) száma 2000 fő/év, illetve ez alatt mozog, lényegében 2003. óta csak kis ingadozással (3. és 4. ábra) (Jelentés, 2009).

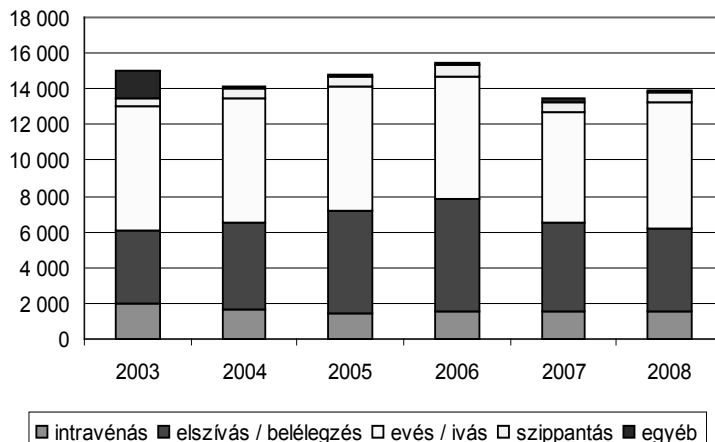
¹ Egyik adatbázisban sem szerepelt 35 évnél idősebb nem volt, így erre a korcsoportra nem lehet számításokat végezni (Elekes és Nyírády, 2006).

3. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-2008 (fő)



Forrás: OSAP² 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés³

4. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2003-2008 (fő)

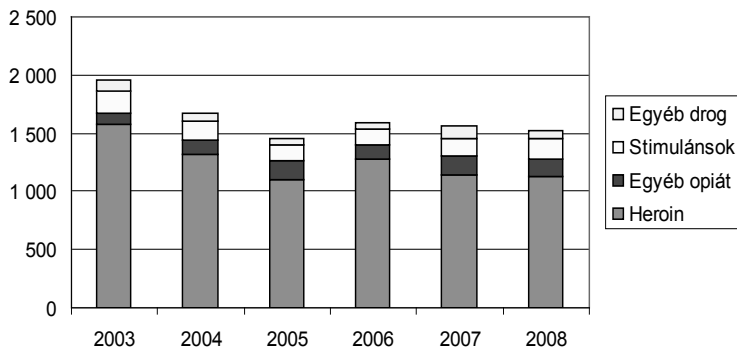


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

² Az OSAP az Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program rövidítése, melynek keretében folyik a kábítószerhasználat miatt egészségügyi kezelésbe került betegek adatgyűjtése (Egészségügyi Minisztériumi rendelet alapján). A rendszert – problémái miatt – 2005.-től fokozatosan a *Kezelési Igény Indikátor* (Treatment Demand Indicator, közkeletű rövidítéssel: TDI) alapú, az EMCDDA ajánlásainak megfelelő adatgyűjtő rendszer váltja fel.

³ Az egyes táblázatoknál és ábráknál közölt OSAP és Egészségügyi Minisztériumi jelentéseket az eredeti számmal közöljük, ezek az adatok azonban a *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* című sorozat kiadványaiban is megtalálhatók (a hivatkozásokhoz ezek közül a következőket használtuk: 2006, 2007, 2008).

5. ábra. A kezelt intravénás droghasználók megoszlása 2003-2008 (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Rácz, Máthé-Árvay és Fehér (2003):

2. táblázat. Kezelést keresők és „utcai” droghasználók nemi megoszlása

	KEZELÉST KERESŐK	„UTCAI” INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓK
férfi	76,3%	75,2%
nő	23,6%	24,7%
átlagos életkor 2000-ben	25,5 év	22,5,év

Márványkövi, Melles és Rácz, 2006:

A mintában szereplők 98,5%-a próbálta már ki a marihuánát, több mint kétharmada a kokaint, 91%-a a heroint és 94%-a az amfetamint. A kérdezést megelőző 30 napban heroint és marihuánát fogyasztottak a legtöbben (80,6%, illetve 53,7%), míg az elmúlt 30 napra vonatkozó injektálási prevalencia érték a heroин esetében volt a legmagasabb (82,1%). Közel kétharmadnyian többfajta szert is fogyasztottak az elmúlt 30 napban, és szinte mindenki injektálta valamelyik problémás szert. Az interjú megelőző két napban szintén heroint használtak a legtöbben, az elmúlt 30 napos prevalencia értékhez hasonlóan mindannyian intravénásan.

Az amfetamin-, kokain- és heroinkipróbálásnak életkora szinte teljesen megegyezik (19-20 év), és ez elmondható a rendszeres használat kezdetéről is. A marihuána első használatának, valamint a rendszeres használat kezdetének életkora is szinte teljesen egybeesik (16,5, illetve 16,7 év). Az is megállapítható, hogy e három szer

és a marihuána tekintetében az első és a rendszeres használat kezdete gyakorlatilag teljesen egybeesik, azaz nagyon gyorsan kialakult a rendszeres használat az első használatot követően. A minta problémás szerhasználati karrierjének hossza átlagban 7,6 év.

Márványkövi, Melles Légmán és Rácz, 2008:

A teljes minta közel háromnegyede (73.6%-a) férfi, míg 26.4%-a nő. Ez az arány a nem roma használók esetében 67%-33%, míg a magukat romának vallók esetében 80%-20%. Az eltérés nem szignifikáns.

A kormegoszlás tekintetében, a teljes mintára elmondható, hogy legnagyobb arányban a 18-25, illetve a 26-30 évesek képviselik magukat (32.9%, illetve 35.7%). A 31-35 évesek aránya 18%, míg az ennél idősebbeké 13.6%. A roma és nem roma használókat összehasonlítva az látható, hogy a két legfiatalabb korcsoport tekintetében a romák aránya a nagyobb, ugyanakkor a 31-35 évesek, illetve a 35 év felettiekénél a nem romák aránya magasabb. A különbségek nem szignifikánsak.

A mintába kerültek 53%-a egyedülálló; ez az arány a romák esetében 48.6%, míg a nem romák esetében 57%. Házastársi viszonyban a minta 8%-a él, ami gyakorlatilag ugyanaz a romák és nem romák esetében. Az összes megkérdezett 31.4%-a jelezte, hogy partnere van, vagy élettársi viszonyban él. Ebben a tekintetben nagy eltérés mutatkozik romák és nem romák között: előbbiek esetében ez az arány 37%, míg utóbbiakéban mindössze 25.7%. Az eltérés szignifikánsnak mutatkozott.

A gyermekszám tekintetében nagy és szignifikáns különbségek találhatók romák és nem romák között: míg átlagban a mintába kerültek **60,7%-ának nincs gyermeke**, ez az arány a nem romák között 71,4%, míg a romák esetében csak 50%. A mintában szereplők **23%-ának egy gyermeke van, de a roma használóknál ez az arány magasabb (27,1%)**. A többgyermekűség (két vagy annál is több gyermek) jobban jellemzi a roma használókat.

3. táblázat. A minta bemutatása szociodemográfiai jellemzők által

	NEM ROMA SZERHASZNÁLÓK	ROMA SZER- HASZNÁLÓK	TELJES MINTA
neme			
férfi	67,1	80,0	73,6
nő	32,9	20,0	26,4
korcsoport			
18-25 éves	28,6	37,1	32,9
26-30 éves	32,9	38,6	35,7
31-35 éves	21,4	14,3	17,9
36 vagy több éves	17,1	10,0	13,6
háztartásnagyság			
1 fő	14,3	7,1	10,7
2 fő	28,6	17,1	22,9
3 fő	24,3	27,1	25,7
4 fő	20,0	21,4	20,7
5 vagy több fő	12,9	27,1	20,0
gyermek száma a háztartásban			
nincs gyermek	71,4*	50,0*	60,7
1 gyermek	18,6*	27,1*	22,9
2 vagy több gyermek	10,0*	22,9*	16,4
családi állapot			
egyedülálló	57,1	48,6	52,9
házas	7,1	8,6	7,9
partner/ élettárs	25,7*	37,1*	31,4
elvált	7,1	5,7	6,4
özvegy	2,9		1,4
kivel él együtt			
senkivel, egyedül	12,9	10,0	11,4
házastárssal	2,9	11,4	7,1
partnerrel	30,0	30,0	30,0
szülővel, szülőkkal	48,6	44,3	46,4
barátokkal	8,6	5,7	7,1
18 év alatti gyerekekkel	14,3	35,7	25,0
más családtaggal	24,3	25,7	25,0
más felnőtellel	2,9	10,0	6,4

legmagasabb iskolai végzettség			
kevesebb, mint nyolc általános	7,1	20,0	13,6
8 általános	20,0	38,6	29,3
befejezetlen szakmunkás, szakközépiskola	17,1	22,9	20,0
befejezetlen gimnázium	5,7	1,4	3,6
befejezett szakmunkás, szakközépiskola	28,6	14,3	21,4
befejezett gimnázium	12,9		6,4
OKJ-képzés	4,3	2,9	3,6
befejezetlen főiskola, egyetem	2,9		1,4
főiskola, egyetem	1,4		0,7
lakhatási körülmények			
saját tulajdonú lakásban	17,1	15,7	16,4
más lakásában	42,9	32,9	37,9
albérletben	11,4	12,9	12,1
hajléktalanszállón	1,4		0,7
utcán	4,3	2,9	3,6
foglalt lakásban	8,6	2,9	5,7
önkormányzati lakás	11,4	32,9	22,1
máshol	1,4		0,7
nincs válasz	1,4		0,7

$p < 0.01$

A megkérdezetteknek 43%-ban 8 általános iskolai vagy annál kevesebb iskolai végzettsége van.

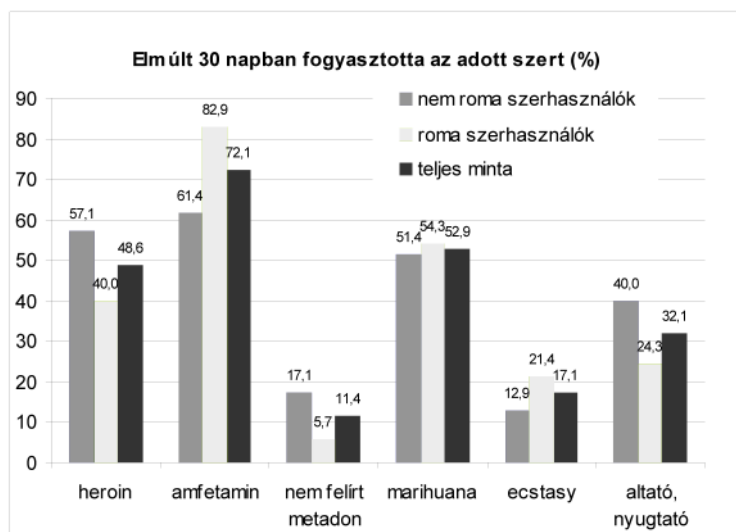
Szerhasználati jellemzők

4. táblázat. Illegális és legális szerek életprevalancia értéke

	NEM ROMA SZERHASZNÁLÓK	ROMA SZERHASZNÁLÓK	TELJES MINTA
heroin	64,3	62,9	63,6
amfetamin	97,1	95,7	96,4
nem felírt metadon	37,1*	23,2*	30,2
marihuána	88,6	92,8	90,6
ecstasy	74,3	79,7	77,0
altató, nyugtató	62,9*	42,0*	52,5

$p < 0.01$

6. ábra. Az elmúlt 30 napra vonatkozó szerfogyasztás



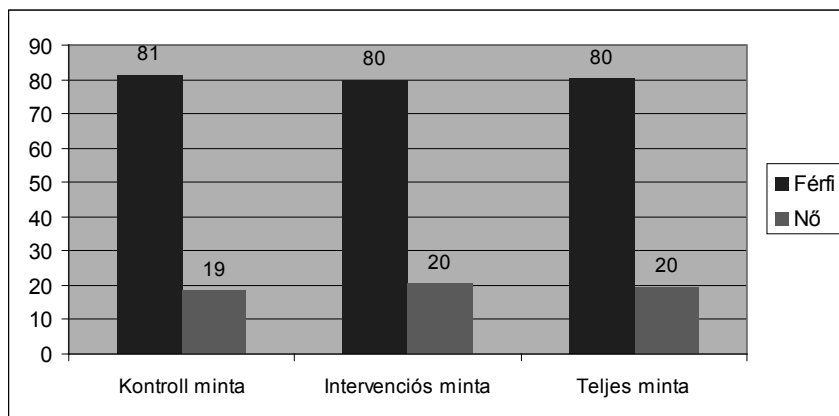
A kérdést megelőző 30 napban történő szerfogyasztást tekintve láthatjuk, hogy leginkább **amfetamin- származékok** használata jellemző, főként a roma használók körében, ahol az arány 83%-os. A mintába kerülés szerhasználati kritériumának való megfelelés (rendszeres heroin, ill. amfetamin fogyasztás) mellett a mintának **több mint fele marihuánát** is fogyaszt rendszeres jelleggel, sőt a minta közel egyharmada nem orvosi javallatra szedett nyugtatót, altatót is. Az amfetamin és az ecstasy használata jobban jellemző a roma alpopulációra, míg a heroin, az altatók,

nyugtatók használata a nem roma alpopuláció jellegzetessége. (Szignifikáns különbségek: 1. heroinnál $p < 0,00$; $X=13,83$; 2. marihuánánál $p < 0,01$; $X=15,67$).

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

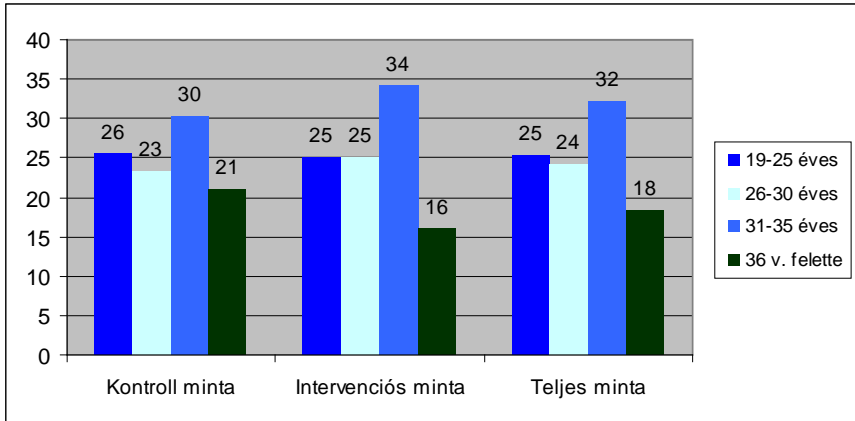
A nemi megoszlás tekintetében elmondható, hogy a 87 fő 80%-a férfi, 20% nő volt. Az intervenciós csoportban a férfiak, illetve nők aránya 79%-20%, míg a kontroll csoportban ez az arány 81%-19% volt. A két csoport közötti eltérés nem szignifikáns ($p=0,82$).

7. ábra. A minta nemek szerinti megoszlása (%)



A mintába kerültek átlagéletkora 30.7 év, míg a két csoport átlagéletkora gyakorlatilag teljesen egyforma. A kor megoszlás tekintetében elmondható, hogy a minta 25%-a 19-25 év közötti, 24%-a 26-30 év közötti, 32%-a 31-35 év közötti, míg 18%-a 36 év feletti volt.

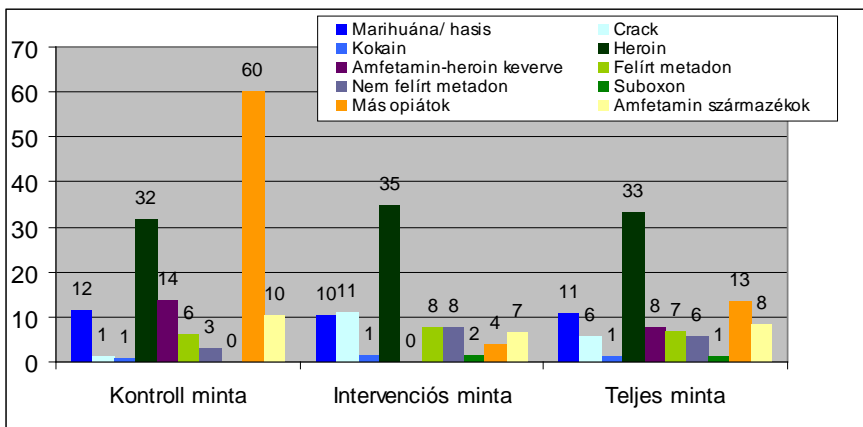
8. ábra. A minta korcsoport szerinti megoszlása (%)



A minta 47%-a vallotta magát magyarnak, míg 64% romának, illetve romának és magyarnak.

Az elmúlt 30 napra vonatkozó használatra utaló adatok azt mutatják, hogy kiemelkedő a heroinhasználat gyakorisága (33 alkalom), a heroint a más opiátszármazékok követik 13%-kal, jóllehet utóbbit mindössze 6 ember használt az elmúlt 30 nap folyamán. Átlagban 11 alkalommal használtak marihuánát, 8 alkalommal pedig amfetaminszármazékokat a kérdezést megelőző 30 napban. A teljes minta 1%-a használt kokaint és 6%-a cracket az elmúlt 30 napban. A mintában szereplők az elmúlt 30 nap során átlagban 8 különböző szert használtak.

9. ábra. Elmúlt 30 napban való használat átlaga szerenként (átlagértékek)



NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KOCKÁZATOK

FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Az injekciós droghasználat legfontosabb népegészségügyi kockázatai közé tartozik az injekciós szereléssel, illetve a szexuális úton terjedő fertőző betegségek ('Sexually Transmitted Diseases': STD; 'Sexually Transmitted Infections': STI; 'Drug-related Infectious Diseases': DRID), elsősorban a HIV/AIDS, a hepatitisz B és C, valamint más fertőzések, illetve betegségek.

HIV/AIDS

Az EMCDDA jelentése megállapítja: „A legfrissebb adatok azt jelzik, hogy az intravénás kábítószer-használók körében általában alacsony a HIV-fertőzés megjelenése az Európai Unióban. Az éberség azonban mégsem árt, néhány tagállamban ugyanis továbbra is magas az intravénás kábítószer-használathoz kapcsolódó, új HIV-fertőzések aránya, és a szomszédos országok némelyikében még ennél is aggasztóbb a helyzet.

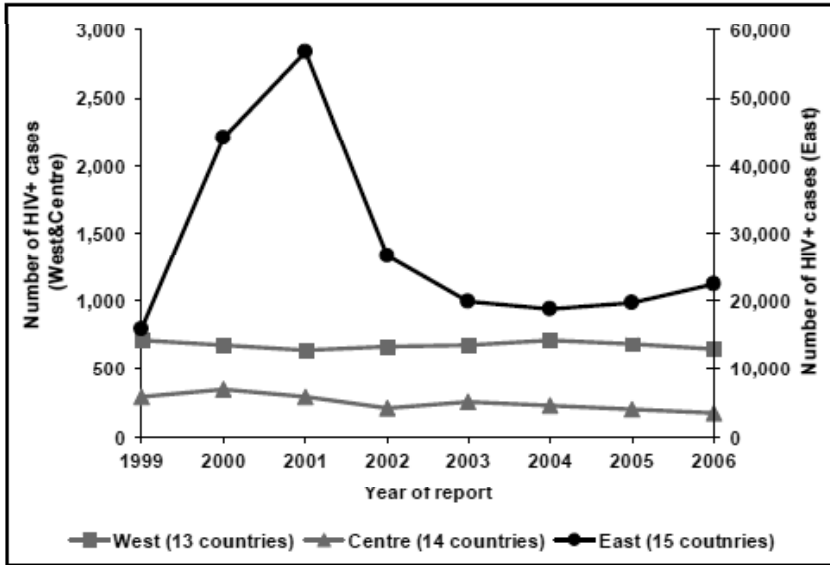
Észtországban és Litvániában egy nemrég lezajlott HIV-járvány után az intravénás kábítószer-használók körében újonnan diagnosztizált fertőzések aránya 2001-től kezdve csökkent, de továbbra is magas szinten stabilizálódott (2006-ban egymillió lakosra jutó 142,0, illetve 47,1 új esettel), ami azt jelzi, hogy az átadási ráták változatlanul magasak. Az újonnan diagnosztizált fertőzések száma még mindig Portugáliában a legmagasabb az Európai Unióban, és miközben a tendencia csökkenő, az újonnan bejelentett diagnózisok éves rátája továbbra is magas, 2006-ban egymillió lakosra jutó 66,5 új esettel.

Az Európai Unió keleti szomszédait tekintve különösen aggályos a helyzet. A két legnagyobb országban, Oroszországban és Ukrajnában az újonnan diagnosztizált esetek száma magas, és egyre emelkedik. 2006-ban az intravénás kábítószer-használattal összefüggő, újonnan diagnosztizált fertőzések számát Oroszországban több mint 11.000-re, Ukrajnában 7.000-re becsülték (egymillió lakosra jutó 78,6, illetve 152,9 új eset).

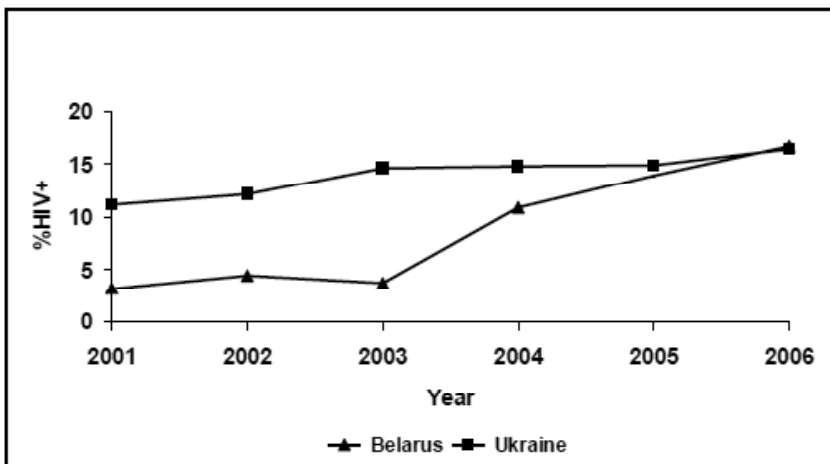
Az intravénás kábítószer-használók körében folytatódó terjedés magas arányai azt jelzik, hogy a jelenlegi szolgáltatásnyújtás elérhetőségét, szintjét és hatókörét egyaránt felül kell vizsgálni, beleértve a fertőző betegségek terjedésének megelőzésére szolgáló konkrét intézkedéseket is, mint például a tűcsere és a helyettesítő kezelés. Emellett az intravénás kábítószer-használók körében célzott vizsgálatokra van szükség, hogy felderítsek az egyes populációk vajon miért tűnnek különösen veszélyeztetettnek, és megkeressük a kockázatos viselkedéshez kapcsolódó tényező-

ket, valamint a védekezés akadályait, továbbá hogy ígéretes módszereket találjanak az új járványkítőrések megelőzésére.” (EMCDDA, 2008, 86.o.)

10. ábra. Injekciós droghasználók között újonnan diagnosztizált HIV esetek, WHO régiók szerint, 1999-2006 között (EuroHIV, 2007)



11. ábra. Növekvő HIV prevalencia az injekciós használók között (EuroHIV, 2007)



Az Ukrajnában kialakult helyzet – azzal, hogy Magyarország határos az országgal – kockázati tényezőt jelent.

A MAGYARORSZÁGI HELYZET

Az Országos Epidemiológiai Intézet 2008-as adatai szerint a bejelentett HIV fertőzött injekciós droghasználók száma 1985-2008 között 20 fő volt (Jelentés, 2008).

2008-ban, az 590, országosan vett, injekciós droghasználóktól származó minta (surveillance-vizsgálat) mindegyike negatívnak bizonyult HIV-fertőzés tekintetében, tehát a vizsgált intravénás kábítószer-használók között a korábbi évekhez hasonlóan, nem sikerült HIV-pozitív személyt felderíteni (OEK, 2009).

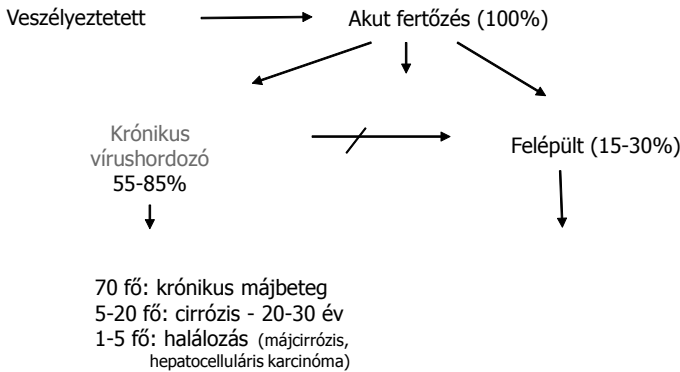
ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Rácz, Ujhelyi és Fehér, 2002:

A kezelést kereső csoportban három személy tudott arról, hogy emberi immunhiányt okozó vírus pozitív, illetve AIDS) betegsége van. Mindhárman 25 éves, hajléktalan férfiak voltak, akik elsősorban heroint használtak intravénásan. Jelentős számban fordultak elő mindhárom személy esetében kockázati magatartásformák (elsősorban az injekcióhasználattal összefüggésben). A segítő kapcsolattal nem rendelkező csoportban egy emberi immunhiányt okozó vírus -pozitív személyt találtak, aki nem tudott fertőzéséről. A 20 éves férfi heroint és amfetamint használt intravénásan, a kockázati magatartások nem jelentős arányban voltak rá jellemzők. A bemutatott esetekben a szexuális úton átadódó fertőzés nem zárható ki, de az megállapítható, hogy intravénás droghasználók körében jelen van a emberi immunhiányt okozó vírus. Kockázati magatartásaikat tekintetbe véve, mind az injekciós használatlallal, mind pedig szexuális úton továbbadhatják a fertőzést.

HEPATITISZ

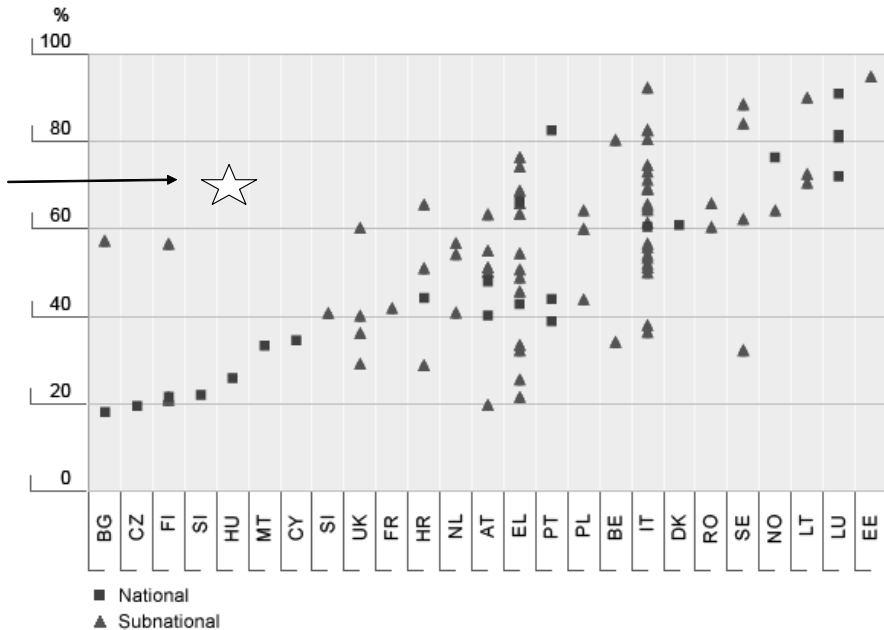
A hepatitisz C egyszerű terjedési modellje (EMCDDA, 2007)



számok: MedlinePlus
nincs spontán vírusmentessé válás,
csak terápia hatására

A következőkben elsősorban a krónikus vírushordozókról lesz szó (akik tünetmentesek, de fertőznek). Az akut hepatitisz ritka (amely tünetekkel jár és az ÁNTSZ felé jelentés kötelezett). A krónikus vírushordozóknál az ábrán látható arányban alakulnak ki súlyosabb betegségek: krónikus májbetegség, cirrózis, májrák. Utóbbi – jelenleg gyógyíthatatlan – betegségek a fertőzést 20-30 évvel követően alakulnak ki. Addig a fertőzött személy tünetmentes maradhat, de fertőzhet. Ezért is nevezik a hepatitisz C fertőzést „csendes járványnak”. A krónikus esetek – megfelelő infektológiai és hepatológiai vizsgálatok, illetve laboratóriumi eredmények után – ma már nagyon nagy hatékonysággal gyógyíthatók. Ilyenkor megszűnik a fertőzésveszély is. A hepatitisz C miatti kezeléshez azonban félév absztinencia vagy metadon-fenntartó kezelés szükséges; a kezelés szoros kooperációt követel meg az egészségügyi személyzettel a fertőzött személytől.

12. ábra. A HCV előfordulása injekciós droghasználók között (országos és helyi adatok), 2006-2007 (EMCDDA, 2009)

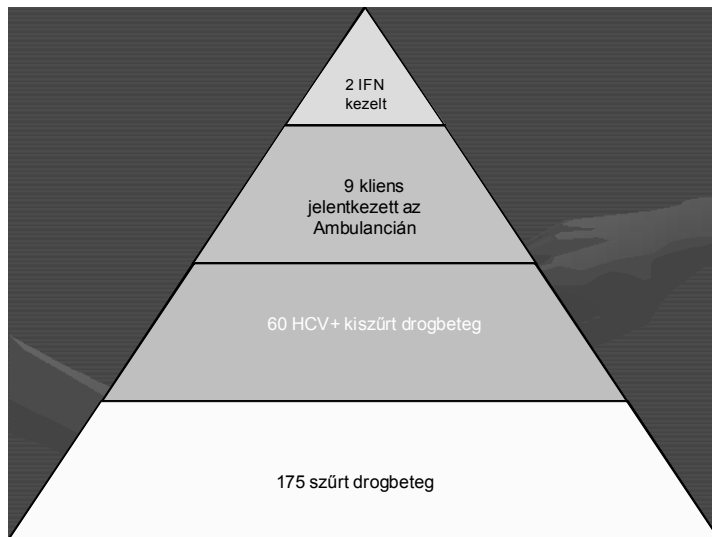


* A Kontakt Kávézó adatai: nemzetközi viszonylatban is magas a hepatitisz C fertőzöttség (a hepatitisz C fertőzöttséget az Országos Epidemiológiai Központ szűrési eredményei mutatják).

Az Európai Unió adatai szerint Magyarország a helyzet nem rossz; egészen más képet mutat azonban a Kék Pont Kontakt Kávézójában kapott adatok – noha ezeket országos adatokkal nem lehet összevetni, a probléma érzékelterése miatt mégis egy olyan ábrán szerepeltetjük ezeket az adatokat, ahol országos (kék színnel) és regionális adatok (piros színnel) láthatók. Az EMCDDA (2009) jellemzése szerint a hepatitisz C fertőzöttségi adatok rámutatnak a célzott prevenció célcsoportjaira és felhívják a figyelmet arra, hol várható egy esetleges HIV felbukkanás vagy éppen rohamos terjedés.

A fertőzöttségi adatok a hepatitisz C egyik jellemzőjét mutatják. A másik jellemző, hogy hányan kerülnek e fertőzés miatt kezelésbe. A következő ábra ezt mutatja, Budapest vonatkozásában.

13. ábra. Szűrés után kezelésbe kerülő injekciós drogbetegek (Gazdag és Szabó, 2007)⁴



Látható, hogy a szűrt, hepatitisz C fertőzött betegek közül milyen kevesen jutnak el a kórház szakambulanciájára, és mindössze két beteg került kezelésbe.

A hepatitisz C kombinált terápiája: egy „átlagos” esetben 26,7 hétig tart az antivirális kezelés, amelynek a költsége átlagosan 3,5 millió Ft (Gazdag és Horváth, 2009)⁵. Egy fertőzött beteg kezelése a hepatitisz C fertőzéssel összefüggésben a teljes élettartam alatt: 3,5–7 millió Ft költséget jelent az Európai Unió átlag alapján (EMCDDA, 2005). Gazdag és Horváth (2009) becslése szerint a hazai kábítószer-használóknál kb. 600-720 esetben merül fel a hepatitisz C miatti kezelési igény, ami kb. 2,5-3 milliárd Ft költséget jelent. A szerzők megjegyzik, hogy ez a kiadás nem a „még megelőzhető”, hanem a „jövőben realizálódó” kiadások közé tartozik. Ugyanakkor azt is megjegyzik, hogy a költségek kisebbek lesznek az antivirális kezelés hozzáférhetősége és a mortalitás miatt.

Szűrővizsgálatok

Az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban a HCV-antitest szintek 2005–2006-ban kb. 15% és 90% között mozogtak, de a legtöbb országból jellemzően 40%-ot meghaladó szinteket jelentettek (EMCDDA, 2008).

⁴ A Magyar Addiktológiai Társaság 2007-es konferenciáján elhangzott előadás alapján, (a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István Szent László Kórház-Rendelőintézet adatai alapján).

⁵ A Magyar Addiktológiai Társaság 2009-es konferenciáján elhangzott előadás alapján.

Az Országos Epidemiológiai Központ 2006. óta végez országos mintavétellel, surveillance-típusú mintavételt injekciós droghasználóktól (ujjbegyés vérvétel). Ehelyütt a 2008. évi országos és helyi, illetve az előző évi helyi adatokat mutatjuk be.

2008-ban az 590, országosan vett, injekciós droghasználóktól származó mintában 133 személynél (22,6% 95% CI: 16,23%-25,97%) mutattak ki hepatitis C vírus elleni ellenanyagot és három esetben (0,5%) hepatitis B felületi antigént. A három hepatitis B vírus hordozó közül az egyikük bizonyult egyidejűleg anti-HCV ellenanyag-pozitívnak is (OEK, 2009).

5. táblázat. A 2008. év folyamán vizsgált intravénás kábítószer-használók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége korcsoportok szerint (OEK, 2009)

KORCSOPORT		HIV ELLENANYAG JELENLÉ- TÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		HBsAg ANTIGÉN JELENLÉ- TÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK			HCV ELLENANYAG JELENLÉ- TÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		
		száma	közül pozitív	száma	közül pozitív		száma	Közül pozitív	
					szám	%		szám	%
< 25 év	férfi	77	0	77	0	0,0	77	15	19,4
	nő	39	0	39	0	0,0	39	8	20,5
25-34 év	férfi	229	0	229	2	0,9	229	48	20,9
	nő	85	0	85	0	0,0	84	19	22,6
> 34 év	férfi	118	0	118	0	0,0	117	28	23,9
	nő	42	0	42	1	2,3	42	15	35,7
Összesen	férfi	424	0	424	2	0,5	423	91	21,5
	nő	166	0	166	1	0,6	165	42	25,4
	férfi+nő	590	0	590	3	0,5	588	133	22,6

6. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása az intravénás kábítószer-használat kezdete szerint (OEK, 2009) 2008.

AZ INTRAVÉNÁS DROGHASZNÁ- LAT KEZDETE*	HBsAg ANTIGÉN JELENLÉ- TÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK			HCV ELLENANYAG JELENLÉ- TÉRE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
< 2 év	86	2	2,3	86	6	7,0
2 – 4 év	77	0	0,0	76	16	21,0
5 – 9 év	146	0	0,0	146	35	24,0
10 évnél régebben	254	1	0,4	253	75	29,6
Összesen	563	3	0,5	561	133	23,7

* Mennyi idő telt el az első intravénás kábítószer-használat óta

7. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-használók megoszlása a kábítószer típusa szerint (OEK, 2009) 2008

KÁBITÓSZER TÍPUSA	HBsAg ANTIGÉN JELENLÉTERE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK			HCV ELLENANYAG JELENLÉTERE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
Opiát	428	1	0,2	426	110	25,8
Nem opiát	162	2	1,2	162	23	14,2
Együtt	590	3	0,5	588	133	22,6

8. táblázat. A HBV és a HCV szűrvizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként (OEK, 2009) 2008

TERÜLET/VÁROS	HBsAg ANTIGÉN JELENLÉTERE RE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK			HCV ELLENANYAG JELENLÉTERE RE VIZSGÁLT SZEMÉLYEK		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
Budapest	305	1	0,3	303	108	35,6
Szeged	50	0	0,0	50	8	16,0
Pécs	60	0	0,0	60	6	10,0
Miskolc	35	0	0,0	35	2	5,7
Gyula	20	0	0,0	20	0	0,0
Kecskemét	20	1	5,0	20	1	5,0
Szekszárd	16	0	0,0	15	1	6,7
Veszprém	15	0	0,0	15	4	26,7
Debrecen túcsere	15	0	0,0	15	0	0,0
Debrecen DA	20	0	0,0	20	2	10,0
Győr	8	0	0,0	8	1	12,5
Salgótarján	10	0	0,0	11	0	0,0
Zalaegerszeg	11	1	9,0	10	0	0,0
Nyíregyháza	5	0	0,0	5	0	0,0
Vidék összesen	285	2	0,7	285	25	8,8
Együtt	590	3	0,5	588	133	22,5

Az OEK (2009) a *Kék Pont Drogonkonzultációs Központ és Ambulancia* esetében a következőket találta: „A Kék Pont Alapítvány összesen 70 mintát szolgáltatott a vizsgálat számára. A 70 főből 51 (72,9%) férfi és 19 (27,1%) nő volt. A mintát adó személyek 54,3 %-a a 25-34 év közötti korcsoportba tartozott (38), 15,7 %-a idősebb volt 35 évnél (11), 30 %-uk fiatalabb volt 25 évnél (21). A 70 személyből 43 (63,2%) **bizonyult hepatitis C pozitív**nak, két esetben kétes eredményt kaptak. Az 43 hepatitis C pozitív személyből 33 férfi volt és 10 nő. A férfiak közül nyolcan 25 évnél fiatalabbak voltak, 20-an tartoztak a 25-34 év közötti korcsoportba, és ötven voltak idősebbek 35 évnél. A nőknél ötven a 25-34 év közötti korcsoportba, négyen a 25 év alatti korcsoportba tartoztak, egy személy pedig idősebb volt 35 évnél. Az alapítvány által beszállított minták között nem találtak hepatitis B pozitív esetet.” (OEK, 2009, 9.o., kiemelés: szerzők).

Az OEK által 2007-ben végzett szűrés eredményei szerint „A 70 személyből 51 (75%) **bizonyult hepatitisz C-pozitív**nak, három esetben kétes eredményt kaptak. Az 51 hepatitisz C pozitív személyből 40 férfi volt és 11 nő. A férfiak közül tízen 25 évnél fiatalabbak voltak, 27-en tartoztak a 25-34 év közötti korcsoportba, és három voltak idősebbek 35 évnél. (Csohán és Dudás, 2008, 11. o., kiemelés: szerzők). A Kék Pont mintái a Kontakt Kávézó tűcsere kliensei közül kerültek ki.

KÖVETKEZTETÉSEK MATEMATIKAI MODELLEK ALAPJÁN A HCV FERTŐZÉSRE VONATKOZÓAN (EMCDDA, 2004)

Az EMCDDA (2004) matematikai modellekkel számított ki fertőzési értékeket, pontosabban, a matematikai szimuláció eszközeivel igyekezett feltárni a hepatitisz C járvány terjedését injekciós droghasználók között. Erre azért volt szükség, mert az egész injektáló népességre vonatkozóan soha nem lesznek teljes körű adataink (hiszen nem tudjuk a számukat); másrészt egy adott fertőzési szintből következtetni lehet visszamenőleg a járvány feltételezhető indulására és előrefelé haladva pedig a járvány terjedésére. E modellek szerint az első 3 évben sokan megfertőződnek. A belépést követő 5 éven belül 26%-ban válnak hordozóvá és 33%-ban szeropozitívvá.

- A *magas-kockázatú csoportban* az első 5 év alatt az injekciós droghasználók 70%-a válik krónikus hordozóvá, majd ez az arány már nem nő.
- Az *alacsony-kockázatú csoportban* a hordozók aránya folyamatosan nő.

Ezekből az adatokból arra következtethetünk, hogy a *Kontakt Kávézóban* mért adatok alapján ez az injektáló csoport elérte vagy közel elérte a „lehetséges” maximumot a vírushordozók száma tekintetében, esetleg még az alacsony-kockázatú csoportban lehetnek fertőzések. A modellezés alapján a *Kontakt Kávézó* megnyitása előtti 5 évben történhetek a fertőzések.

Az „enyhe” és a „súlyos” használók közötti átmenet, illetve a „súlyos” használók prevalenciája (a közösségbe lépéstől, illetve a droghasználat kezdetétől számított) 400-500. héten (7,7-9,6 év) éri el a csúcst.

Ez alapján feltehető, hogy a *Kontakt Kávészó* klienseinél, akiknél 8-10 éves injekciós drogkarriereket találunk, már túl vannak a prevalencia növekedési csúcson.

Ezek alapján feltételezhetjük, hogy a *Kontakt Kávészó* körül elterülő drogszcéna az 1990-es évek végén, a 2000-es évek elején jöhetett létre. A *Kontakt Kávészó* volt az *első* olyan szolgáltatás, amellyel ezek a nagykockázatú injekciós használók nagy arányban kapcsolatba kerülhettek.

KOCKÁZATI MAGATARTÁSOK

Népegészségügyi szempontból injekciós droghasználóknál azokat a magatartásokat tekintjük kockázatiaknak, melyek a fertőző betegségek (STD, STI, DRID) átadásához járulnak hozzá:

- injekciós kockázati magatartások:
 - direkt megosztás: közös tű/fecskendőhasználat;
 - indirekt megosztás: az injekciózáshoz használt szerelékek, kellékek megosztása: pl. kanál, szűrő, elosztáshoz használt fecskendő, víz.
- szexuális magatartások: óvszer nélküli szexuális aktusok,

az injekciós droghasználó partner, a drog hatása alatt végzett szexuális aktusok, a drog vagy pénz – szexért történő megszerzése, gyakori partnerváltás, több szexuális partner, hajlamosító tényezők lehetnek.

A fertőzés valószínűsége injekciós droghasználók között, *egy* fertőzött tüllel történő injekciózásra számítva:

HIV: 0,6 – 0,8% (Baggaley és mtsai, 2006; Hudgens és mtsai, 2002)

HCV: 1,5 – 4% (Patz és Jodrey, 1995; Short és Bell, 1993; De Carli és mtsai, 2003)

A magyar droghasználókról általában nem állnak rendelkezésre széleskörű adatok, ezért saját vizsgálataink, illetve Gyarmathy V. Anna saját, illetve vele közösen végzett kutatásai, kutatásaink vonatkozó adatait mutatjuk be, továbbá Csák Róbert adatait.

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Rácz, Máthé-Árva és Fehér, 2003:

Túmegosztás az elmúlt 30 napban (átlag):

Utcai csoport: 2,68 alkalom

Kezelést keresők: 5,45 alkalom ($p < 0,05$)

Szűrővizsgálatokon való részvétel:

HIV: Utcai csoport: 3,59

Kezelést keresők: 1,06 ($p < 0,05$)

HCV: Utcai csoport: n.a.

Kezelést keresők: 0,86

Szexuális kapcsolatot az elmúlt 30 napban óvszer nélkül:

Utcaiak: férfiak 3,97, nők 1,88

Kezelést keresők: férfiak 6,79, nők: 3,67

Az AIDS fertőzés észlelt veszélye:

Utcai csoport: 2,68 volt (1-6 skálán) Kezelést keresők: 1,04

9. táblázat. Kockázati magatartások összefoglaló táblázata

	KEZELÉST KERESŐK N=76		„UTCAI” INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓK N=121	
Óvszer használat				
Heteroszexuális férfi óvszer nélkül*(alkalmak, 30 nap)	6,79		3,97	
Heteroszexuális nő óvszer nélkül *(alkalmak, 30 nap)	3,662		1,88	
Használt eszköz megtisztítása				
Csak vízzel	31,57 %		31,40%	
<i>Túmegosztás az elmúlt 30 napban</i>				
Átlag*	5,45		2,68	
	N	%	N	%
Egyszer sem	45	37,1	49	64,4
„1-5”	14	11,5	6	7,8
„6-10”	3	2,4	2	2,6
>10	4	3,3	14	18,4
Nem tudja	51	42,1	3	3,9
Nem választott, nem használt	4	3,3	2	2,6
Összesen	121	100	76	100
* = szignifikáns ($p < 0,05$) különbség				

A két csoport három faktorról volt jól leírható: a kockázatos intravénás eszköz-megosztás, a kockázatos szexualitás és a szerhasználat gyakorisága, valamint a függőség mértéke és a kölcsönadás faktorokkal.

10. táblázat. A kockázátészlelés faktorbátterei

„UTCAI” IDH-K KOCKÁZÁTÉSZLELÉSE		KEZELÉSRE JELENTKEZŐK KOCKÁZÁTÉSZLELÉSE	
EGYSZERŰ DROGFOGYASZTÁS	ferde	1. kockázatos szex	Óvszer nélkül, drogosan; + ferde
2. INTRAVÉNÁS DROGFOGYASZTÁS	+ ferde; óvszeres és óvszer nélküli szex kockázátészlelése együttjár	2. enyhe szex	Alkoholos szex; kicsit – ferde Az óvszeres szex kockázata kimarad (ebben a csoportban a többi faktorra sem illeszkedik)
3. ENYHE SZEX	Behatolás nélküli és alkoholos befolyásoltság alatti szex kockázátészlelése együttjár; – ferde	3. drogfogyasztás (injekciós és egyszerű)	+ ferde; az injekciós forma kockázátészlelése kissé elkülönül a többitől.
SZEX DROGOS ÁLLAPOTBAN	Egyik irányban sem ferde.	Az előző csoporthoz képest itt nem válik külön az intravénás és egyéb droghasználat kockázata.	

Rác, Márványkövi és Melles, 2009:

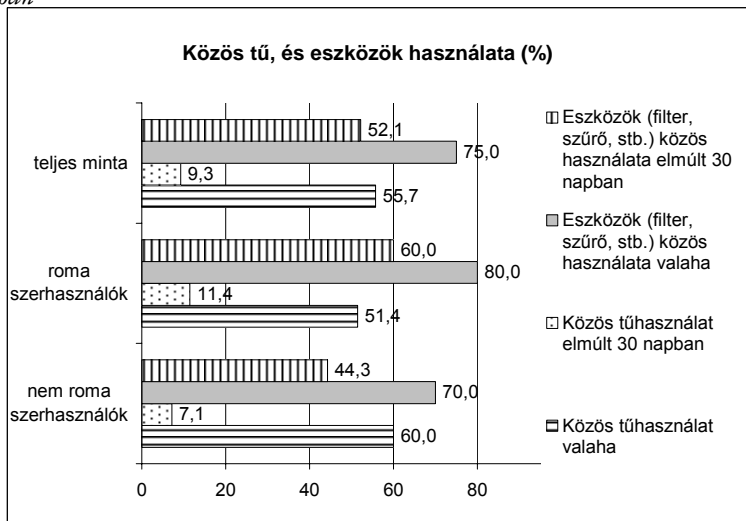
Az utcai és a kezelést kereső csoportban az elmúlt 30 nap túmegosztása 22%, injekciós szerelék megosztása 23% volt. Erőteljes kockázatpercepció jelentkezik, mind az injekciós, mind a szexuális magatartások terén, ez a kockázatpercepció ugyanakkor a viselkedés szintjén nem mérhető. Európai Unió összehasonlításban az injekciós és a szexuális kockázati magatartások nem gyakoriak.

Márványkövi, Melles és Rác, 2006:

A mintába került problémás droghasználók jelentős része használt már tűt másokkal közösen injektáláskor, míg 28% az elmúlt 30 napban is; eszközeiket még ennél is többen osztották meg az elmúlt 30 nap folyamán (40,3%).

Márványkövi, Melles, Légmán és Rácz, 2008:

14. ábra. Kockázati magatartásformák előfordulása valaha és elmúlt 30 napra vonatkozóan



Jóllehet az elmúlt 30 napi közös tűhasználat mind a teljes minta, mind a roma-nem roma bontásban alacsony, a többi kockázati magatartásformára vonatkozó értékek magasak. A teljes minta 55,7%-a használt már életében közös tűt, háromnegyede, illetve több mint fele közös eszközt életében, illetve az elmúlt 30 napban. A roma szerhasználókra jobban jellemző a közös tű- és eszközhasználat, ami alól kivételt képez a túmegosztás életprevalencia értéke: míg a nem roma használók 60%-a használt közös tűt életében, addig a romák 51,4%-a. Ugyanakkor az elmúlt napban történő túmegosztás tekintetében a romák aránya magasabb (11,4%), szemben a nem romák 7,1%-os arányával. A szűréshez szükséges közös eszközök használatának életprevalencia értéke romák esetében 80%, nem romák esetében 70%. Közös eszköz a megkérdezést megelőző 30 napban a romák 60%-a, a nem romák 44,3%-a használt. A roma használók tehát leginkább az injektáláshoz szükséges közös eszközhasználat tekintetében tanúsítanak magasabb kockázati magatartásformát. A vizsgált eltérések közül az elmúlt 30 napra vonatkozó eszközhasználat esetében szignifikáns a különbség a roma és nem roma alpopuláció között ($X=14,36$; $p<0,01$).

Szűréseken való részvétel és fertőzöttség (önbevallás alapján)

A HIV és hepatitisz vizsgálatokkal kapcsolatban elmondható, hogy a szűréseken való részvétel tekintetében van különbség romák és nem romák között, de ez az eltérés nem szignifikáns. HIV szűrésen a romák 80%-a, míg a nem romák 71,4%-a járt már, míg hepatitiszszűrésen a romák 84,3%-a, a nem romák 73%-a volt már életében.

A mintában **egyetlen olyan személy akadt, aki HIV fertőzött**. Ezzel a HIV fertőzési rátával szemben a teljes minta **egyötöde hepatitisz fertőzött**, míg 39,3%-a úgy tudja, nem. A romák 271%-a, a nem romák 114%-a fertőzött, míg a nem fertőzöttek aránya közel azonos romák (38.6%) és nem romák (40%) között (önbevallás alapján). Érdekes adalék, hogy a minta egyötöde nem tudta megmondani, illetve nem válaszolt a kérdésre (roma: 18.6%, nem roma: 21,4%), illetve a teljes minta 21,4%-a még nem volt hepatitiszszűrésen. Utóbbi tekintetében a nem romák 27.1%-át, míg a romák 15.7%-át nem tesztelték még. Ezek az eltérések – ha kis mértékben is – de statisztikailag szignifikánsak (10,71; $p < 0,05$).

Megjegyezzük, hogy az OEK-nek a Kék Pont Kontakt Kávézójában vett mintában a hepatitisz C fertőzöttség ennél jóval magasabb: 2007-ben 75%, 2008-ban 63% (OEK, 2007, 2008). Az egyetlen HIV fertőzött – aki szűrésen is részt vett, de már akkor tudott a fertőzöttségéről –, meleg prostituált; ez a kör a Kontakt Kávézó klienskörével gyakorlatilag nincs kapcsolatban.

Gyarmathy, Neaigus, Ujhelyi, Szabo és Racz, 2006:

Az injekciós hálózatok kicsik (néhány főből állnak). Tűt ritkábban, egyéb szerelékét gyakrabban osztanak meg. A heteroszexuális kapcsolatok inkább monogámok, ahol óvszerhasználat ritkán történik. Bár részt vesznek HIV és HCV tesztelésben, ezek alacsony kapacitása a részvételt megnehezíti.

Rác, Gyarmathy, Neaigus és Ujhelyi, 2007:

Kétharmaduk megosztotta az injekciós szerelégeket. A túmegosztás gyakori oka volt a rendőrségtől való félelem, ami miatt nem hordtak magukkal fecskendőket. Többváltozós elemzés szerint a szerelékmegosztás nagyobb HIV/AIDS-nek való észlelt kitétséggel társult, alacsonyabb énhatékonysággal, nagyobb kitétségnek a kortárs csoport hatásával kapcsolatban és krimenes előzményekkel.

Rác, 2005:

A drogelosztáshoz közös melegítő edényt, szűrőt és vizet használnak. A közös elkészítést gyakran közös használat (megosztás) követi. Az elvonási tünetek növelik a kockázati magatartások arányát. A kutatás az injekciózás különböző fázisainak

mikrokontextusaira hívja fel a figyelmet, illetve ezek eltérő szerepére a kockázati magatartások kialakulásában.

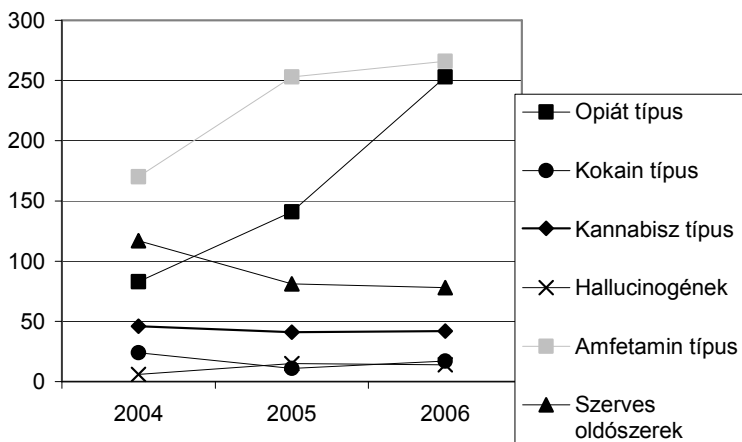
Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

A mintában szereplők 30%-a nyilatkozta azt, hogy életében soha nem használt olyan tűt másokkal, amelyről tudta, hogy korábban más is használta. 48% 1-10 alkalommal, míg 22% 11 alkalomnál többször használt ilyen tűt. Az elmúlt 30 napban a minta mindössze 18%-a használta más tűjét. 37% nyilatkozott úgy, hogy életében még soha nem használt olyan főzőedényt, szűrőt és/vagy hígításra való vizet, amelyet már más is használt előtte. 36% életében 1-10, míg 28% 10-nél több alkalommal tett így. Az elmúlt 30 napban a minta kicsivel több, mint harmada használt közösen eszközöket másokkal legalább egy alkalommal. Mindössze 15% azok aránya, akik valaha használtak olyan eszközt injektáláskor, amelyről tudták, hogy előtte egy hepatitis fertőzött is használta.

SÜRGŐSSÉGI ESETEK – TÚLADAGOLÁSOK

2004 óta az opiátok okozta sürgősségi esetek száma jelentősen nőtt a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán (kb. 3x-os növekedés) (... ábra). Szintén nőtt az amfetaminhasználattal összefüggésbe hozható esetek száma. A túlادagolással összefüggő esetek egészségügyi ellátása országosan megfelelőnek tekinthető; és már az OMSZ sem jelenti a rendőrségnek az ilyen eseteket. Ugyanakkor nem ismert pl. a kokainhasználattal összefüggésbe hozható kardiovaszkuláris vagy agyi események előfordulása vagy egyáltalán, még maga a hazai megjelenés sem.

15. ábra. 2004 és 2006 között a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma. A pszichofarmakológiai hatásoknak is betudhatóan, az opiátok és az amfetaminszerek használói kerülnek be túladagolással ebbe az intézménybe, amely Budapest területén az összes kábítószer-túladagolt esetet fogadja (Jelentés, 2007)



KÁBÍTÓSZERHASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ MORTALITÁS

„Az EMCDDA definíció szerint a címveli kifejezés a droghasználathoz kapcsolódó direkt mortalitást jelenti. A definíciókban és az adatgyűjtésben az egyes tagországokban nagy különbségek mutatkoznak. 1990 és 2004 között a becslések a halálozási adatokat évi 6500 és 9000 közé teszik; azaz, ebben a periódusban több mint 122 000 haláleset fordult elő. Országonként 3-5-től 50 haláleset/millió lakos volt az előfordulás (az EU átlagában 18,3). A legmagasabb halálozási arányokat Norvégiából (48,1) és Dániából (50,9) jelentették. A 15-39 éves férfiak körében a halálozás háromszor magasabb, mint a hasonló korú nőknél. 2004-2005 között ebben a korosztályban a halálozás 4%-áért felelt a kábítószer-használattal összefüggő mortalitás. Magyarországon 2005-ben 28 haláleset fordult elő (2,8/millió lakos). Az opiáttal kapcsolatos halálozás felel az esetek több mint feléért, ami viszonylag alacsonynak mondható a többi EU országhoz viszonyítva, ahol általában az opiáthasználattal összefüggő halálozás igen magas értéket ér el (70-80%-nál magasabb arányok).

A direkt halálozás mellett a kábítószer-használat indirekt módon is növelheti a mortalitást. Pl. az injekciós droghasználathoz társul AIDS 2003-ban 1.400 halálesetet okozott. Becslések szerint, egyes európai városokban a fiatal felnőttek mortalitásának 10-20%-a közvetve vagy közvetlenül az opiáthasználatnak tudható be.

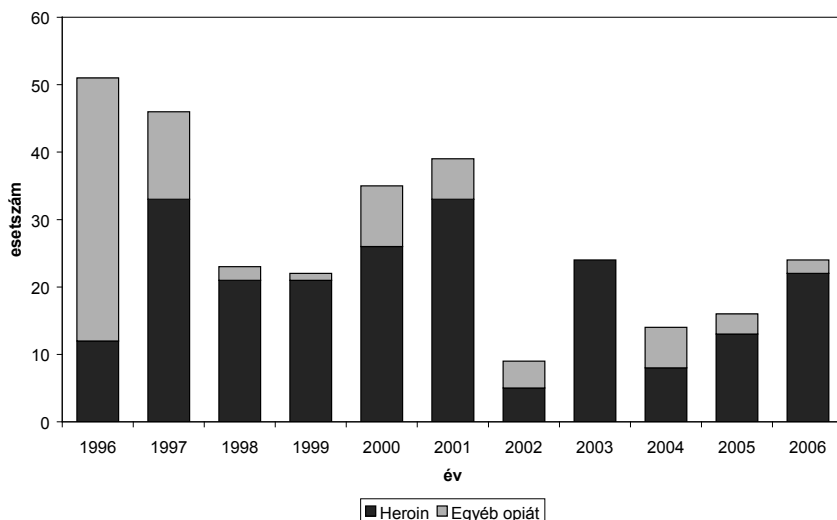
Az opiát túladagolás miatti halálozás a férfiakat sújtja (az esetek 59-100%-ában), míg pl. Csehországban, Lengyelországban és Szlovákiában a nők közötti halálozás is gyakori. A túladagolásban meghaltak életkora a 20. és a 30. év között van. A 2004-ben csatlakozott tagországoknál magas a 25 év alatti, túladagolásban meghaltak száma, ami egy fiatalabb, heroinhasználó populáció jelenlétére utal. A „régibb” tagországokban a túladagolásban meghaltak átlagéletkora nő, ami arra utal, hogy a heroinhasználat a fiatalabb korcsoportokban csökken.

Az opiátokon kívül az amfetaminszármazékok használata ritkán vezet haláleset-hez; a kokain esetében pedig nehéz elkülöníteni a hosszú használat kardiovaszkuláris szövődményei miatt bekövetkező halálozástól.” (Rác, 2009, 205-206.o.)

A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ MORTALITÁS TRENDJE

„Az EU-15 tagországban és Norvégiában ez a halálozás a 80-as években és a 90-es évek elején mutatta a legmagasabb értéket, majd csökkenni kezdett, feltehetően az injekciós heroinhasználat csökkenésével. Úgy tűnik azonban, hogy ez a csökkenés 2003. körül megszakadt. Az új tagországokban 2002-ben halálozási csúcs volt megfigyelhető, majd pedig egy csökkenés a következő években. Magyarországon is megfigyelhető volt a halálozás csökkenése 1996-1997 után (52, illetve 47 haláleset), 2001-ben jelentkező magasabb értékkel: 40 haláleset). Az összhálaózáson belül a herointúladagolásban meghaltak számának csökkenése is tapasztalható, azonban az utóbbiak aránya 2004-től újra növekedni kezdett.” (Rác, 2009, 206.o.)

16. ábra. Heroin és egyéb opiátok okozta halálozás 1996–2006 között Magyarországon (Horváth, Dunay és Keller, 2007)



11. táblázat. Drogfogyasztással kapcsolatos direkt halálesetek száma 2007-ben

	FÉRFI	NŐ	ÖSSZES
Heroin	16	1	17
Methadone	1	0	1
Morphine	1	0	1
Synthetic analgesics	1	0	1
Other opiates	2	0	1
Hallucinogens	0	0	0
Amphetamines	0	1	1
Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)	0	0	0
Cocaine	0	0	0
Other drugs	1	0	1
Heroin+cocaine	1	0	1
Illicit drugs total	23	2	25
Solvents/inhalants	1	1	2
Sedatives/ tranquilisers	61	89	150
Poly-drug use	7	3	10
Total	92	95	187

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet (Jelentés, 2008)

A kábítószerrel kapcsolatos indirekt halálozási arányok – Európai Unióssze-hasonlításban – alacsonynak mondhatók, de az adatokat fenntartással kell kezelni, mert a boncolás nem mindig jár együtt toxikológiai vizsgálattal.

12. táblázat. Indirekt kábítószer-használattal összefüggő halálozás Budapestén 1996-2006 között (Horváth, Dunay és Keller, 2007)

INDIREKT KÁBÍTÓ-SZERES HALÁLOZÁS	ESET-SZÁM	FÉRFI/NŐ	ÉLETKOR ÁTLAG ÉS HATÁROK	HALÁLOK
Erőszakos halál	48	42/6	26,9 év (18-52)	Öngyilkosság: akasztott (4) érfelmetszett (3) gyógyszermérgezés (9) lövés (2) magasból esett (4) herointúladagolás (6) vonatgázolt (2) Baleset: alkoholmérgezés (4) áramütött (1) CO mérgezés (1) gázolás (1) gyógyszermérgezés (2) kihülés (1) magasból esett (1)

Erőszakos halál	48	42/6	26,9 év (18-52)	vízbefulladás (1) vonatgázolt (2) Életellenes bűncselekmény (3)
Természetes halál	25	22/3	27,5 év (16-55)	Hirtelen szívhalál: 11 Hirtelen szívhalál + pozitív vegyvizsgálat: 11 Egyéb: 3

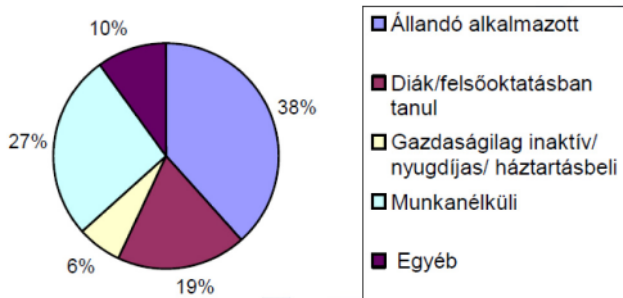
Kiemeljük az erőszakos halálesetek számát – és ez csak azokra az esetekre vonatkozik, ahol toxikológiai vizsgálatot rendeltek el.

TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG

MUNKANÉLKÜLISÉG

A TDI 2007. évre vonatkozó adatbázisában a munkanélküliségi ráta (26,7%) három és félszerese volt az országosénak (Jelentés, 2008).

17. ábra. Munkaügyi státusz a kezelték körében



Forrás: OAI 2008

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Márványkövi, Melles és Rácz, 2008: az „utcai” csoport tagjai körében:

13. táblázat. Gazdasági aktivitás

GAZDASÁGI AKTIVITÁS	Fő	%
Nem dolgozik (iskolás vagy munkanélküli)	79	65
Dolgozik	42	35
Összesen	121	100

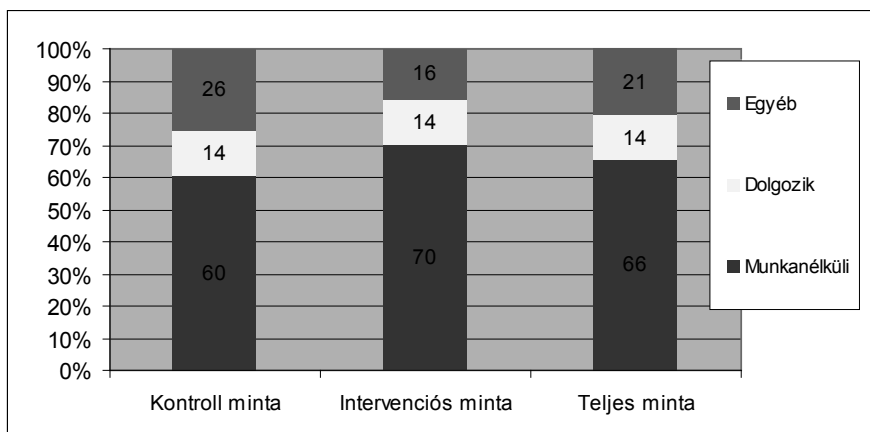
Márványkövi, Melles és Rácz, 2006:

Jelentős részének nincs állandó munkája, és/vagy alkalmi munkából tartja fent magát.

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

A programban részt vevők kétharmada munkanélküli, míg 14%-ának van valamilyen munkája. Egyéb, más jellegű foglalkozási státusszal a minta 21%-a rendelkezik. Itt már a munkanélküliek aránya igen magasnak mutatkozott.

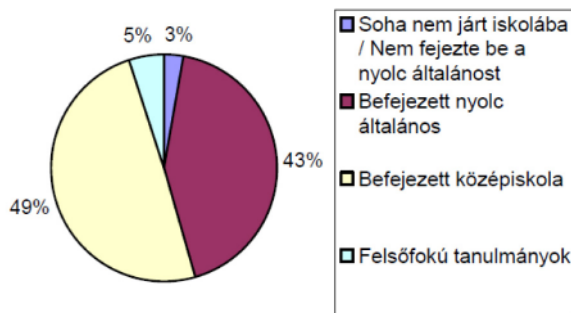
18. ábra. A minta gazdasági aktivitás szerinti megoszlása (%)



ISKOLÁBÓL VALÓ KIMARADÁS

A TDI adatok alapján a kezelték 42,7%-nek a legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú iskolai végzettség, 2,7% soha nem járt iskolába, illetve nem fejezte be a 8 általánost (Jelentés, 2008).

19. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelték körében 2007-ben



Forrás: OAI 2008

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Rácz, Máthé-Árva és Fehér, 2003:

14. táblázat. Iskolai végzettség

	KEZELÉST KERESŐK	„ÚTCAI” INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓK
Legalább középfokú iskola	56,5 %	53,7%
* = szignifikáns ($p < 0.05$) különbség		

Márványkövi, Melles és Rácz, 2006:

A minta több mint felének nincsen középfokú végzettsége, míg az elvégzett iskolai osztályok átlaga 10. Az alacsony iskolázottság nem az életkornak tudható be, hiszen azok közül, akik a megkérdezéskor nem jártak semmilyen képzésbe, közel 60% nem rendelkezett középfokú végzettséggel.

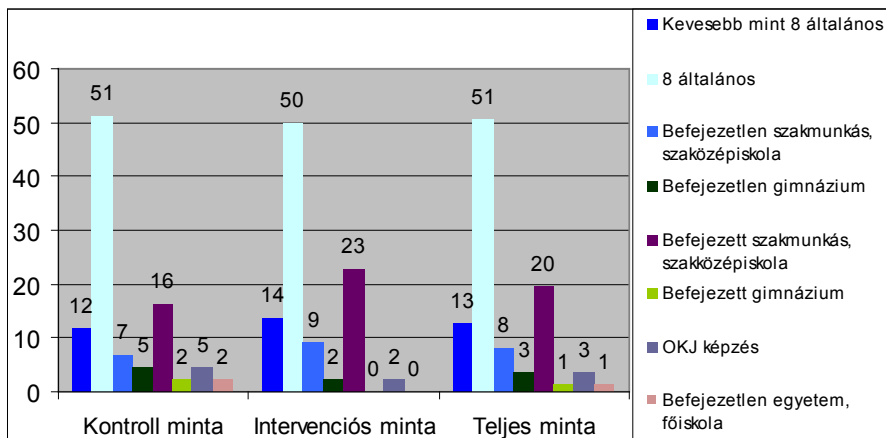
Márványkövi, Melles és Rácz, 2008:

A megkérdezetteknek 43%-ban 8 általános iskolai vagy annál kevesebb iskolai végzettsége van. 13,6% nem fejezte be a 8 általánost, tehát ez a klienskör a kezelésbe került droghasználókhoz képest alacsonyabb iskolai végzettségű.

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

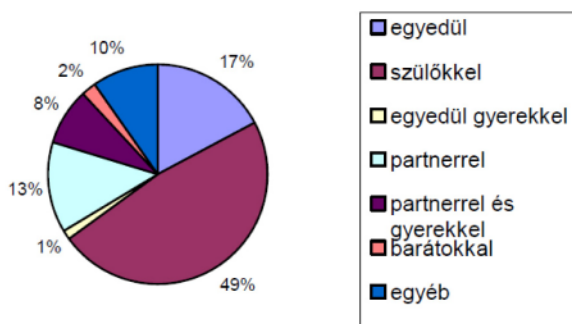
A minta kicsivel több, mint felének a legmagasabb iskolai végzettsége 8 általános. 20% befejezett szakmunkást, szakközepet jelölt meg. A mintába kerültek 13%-ának nincs 8 általánosa, míg 8% a szakmunkás, vagy szakközépiskolát nem fejezett be. Ez a vizsgálat is az alacsony iskolai végzettséget húzza alá.

20. ábra. A minta iskolai végzettség szerinti megoszlása (%)



SZOCIÁLIS HÁLÓ

21. ábra. A kezeltek családi állapota a TDI-k alapján, 2007-ben (Jelentés, 2008)



Forrás: OAI 2008

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Márványkövi, Melles és Rácz, 2008: az „utcai” csoport tagjai

15. táblázat. Egyedülálló – nem egyedülálló

CSALÁDI ÁLLAPOT	FŐ	%
Egyedülálló	69	68
Nem egyedülálló	32	32
Összesen	101	100
Adathiány	20	

Márványkövi, Melles, Légmán és Rácz, 2008:

16. táblázat. A Kivel él együtt? kérdésre adott válaszok

KIVEL ÉL EGYÜTT	ROMA	NEM ROMA	ÖSSZES
Senkivel, egyedül	12,9	10,0	11,4
Házastárrsal	2,9	11,4	7,1
Partnerrel	30,0	30,0	30,0
Szülővel, szülőkkal	48,6	44,3	46,4
Barátokkal	8,6	5,7	7,1
18 év alatti gyerekekkel	14,3	35,7	25,0
Más családtaggal	24,3	25,7	25,0
Más felnőttel	2,9	10,0	6,4

A gyerekekkel együttélők száma jóval magasabb a kezeltekénél.

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

Többségük szülőikkel él együtt (39%). Egyedül élt a minta 17%-a.

PROSTITÚCIÓ

A nők 27%-a, míg a férfiak 6%-a létesített már szexuális kapcsolatot pénzért, alkoholért vagy kábítószerért. A nők 16%-a gyakran választja ezt a pénzkereseti, illetve drogbeszerzési módot, szemben a férfiak 1%-ával. (Gerevich, 2007)

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

Nincs adat vagy nem számoltak be prostitúcióról – a Kontakt Kávézó kliensei között viszont vannak prostituáltak.

HAJLÉKTALANSÁG

A TDI kérdőív szerint 2007-ben a kezelték 88,2%-a rendelkezett állandó lakhellyel, 1,8%-uk intézményben élt, 10%-uk pedig nem rendelkezett állandó lakhellyel (Jelentés, 2008).

BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓK

Rácz, Máthé és Fehér, 2003:

17. táblázat. Hajléktalanság

	KEZELÉST KERESŐK	„UTCAI” INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓK
Hajléktalan*	9,2%	4,9%

* = szignifikáns ($p < 0.05$) különbség

Márványkövi, Melles, Légmán és Rácz, 2008:

10%-uk élt az utcán, hajléktalanszállón vagy foglalt házban.

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

Hajléktalanszállón 8% lakik, míg utcán, illetve foglalt lakásban gyakorlatilag senki sem.

Összességében a vizsgált budapesti injekciós droghasználókra nem jellemző a hajléktalanság.

KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS A KÖZREND, A KÖZBIZTONSÁG MEGZAVARÁSA

KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

22. ábra. Az ismertté vált „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmények száma (Jelentés, 2009)



KÖVETKEZMÉNYBŰNÖZÉS – A KÁBÍTÓSZER HATÁSA ALATT TÖRTÉNŐ BŰNELKÖVETÉS

A Jelentés (2008) a következőképpen fogalmaz a kérdéskörrel kapcsolatban: „2007-ben 14%-kal kevesebben (2761 fő) követtek el bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt, mint 2006-ban. Közülük a legtöbben (63,5%) a kábítószerrel visszaélés bűncselekményét valósították meg. Ez az érték 2005-ben 76,2%, 2006-ban 70,8% volt, tehát jelentős elmozdulásról beszélhetünk e változó tekintetében is. Főbb bűncselekményi csoportokra lebontva: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 23,1%-a, mely az eddig tapasztalt legmagasabb arány. 2006-ban arányuk mindössze 14% volt. Elsősorban a lopások és a csalások száma emelkedett jelentősen, ez pedig azt tükrözi, amit már korábban is jeleztünk a kriminálstatisztikai adatokat elemezve, hogy a bűnözői subkultúrában egyre több a kábítószerfüggő, illetve növekszik azoknak a függőknek az aránya, akik „belecsúsztak” a szenvedélyszer-használat következményeként a bűnöző subkultúrába. Ezt erősíti az is, hogy a korábbi éveket meghaladó

mértékű volt 2007-ben a kábítószerrel visszaélés elkövetése miatt eljárás alá vont kábítószerfüggők aránya. Az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények negyede (25,1%) kábítószerfüggő személy által valósult meg.” (Jelentés, 2008, 105.o.).

2008-as adatok: „főbb bűncselekményi csoportokra lebontva: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 23,3%-a. A közlekedési bűncselekményt 3,8%-a, személy elleni bűncselekményt 4,8%-a, garázdaságot 3,3%-uk követett el. A személyelleni cselekmények növekvő aránya és megoszlása aggasztó. Kiváltképp, hogy a mindösszesen 187 kábítószer hatása alatt elkövetett, ismertté vált személy elleni bűncselekmények közül 18 volt befejezett emberölés, plusz ehhez társult még 13 emberölési kísérlet. Továbbá 75 esetben súlyos testi sértés történt.” (Jelentés, 2009)

A kábítószer-használat és a közrend megzavarása tekintetében nem rendelkezünk adatokkal (nyíltszíni droghasználat, drog adásvétel, eldobált fecskendők, kábítószerrel összefüggő „közbotrányokozás” – nem a szó jogi, hanem inkább mindennapi értelmében).

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Rácz, Máthé és Fehér, 2003:

18. táblázat. Az illegális úton szerzett jövedelmek előfordulása (a minta %-ában)

	KEZELÉST KERESŐK	„UTCAI” INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓK
Illegális jövedelem*	52,6 %	65,2%
* = szignifikáns (p<0.05) különbség		

Márványkövi, Melles és Rácz, 2006:

A megkérdezettek közel kétharmada ellen már indítottak büntetőjogi eljárást, 30%-a pedig már ült börtönben, átlagban 2,2 évet. A kérdezettek több mint egyharmadánál kábítószer fogyasztása, átadása, kínálása miatt indult eljárás, 34%-uk esetében vagyon elleni bűncselekmény elkövetése miatt (is).

Az illegális jövedelmek, a büntetőeljárások, illetve a börtönviselt múlt jellemző az injekciós droghasználók vizsgált csoportjaira. A büntetőeljárások közé nemcsak a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményeket számítottuk be. Az utóbbi vizsgálat (Márványkövi, Melles és Rácz, 2006) felhívja a figyelmet egy olyan alcsoport létezésére is, amelynek tagjai „életformaszerűen” vándorolnak a büntetés-végrehajtási intézmények között. egyszer kint, másszor bent...

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

A minta 46% volt már valamilyen büntetés-végrehajtási intézetben.

ALACSONY-KÜSZÖBŰ ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTŐ PROGRAMOK

Az alacsony-küszöbű, ártalomcsökkentő programokról korábban részletesen írtunk (Rácz, 2002, 2005 Magyar Tud 2009 Magyar. Csl. Orv.). Ehelyütt csupán utalásszerűen foglaljuk össze a korábbi megállapításainkat (Rácz, 2005, alapján).

Mi az ártalomcsökkentés lényege? A következőkben kéttípusú jellemzést mutatunk be; az egyik egy nemzetközileg elismert elméleti szakember és kutató, az University of Washington munkatársa (Marlatt, 1998) nézetei, a másik pedig egy, droghasználókkal foglalkozó intézmény állásfoglalása:

1. Az ártalomcsökkentés a morális/büntetőjogi, illetve a betegségmodell *közegészségügyi alternatívája* a droghasználat és a drogaddikció tekintetében.

2. Az ártalomcsökkentés elismeri az absztinenciát mint végső célt a droghasználók kezelésében, de elfogadja azokat az *alternatívákat*, melyek a droghasználatához kapcsolódó ártalmakat csökkentik.

3. Az ártalomcsökkentés „filozófiája” alulról-fölfelé, a gyakorlati szakemberek felől indult el, és nem felülről, a politika-csinálók részéről, innen adódik a „*felhasználóbarát*” megközelítés, valamint az ún. *alacsony-küszöbű*, könnyen elérhető programok iránti elkötelezettség.

4. Az *alacsony-küszöbű szolgáltatások* preferálása a magas-küszöbűek mellett. Az „alacsony-küszöb” azt jelenti, hogy a jelentkező kliensekkel szemben nem támasztják az absztinencia-vállalás követelményét, a szolgáltatás geográfiai elhelyezkedésében (közel a droghasználó populációkhoz), nyitva tartásában is könnyen hozzáférhető, nem igényel beutalást, ingyenes, és sokszor az anonimitás lehetőségét is biztosítja.

5. A „szenvédélyes” pragmatizmusra épül a moralizáló idealizmus helyett. Ez megmutatkozik a stigmatizációt kerülő fogalomhasználatban is, nem „drogfogyasztásról”, hanem a „ártalmas droghasználatról” beszél, nem droghasználó betegekről vagy kliensekről, hanem a szolgáltatás „használóiról” ('user', 'consumer') (Marlatt, 1998).

Ezekhez a megállapításokhoz jutott egy hasonló szakmai szervezet, amely a pszichoaktív szerekkel való visszaéléssel foglalkozik, a Canadian Centre on Substance Abuse állásfoglalása (CCSA, 1996):

1. *Pragmatizmus*: elismeri, hogy a tudatmódosító szerek használata az emberiség történetét végig kísérte, és a használatukkal járó ártalmak csökkentése járhatóbb út, mint a használatuk teljes megszüntetése (akár csak az illegitim szereké).

2. *Humanisztikus értékek*: a droghasználó döntésének elfogadása, ami nem jelenti azt, hogy az illegitim droghasználatot támogatnánk. A droghasználót ugyanazok

a jogok illetik meg (pl. az egészségügyi kezeléshez, szociális ellátásokhoz való jog), mint a nem használót.

3. *Középpontban az ártalom*: akár egészségügyi, szociális vagy gazdasági ártalomról van szó, amely az egyén, a közösség és a társadalom szintjén jelentkezhet, ennek csökkentése kell, hogy a nagyobb prioritást kapja. Az ártalomcsökkentés nem mond le a droghasználó kezeléséről, és nem zárja le az absztinenciához vezető utat sem.

4. Figyelembe veszi a drogpolitikai intézkedések *költség-haszon elemzéseit*: a büntetés jóval drágább, mint az ártalomcsökkentés; az ún. alacsony-küszöbű szolgáltatások sokkal kevesebb pénzből sokkal több droghasználóhoz jutnak el, mint a magas-küszöbűek.

5. *A célok hierarchiája*: elsősorban a legártalmasabb droghasználati szokásokat veszi célba (pl. cél a steril tűhasználat), majd ha ezt elérte, akkor jön a következő, kevésbé ártalmas vagy veszélyes forma (pl. injekciós használat helyett nem injekciós, addiktívabb drog helyett kevésbé addiktív, illegitim helyett orvosilag ellenőrzött drog – pl. metadon – használata, és végül az absztinencia).

AZ AUSZTRÁL KORMÁNYJELENTÉS (2009)

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSAI A TŰCSEREPROGRAMOKRÓL A 2000-2009.

IDŐSZAK VONATKOZÁSÁBAN, A HIV ÉS A HCV MEGELŐZÉS TERÜLETÉN (MÁS TERÜLETEKET NEM VIZSGÁLTAK)⁶

Azért éppen az ausztrál kormányjelentést használtuk fel, mert jelenleg a témában ez a legfrissebb kutatás, továbbá az egységes adatgyűjtés miatt az adatok megbízhatósága nagyobb, mint pl. az Európai Unió adatoké, ahol egyik évben az országok egyik, egy másik évben pedig lehetséges, hogy egy másik csoportja jelentett. Ez a jelentés a tűcsereprogramok eredményességével foglalkozik, 2000-2009 között.

Ausztrália lakossága 22 millió fő, az injekciós szerhasználók – elsősorban heroinhasználók – száma a 2000. évi 200 000 főről 150 000 főben stabilizálódott, és az előrejelzések szerint ez a szám 2020-ig nem fog emelkedni. A 150 000 injekciós használó egy évben egyenként kb. 400 alkalommal injektál. A kiadott tűk száma 30 millió, azaz egy injekciós használóra kb. évi 200 tű jut. Az injekciós használók között a HIV fertőzés előfordulása kb. 2%, a hepatitisz C előfordulása 1999-2007 között 50%-ról 60%-ra nőtt.

2000-2009. között a matematikai modellek szerint:

- 32 050 új HIV fertőzést
- 96 667 új HCV fertőzést előztek meg.

⁶ <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/needle-return-2>. hozzáférés: 2009. 12.17.

A programok finanszírozása 243 millió AUD, amellyel:

- megelőzhető volt 1,28 milliárd AUD egészségügyi kiadás;
- elérhető volt megközelítőleg 140.000 DALY nyereség (egészség-károsodással korrigált életevek);
- elérhető volt 1,03 milliárd AUD nettó költségcsökkenés.

Minden 1 dollárra több mint 4 dollár megtérülés jutott az egészségügyi kiadások csökkenése révén (rövid távon: 10 év alatt), ha ehhez a kliensek produktivitás csökkenésének megelőzését is hozzávesszük, az érték: 27 dollár. 1 dollárra 0,2 nap DALY jutott (egészség-károsodással korrigált életevek).

23. ábra. Egy átfogó, pszichoszociális szolgáltatásokat is nyújtó tűcsereközpont alaprajza (East-End, London)



Jól látható, hogy ha arról beszélünk, hogy a tűcsereközpont része legyen egy átfogó kezelési rendszernek, akkor már a tűcsere helyén is biztosítani kell bizonyos alap-egészségügyi (pl. elsősegély) és alapvető szociális szolgáltatás elérhetőségét. Ezt mutatja az East End-en működő tűcsereközpont alaprajza: maga a tűcsere a központnak csak kis részét foglalja el; a többi helyiségben az emlegetett szolgáltatások nyújtására van lehetőség. A Kék Pont Kontakt Kávézója csak a nyíllal megjelölt térrel rendelkezik, ezért más szolgáltatásokat nem, vagy csak nagy erőfeszítések árán tudunk működtetni (pl. fertőző betegségekkel kapcsolatos felvilágosítás, krízis intervenció).

TŰCSEREPROGRAMOK

Az EMCDDA jelentése (EMCDDA, 2008) a 2007-es év kapcsán a következőképpen foglalja össze tűcsereprogramok Európai Unió helyzetét:

„A tű- és fecskendőcsere-programok (NSP-k) lefedettséget nehéz felmérni, ráadásul csak néhány országból közöltek releváns adatokat. A Cseh Köztársaságból például egy 90 alacsonyküszöbű létesítményből álló hálózatról számoltak be, amely évente körülbelül 25 000 kábítószer-használót ér el – 70%-uk intravénás használó –, és intravénás kábítószer-használónként átlagosan 210 fecskendőt biztosít.

Néhány országból a tű- és fecskendőcsere-programok (NSP-k) keretében kiosztott tűk és fecskendők számának növekedését jelentették. Észtországban a kiosztott fecskendők egy intravénás kábítószer-használóra jutó becsült száma 2005 és 2006 között megduplázódott, és elérte a 112-t; Magyarországon ugyanebben az időszakban a fecskendőcsere-programok forgalma 56%-kal, a kliensek forgalma 84%-kal nőtt; Finnországból pedig az egészségügyi tanácsadó központokban fogadott kliensek és kiosztott fecskendők számának további növekedését jelentettek. Ugyanakkor nem minden ország jelentett emelkedő tendenciát: Máltán és Szlovákiában a fecskendőellátás 2006-ban azonos szinten maradt; Lengyelországból a működő hivatalok számának csökkenéséről és a kicserélt fecskendők számának 15%-os visszaeséséről számoltak be; Romániából a Bukarestben kicserélt fecskendők számának 70%-os visszaesését jelentették, amit elsősorban anyagi problémáknak tulajdonítottak. A fecskendőcsere több országban tapasztalt stabilizálódása vagy visszaesése az intravénás kábítószer-használati mintákban és a kezelés elérhetőségében történt változásokat tükrözheti: Luxemburgban az alacsonyküszöbű hivataloknál kiosztott fecskendők száma az évekig tartó emelkedés után 2005-ben állandósult, 2006-ban pedig csökkent; a közelmúltban Portugáliában és Belgiumban (flamand közösség) is csökkent a fecskendőellátás, akárcsak helyi szinten Németországban és Hollandiában.” (EMCDDA? 2008, 88.o.)

Magyarországon a helyzet a következő volt 2003 és 2007 között:

19. táblázat. Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai, 2003–2007

	Fix telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
2003					
osztott	19600	682	28970	2415	51667
hozott (+gyűjtött)	7984	695	15081	5	23764
becserélési arány	40,7%	101,9%	53,1%	0,2%	46,5%
kliensek száma	490	37	424	-	951
kontaktok száma	2321	912	426	-	3659
2004					
osztott	30649	2870	38742	7510	79771
hozott (+gyűjtött)	18739	2370	21384	65	42558
becserélési arány	61,1%	82,6%	55,2%	0,8%	53,4%
kliensek száma	561	82	471	-	1114
kontaktok száma	3665	1590	1007	-	6262
2005					
osztott	58804	5500	20823	20263	105390
hozott (+gyűjtött)	32941	3722	15343	496	52502
becserélési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	-	959
kontaktok száma	5172	2148	1380	-	8700
2006					
osztott	102981	16689	22763	22090	164523
hozott (+gyűjtött)	53907	14789	12613	1002	82311
becserélési arány	52,3%	88,6%	55,4%	4,5%	50,0%
kliensek száma	900	232	636	-	1768
kontaktok száma	6013	3117	1758	-	10888
2007					
osztott	151960	16885	17687	27242	213774
hozott (+gyűjtött)	75498	16848	11787	1180	105313
becserélési arány	49,7%	99,8%	66,6%	4,3%	49,3%
kliensek száma	1333	145	541	-	2019
kontaktok száma	14570	3158	10239	-	27967

Forrás: Nemzeti Drog Főku

Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai 2008-ban

	Fix telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
osztott	234 191	19 567	19 993	24 347	298 098
hozott (+gyűjtött)	143 458	19 148	12 889	1 174	176 669
becserélési arány	61,3%	97,9%	64,5%	4,8%	59,3%
kliensek száma	1 407	170	367	-	1 944
kontaktok száma	15 349	1 641	3 786	-	20 776

Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2009

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Márványkövi, Melles és Rác, 2006:

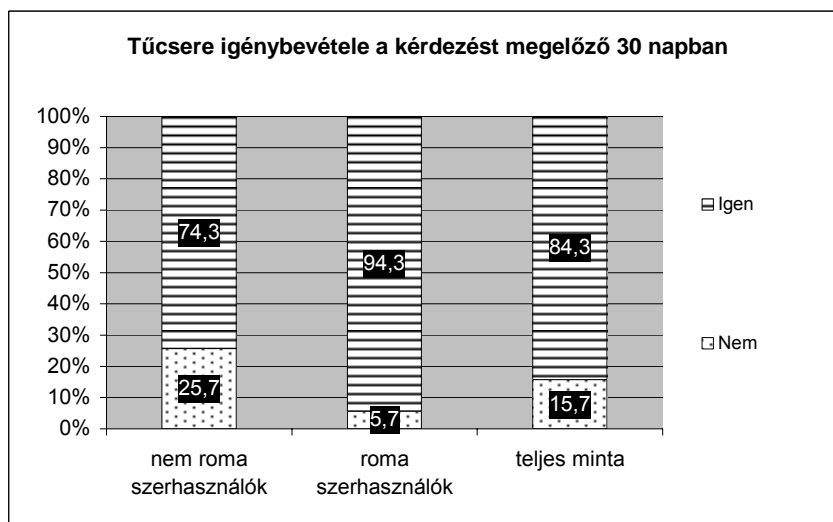
A tű- és eszközcsere: jelenleg több mint kétharmadnyian jutnak steril eszközökhöz akár helyben, akár utcai munkáson keresztül, bár az előbbi jobban jellemző.

A tűcsere szolgáltatásra való szükséglet kapcsán azt tapasztaltuk, hogy az illető droghasználó saját egészségügyi állapotának megítélése bír befolyással: azok, akik rosszabbnak minősítették a fizikai egészségügyi helyzetüket, kisebb arányban támasztottak igényt erre a szolgáltatásra, mint akik jobbnak ítélték az állapotukat.

Márványkövi, Melles, Légmán és Rác, 2008:

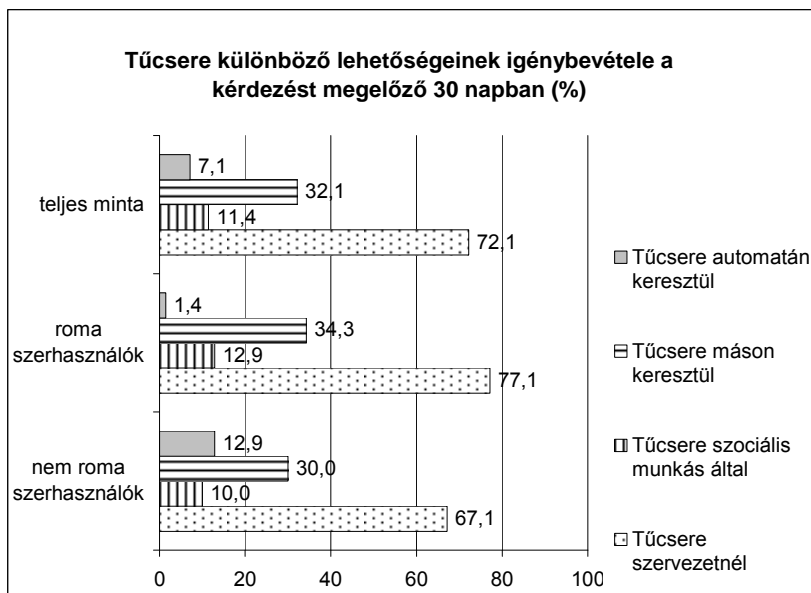
Tűcsereprogramban történő részvétel

24. ábra. Tűcsere igénybevétele az elmúlt 30 napra vonatkozóan



A tűcserevel kapcsolatos adatok egyrészt azt mutatják, hogy a mintába kerültek jelentős része (92.8%-a) vett már életében igénybe valamilyen formában tűcsere szolgáltatást. A romák közül mindenki, a nem romák 85.7%-a; ez az eltérés szignifikáns. A lekérdezést megelőző 30 napban a teljes minta 84.3%-a vett részt tűcsereben; a romák túlnyomó része (94.3%), míg a nem romák háromnegyede (74.3%), a két alpopuláció közötti eltérés szignifikánsnak bizonyult (18,65; $p < 0,001$).

25. ábra. Tűcsere igénybevételének különböző formái az elmúlt 30 napra vonatkozóan



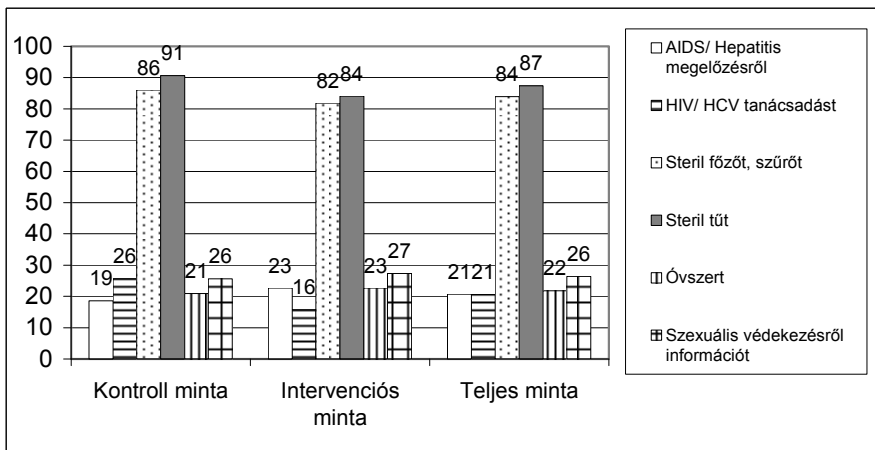
Másrészt az is megállapítható, hogy a szervezeteknél történő tűcsere a legjellemzőbb. A teljes minta 79,3%-a cserélt már tűt szervezetnél életében; a romák 90%-a, a nem romák 68,6%-a. Az elmúlt 30 napban a teljes minta 72,1%-a, a romák 77,1%-a, a nem romák 67,1%-a cserélt tűt szervezetnél. Valamivel kevésbé jellemző a másokon keresztül történő tű cseréje. Ez mind az élet-, mind az elmúlt havi prevalencia értékekben tükröződik: a teljes minta 53,6%-a, a nem romák 55,7%-a, a romák 51,4%-a cserélt már tűt másokon keresztül életében. A megkérdezést megelőző 30 napban ugyanakkor csak a teljes minta 32,1%-a cserélt tűt másokon keresztül, ami kicsivel jobban jellemzőbb a romákra. A tűcsere automaták igénybevételének életprevalencia értéke a teljes minta tekintetében 37,1 %, ami jobban jellemző a nem romákra (41,4%), mint a romákra (33%). Ugyanakkor az elmúlt 30 nap folyamán a minta mindössze 7,1%-a vette igénybe az automatákat: a romák elenyésző hányada (1,4%) a nem romák 13%-kával szemben. Végezetül elmondható, hogy alacsony az utcai megkereső munkások általi tűcsere részvételi aránya. A teljes minta alig több mint ötöde (21,4%) jutott életében steril tűhöz ilyen módon, ami kissé jobban jellemző a romákra 24,3%, mint a nem romákra (18,6%). Az elmúlt 30 napi prevalencia értékek még alacsonyabbak: a teljes minta 11,4%-a, a romák 13%-a, a nem romák 10%-a cserélt tűt utcai munkáson keresztül. A két almintá esetében szignifikáns különbségek nem alakultak ki.

Mivel itt a mintavételre a tűcsereprogramok kliensei közül került sor, az adatok nem meglepőek.

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

A megkérdezettek jelentős része azt állította, hogy az elmúlt 30 nap során steril, az injektláshoz szükséges steril tűhöz és eszközökhöz jutott (84-87%). Sem az óvszer, sem a szexuális védekezéssel kapcsolatos információ tekintetében nem beszélhetünk jó mutatókról: megállapítható, hogy a minta jelentős része a közelmúltban sem óvszert, sem a biztonságos szexuális magatartásról nem kapott információt.

26. ábra. Elmúlt 30 napban kapott szolgáltatások (%)



A Kék Pont Kontakt Kávészójának tűcsere adatai (Csák, 2009):

táblázat. Regisztrált kliensek nemek szerinti megoszlása

	N	%
Férfi	917	76,3
Nő	285	23,7
Össz.	1202	100,0

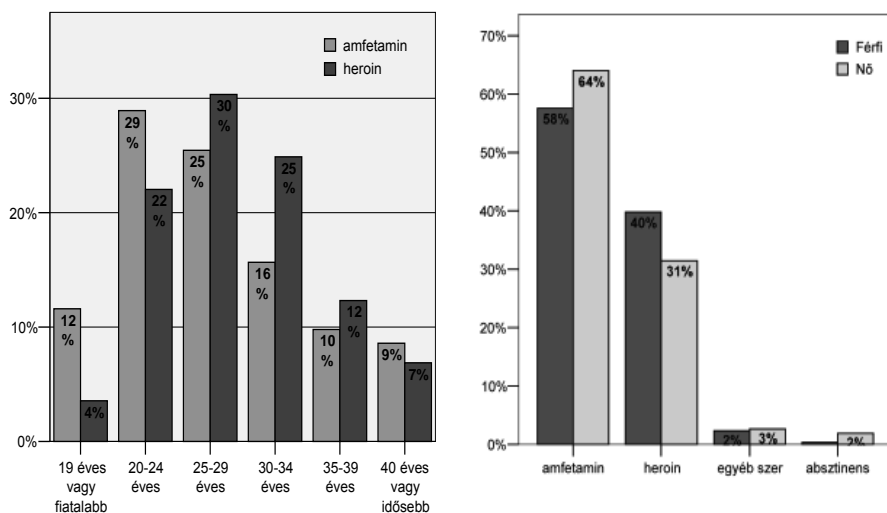
20. táblázat. Regisztrált kliensek életkor szerinti megoszlása

	N	%
19 éves vagy fiatalabb	103	8,6
20-24 éves	310	25,9
25-29 éves	335	27,9
30-34 éves	222	18,5
35-39 éves	131	10,9
40 éves vagy idősebb	98	8,2
Összesen	1199	100,0

21. táblázat. Szerhasználati arányok – elsődlegesen injektált (használt) szer

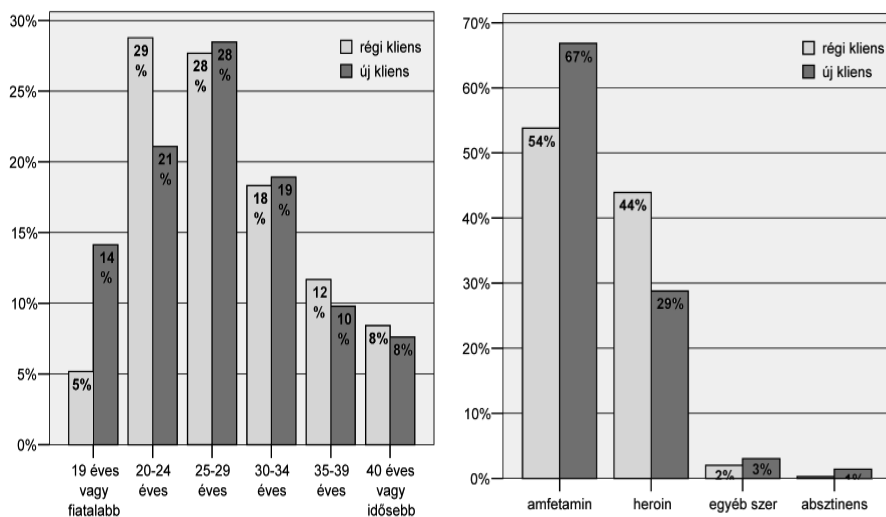
	N	%
amfetamin	664	58,8
heroin (opiátok)	431	38,1
egyéb szer	27	2,4
absztinens	8	,7
Összesen	1130	100,0

27–28. ábra. Elsődleges szer életkor és nemek szerinti bontásban



A kliensek életkori megoszlása mindkét irányban kitolódott (fiatalok, idősek), jellemzően 20-24, 25-29 évesek, de a 30-34 évesek aránya sem csekély. Az új kliensek között különösen sok a 19 év alatti. Az amfetaminhasználók száma magasabb, különösen az új kliensek között. A kliensek többsége havi-kéthavi rendszerességgel veszi igénybe a program szolgáltatásait.

29–30. ábra. 2008-ban regisztrált, új kliensek életkor és szerhasználat szerinti bontásban



22. táblázat. Kliensek megoszlása a program látogatásának gyakorisága szerint

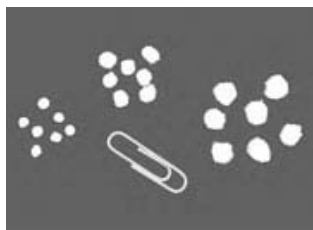
	N	%	VALID %
heti rendszerességgel	106	8,8	12,7
kétheti-havi rendszerességgel	123	10,2	14,8
havi-kéthavi rendszerességgel	190	15,7	22,8
kéthavonta vagy ritkábban	200	16,6	24,0
egy alkalommal volt	214	17,7	25,7
Összesen	833	69,0	100,0
egyszer sem volt	375	31,0	
Összesen	1208	100,0	

TŰCSERE ESZKÖZÖK

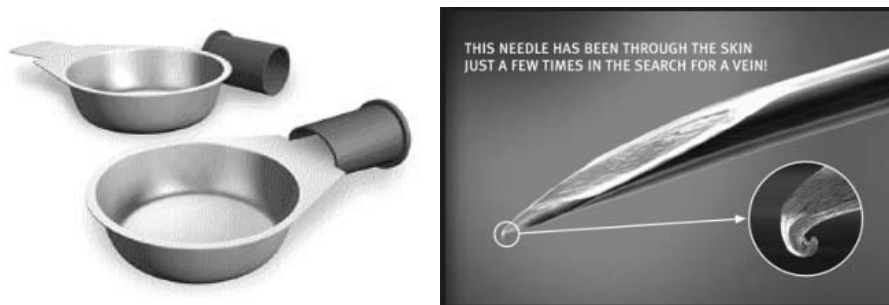


A színes tűk azt a célt szolgálják, hogy a használóik könnyebben meg tudják különböztetni egymás tűit. A tűk mellett egyéb injekciós szereléseket is adunk: főzőedényt (amelyben a drogot el tudják készíteni), steril vizet (ha a környéken nincs víz; hogy ne pocsolyából vegyenek vizet vagy már mások által használt vizet használjanak fel újra), citromsavat (ami a heroin feloldódását segíti elő), szűrőt (az általunk adott szűrő kisebb, mint az általában használt cigaretta-filter, ezért az újrahasználat esélye csökken; a szűrővel a drogot szennyeződéseit szűrik ki a használók, hogy ne tömítsék el az injekciós tűt), illetve érszorítót. A tűket több alkalommal nem célszerű használni a fertőzési kockázat miatt (mert közben esetleg más is használja azokat), illetve mert „elgörbülnek”. Ilyenkor a vénásérülések gyakorisága – a következményes fertőzésekkel – nőhet.

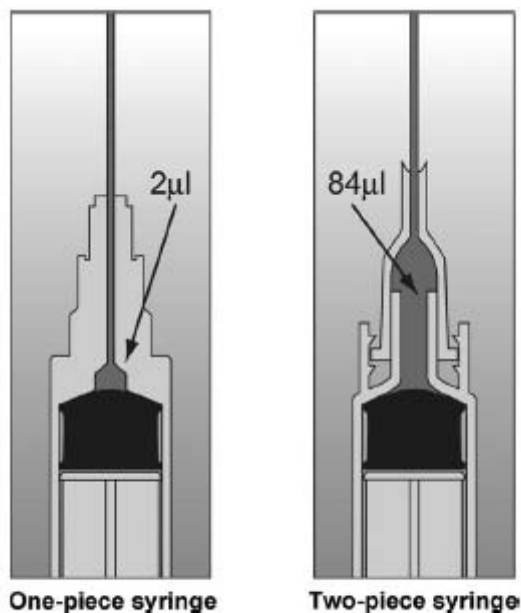
31. ábra. Szűrők, citromsav és steril víz (ampullában)



32. ábra. Főzőedény („kanál”) és „elgörbült” injekciós tű többszöri használat után



33. ábra. Egy- és kétrészes tűk, illetve fecskendők. Látható, hogy a „holttér” utóbbiaknál nagyobb. (Gyarmathy és mtsai, 2009).



Picture 1. Mean volume of fluid retained with plunger depressed in one-piece and two-piece syringes.

A holtter a használó számára azért nem előnyös, mert nem tudja az összes drogot beadni magának, fertőzési kockázat szempontjából pedig a „holttérben” felgyűlő véres drogoldat – ha a fecskendő megosztásra, más általi használatra kerül – tartalmazza a fertőző ágenseket, azok könnyebben átadhatóvá válnak.

Látható, hogy a tűcsereeszközök nem a droghasználók kényelmét szolgálják, hanem a fertőzések megelőzését és minimalizálását. Azt is figyelembe kell venni azonban, hogy a szerhasználók milyen eszközöket használnak és milyeneket nem: nyilván, utóbbiakkal – ha nem használják azokat – hatékony fertőzés-megelőzés nem valósulhat meg.

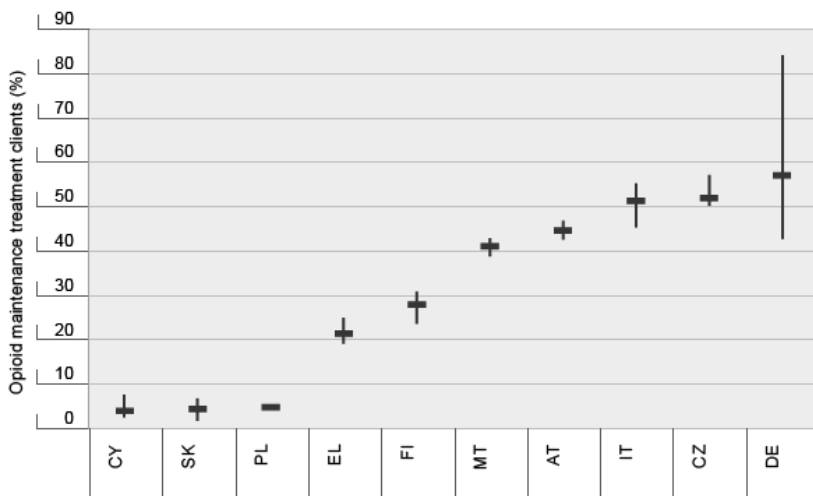
KEZELÉSEK ÉS A KEZELÉSBE KERÜLÉS AKADÁLYAI

SZUBSZTITÚCIÓS KEZELÉSEK

Metadon szubsztitúciós fenntartó kezelés 2007-ben kilenc helyen történt az országban. Budapesten négy helyen (az egyik hely – OPNI – november végéig fogadta a klienseket, de nyílt egy új, a Drogprevenációs Alapítvány működtetésében a Drogoplex ambulancia, mely júniustól üzemelt), vidéken pedig öt helyen. 2007-ben a metadon fenntartó kezelésben részesülő betegek száma 778-783 fő volt, ami 70-75 fős csökkenést jelent a tavalyi évhez képest (Jelentés, 2008). Buprenorfin-naloxon (Suboxone) fenntartó kezelésben 33 beteg volt. 2008-ban a metadon fenntartó kezelésben levők száma havonta kb. 480 fő volt, Suboxone kezelésben részesülők pedig kb. havi 45 fő (Jelentés, 2009).

Elekes és Nyírády (2006, Jelentés) a problémás drogfogyasztók számát 24 204 főre becsülték (95%-os megbízhatósággal 19 333-29 075 közötti intervallumban). Az EMCDDA szerint problémás drogfogyasztó: aki opiát-, kokain- és/vagy amfetaminszármazékokat használ rendszeresen vagy hosszabb ideje, vagy intravénás fogyasztó. A problémás droghasználóknak tehát csak egy része opiát, azon belül is injekciós heroinhasználó.

34. ábra. A fenntartó kezelésben részesülő betegek aránya a problémás opiáthasználók becsült számához viszonyítva, az Európai Unió néhány országában (EMCDDA, 2009)



Hasonló becslést a magyar adatokból nem tudunk előállítani.

ADATOK BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKRÓL

Márványkövi, Melles és Rác, 2006:

A mintának valamivel több mint fele már volt valamelyik drogfogyasztásból következő probléma kezelését végző intézményben: legtöbben ambuláns (37,3%), illetve kórházi kezelésben (35,8%). 39,4% részesült már pszichológia, 29,9 % pedig munkavállalást elősegítő tanácsadásban. 76,1% jutott steril tűhöz vagy eszközhöz alacsony küszöbű szervezetten keresztül. Jelenleg egészségügyi kezelésben (kevesebb, mint 30 napja) a megkérdezettek 16,4 %-a van, legtöbben kórházi kezelésben. Kicsivel kevesebben részesülnek valamilyen tanácsadásban.

A kezelésbe jutás nehézségének megítélése

23. táblázat. Akadályok értékelése kezeléstípusonként*

	ÁTLAG	N	SZÓRÁS
Ambuláns kezelés	1,98	49	1,31
Metadon fenntartó program	4,28	50	1,33
Nappali ellátás	1,50	28	1,04
Kórházi, fekvőbeteg kezelés	2,39	49	1,50
Drogrehabilitáció	3,03	39	1,50

* A megkérdezetteknek egy ötfokú skálán kellett értékelnie, hogy véleményük szerint mennyire nehéz az adott kezelésbe bekerülni (1: egyáltalán nem nehéz, 5: nagyon nehéz).

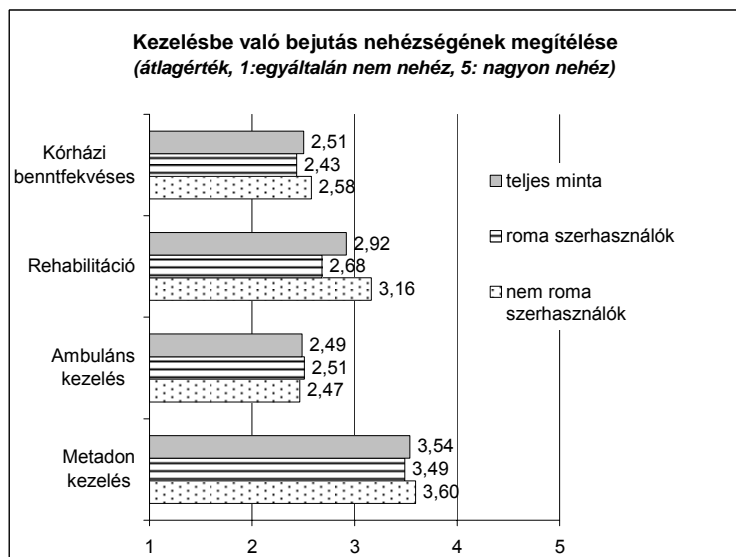
A problémás használók megítélése alapján a **legnehezebb (átlag: 4,28) a metadon fenntartó kezelésbe történő bejutás**, míg legkönnyebbnek a nappali ellátásba (átlag: 1,5) történő jutást ítélték, bár ez utóbbi a legkevésbé ismert a használók körében. **Az ambuláns** kezeléssel kapcsolatban megfogalmazott akadályok közül legtöbben a sok jelentkezőt, és a sok várakozási időt nevezték meg. A kezelésbe jutás akadályait illetően legtöbb információt a **metadon** programmal kapcsolatban kaptunk. A bejutás nehézségével kapcsolatban legtöbben a sok várakozási időt említették, ezen kívül akadályként nevezték meg a bejutási feltételeknek való nehéz megfelelést, illetve a kezelésben való bent maradás problémáját, azaz a szigorú feltételek betartásának nehézségét. A kérdések során kiderült, hogy a kérdezettek szerint jelenleg ez az egyik legnépszerűbb kezelési forma, véleményük szerint nagyon sokan szeretnének bejutni, ami jelentős akadályt jelent a kezelésbe való jelentkezésben.

Márványkövi, Melles, Légmán és Rácz, 2008:

A vizsgált minta 20%-a volt már a kutatás során vizsgált kezelési típusok valamelyikében (nemcsak szubsztitúciós kezelésben).

Kezelésbe jutás megítélése

35. ábra. Az egyes kezeléstípusokba való bejutás nehézségének megítélése



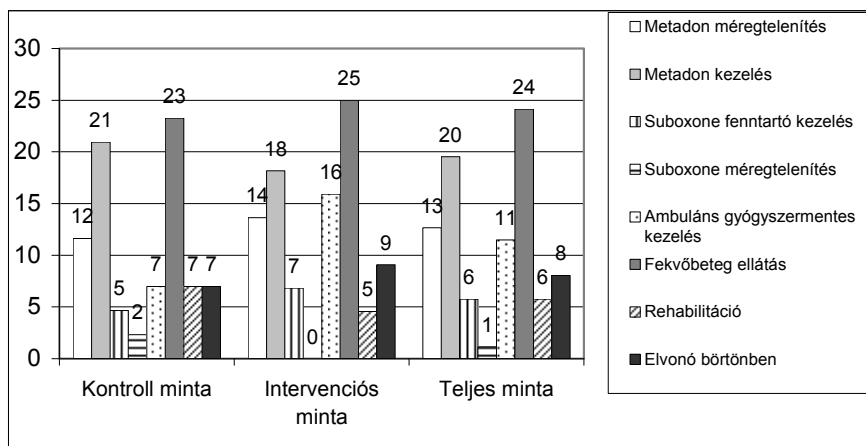
A kezelésen kívüli szerhasználóknak egy ötfokú skála segítségével meg kellett ítélniük, hogy az egyes kezelési típusba való bekerülést mennyire tartják nehéznek, illetve könnyűnek. A kezelésbe való bejutás nehézségének megítélése kapcsán azt láthatjuk, hogy mindkét almintában a **metadon kezelésbe való bekerülést tartják a legnehezebbnek**, legkönnyebben elérhetőnek pedig az ambuláns kezelés bizonyult, de a kórházi bennfekvéses kezelés megítélése is hasonló mértékű. A két vizsgált almintá között egyedül a rehabilitációs kezelés megítélésében van eltérés: a roma szerhasználók könnyebbnek ítélik a bejutást, mint a nem roma használók, akik átlagosan 3,16-ra ítélték a bejutási nehézséget (nem szignifikáns különbség).

A teljes minta 19%-a (27 fő) **próbálkozott bejutni valamilyen kezelésbe**, amely próbálkozás **nem volt sikeres**. Ezen sikertelen próbálkozások tekintetében a két almintá között szignifikáns eltérés van ($p < 0,05$), a roma szerhasználók esetében 24 % azok aránya, akik bejutási próbálkozásuk ellenére nem kerültek kezelésbe, míg ez az arány a nem roma használók esetében 14%.

Rácz, Márványkövi és Melles, 2009:

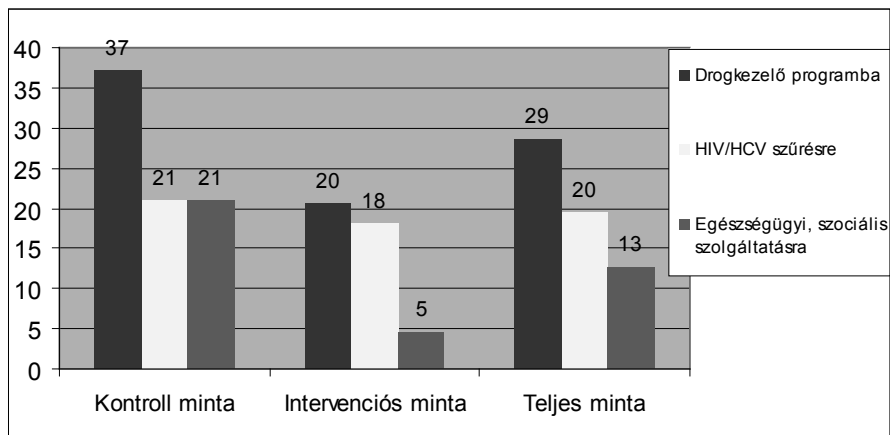
A mintában szereplők 44%-a volt már valaha valamilyen kezelési formában. Amennyiben a különböző kezelési formákat nézzük, az állapítható meg, hogy leginkább a metadon fenntartó kezelésben (20%), illetve a fekvőbeteg-ellátásban való korábbi részvétel (24%) a legjellemzőbb. A második legjellemzőbb kezelési formában való korábbi részvétel a metadon méregtelenítés (13%), illetve az ambuláns gyógyszermentes kezelés (12%). Jelenleg a minta 9%-a áll valamilyen kezelés alatt. Az, hogy ilyen nagy arányban voltak a megkérdezettek kezelésben, miközben egy tűcsereprogram kliensei, arra utal, hogy a **kezelések eredménytelenek voltak.**

36. ábra. Kezelésben való részvétel (%)



A kezelőrendszerbe való továbbítás mutatói: **drogkezelő programba a résztvevők 29%-át küldték az elmúlt 30 nap folyamán, HIV, illetve HCV szűrésre a minta 19%-át irányították át, míg más, egészségügyi, szociális szolgáltatásba 13%-ot.**

37. ábra. Elmúlt 30 napban való különböző kezelőrendszerben történő továbbküldések aránya (%)



A KVALITATÍV KUTATÁSAINK ÖSSZEFOGLALÁSA A BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKKAL VÉGZETT KUTATÁSAINK ALAPJÁN (RÁCZ, 2006, 2007- 2009):

E kutatások nyomán kirajzolódnak a budapesti injekciós droghasználók *kockázati magatartásai* (direkt és indirekt injekciós eszköz-megosztás, szexuális kockázati magatartások) és *kockázattészlelési* jellemzői (utóbbit elsősorban a Becker-féle – 1984 – „egészség-hit-modell” adaptációival végeztük el, részben pedig etnográfiai tapasztalatokat vettünk figyelembe). A nagy gyakoriságú kockázati magatartások kisebb injekciós network-ökön belül jelennek meg; ugyanakkor a droghasználók a kockázatokot alulbecslik. Különösen érvényes ez a szexuális kockázatokra (Márványkövi, Melles és Rác, 2006b). Megfigyelhető az is, hogy a kockázatok, illetve a kockázatok alulbecslése a „dezorganizáltabb” injekciós csoportokra jellemzőbb (hajléktalanok, krimenes előzmények, alacsonyabb iskolai végzettség) (Gyarmathy és mtsai, 2006; Gyarmathy és Neaigus, 2005; Rác, Máthé-Árva és Fehér, 2003; Rác és mtsai, 2007; Rác, 2004, 2005ab; Márványkövi, Melles és Rác, 2006b). Azt is tapasztaltuk, hogy éppen a problémásabb háttérű és hosszabb használói múlttal jellemezhető injekciós használók jutnak nehezebben egészségügyi vagy szociális szolgáltatásokhoz (Márványkövi, Melles és Rác, 2006a). E szolgáltatások (az ún. alacsony-küszöbű szolgáltatások) Magyarországon alulfejlettek, és éppen a fertőző betegségek jelentette kihívásoknak nem felelnek meg (Gyarmathy és mtsai, 2004, Márványkövi és Rác, 2005). A kisebb injekciós network, a hepatitisz-fertőzöttséggel kapcsolatos szerostátusz feltárása egymás előtt, valamint az ennek nyomán előálló

változások, pl. a szűrési sorrend megváltozása, kockázatcsökkentő, kockázatmenedzselő szerepet töltenek be (Gyarmathy és Neaigus, 2005, Rác és mtsai, 2007, Gyarmathy és mtsai, 2006). Az injekciós droghasználók kevésbé integrált, mobil csoportjai ugyanakkor egyfajta hídpopuláció szerepet betöltve, továbbíthatják a HIV fertőzést, így potenciálisan magasabb kockázati csoportot jelentenek (Gyarmathy és Neaigus, 2005). A „gyors helyzetfelmérés és válasz” (‘rapid assessment and response’ RAR) módszerrel készített, az injekciós droghasználattal kapcsolatos problémákra és megoldási lehetőségekre vonatkozó, kulcsszemélyekkel (szakemberek, közpolitikai szakértők, önkormányzati képviselők, injekciós droghasználók, stb.) országos vizsgálatunk szerint az országban jelentős regionális különbségek tapasztalhatók: Budapest, Miskolc és Szeged térsége vezet az injekciós droghasználat előfordulása tekintetében; ugyanakkor a rendelkezésre álló források is egyenlőtlenül oszlanak meg az országban, egyes megyék fehér foltot jelentenek az ellátást (bármilyen, droghasználókat érintő ellátást) tekintve (Rác és Ritter, 2003).

A kockázati magatartásoknál az olyan fogalmaknak, mint *véletlen, sors, kiszámíthatatlanság, határvátlépés*, kiemelkedő jelentősége van. E kifejezőelemek is mutatják a droghasználó viszonyulását élettörténetéhez, élettörténeti mozzanataihoz, valamint ágenciájának ellentmondásait. A *véletlen*, a *kivételes eset* kifejezések ugyanakkor a kockázati magatartások helyzet- és társas kapcsolatfüggését, valamint a kockázatok menedzselésére tett kísérleteket is érzékeltetik. Tapasztalataink szerint a közösen vásárolt drog *elosztásának* különösen fontos szerepe van a kockázati magatartások létrejöttében: többen vásárolnak drogot, amelyet közösen osztanak el, amikor a közös/megosztott eszközhasználat gyakorisága – továbbá a véletlen, a sors, a kiszámíthatatlanság, a „kivétel” – gyakran érvényesül.

Tapasztalataink alapján a hepatitisz C fertőzések menedzselésével kapcsolatban különböző kontrolláló, illetve a kontrollra vonatkozó erőfeszítést állapítottunk meg az injekciózással kapcsolatban. A legtöbb meginterjúvolt változtatott injekciós szokásain: általában valamilyen technikai változás következett be, aminek következtében nem szúr közösen, nem használ közös tűt. Mások elmondják, ha fertőzöttek, ezzel a többieket „védik”, „vigyáznak rájuk” – ilyenkor sem használnak közös tűt. Másik lehetőség, hogy a közös kanálból a fertőzött szúr utójára. Akik a fertőzés megtudása után nem változtattak szokásaikon, vagy akik feltételezték, hogy ha megtudnák, hogy fertőzöttek, nem változtatnának, egy „ügyis mindegy”, már ügysem lehet változtatni beletörődés jelent meg. Megjelent az a vélekedés is, hogy ez része a „játéknak”, „az elvonás az úr”, olyankor ügysem lehetne megakadályozni a közös injekciós használatot. Ezek a megállapítások hasonlóak ahhoz, amit mások is megállapítottak, pl. kockázatmenedzselő technikák” vagy „forráselosztó stratégiák” címszavak alatt. A válaszolók többsége aktív menedzselési technikát fogalmazott meg a hepatitisz C-vel kapcsolatban, ami ismét a droghasználó mint aktív ágens megközelítést támasztja alá.

A kockázati magatartásokat a „rhodesi kockázati környezet” (Rhodes, 1997, 2002, Rhodes és mtsai, 2003, 2005, 2006ab, bővebben lásd Rácz, 2007-2009) fogalmával magyaráztuk; a fogalom magyarországi adaptációja – összehasonlítva szintén ehhez a fogalomhoz társítva a kelet-európai kockázati magatartásokat és azok környezetét – magyarázatot adhat arra, miért alacsony Magyarországon a HIV/AIDS előfordulása injekciós droghasználók között. Számos kelet-európai jellemző ugyanis Magyarországon nem található meg (elsősorban a közös elkészítéssel és az eladással kapcsolatos magatartások, valamint a Rhodes-i disztális faktorok, azaz a droghasználattal és az egészségüggyel, a szociálpolitikával kapcsolatos közpolitikák különbsége). A „kockázati környezet” fogalma arra is felhívja a figyelmet, milyen fontos szerepet töltenek be az ártalomcsökkentő intervenciók, az ártalomcsökkentő drogpolitika, illetve egészen konkrétan pl. a rendőrség „tűpolitikája” vagy az, hogy a gyógyszerárban szabadon lehessen injekciós tűt kapni, a fertőző betegségek alacsony szinten való tartásában.

Bemutattuk, hogy nem annyira a szerek hatása, inkább a droghasználói „szcénák” között van különbség: az integrált injekciós használók és a dezintegrált, a város publikus tereit (térben és időben átmeneti: liminoid tereit) használó „dzsánkik” között. A „szcénák” és az „útvonal” (‘pathway’) pontosabb leírást ad az injekciós droghasználók szcénákon átívelő mozgásáról és határátlépéseiről, mint a hagyományos szubkultúra és drogos karrier fogalmak. Az „útvonal” egyben arra is alkalmas, hogy jobban megértsük, hogyan változtatják az egyes magatartásformákat az egyes szerhasználók, akár az injekciós használattal kapcsolatban is. Szó sincs egyirányú, lineáris karrierokról, melyek nem végződnek minden esetben egy deviáns, esetünkben injekciós csoportba való beérkezéssel.

NYÍLT DROGSZÍNTÉR ÉS BELÖVŐSZOBÁK (SHOOTING GALLERY-K)

NYÍLT DROGSZÍNTÉR ÉS BELÖVŐSZOBÁK ('SHOOTING GALLERY'-K)

Tempalski és McQuie (2009) a „hely”, „színtér” fogalmát tekintik egy olyan fogalmi eszköznek, amellyel az injekciós droghasználat és a hozzá társuló fertőző betegségek átadása megérthető ('drugspaces'). Felfogásukban ez a fogalom társadalmi, gazdasági és földrajzi kapcsolatokkal leírható, speciális téri elrendezésű „helyet” jelent. A fogalom nemcsak a nyílt drogszínteret írja le. Rhodes és munkatársai kutatásaiból ismert a „kockázati környezet” fogalma, ami szintén a földrajzi jellemzők mellett komplex mikro- és makroszociológiai tulajdonságokkal bír, egészen pl. a különféle injekciós technikák alkalmazásáig vagy a rendőrség droghasználókkal szembeni fellépéséig (lásd részletesebben: Rác, 2006, vagy újabban Philbin és mtsai, 2008). A nyílt drogszcénára jellemző, hogy „*kockázatos helyszíneken*”, „*kockázatos emberek*” (droghasználók, dílerek, bűnözők), „*kockázatos tevékenységeket*” végeznek (droghasználat, injekciós droghasználat, drog adás-vétel, utcai bűncelekmények elkövetése, akár tulajdon elleni, akár személy elleni bűncelekmények, ahol a járóelők, de a szer hatása alatt álló droghasználók is könnyen áldozattá válhatnak); így akár a „kockázat a köbön” kifejezést is használhatjuk e színterek jellemzésére. A színtér további sajátossága az egyszerre vonzó, csábító és taszító jellege (Fast és mtsai, 2009): főleg a közelben lakó fiatalokat vonz, mert a függetlenség, felnőtté válás, izgalomkeresés illúzióját nyújtja, ugyanakkor a hosszabb ideje ott tartózkodó szerelőket taszítja az erőszak, a kiszámíthatatlanság, a rendőri jelenlét (vagy éppen az annak a hiányában eszkalálódó erőszak) miatt. A *vonzás* és *taszítás* sajátos dinamikát kölcsönöz a színtérnek. A „kockázat a köbön” színtér fő jellegzetessége tehát a *szegénység*, a *szociálisan hátrányos helyzet*, az *erőszak*, a *társadalmi szenvedés* és a *droghasználat* összekapcsolódása. Sokan az itt történő droghasználatot az egyfajta *krónikus stresszre* adott válaszként, illetve traumás „stressz-betegségként” fogják fel (Montoya és Brown, 2007; Singer, 2004; Fast és mtsai, megjelenés alatt).

Bővítve a színteret, kilépve a szűken vett drogszcéna határai körül, megállapíthatjuk, hogy a hátrányos társas-társadalmi környezet fokozza a stresszt, miközben egyaránt csökkenti az egyén rendelkezésére álló egyéni és társas megküzdési stratégiák hatékonyságát, így fokozza a droghasználatot (Boardman és mtsai, 2001). A fokozottan hátrányos helyzetű lakónegyedekben élő fiataloknál 74-szer nagyobb az esély arra, hogy problémaviselkedés alakuljon ki náluk, mint az előnyösebb lakókörnyezetben élő társaiknál (Szapocznik és mtsai, 2006). A génkörnyezet-kölcsönhatásokat vizsgáló kutatások is a stresszel telített környezet és a drog-, illetve

fokozott alkoholhasználat közötti kapcsolatra hívják fel a figyelmet (pl. Clark és Schumann, 2009). Tehát, feltételezhetjük, hogy még annak is, akinek sikerül elköltöznie a hátrányos helyzetű lakónegyedekből, a drogokkal, illetve a jelentős alkoholfogyasztással szemben kialakult fokozott vulnerabilitása megmarad.

Ismét ide kell idéznünk Rhodes „*kockázati környezet*” fogalmát (Rhodes, 1997, 2002, Rhodes és mtsai, 2003, 2005, 2006ab), melynek proximális és disztális összetevői jól magyarázzák egy-egy szintér – vagy akár egy egész város – olyan jellemzőit, amelyek a kockázatos, elsősorban injekciós magatartáshoz vezetnek, ahol az injekciózó droghasználók megosztják egymással eszközeiket, így fokozva a népegészségügyi kockázatokat (fertőző betegségek terjedése). Rhodes „kockázati környezet” fogalmát elsősorban az oroszországi, injekciós droghasználók körében bekövetkező HIV/AIDS robbanás magyarázatára használta fel: olyan injekciós szerelék és drog-oldat megosztás fordul elő tömegesen e környezetekben, ami a HIV fertőzés gyors tovaterjedését magyarázza – és gyakorlatilag nincs olyan népegészségügyi akció, amely ezt a terjedést megállítaná.

Tempalski és McQuie (2009) összefoglalójukban idéznek olyan kutatásokat, hogy ezeken a nyílt drogszintereken, ahol magas az injekciós droghasználat előfordulása, a kockázatos injekciós magatartásokat folytató droghasználók a társas hálók középponti szereplői. Sandberg és Pedersen (2008) Oszló-i, az ottani nyílt drogszinteret elemző vizsgálatuk szerint ez a szintér „mágnesként” vonzza a kockázatos magatartásokat preferáló serdülőkorúakat. Tempalski és McQuie (2009) és Rhodes emlegetett kutatásai szerint az intenzív rendőri akciók növelik a kockázatos injekciós magatartások előfordulását: a szerhasználók „sietnek” és „szoronganak”, nem törődnek a biztonságosabb injekciózással vagy a közvetlen, illetve a közvetett megosztással (további vizsgálatok: Small és mtsai, 2007). A nyílt drogszintér főszereplői a marginalizálódott, kockázatos magatartásokat folytató injekciós droghasználók (Celentano és mtsai, 1991; Korf, 1993; Kemmesies, 1995; Fitzgerald, 2009; Small és mtsai, 2007; Génereux és mtsai, 2009). A nyílt drogszinteret a környező, szűkebb és tágabb környezet szegregálja és stigmatizálja. A szegregáció, az elhatárolás egyfajta védekező reakcióként is felfogható a tágabb közösség részéről, amely azonban a drog szintéren növeli az injekciós használó számát (pl. egy baltimori vizsgálatban a faji szegregáció „izolációs” indexének 0,5-del való emelkedése az injekciós droghasználat prevalencia értékét 23%-kal növelte az adott közösségben (ismerteti Cooper és mtsai, 2007). Több, a fejezetben szereplő szerző is kiemeli, hogy ezek a terek a fertőző betegségek átadása szempontjából kockázati magatartások magas előfordulási arányával jellemezhetők. A szerzők (Cooper és mtsai, 2007) ’drugscap’e-ről írnak, a droghasználat és a térhasználat speciális összefonódásáról, amit a környező közösségben kialakuló „félelem” tart egyben. A szerzők szerint még az ártalomcsökkentő szolgáltatásoknak (pl. megkereső programok, utcai munka) is lehet olyan hatása, hogy növelik az izolációt és a stigmatizációt. Még a tolerált nyílt

drogszinterek is, mint amilyen pl. a zürichi „tűpark” ('Platzspitz') volt, jelentősen növelték a szerhasználók egészségügyi és szociális kockázatait.

A jelenségek arra hívják fel a figyelmet, hogy a nyílt színi droghasználat nem kezelhető izoláltan, önmagában, elszakítva a környező közösség, sőt akár a város vagy az adott ország egészségügyi, szociális, városrendészeti és drogpolitikájától. A drogpolitika kapcsán külön kiemelik a helyi ártalomcsökkentő szolgáltatások szerepét (utcai munka, megkeresés, tűcsereprogramok), melyek a nyílt drogszintér hatásait ellensúlyozni tudják – noha láttuk, hogy egyes esetekben ezek akár kontraproduktívak is lehetnek egy „ellenséges” környezetben. A helyi (vagy akár az országos) drogpolitika szerepe mellett nélkülözhetetlen az adott városrész – ahol a nyílt színi drogszintér működik – komplex városrehabilitációja (pl. részletesebben: Duff, 2009). Ennek egyik lényeges vonása – a szociális és lakhatási körülmények javításán túl – a szegregáció és az izoláció megszüntetése szociálpolitikai eszközökkel. Olyan „helyeket” kell kialakítani, hogy ha a droghasználatot nem is sikerül felszámolni, vagy legalábbis nem rövid távon, a „szintér” alkalmas legyen olyan hálózatok létrejöttére és működésére, amelyek pl. a biztonságosabb droghasználatot vagy a biztonságosabb szexuális magatartásokat tudják népszerűsíteni és elfogadhatóvá tenni a kockázatos magatartásokat folytató társaik körében (Duff, 2009). Mások (Fast és mtsai, 2009) felhívják a figyelmet a korai intervenció szükségességére, mert – tapasztalataik szerint – azoknál a fiataloknál, akik a nyílt drogszcéna stabil szereplőivé váltak, felgyorsul a droghasználat intenzitása és az injekciózás kialakulása, valamint az „elmerülésük” a szintér kriminális tevékenységeiben, miközben az addigi társas kapcsolataik felbomlanak.

Fitzgerald (2009) a nyílt drogszintér egy másik, egyébként már régen megfigyelt sajátosságára hívja fel a figyelmet: a drogárúsítás és a nyílt színi „drogpiac” megjelenésére. Ami vizsgálataiban kiemelendő, hogy megfigyelései szerint a városrehabilitációs programok, a rendőrség fokozott aktivitása egy-egy szintéren pusztán csak a szintér áthelyeződését vonják maguk után, de nem az eltűnésüket. Mivel helyben a kínálat (a drogterjesztés), azt egy rendőrségi vagy más, de csak korlátozott geográfiai kiterjedésű akcióval „arrébb tolni” lehet, de nem megszüntetni. A nyílt drogszcéna „direkt” rendőri felszámolása ritkán eredményes: többnyire a több pontján, kisebb terjedelemben, de a jelenség újra megjelenik (sőt, megtöbbszöröződik). Egy másik következmény az illegális „belövőszobák” (az angol-amerikai szlengben: 'shooting gallery'-k) tömeges megjelenése (ahol az injekciós szerhasználók „védelmet” kapnak), illetve az a nem kívánt következmény, hogy az injekciós droghasználók és az egészségügyi, illetve szociális szolgálatok között kialakult kapcsolatok megszakadnak (Kerr és mtsai, 2005).

BELÖVŐSZOBÁK

A nyílt drogszintér mellett ismertek a „*belövőszobák*” (lásd részletesebben Parkin és Coomber, 2009): Ouellet és mtsai (1991) nyomán a szerzők ezek három típusát különböztetik meg:

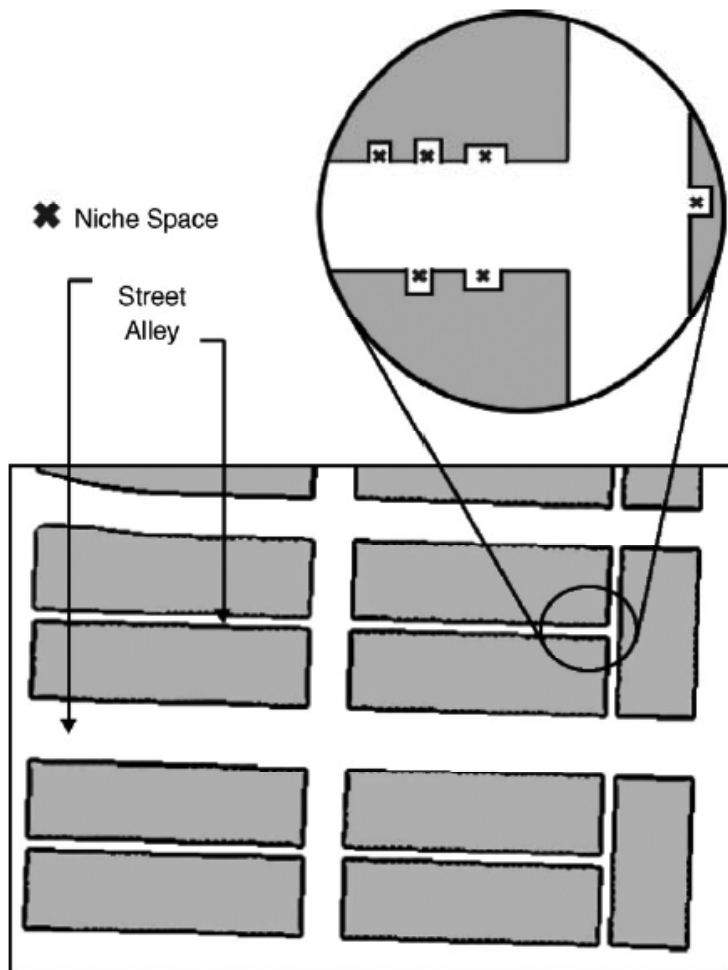
- *fizetős*: a helyért (gyakran lakás) a tulajdonosnak fizetni kell; a tulajdonos biztosíthatja a drogot és a fecskendőt;
- *kínálós*: a helyért cserébe a megvett drogból egy kis adagot át kell adni a tulajdonosnak vagy a hely „üzemeltetőjének”;
- *szabad*: amelyet bárki ingyen használhat, akár több tucatnyian is egy nap folyamán, bármelyik napszakban.

Általában a „*fizetős*” *belövő* szobák nagyobb presztízűsek, míg az „*ingyenes*” helyek a szociálisan és egészségi állapot szerint is hátrányosabb helyzetű droghasználók számára hozzáférhetőek, általában a földrajzi elhelyezkedésük is tükrözi ezt a presztízis-hierarchiát: a „*fizetősek*” a város „*jobb*” helyein vannak, míg az „*ingyenesek*” a lerobbant városrészekben. Parkis és Coomber (2009) összefoglalják a *belövő* szobákkal kapcsolatos etnográfiai tapasztalatokat: e szobákban gyakoribb az erőszak (akár az emberölés is), a kockázatos injekciós magatartásformák előfordulása, a rossz higiénés állapotok. Ugyanekkor az idősebb, tapasztaltabb injekciós használók bevonják e *belövőszobákba* a fiatalabb, „*kezdő*” injekciós használókat, ami a *belövő* szobák további kedvezőtlen tulajdonságait jelentik. A *belövőszobák* „*előnye*” a relatív biztonság az utcai vagy más publikus térhez kötődő droghasználattal szemben (védelem a rendőrséggel szemben).

NYÍLT SZÍNI DROGHASZNÁLAT VANCOUVERBEN (SMALL ÉS MTSAI, 2007)

A szerzők szerint a nyílt színi droghasználat jellemzője az „*elsietve és izgulva*” (*‘hurry and worry’*), ami a kockázatos és esetenként túladagolással végződő injekciós magatartásoknak kedveznek, elsősorban a rendőrségtől való félelem miatt.

38. ábra. Injekciózásra használt helyek eloszlása egy több háztömbből álló utcavészben: az utcán és a kapualjszerű részekben is történik injekciózás. A térképen az is látható, hogy a drogszintér nem feltétlenül igényel kiterjedt, nagy területet!



Fotoetnográfia – vizuális etnográfia

A fotoetnográfia azt a célt szolgálja, hogy dokumentáljuk a nyílt drogszcéna létezését, közvetett módon: a helyszínek lefényképezését, és a helyszíneken található, az injekciós droghasználathoz szükséges eszközök, kellékek lefotózását.

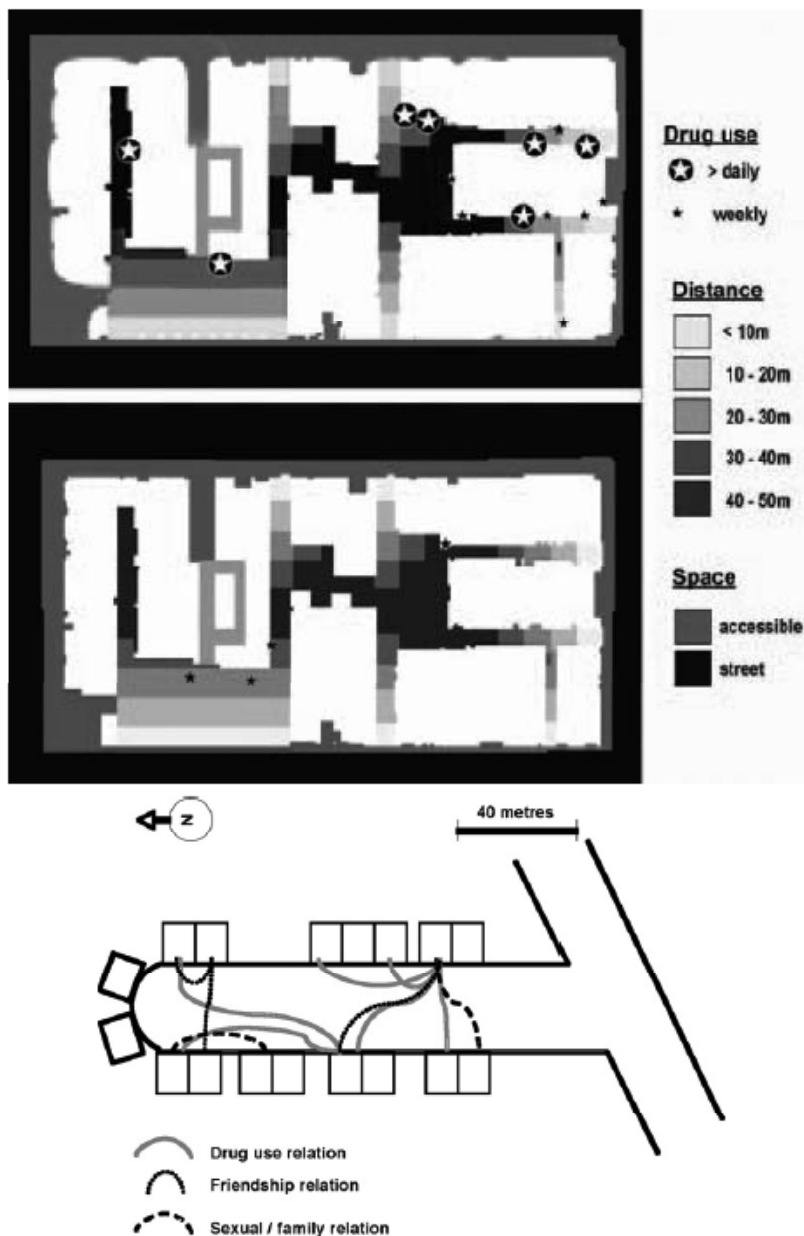
Publikus injekciós tér: Melbourne, Ausztrália (Rhodes és Fitzgerald, 2006)



Félig publikus színtér Indiában (Rhodes és Fitzgerald, 2006)



39. ábra. Egy melbourne-i drogszintér (Ramsay Street Bendigo) ábrázolása a különböző jellegű kapcsolatokkal: droghasználói, baráti és szexuális, illetve családi kapcsolatok. Látható, hogy egy ilyen „mikroszociológiai” metszetben a droghasználói kapcsolatok a leggyakoribbak (Fitzgerald, 2009) Lent: A Melbourn-i injekciós és drogeladásra szolgáló publikus terek térbeli eloszlása (Rhodes és Fitzgerald, 2006)



Nyílt injekciós színtér Ukrajnában (Rhodes és Fitzgerald, 2006)



A melbourne-i Herald Sun összeállítása a nyílt drogszinterről (közterületi droghasználat és terjesztés): az újság ezeket mint „belépni tilos” területeket tüntette fel (Rhodes és Fitzgerald, 2006).



A zürichi „tűpark” (1992): a nyílt színi droghasználat legalizálása nem vezetett eredményre, sőt, fokozta az injekciós droghasználat népegészségügyi és kriminológiai problémáit. A megoldást Svájc esetében a „tűparkok” bezárása és egy új, az ártalomcsökkentést hangsúlyosan kezelő drogpolitika bevezetése nyújtotta.



A NYÍLT DROGSZÍNTÉR KOCKÁZATAI

Bauman (2001) a késő modernkori társadalmakkal, különösen a városokkal kapcsolatban hármass elvárást fogalma meg (a 'Sicherheit' kifejezés alatt) (lásd még: Aalbers – Rancati, 2008) :

- biztonság ('safety'): a test, a család és a tulajdon biztonsága, a bűncselekmény áldozatává válás félelmétől és megtörténtétől való védelem;
- kiszámíthatóság ('certainty'): a jövő feletti kontroll megszerzése, a kockázatmentes döntéshozás elősegítése, illetve olyan tényezők is, mint a tartós munkanélküliség menedzselése;
- védelem ('security'): kockázatokkal való megküzdés, részvétel a társadalom mindennapi működésében, társas-társadalmi támogató rendszerek létrehozása.

Castel (2004) némileg hasonló módon a polgári és a szociális biztonságot tartja fontosnak a városi életben:

- polgári biztonság: a bűnözés és a deviancia kontrollja;
- szociális biztonság: a polgárok jogai, pl. munkához, jóléti szolgáltatásokhoz való jog.

Mindkét szerző hangsúlyozza, hogy a társadalmi diskurzusok zöme a félelem és a biztonság körül forog napjainkban; ezért fontos az előzőekben emlegetett igények kielégítése, a feltételek megteremtése.

A nyílt drogszintér vagy a belövőszobák mindezekkel ellentétes hatásúak: a szerzők gondolatait követve, elsősorban a *félelmen* keresztül vezetnek egy közösség

széteséséhez, vagy a „közösség” dezorganizált, anómiás állapotának fennmaradásához. Éppen ezért Duff (2009) az ártalomcsökkentést is olyan eszköznek tartja – túl a közvetlen, fertőző betegségeket megelőző hatásán –, amely a különböző kötődésekkel és érzelmi kapcsolatokkal (egymáshoz, a szolgáltatást nyújtó szervezethez) valamelyest ellensúlyozni tudja e színterek negatív hatásait.

Nyilván, e színterekkel kapcsolatban a „megoldás” túlmutat a drogpolitika és a népegészségügy, de még a rendőrség eszközrendszerén is, közelebbről a városrehabilitációig nyúlik, távolabb pedig az egész társadalom értékrendbeli, szociális és gazdasági állapotáig.

NYÍLT DROGSZÍNTÉR BUDAPESTEN

A KÉK PONT KONTAKT KÁVÉZÓJA KÖRNYEZETÉBEN
TAPASZTALT NYÍLT DROGSZÍNTÉR ÉS BELÖVŐSZOBÁK
(‘SHOOTING GALLERY’-K) JELENLÉTE

Ritter Ildikó (2005) romák és a kábítószer kapcsolatát vizsgálva, két olyan színteret írt le, ahol az injekciós magatartás nagymértékben elterjedt: a Dzsumbujban és a Hős utca környékén. Ez utóbbi helyszín a Kontakt Kávézó közelében van. Éppen ennek a kutatási eredménynek a hatására költöztettük át az akkor Kettőspont néven működő, XI. kerületi programunkat a VIII. kerület Kálvária térre: az előző helyszínen alig volt injekciós droghasználó kliensünk, utóbbi helyszínen pedig már a megnyitást röviddel követve tömegesen kezdtek jelentkezni az injekciós használók (2006. júniusától). Tapasztalhattuk azt is, hogy itt nyílt drogszíntér létezik, egyes házakban pedig belövőszobák is működnek, illetve a kínai piacot körülvevő rak-tárakban, a környék félig-meddig lebontott házaiban is működnek belövőszobák. A környéken nyílt színi injekciós droghasználat történik, és drogok utcai adásvétele, az eldobált fecskendők pedig szinte mindenütt megtalálhatók: játszótereken, kapualjakban, lépcsőházakban, az emlegetett félig lebontott épületekben. Az eldobált fecskendők száma, illetve az összegyűjtésüket követő, másnapra történő újramegjelenésük (egy-egy helyszínen több tucat) is az intenzív injekciózásra utal.

A területen nyílt drogszcéna létezik és belövőszobák (‘shooting gallery’-k) is működnek, erre utaló jelek:

- kliensforgalmi adatok (lásd a tűcserével foglalkozó rész adatait);
- tűcsereforgalmi adatok (lásd a tűcserével foglalkozó részt);
- kliensbeszámolók;
- a folyamatos tűbegyűjtő akciók eredményei;
- a kliensbeszámolók és a tűbegyűjtés során szerzett geográfiai ismeretek rögzítése a Google Earth térképeken, majd a változások nyomonkövetése: ebből látható, hogy egy-egy „ingyenes” belövőszoba hogyan vándorol egyik helyszínről a másikra (részben azért, mert a félig lebontott házat teljesen lebontják, vagy az üres telket beépítik); adatvédelmi okokból ezeket az információkat nem mutathatjuk meg;
- a munkatársak tapasztalatai;
- a környéken élők tapasztalatai, amelyeket megosztanak velünk;
- a fotoetnográfiai adatgyűjtés tapasztalatai.

Mindezen tapasztalatok alapján neveztük a környéket „narkógettónak”: tisztában voltunk a kifejezés stigmatizáló és szegregáló, valamint „bulváros” módjával, azonban a szegregációt és a stigmatizációt nem e kifejezés idézte elő, hanem csak

tükörözte a környékbeliek véleményét. A 2009. december 1-jén, az AIDS Világnapján a Kék Pont által indított kampányunkban használtuk ezt a kifejezést, aminek annyi eredménye volt, hogy áttörtük a „hallgatás falait”, a fősodorbeli média tárgyává tettük az általunk tapasztalt jelenséget. A társadalmi igény generálás (‘claims making’) egy „néma”, hátrányos helyzetű csoport érdekében a problémák morális síkon történő átértelmezését jelenti. A morális alapú figyelemfelhívás amellet, hogy általában nagy médiaérdeklődés kíséri, azonban veszélyes fegyver lehet: könnyen az adott csoport ellen fordítható. Előfordulhat olyan helyzet azonban, amikor más eszköz nem látszik célravezetőnek...

A Kék Pont célja a nyílt drogszcéna megszüntetése, egy élhető városrész kialakítása – és itt utalhatunk ennek jellemzőire Bauman és Castel nyomán. A nyílt drogszcénát – látszólag paradox módon – a kerületben zajló városrehabilitációs projektek tovább erősítik: a városrehabilitációs projektek a droghasználatban is érintett népeiséget „kitolják” a rehabilitációs övezetből, éppen a Kontakt Kávézó környékére. Innen a környék beépítettségét és földrajzi elhelyezkedését figyelembe véve, már nincs hova tovább kifelé menni. Így a problémák egyre inkább egy viszonylag szűk földrajzi térben koncentrálnak.

FOTOETNOGRÁFIA – VIZUÁLIS ETNOGRÁFIA

A nyílt színi droghasználatot és a drogok adásvételét adatvédelmi és biztonsági okokból nem fotózzuk. A szcena forgalmát mutatja az a becslés, hogy ha a Kontakt Kávézó 1600 regisztrált kliens számához (2008-ban közülük 700-800 fő vette igénybe a program szolgáltatásait) hozzáveszünk bizonyos mértékű latenciát és 2000 injekciós droghasználóval számolunk, akkor a következő forgalmi adatokat becsülhetjük. A heroinhasználók naponta 1-2-3-szor injektálnak, az amfetaminhasználók 2-3-4-5-ször, ha évi kb. 400 injektálással számolunk (alulbecslés), akkor a szcena forgalma évi 800 000 szúrás, de még az 1 milliós számot sem érezzük túlzónak. A következőkben azt mutatjuk be, hol történik ez a tömeges injekciós droghasználat.

Etnográfiai kutatásokból (pl. Rhodes és mtsai, 2007) következtetni lehet a nyílt szcénákban injekciózó szerhasználók érzéseiről. A tapasztalatok szerint a nyílt, látható droghasználat (ami amúgy egy „intim”, „személyes” aktus), valamint az ezzel járó folyamatos konfrontáció a helyi lakosokkal (akik a többségi társadalmat jelképezik számukra), a rendőrséggel, de még egymással is, a szcénát a *szimbolikus erőszak* terévé alakítja. A stigmatizáció, a szegregáció, az irányukban megnyilvánuló és általuk tapasztalt megvetés súlyos *szégyenérzetet* alakít ki bennük. Rhodes és mtsai (2007) interjú vizsgálatában ezt az elemet találta az egyik középponti jelentőségűnek a nyílt színen injekciózó személyekben. A szimbolikus erőszak és a

marginalizáció másrészt súlyos társadalmi *szenvedést* okoz. A szegény és a szenvedés egy további lépésben fatalizmushoz, tehetetlenségérzéshez, értéktelenség-érzéshez, önleértékeléshez, lebecsüléshez, sőt az önbecsület elvesztéséhez vezet. Az injekciós droghasználók „haszontalannak”, értéktelennek érzik magukat; ezt mintegy ki is fejezik azzal, hogy milyen publikus tereket keresnek maguknak, illetve ezeket a tereket mivé alakítják: értéktelenné, mocskosakká, elviselhetetlenné; ahol a szemét és az emberi ürülék jelenléte mintegy kivételülése az injekciós használók énképének.

Ilyen tereket fogunk látni a következő oldalakon.

NYÍLT SZÍNI DROGSZCÉNA A KONTAKT KÁVÉZÓ KÖRZETÉBEN – VIZUÁLIS ETNOGRÁFIA⁷

1. Egy álló bontásra ítélt épületegyüttesben található az egyik legaktívabb szűrőhely. Az évek során nagy mennyiségű kommunális hulladék halmozódott fel a belsőiségekben. A környéken élők egyszerűen csak „romházként” emlegetik a valaha szebb napokat látott, előbb pékségként, majd autószerelő műhelyként üzemelő házat és környékét (a romot azóta lebontották).

2. A romházhoz egy üres telken keresztül lehet eljutni, az oda járó droghasználók ösvényt tapostak a talajba.

⁷ A fotókat a Kék Pont Kontakt Kávézója környékén Dávid Ferenc készítette; a fotókon megjelenő személyek a Kék Pont fecskendőbegyűjtéssel foglalkozó utcai munkásai.



3. Az új építésű ingatlant egy romos kerítés választja el a szűrőhelyeket rejtő udvartól.
4. A romház udvara. A Kálvária utcára nyitló kapu lakatját rendszeresen levágják, illetve a kerítésen drótvágóval vágott réseken keresztül hatolnak be a területre.
5. A vasrács nem sokáig tartotta vissza az oda járókat. Felfeszítették és újra birtokba vették a helyet.
6. Mindenfelé eldobált drogszemét található. A beton párkányon a steril víz szállítására használt injektor és a speciális fűzőedény látható.



7. A rombáz belsejében több helyen is életveszélyes állapotok uralkodnak. A mennyezetről leszakadó gerenda mögött már kinőtt egy kisebb cecetfa.

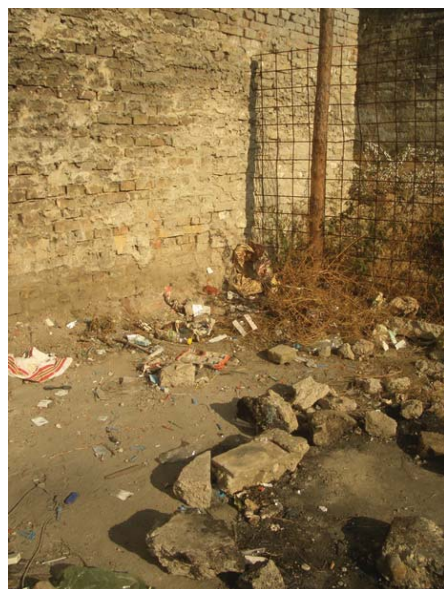
8. Az épület belsejében működő szűrőhelyhez több üres helyiségen keresztül vezet az út. A helyiségek sötétek és nyirkosak, eső esetén áll bennük a víz.

9. A kommunális hulladék és az építési törmelék vastag rétegben borítja be a belső udvart.



10. *ua.*

11. *Az klasszikus szűrőbely alapvető elemei. Egy asztalként használt deszkalap és két szék. A helyet az egyik droghasználó alakította ki. Az „üzemeltetésért” cserébe általában drogot kap a hely többi használgójától.*



12. A rombáz pincjének lejárata. Állítólag volt olyan droghasználó, aki egy ideig itt húzta meg magát.

13. A rombázzal szemben elterülő üres telken több szűrőhely is működik. Az utcától egy közel két méter magas fal választja el. A falon több nyitott rész is található, ezeken keresztül lehet bejutni a területre.

14. Bár a használaton kívüli területeken rendszeresen irtják a növényzetet, az ecetfa törzsének vastagsága jól mutatja az évek óta tartó tereprendezési folyamat lassúságát.

15. A fal tövében szétdobált drogszemét mennyisége a hely gyakori használatát jelzi. Valószínűleg nem csak droghasználók járnak ide, erre utal a kövekkel körbevett tüztér, amiben főleg elektromos vezetékek műanyag borításának leégetését végzik a vasasásból is élő helybeliek.



16. A szabadtéri szűrőhelyek egyik jellegzetes és gyakori kiegészítője, a lomtalanításból származó ülőalkalmatosság.

17. A szabadtéri szűrőhely gyakran válik életforma szerűen használt területté. Erre utal ez a falnak támasztott matrac is.

18. Az egymástól különálló telkek között gyakran ösvények vezetnek, ezeket az ide járó droghasználók tapossák ki, kerítéseket átvágva, falakat megbontva.



19. Drog szemét begyűjtése a Kék Pont munkatársai által.

20. Drog szemét bejelentését mutató plakát.

A BUDAPESTI INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓKKAL SZERZETT TAPASZTALATAINK ÖSSZEGZÉSE: TRENDEK ÉS VÁLTOZÁSOK

Az 1999-2000 között végzett adatgyűjtésünket egy 2006-os, majd 2008-as adatgyűjtés követte. Eközben, főleg a 2000-es évek elején-közepén készültek kvalitatív interjúk, melyek a számszerű összehasonlításokra nem alkalmasak, de bizonyos tendenciák megfigyelhetők. A kvantitatív adatgyűjtések sem eredményeztek reprezentatív mintákat (ez a rejtett, injekciós használókat célzó droggutatásokban nehezen elérhető cél), tehát az adatok egyszerű módon nem összehasonlíthatók. De mivel a networkingtechnikával, illetve a „privilegizált hozzáféréssel” sok, különböző injekciós droghasználói hálózathoz eljutottunk, bizonyos tendenciák megállapíthatók. E tendenciáknál is figyelembe kell venni, hogy az utóbbi évek kutatásai a legtöbb esetben a *Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Kontakt Kávészójából*, a körülötte már korábban kialakult nyílt drogszintérről indultak el, ahol eleve feltételezhetjük a társadalmi kirekesztéssel és a „társadalom-alatti” (‘underclass’) helyzettel járó mutatókat. A nyílt drogszcénának a kialakulása és „láthatóvá válása” a 2000-es évek közepén-végén került sor, tehát beleillik a következőképpen jellemzett tendenciákba:

- A hivatalos statisztikákban megjelenő *kezelt* droghasználók között a heroinhasználók időszakosan csökkenő tendenciát mutattak, az amfetaminhasználók száma pedig fluktuált, lényegesebb növekedés vagy csökkenés nélkül – ezzel szemben a nyílt drogszcénában a heroinhasználat jelentős mértékben jelen van, még inkább igaz ez az amfetaminhasználattal kapcsolatban. Az új belépők között több az injekciós amfetaminhasználó. Úgy tűnik, a kezelésbe kerültek ezeket a tendenciákat nem tudják követni: erre utal az e körben megfigyelhető, a *kezelésbe jutást akadályozó tényezők* nagy száma, illetve a tényleges kezelésbejutás elmaradása. A metadon-fenntartó kezeléssel kapcsolatban fogalmazódik meg a legnagyobb kezelési igény, és ezt tartják a megkérdozettek a legnehezebben elérhető szolgáltatásnak.
- A budapesti tűcsereprogramok (tehát nemcsak a Kék Pont) klienseinek 30%-át küldték a megelőző 30 napban drogkezelésre (és még továbbiakat szociális szolgáltatókhoz, illetve HIV/hepatitisz szűrésre). Hogy hányan érkeztek meg az adott kezelőintézménybe, arról nincs adatunk, de tapasztalataink szerint igen kevesen.
- A nyílt drogszcénában élők kis mértékben jutnak egészségügyi szolgáltatásokhoz; ha ez megtörténik is, a visszaesés rendkívül gyakori (ha figyelembe vesszük azoknak a számát, akik korábban kezelésben voltak, de aztán újra a tűcsere kliensei között jelennek meg; 2009-ben a valaha kezelésben voltak aránya 44% – ők mind visszaestek).

- A nyílt drogszcénában működő tűcsereprogram forgalma a *becsült* injekciós használók számát mindenképpen jelentősen megkérdőjelezi, az injekciós opiáthasználók számát is, de kisebb mértékben, ha feltételezzük, hogy azok túlnyomó többsége ezen a földrajzi területen él (aminek azért kicsi az esélye).
- A 2000. körüli időszakhoz képest az injekciós szerhasználók életkora jelentősen megnőtt (22-25 évesről 30 év körülire, továbbá a 35 évesek is viszonylag jelentős arányt képviselnek). Ugyanakkor 19 éven aluli injekciós droghasználókkal is gyakrabban találkozunk.
- Az iskolai végzettség csökkent: középfokról, be nem fejezett középfokról általános iskolára, be nem fejezett általános iskolára.
- Nőtt a börtönviseltek száma. A társadalmi kirekesztés/kirekesztődés mutatói a 2000-es évek folyamán emelkedtek; ennek azonban az is oka, hogy a vizsgálatokba egyre nagyobb arányban kerültek a nyílt drogszcénában élő szerhasználók, ahol e mutatók igen magasak.
- Csökkent az egyedülállók száma, megjelentek a gyerekekkel élő szerhasználók: ez jelentősen fokozza a gyermekek veszélyeztetettségét.
- A kockázati magatartások tekintetében nehéz összehasonlítást végezni, egyes adatok szerint a 2000. évek folyamán 2-3x-ára nőtt a tű- és az injekciós szereléklet megosztók száma. Más adatok ilyen nagyfokú különbségre nem utalnak, viszont kiemelik a tűmegosztás helyett az injekciós szerelék és egyéb eszközök megosztását (kanál, szűrő). A tűcsereprogram kliensei között (2009-es adatok) ezek a számok kisebbek, ami a program működésére utal (azért nem eredményességről írunk, mert a mintaválasztás ilyen általánosítást nem enged meg). A használt tűk eldobálása elterjedt; annak ellenére, hogy a tűcsereprogramot rendszeresen vagy viszonylag rendszeresen látogató klienseknél a visszahozott tűk száma emelkedik.
- A 2009-es adatok a tűcsereprogram fokozódó igénybevételét jelzik (80%-ot meghaladó mértékben: az adat önmagában félrevezető, hiszen a mintába kerülés a tűcsereprogramban résztvevő kliensek közül vagy az ő közvetítésükkel történt.).
- A hepatitisz C fertőzöttek száma a nyílt drogszcénában a budapesti adatoknak is a duplája (70%). Hepatitisz kezelésbe gyakorlatilag senkit sem sikerült továbbbírányítanunk, ugyanakkor a kezelés mintegy előszobáját jelentő szűrésbe és tanácsadásba viszont már növekvő számban vontunk be klienseket.
- A HIV fertőzés továbbra sincs jelen az injekciós szerhasználók között.
- Kialakult Budapest egyik kerületének egy részében a *nyílt drogszintér*, annak minden vonásával együtt: nyílt színi droghasználat, drog adásvétel, eldobált fecskendők, a közrend megzavarása, 'shooting gallery'-k működése, néha „tulajdonossal” („fizetős” vagy „kóstolás” helyek), aki a „biztonságos szűrési

körülmények” (lakás) mellett feltehetően drogot és fecskendőt is biztosít a látogatók számára. Sok „belövőszobát” dílerek működtetnek.

- A nyílt drogszcéna jelensége nem kezelhető sem a rendőrség, sem a közegészségügy hagyományos eszközeivel – már magának a nyílt drogszcéna kialakulása is erre utal.
- Az említett kerületi, jelenleg folyó városrehabilitációs projektek növelni fogják a jelenségben érintettek számát (a rehabilitált övezetekből ideköltöznek a lakók és a szerhasználók is); ugyanakkor földrajzilag még inkább „besűríti” a jelenséget.

A FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYISÉGEKKEL KAPCSOLATOS TUDOMÁNYOS TAPASZTALATOK

SZAKIRODALMI ÖSSZEGRZÉS

Az alábbiakban részben a nemzetközi gyakorlatra és szakirodalomra, részben jelen kutatás eredményeire támaszkodva javaslatot teszünk egy, a fővárosi egyik kerületében esetlegesen próbaként létesítendő és működő egészségügyileg felügyelt használói helyiség monitorozására, a működés hatékonyságának mérésére, elemzésére. Ennek részeként először röviden ismertetjük a használói helyiség működése által elérni kívánt főbb, rövid-, közép- és hosszú távú célokat, valamint a működéstől várható közegészségügyi, szociális és más jellegű előnyöket. Ezt követően – elsősorban a nemzetközi gyakorlatra és tapasztalatra támaszkodva – röviden ismertetjük azokat a módszereket és indikátorokat, amelyek a használói helyiség hatáselemzésében leginkább használatosak, majd módszertani javaslatot teszünk ezen indikátorok hazai kontextusban történő alkalmazására. Ajánlásaink alapjául többek között egy, az EMCDDA által 2004-ben publikált tanulmány szolgál (Hedrich, 2004), amely a világon található használói helyiségek egy extenzív áttekintése. Magyarul a témában korábban Rác (2002), később Takács és Demetrovics (2009) jelentetett meg egy összefoglalót, utóbbi a felügyelt használói helyiségekkel részletesen foglalkozik.

CÉLOK ÉS VÁRHATÓ ELŐNYÖK

A nemzetközi szakirodalom (Hedrich, 2004) alapvetően hat főbb célt fogalmaz meg a használói helyiségek működtetésével kapcsolatban. Minden egyes célhoz várható előnyök is kapcsolódnak, amelyekhez korábban végzett hatáselemzések eredményeit is csatoljuk.

1. Első cél: a célcsoport lehető leghatékonyabb elérése

Mint ismert, a használói helyiségek célcsoportja a marginalizált helyzetű, magas kockázati magatartásformát tanúsító, az alacsony küszöbű szolgáltatások által is nehezen elérhető, a kezelési rendszer fókuszától távol eső szerhasználók, akik sok esetben utcai injektálók, hajléktalanok vagy bizonytalan lakhatási helyzetűek. Mivel a célcsoport mind szociális, mind közegészségügyi szempontból önmagára

és a helyi lakosságra kockázatot jelenthet, és tekintve azt is, hogy egy nehezen elérhető populációról van szó, a számukra létrehozandó szolgáltatás várható előnyeit a következőképpen fogalmazhatjuk meg:

1.1. A használói helyiség megfelelő működtetése következtében a nehezen elérhető injektlók fokozatosan állandó klienssé válnak, és a helyben nyújtott szolgáltatások a kliensek számára elfogadhatóvá válnak

1.2. A megfelelő időben és helyen kialakított szolgáltatások, valamint a hatékony kapacitás kezelés segítségével a célcsoport hatékonyan érhető el

A különböző vizsgálatok azt mutatják, hogy a használói helyiségek klientúrája mind lakhatási státuszát, mind anyagi és egészségügyi helyzetét tekintve egy erősen marginalizált, intenzív szerhasználói csoport (Minder Nejedly és Bürki, 1999; Reyes Fuentes, 2003; Anoro és mtsai, 2003; Poschadel és mtsai, 2003; Agencia Antidroga, 2000). Például a 2003-ban Vancouverben nyílt Insite használói helyiség használói között nagy arányban szerepeltek bizonytalan lakhatású vagy hajléktalan kliensek is, akik tipikusan nehezen elérhető célszemélyek, de a klientúrájában számos olyan használó volt, akik leginkább ki voltak téve a HIV fertőzés, valamint a túladagolás veszélyének (Wood és mtsai, 2005a; Evan és mtsai, 2006).

Fontos szempont, hogy a kliensek vagy a potenciális kliensek megbarátkozzanak a szolgáltatással, nyugodtan és biztonságban használhassák azokat. Kimber és Dolan (2007) a Sydney-ben működő használói helyiséggel kapcsolatban arról számoltak be, hogy a helyiségben a megkérdezettek biztonságban érezték magukat, ami nagyban hozzájárult ahhoz, hogy állandó klienssé váljanak. Egy másik tanulmány arról számol be, hogy a használói helyiség klienseinek nagy része elfogadta a szolgáltatásokat és a kapcsolódó házirendet is (Fry, 2002).

Az alacsony küszöbű szolgáltatásokhoz hasonlóan fontos szempont, hogy maga a szolgáltatás hol és milyen nyitva tartással üzemel, hiszen ezek a tényezők nagyban hozzájárulnak ahhoz, hogy a használói helyiséget a kliensek nagyobb kapacitással használják. Poschadel és mtsai (2003) arról számoltak be, hogy a használói szoba igénybevétele mellett egyik legjellemzőbb indok a nyílt droghasználati színtérhez való közelség volt. Hasonló következtetésre jutott korábban már Kemmesies (1995) is.

2. Második (rövid távú) közegészségügyi cél: biztonságos injektlói környezet biztosítása, amely lehetővé teszi az injektlásból fakadó kockázatok csökkentését.

Mivel az injektlás sok esetben bizonytalan utcai környezetben zajlik, ez számos kockázatot hordoz magában. Ennek fényében a használói szoba rövid távú céljához kapcsolódó előnyök a következők:

2.1. Az injektlás higiénikus és biztonságos körülmények között zajlik

2.2. Vészhelyzetben (túladoágolás, rossszullét) azonnali, szakszerű segítség áll rendelkezésre

Noha számos használói helyiségben meghatározzák az ott eltölthető idő mennyiségét, injektlásra 30 perc mindíg jut átlagosan, ami biztosítja a nyugodt, biztonságos injektlást (Hedrich, 2004). A sydney-i Kings Cross-sal kapcsolatos kutatás arról számolt be, hogy számos injektló, akik még nem voltak kliensek, pontosan azért akarták igénybe venni a használói helyiséget, mert ott szakszerű és gyors ellátás állt rendelkezésre (Kimber és Dolan, 2007). Vancouver-ben 2004 és 2005 között, amikor átlagban 1,3 túladoágolás jutott 1000 injektlásra, az esetek 60%-át maga a szakszemélyzet kezelte sikerrel a helyszínen. A jelentések arról is beszámolnak, hogy az egy év alatt történt 696 túladoágolás egyike sem végződött halálosan (évi 7648 kliensből), jóllehet 40%-a kórházi kezeléssel végződött (Wood és mtsai, 2006). A használói helyiségen belüli túladoágolással kapcsolatos adatok különbözőek: míg egyes vizsgálatok alacsony rátákról számolnak be (0.5 / 1000 injektlás), addig mások magasabb adatokról (1,3 / 1000 injektlás) (Sozialamt der Stadt Zürich, 1995). Sydney-ben ez az arány 7 / 1000 injektlás volt (MSIC Evaluation Committee, 2003). Mégis, a használói szobán kívüli túladoágolás veszélyesebb és annak kezelése problémásabb, nehezebb is egyben (Happel, 1997).

Más tanulmányok azt is hangsúlyozzák, hogy a szakszerű, azonnali beavatkozás mellett a higiénikus körülmények, valamint az állandó egészségügyi felügyelet mind nagyban hozzájárulnak ahhoz, hogy a kliensek szívesen veszik igénybe a használói helyiséget (Minder Nejedly – Bürki, 1999; Zurhold és mtsai, 2001; Benninghoff és Dubois-Arber, 2002; Poschadel és mtsai, 2003; Reyes Fuentes, 2003). A nyugodt körülményekhez – a használók egybehangozó véleménye szerint – hozzájárul a rendőrség távolmaradása is (Poschadel és mtsai, 2003). Ehhez adalék, hogy a hatáselemzések szerint a használói szoba igénybevétele csökkenti a szerhasználat mértékét is (van der Poel és mtsai, 2003; Meijer és mtsai, 2001; (MSIC Evaluation Committee, 2003)

3. Középtávú közegészségügyi cél: a morbiditás és mortalitás csökkentése

A használói szobák által nyújtott egészség promóciós, illetve a biztonságos használatra vonatkozó edukációs tevékenységük révén az alábbi várható előnyökkel számolhatunk:

3.1. Tartósan növekedik a kliensek fertőzésekkel és a különböző kockázatokkal kapcsolatos tudása, ismerete

3.2. Csökken a kliensek veszélyeztetettsége a vér útján történő fertőzésekre vonatkozóan (HIV, HBV, HCV)

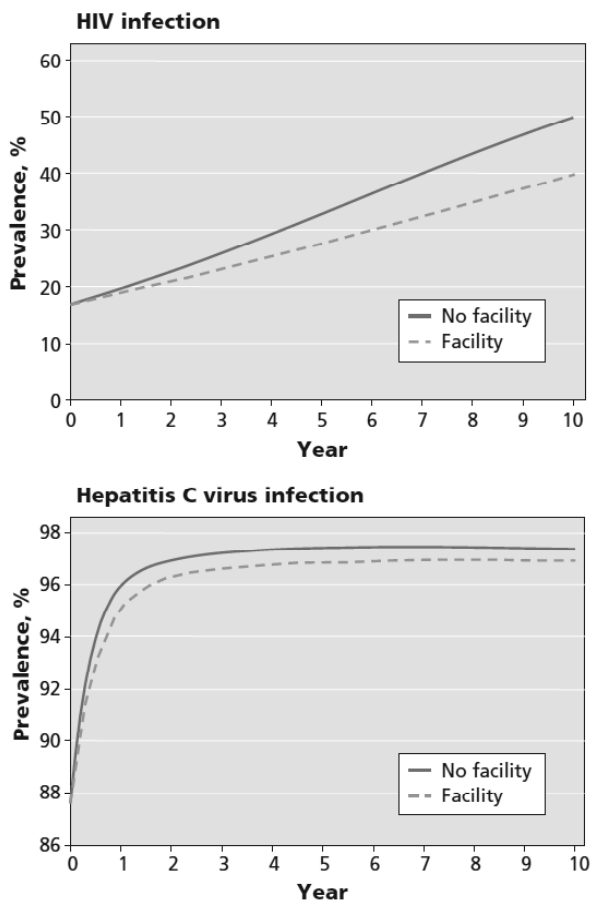
3.3. A kliensek a használói szobán kívül is biztonságosan injektálnak

3.4. Csökken a túladagolások száma

Számos vizsgálat és adat áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a kliensek szerhasználata, kockázati magatartásformái hogyan változtak a szolgáltatásba kerüléssel. Hollandiában végzett hatáselemzések azt mutatják, hogy a használók biztonságos injektálással kapcsolatos tudása nőtt, míg kockázati magatartásformáik csökkentek a használói helyiség igénybevételét követően pár hónapon belül (Linsen és mtsai, 2001; Meijer és mtsai, 2001; (Jacob és mtsai, 1999). Egyes tanulmányok arra mutatnak rá, hogy minél hosszabb ideje használja valaki a használói szobát, annál biztonságosabban injektál (Zurhold és mtsai, 2001; van der Poel és mtsai, 2003). A kanadai Insite klienseinek közel egyharmada kapott biztonságos injektálással kapcsolatos információt a helyszínen dolgozó nővérektől. Ezek a használók a továbbiakban már nem kértek helyszíni segítséget az injektáláshoz (Small és mtsai, 2006; Wood és mtsai, 2005c; Kerr és mtsai, 2006c).

A vér útján történő fertőzések alakulására vonatkozóan kevés, illetve kevésbé megbízható adat áll rendelkezésre. Ennek elsődleges oka, hogy a fertőzési ráta mérése, a normál populációval történő összehasonlítása sok esetben módszertani problémát jelent. Mindenesetre a vancouveri vizsgálat se nem támasztotta alá, se nem cáfolta azt, hogy a helyiség környéki fertőzöttségi rátája csökkent volna a használói szobának köszönhetően (MSIC Evaluation Committee, 2003). Ugyanakkor a kanadai tapasztalat azt mutatja, hogy az Insite működésének tulajdonítható a környéken tapasztalt túmegosztások számának csökkenése: azok körében, akik igénybe vették a használói szobát, 70%-kal csökkent a túmegosztás (Kerr és mtsai, 2005).

40. ábra. A vancouveri felügyelt injekciós helyiség klienseinek matematikailag modellezett HIV és hepatitisz C fertőzöttségi adatai: a helyiség működése idején és a feltételezett hiánya esetén (Bayoumi és Zaric, 2008)



A kutatók (Bayoumi és Zaric, 2008) feltételezése abból indult ki, hogy a felügyelt injekciós helyiségben csökken a túmegosztás, ennek következtében a HIV és hepatitisz fertőzés. Matematikai modelljük szerint 10 év alatt ez 14 m USD és 920 életév megtakarítást okoz.

Des Jarlais, Arasteh és Hagan (2008) konzervatívabb becslései szerint a helyiség nélkül a HIV fertőzöttek száma 4-5/100 fő lenne. Ha a helyiség évi 2-3/100 fővel csökkenti a fertőzöttek számát, 20-30 új HIV fertőzött eset lenne elkerülhető évente Vancouverben. Ez 10 év alatt 250-350 fertőzés elkerülését jelenti, ami alatta marad az előző szerzők 10 év alatti 1191-es értékének.

A kanadai adatok azt is mutatják, hogy az Insite működése nagyban közrejátszott abban, hogy megelőzze a halálos túladagolásokat, illetve a kórházi kezelésre szorulókat számát (Kerr és mtsai, 2006b). A németországi tapasztalatok (Poschadel és mtsai, 2003) is azt mutatják, hogy a használói szobák jelenlétének nagy szerepe van a használattal kapcsolatos halálesetek csökkentésében – elsősorban abból kifolyólag, hogy az edukációs tevékenység következtében a használók a szobán kívül is biztonságosabban injektálnak (Poschadel és mtsai, 2003).

4. Hosszú távú közegészségügyi cél: a kliensek egészségi állapotának stabilizálása és tovább javítása

A fent megfogalmazott hosszú táv eléréséhez az alábbi várható előnyök kapcsolhatók.

4.1 A használói szobák növelik az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz, valamint a helyben végezhető tanácsadáshoz való hozzáférést

4.2 Növelik a magas küszöbű ellátásba történő bejutás esélyeit, illetve a magas küszöbű szolgáltatásokba történő utalás révén javítják a kliensek egészségügyi és szociális helyzetét

Az európai és az Európán kívüli tapasztalatok azt mutatják, hogy a használói helyiségben elérhető szolgáltatások választéka meglehetősen hasonló, amely nem csak egészségügyi, hanem szociális és pszichoszociális ellátást is magában foglal. Jellemző még a más, magasabb küszöbű szolgáltatásokkal való együttműködés, integráció is (Kimber és mtsai, 2001; Lindenmayer, 2003; Poschadel és mtsai, 2003; Wolf és mtsai, 2003). A vizsgálatok arra utalnak, hogy a kliensek nagy arányban veszik igénybe ezeket a helyben nyújtott szolgáltatásokat (MSIC Evaluation Committee, 2003), illetve arra is, hogy kevés olyan használó van, aki csak injektálásra használná a helyiséget. Mindez nagy szerepet játszik a kliensek állapotának javításában, stabilizálásában. Példaképpen említhetjük a rotterdami használói helyiségben nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek a kliensek elmondása szerint nagyban hozzájárultak egészségi állapotuk javulásához (Linsen és mtsai, 2001). Az a tény, miszerint a használók igénybe veszik ezeket a helyben nyújtott ellátási formákat, önmagában azt jelenti, hogy javul az egészségügyi és szociális ellátásokhoz való hozzájutásuk (Poschadel és mtsai, 2003).

A kliensek egészségi állapotának másik fontos indikátora a más szolgáltatásokba, magasabb küszöbű kezelésekre történő utalása. Csak Sydney-ben 577 kliens esetében 1385 továbbutalást regisztráltak a kísérleti szakasz másfél éve alatt (MSIC Evaluation Committee, 2003). A vancouveri használói helyiségben (Insite) fokozatosan növekedik a detoxifikációs programokba, szociális ellátásba, valamint a terápiás kezelésbe küldötték száma (New England Journal of Medicine).

Az Insite adataiból az is kiolvasható, hogy a továbbutaltak a használói helyiségben megfordultak 83%-át tették ki. Meglehető adat, hogy még az absztinencia-orientált elvonókezelésbe is rendszeresen küldenek klienseket. A genfi használói szobából a szociális ellátásba küldöttek aránya pedig kifejezetten magas: az utalások harmada ment ilyen jellegű szolgáltatásba (Benninghoff és mtsai, 2003).

5. A közrenddel kapcsolatos célkitűzések: a nyílt színi droghasználat csökkentése, valamint az abhoz kapcsolódó köznyugalom erősítése

Az utcai intravénás használat egyik velejárója a nyílt színen (játsszóterek, kapualjak) történő injektlás, illetve az ebből fakadó, ehhez kötődő köznyugalom megsértése. E helyütt elég utalnunk saját tanulmányunkra, amelyben a megkérdezettek által egyik leginkább érzékelt probléma a nyílt színi szerhasználat, ebből fakadóan a gyermekek veszélyeztetettsége vagy éppen az utcai zaklatások, a hulladék formájában megjelenő elhasznált, eldobált eszközök voltak, mely jelentőségét számos tanulmány is kiemeli. Ezt megelőzendő, a használói szoba nagyban járul hozzá az alábbiakhoz:

5.1. Csökken a nyílt színi szerhasználat, elsősorban az injektlás

5.2. Csökken a használói helyiség környékén a szerhasználatból fakadó köztéri botrányokozás mértéke (kéregetések, zaklatások, eldobált tűk), javul a köznyugalom

A rendelkezésre álló szakirodalomban számos példát találunk a használói helyiség nyílt színi drogfogyasztásra gyakorolt hatására. A kanadai Insite működése alatt nagyban csökkent a nyílt színi injektlás, illetve az injektlásból eredő utcai hulladék mennyisége (lásd: Canadian Medical Association Journal). Mindezek következtében a rendőrségi jelentések is pozitív minőségi változásokról számoltak be. Genfben is csökkenésről számoltak be az utcán injektlók arányában (Benninghoff és Dubois-Arber, 2002; Benninghoff és mtsai, 2003) Rotterdamban – a használók bevallása alapján – ez a csökkenés 80%-os volt (van der Poel és mtsai, 2003). A Kings Cross-i vizsgálat adatai pedig azt mutatják, hogy a használói szoba nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a helyi lakosság csökkenést tapasztalt nem csak a nyílt színi droghasználatban, hanem az eldobált tűk mennyiségében is (National Centre for HIV, 2006). Poschadel és mtsai (2003) közlése szerint a németországi kliensek jelentős része azért is fogadta pozitívan a használói szoba megjelenését, mert ott nem az emberek szeme előtt kell injektlálniuk, és maguk is tudták, hogy a nyílt színi használat mennyire elfogadhatatlan a többségi társadalom szemében.

Jóllehet Sydney-ben csökkent az utcákon, köztereken eldobált fecskendők száma a szolgáltatás próbaideje alatt, nehezíti az eredmények interpretálhatóságát, hogy időközben a városban nehezebb volt heroinhoz jutni (MSIC Evaluation Committee,

2003). A bieli tapasztalatok sem voltak egyértelműek, hiszen jóllehet markánsan nőtt a visszaszolgáltatót használt fecskendők aránya, a szétdobáltaké valamelyest növekedett – miközben a kísérleti projekt ideje alatt jelentősen nőtt a forgalomban lévő kokain, ami intenzívebb injekciót, ebből fakadóan növekedést eredményezett az elhagyott tűket illetően (Burrows, 2000).

Különböző módszerekkel vizsgálták Hollandiában azt, hogy a használói szoba bevezetése miképpen csökkentette a köztéri botrányokat, illetve hogyan változott a helyi lakosság megítélése (Biesma és Bielemann, 1998a; Linssen és mtsai 2001). Az utánkövetéses vizsgálat eredmények azt mutatják, hogy a lakosok egyrészt úgy ítélték meg, hogy csökkent a köztéri zaklatások, botrányok mértéke, másrészt növekedett a szerhasználók és a szerhasználói szoba elfogadottsága. Hasonlót mutatnak az ausztráliai tapasztalatok is (MSIC Evaluation Committee, 2003).

Végezetül fontos megemlítenünk, hogy a botrányokozás megítélés mennyire függhet a létesítmény és a rendőrség közötti együttműködés minőségétől: kevésbé percipiáltak problémát olyan városokban (Frankfurt), ahol egységes volt a politikai konszenzus a használói helyiségek működésére vonatkozóan, mint ahol nem (Hannover, Hamburg) (Poschadel és mtsai, 2003).

6. A közbiztonsággal kapcsolatos célkitűzés: a bűncselekmények növekedésének megelőzése a használói helyiségben és annak környékén

Végezetül gyakran azonosítják a használói helyiségeket potenciális illegális színtérként: ez elsősorban abban manifesztálódik, hogy a szolgáltatás a város más részéből a környékre vonz más szerhasználókat, további dílereket is, ami növeli a környékbeli – és esetlegesen a használói szobán belüli – bűncselekmények számát. Ebből fakadóan a használói helyiségek létrehozása és a helyi hatóságokkal megfelelő módon történő együttműködése az alábbi előnyöket generálhatja:

6.1. A rendőrséggel kötött együttműködési megállapodásnak köszönhetően megakadályozza, csökkenti a beszerzési bűnözés mértékét a környéken

6.2. Az állandó szolgáltatói jelenlét biztosítja, hogy a használói szobán belül ne fordulhasson elő semmilyen bűncselekmény

A kanadai tapasztalatok azt mutatják, hogy a vancouveri Insite megnyitását követően nem emelkedett a szerhasználattal kapcsolatos bűncselekmények száma. A különböző kriminalisztikai adatok a megnyitást követően is hasonlóak voltak a nyitás előttiekhez, mi több, a gépkocsi rongálások, illetve gépkocsik kifosztások száma jelentősen csökkent (lásd: Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy). Meijer és mtsai (2001), Spreyermann és Willen (2002), valamint Benninghoff és mtsai (2003) szerint sem Groningenben, sem Bielben, sem pedig Genfben nem növekedett a környékbeli beszerzési bűncselekmények száma a helyiség megnyitá-

sát követően. Ugyanezt jelentették a Sydney-ben végzett hatáselemzések is (MSIC Evaluation Committee, 2003).

Számos hatáselemzés vizsgálja, hogy milyen mértékben változott a dílerkedés a környéken és magában a használói szobán belül. Jóllehet a helyiség környékén kismértékű díleri tevékenységről számolt be több vizsgálat is (Geense, 1997; Dubois-Arber és mtsai, 1999; Kimber és mtsai, 2001; Zurhold és mtsai, 2001; Reyes Fuentes, 2003), ezt nem tekintik *per se* a használói szobák következményének. A helyiségen belüli díleri tevékenységről nem áll rendelkezésre adat.

A használói helyiség legfontosabb céljait áttekintve végezetül fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy nem minden egészségügyileg felügyelt helyiség fogalmazza meg a fent említett célkitűzéseket, illetve számos esetben eltérő hangsúlyt fektet ezekre. Mindez természetesen nagyban függ a szolgáltatás finansciális lehetőségeitől, a lakossági megítéléstől, a helyi politika, szakma szándékától, együttműködési hajlandóságától is.

A használói helyiségek hatékonyságának mérésében használt módszerek, eljárások és indikátorok – rövid történeti áttekintés

A használói helyiségek eredményességének mérésével kapcsolatos szakirodalom meglehetősen bőszeges – ez elsősorban köszönhető annak, hogy a hatékonyság méréssel kapcsolatos elméletek és gyakorlatok helyenként meglehetősen eltérnek egymástól.

Ugyanakkor a hatékonyság mérési módszerek csak kicsivel több, mint egy évtizedes múltra tekintenek vissza – az első használói helyiségek megjelenése sem datálódik sokkal korábbra.

Az alábbiakban először a különböző módszerekre térünk ki röviden, majd megemlítjük a hatékonyság méréssel kapcsolatos nehézségeket, korlátokat.

Az első hatáselemzések az 1990-es évek elejére, közepére datálódnak (Hämmig, 1991, 1992a,b, 1995; Sozialamt der Stadt Zürich, 1993, 1995; Ronco és Spuhler, 1994), amelyek sokáig referenciaként szolgáltak más hatáselemzések számára. Ezek a hatáselemzések – korlátozott módszereket használva – a Svájcban létrehozott helyiségek működését vizsgálták. A 2000-es évek körül megjelent hatáselemzések (Weber és Schneider, 1998; de Jong és Weber, 1999; Dolan és mtsai, 2000) jelentős része belső tanulmány volt, amely a finanszírozó számára készült. Ezek a jelentések noha hangsúlyozták a használói szoba közegészségügyi előnyeit, a hatáselemzési eljárások további fejlesztését hangsúlyozták.

Az első után követéses vizsgálatokat Hollandiában végezte a Trimbos Intézet (Warner, 1997; Biesma és Bielemann, 1998a,b,c; Biesma és Bielemann, 1999), amelyek a kliensek egészségügyi állapotának változására, valamint a továbbutalásokra és a közrend változására helyezte a hangsúlyt.

A németországi használói helyiségek monitoringjával kapcsolatban számos tanulmány áll rendelkezésre. A tanulmányok egy része elsősorban a szolgáltatások

hasznátságával, valamint a szolgáltatásban megjelenő kliensek profiljának leírásával igyekszik a szolgáltatás hatékonyságát elemezni (IDH 2000, 2001; AIDS Hilfe, 2002; MFJFG NRW, 2002; INDRO, 2003). Más mérések elsősorban a kliensekkel készült kvalitatív felméréseken, illetve mélyinterjúkon keresztül igyekszik a működés hatékonyságára következtetni (Happel, 1997,2000; Happel és Steinmetz, 2001). Hamburgban és Frankfurtban a kapacitás, a nyitvatartási idő, és a szolgáltatások összehangoltságának tanulmányozásán keresztül közelítették meg a kérdést (Gessenharter és mtsai, 1999; Baumgärtner, 2000; BAGS, 2001; Drogenreferat der Stadt Frankfurt, 2002; Prinzeve és Martens, 2003).

A Svájcban működő használói szobák hatáselemzését sok esetben komplex elemzések segítségével oldották meg. A kvalitatív módszerek (mélyinterjúk, megfigyelések, fókuszcsoportok) alkalmazása mellett kvantitatív módszereket is alkalmaztak, ami magában foglalta a kliensek és a személyzet körében végzett kérdőíves kutatásokat vagy éppen már meglévő adatok másodelemzését (rendőrségi adatok, publikus helyeken elszórt fecskendők) (Benninghoff és Dubois-Arber, 2002; Spreyermann és Willen, 2002; Benninghoff és mtsai, 2003; Groupe Sida Genève, 2003; Reyes Fuentes, 2003; Spreyermann és Willen, 2003, Willen, 2002). Ezen tanulmányok érdekessége és jelentősége is egyben, hogy olyan mérőeszközöket használtak, amelyeket már korábban is alkalmaztak kockázati magatartásformák vizsgálatokkor más helyi vizsgálatokban, lehetővé téve ezzel idősoros elemzéseket is.

Kevesebb hatékonysági adat áll rendelkezésre a spanyolországi helyiségekkel kapcsolatban, elsősorban azért, mert a szolgáltatások csak 5-6 évvel ezelőtt jelentek meg az országban (Agencia Antidroga, 2000; Díaz-Gutiérrez, 2001; Ministerio del Interior, 2002).

Az Európán kívüli országokban létesített használói helyiségek hatáselemzésére vonatkozóan mindenféleképpen említést érdemel a 2001 és 2002 között Sydney-ben végzett tanulmány, amely egyaránt alkalmazott folyamat és eredmény értékelést, valamint költséghatékonysági elemzést is egyben (MSIC Evaluation Committee, 2001), melynek eredményeit részletesen a későbbiekben publikálták (MSIC Evaluation Committee, 2003).

A 2003-ban Vancouverben létesített használói szoba létesítésének és 3 éves állami finanszírozásának egyik feltétele volt, hogy a működés alatt, illetve a működési engedély lejáratát követő 3 évben a szolgáltatás alapos monitoringon megy keresztül. A hatáselemzés részeként – többek között – összehasonlították a szolgáltatásban részesülő és nem részesülő intravénás használók kliensprofilját, részletesen vizsgálták a használói szoba igénybevételét valószínűsítő tényezőket. Az elemzés szintén kitért a közrend javulásának mérésére, a szolgáltatás közben nyújtott edukációs programok hatáselemzésére, az injektlói magatartás és szokások változásának vizsgálatára, valamint a más szolgáltatásba történő utalások tanulmányozására (Wood és mtsai, 2006).

A használói helyiségek hatékonyságának mérésében használt indikátorok és mérési eljárások

Az alábbiakban, a nemzetközi gyakorlatot és tapasztalatainkat figyelembe véve röviden bemutatjuk azokat a főbb indikátorokat, amelyek a használói helyiségek működésének hatáselemzésben használatosak (Hedrich, 2004; Kaldor és mtsai, 2001; Wood és mtsai, 2004).

A hatáselemzések egyik fontos kritériuma, hogy a sikeres elemzéshez a beavatkozást végző intézmény releváns, jól megfogalmazott, mérhető és teljesíthető célokat fogalmazzon meg, amelyekhez jól mérhető indikátorok társíthatók. Az indikátorok áttekintéséhez újra számba vesszük a használói szoba létesítésével és működtetésével kapcsolatban megfogalmazott célokat.

Cél

1. A célcsoport lehető leghatékonyabb elérése (a legtöbb potenciális célszemély elérése)

Indikátor

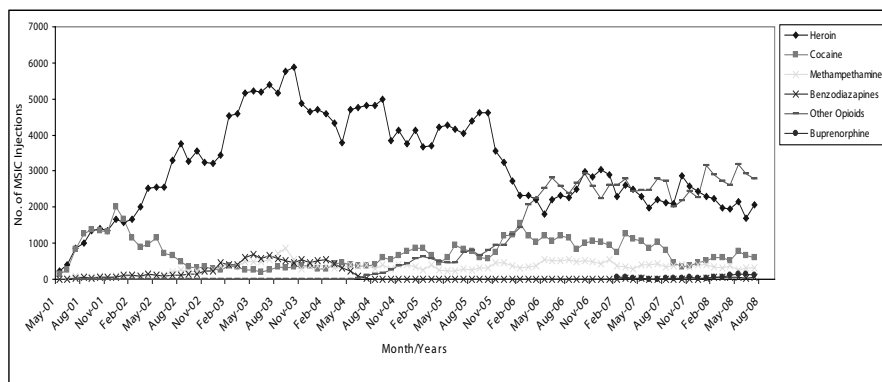
1.1. A szolgáltatást használók kliensprofiljának vizsgálata

A használók kliensprofiljának elemzésén keresztül meg lehet vizsgálni, hogy a használói szoba – a kiegészítő szolgáltatásokkal együtt – eléri-e célcsoportját. Itt elsősorban azt kell vizsgálni, hogy a szolgáltatás által elérni kívánt célszemélyek valóban marginalizált helyzetűek-e. Erre vonatkozóan az elemzésekben legjellemzőbben a lakhatási státuszt, az egészségügyi státuszt, az anyagi, valamint a foglalkoztatási státuszt vizsgálják (Minder Nejedly és Bürki, 1999; Reyes Fuentes, 2003; Anoro és mtsai, 2003b; Poschadel és mtsai, 2003; Agencia Antidroga, 2000). Ugyanakkor a kliensprofil – a szolgáltatás megtervezésében nyújtott segítsége mellett – a későbbiek folyamán alapadatként szolgálhat az utánkövetéses vizsgálatokhoz.

1.2. A használói szoba igénybevételének mennyisége és mintázata

A célcsoport elérése mellett fontos szempont, hogy az elért célszemélyeket a szolgáltatás meg is tudja tartani, és amennyiben lehetséges, rendszeres klientúrát építsen ki annak révén, hogy a szolgáltatásokat elfogadhatóvá teszi. Ennek vizsgálatát folyamat elemzésekkel lehet elérni, ahol leginkább a szolgáltatásokkal való elégedettséget, visszajelzéseket, a házirenddel és a különböző policykkel kapcsolatos attitűdöket vizsgálják (Kimber és Dolan, 2007; Fry, 2002). Napi kliensforgalmi adatok segítségével követik nyomon a használói szoba kihasználtságát, ahol a legfontosabb alapindikátorok a felügyelt injektálások száma, a különböző használók száma, a napi kontaktok száma, illetve a használói szobához köthető más szolgáltatások igénybe vételének mennyisége (MSIC Evaluation Committee, 2003; Kimber és mtsai, 2003; (Ministerio del Interior, 2002; Poschadel és mtsai, 2003).

41. ábra. A sydney-i felügyelt injekciós helyiségben történt injekciózások megoszlása 2001. május és 2008. július között⁸



1.3. A használói szoba elhelyezkedése, nyitva tartása

Az alacsony küszöbű szolgáltatásokhoz hasonlóan fontos szempont, hogy maga a szolgáltatás hol és milyen nyitva tartással üzemel, hiszen ezek a tényezők nagyban hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a kliensek a használói helyiséget nagyobb kapacitással használják. Poschadel és mtsai (2003) arról számoltak be, hogy a használói szoba igénybevételének legfőbb indoka a nyílt droghasználati színtérhez való közelség volt. Hasonló következtetésre jutott korábban már Kemmesies (1995) is. Mindkét esetben kérdőíves vizsgálat volt a hatáselemzésben használt módszer. Hatáselemzés szempontjából a nyitva tartással kapcsolatos adatvezetés elsődleges fontossága, hogy meg lehessen vizsgálni, hogy a meghosszabbított nyitva tartás növeli-e a kliensforgalmat, változtatja-e a használói kliensprofil, amint erre több példa is rámutatott (Baumgärtner, 2000; (Ministerio del Interior, 2002).

1.4. A célcsoport városi szintű lefedettsége

A Svájcban végzett hatáselemzések rámutattak arra, hogy a három használói szoba létrehozása következtében – a kapacitás hiány miatt – nem csökkent szignifikánsan a szerhasználathoz kötődő zavargások, botrányok száma. Később, a használói szobák számának növekedésével sikerült csökkenést elérni a nyílt színi droghasználat mértékében (Spreyermann és Willen, 2003). Hasonló módon, Frankfurtban is akkor volt mérhető változás (csökkenés) az utcai használat mértékében, amikor növelték a szobák kapacitását (Kemmesies, 1995). Mindezen példák jól illusztrálják, hogy a célcsoport lefedettségének mértéke fontos indikátor annak mérésére, hogy a használói szoba eléri-e a lehető legszélesebb potenciális célcsoportot. Természetesen

⁸ (van Beek, 2009: http://www.sydneymsic.com/Bginfo.htm/powerpoint_presentation_dr_ingrid_van_beek_-_the_first_six_years; hozzáférés 2009. 10. 29.

ehhez elengedhetetlen a nyílt színi droghasználat mértékének permanens monitorozása lakossági, szakértői vélemények vizsgálatán keresztül.

Cél

2. Rövid távú közegészségügyi cél: biztonságos injekciós környezet biztosítása, amely lehetővé teszi az injekcióból fakadó kockázatok csökkentését.

Indikátor

2.1. Higiéniára és a biztonságra vonatkozó házirend

A használói szoba igénybevételének kritériumait és előírásait tartalmazza a szolgáltató által megfogalmazott házirend, illetve policy, amely a biztonságos és higiénikus szerhasználatot hivatott biztosítani, és amely fontos indikátort jelent a rövid távú közegészségügyi célok mérésében. A házirend, valamint a házirenddel kapcsolatos használói reakciók elemzésén keresztül juthatunk el annak értékeléséhez, hogy a házirend hatékonyan tölti-e a biztonságos használatra vonatkozó szerepét (Minder Nejedly és Bürki, 1999; Zurhold és mtsai, 2001; Benninghoff és Dubois-Arber, 2002; Poschadel és mtsai, 2003; Reyes Fuentes, 2003). Számos hatáselemzés mutatja, hogy a házirendek által szabályozott biztonságos és higiénikus környezet a legfőbb okai a használói szoba igénybevételének (Ronco és Spuhler, 1994; Kemmesies, 1995; Geense, 1997; Happel, 2000; Benninghoff és mtsai, 2003; Poschadel és mtsai, 2003; Reyes Fuentes, 2003).

2.2. Felügyelt használat, egyénre szabott edukáció

Az injekcióból eredő egészségügyi kockázatok csökkenését hivatott biztosítani a felügyelt használat: a használók szemmel tartása, megfigyelése lehetővé teszi a túladagolások megakadályozását. Másik alapvető indikátor a személyre szabott, kockázatos használat csökkentését célzó alapvető edukáció (Geense, 1997; Happel és Steinmetz, 2001; Dubois-Arber és mtsai, 1999; Zurhold és mtsai, 2001; van Beek, 2003; Spreyermann és Willen 2003; Benninghoff és mtsai, 2003). Több hatáselemzés alapján elmondható, hogy a használók visszajelzései alapján az egészségügyi / orvosi felügyelet az egyik indok, ami miatt szívesen használják az injekciós szobát, és ami miatt kevésbé érzik magukat veszélyeknek kitéve (Minder Nejedly és Bürki, 1999; Zurhold és mtsai, 2001; Benninghoff és Dubois-Arber, 2002; Poschadel és mtsai, 2003; Reyes Fuentes, 2003).

2.3. Vészhelyzetek és a vészhelyzetek kezelése

A használói szobákban leginkább előforduló vészhelyzeteket heroin esetében a túladagolások és az epilepsziás rohamok, kokain esetében a nyugtalanság és a pánikszerű viselkedésformák okozzák, amelyek jól használható indikátorok a biztonságos injekciós környezet vizsgálatára. Az egyik leggyakrabban használt mérőszám a sürgősségi ráta, amely az 1000 injekcióra jutó vészhelyzetjellegű beavatkozások számát jelenti. Számos kliens véleménye szerint a sürgősségi beavat-

kozások elérhetősége nagy szerepet játszik abban, hogy igénybe veszi a szolgáltatást (Minder Nejedly és Bürki, 1999; Zurhold és mtsai, 2001; Benninghoff és Dubois-Arber, 2002; Poschadel és mtsai, 2003; Reyes Fuentes, 2003). A sürgősségi ráta idősoros vizsgálata (milyen mértékben változott a ráta évről évre, hónapról hónapra) segítségével képet kaphatunk a használói helyiségben tapasztalt változásokról az injektálói biztonsággal kapcsolatban, kiváltképpen ha más használói helyiségek adataival összehasonlíthatók.

A sürgősségi beavatkozások helyszínen is elvégezhetőek. Számos használói helyiségben biztosított az egészségügyi személyzet jelenléte (orvos, nővér, de a helyiségben dolgozó szociális munkások is elsősegély tanfolyamon vesz részt), ami növeli a helyi beavatkozás esélyét. Ugyanakkor bizonyos beavatkozások csak orvos által végezhetőek el (naloxone beadása), akit ki kell hívni a sürgős esetekben, ha a helyszínen nem áll rendelkezésre orvosi szakember. A helyszíni sürgősségi beavatkozások, a mentő hívások és a kórházban végződő beavatkozások számának, arányának, valamint a morbiditási adatok vizsgálatán keresztül olyan ráták állhatnak rendelkezésre, amelyekkel jól mérhető a használói szoba sürgősségi ellátás-sikeressége, kapacitása. Az ilyen jellegű adatok idősoros vizsgálata pedig azt is lehetővé teszi, hogy képet kapjunk a kapacitás változásáról, valamint lehetővé teszi, hogy bizonyos szerhasználati trendek változására következtethessünk.

2.4. A szerhasználat mennyisége és mintázata

A használói szoba kockázatcsökkentő hatásának elemzésére jól használható indikátorhoz a kliensek mennyiségi és minőségi szerhasználatának vizsgálatán keresztül jutunk el. Mind kvalitatív Benninghoff és mtsai (2003), mind kvantitatív módszereket használó hatáselemzések (Meijer és mtsai, 2001) vizsgálták azt, hogy a használói szoba igénybevétele miképpen változtatta meg, csökkentette a kliensek szerhasználatának mennyiségét, mintázatát. Az után követéses vizsgálatok ismételten nagy szerepet játszanak mindezek vizsgálatában (MSIC Evaluation Committee, 2003).

Cél

3. Középtávú közegészségügyi cél: a morbiditás és mortalitás csökkentése a célcsoport körében

Indikátor

3.1. A kliensek kockázatokkal kapcsolatos tudásszintje

A fent említett középtávú cél megvalósulásának egyik alapindikátora a használói szoba klienseinek tudásszintjében tapasztalható, pozitív irányú változások, amelyek nagyban befolyásolhatják (csökkenthetik) kockázati magatartásformájukat. Ezzel az indikátorral szintén jól mérhető a használói helyiségben végzett edukációs tevékenység. Ilyen típusú hatáselemzéseket végeztek Hollandiában, ahol a kliensek tudás-

szintjét mérték a szolgáltatásba kerüléskor és azt követően 4-6 hónappal (Linszen és mtsai, 2001; Meijer és mtsai, 2001). Utóbbi vizsgálat esetében az volt érdekes, hogy jóllehet a kliensek tudása nőtt, heroinhasználatuk mértéke nem változott az első 4-6 hónapot követően. Az elemzések hiányossága, hogy nem alkalmaztak kontroll csoportot. Hasonló indikátorokat használtak Rácz és mtsai (2009) egy HCV-vel kapcsolatos edukációs program hatáselemzésekor, ahol az eredmény is hasonló volt Meijer és munkatársainak (2001) vizsgálatához. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a beavatkozások mérésekor több indikátor használata szükséges.

3.2. A kockázati magatartásformákban észlelt változások

Jelentős mennyiségű tanulmány áll rendelkezésre arra vonatkozólag, hogy a szolgáltatás igénybevétele hogyan befolyásolja a kockázatos injektlás, valamint a szerhasználathoz köthető életmódbeli megnyilvánulások (szexuális magatartás, együttes szerhasználás) mértékét és mintázatát. A szakirodalom ezt az indikátort – egyértelmű okok miatt – az egyik legfontosabbnak nevezi meg, hiszen a tudásbeli változás sok esetben nem feltétlenül indukál viselkedésbeli változást is. Linszen és mtsai (2001), valamint Meijer és mtsai (2001) utánkövetéses vizsgálatok segítségével igyekeztek nyomon követni a változásokat. Más tanulmányok kontrol csoportot alkalmaztak (Benninghoff és Dubois-Arber 2002; MSIC Evaluation Committee, 2003), amely során két olyan csoportot hasonlítottak össze, akik használták, illetve nem használták a felügyelt helyiséget. Voltak olyanok is, amelyekben a nyomon követést nem csak egy, hanem több használói szobán is elvégezték, így lehetőség nyílt a különböző helyen működő szolgáltatások hatékonyságának vizsgálatára (Ronco és mtsai, 1996a; Minder Nejedly és Bürki, 1999; Reyes Fuentes, 2003). Az itt felsorolt vizsgálatok önbevalláson alapultak, és a főbb indikátorok mentén (steril tű és eszközök használata, saját tű és eszközök használata, óvszer használata, több szer együttes használata, túladagolás) javulásról számoltak be a felügyelt helyiség klienseinek körében.

Fontos információkat nyújthat a hatáselemzéshez a felügyeleti helyiségben dolgozók megfigyelései is. Számos tanulmányban, a helyiségben dolgozók beszámolóí alapján jutottak ez elemzők olyan adatokhoz, miszerint a használók hamar adoptálódnak a higiénias körülményekhez, vagy hogy a testre szabott tanácsadás nagyban hozzájárul ahhoz, hogy a kliensek biztonságosabban injektljanak, ami csökkenti a fertőző megbetegedéseknek való kitétségüket (Benninghoff és Dubois-Arber, 2002; Benninghoff és mtsai, 2003; Poschadel és mtsai, 2003; MSIC Evaluation Committee, 2003).

3.3. Fertőző megbetegedések incidenciája és prevalenciája

Közegészségügyi szempontból rendkívül fontos annak vizsgálata, hogy a használói szoba mennyiben járul hozzá a különböző fertőző megbetegedések (HIV, HBV, HCV) helyi incidenciájának és prevalenciájának csökkentésében. Ezt elsősorban a használói helyiség szűkebb és tágabb földrajzi környezetében az újonnan, valamely

fertőző megbetegedéssel kezelése kerülő kliensek regisztrációjával végezték (MSIC Evaluation Committee, 2003). Ezen módszertani eljárás során a használói szoba környékén tapasztalt megbetegedési rátákat hasonlítják az országos trendekhez. Az indikátor legfőbb módszertani korlátja lehet, hogy amennyiben eleve alacsony a fertőző megbetegedések prevalenciája, úgy nehéz szignifikáns trendekre következtetni még akkor is, ha változás tapasztalható a prevalenciában.

3.4 Túlادagolások, halálesetek

A használói szobák működése nagyban elősegítheti a túlادagolások és az ebből fakadó halálesetek előfordulását. Mindez a különböző rendelkezésre álló szolgáltatások segítségével érhető el: túlادagolással kapcsolatos edukáció, olyan házszabály alkalmazása, amely tiltja a más szerekekkel együtt történő fogyasztást, vagy éppen a helyszínen elérhető sürgősségi beavatkozások (eszközök, humán erőforrás) megléte. Szintén fontos indikátor, hogy a helyiség mennyiben járul hozzá a környékbeli, túlادagolásból fakadó halálesetek esetleges csökkentéséhez. Utóbbi nyomon követéséhez elengedhetetlen kritérium, hogy pontos rendőrségi és kórházi statisztikák álljanak rendelkezésre a halálesetekről, ami során egyértelműen megállapítható legyen, hogy a halál szerhasználatból fakad. Az eljárás korlátja, illetve nehézsége, hogy a hatáselemzésnek figyelembe kell venni más olyan globális tényezőket is, amelyek szintén hozzájárulhattak az esetlegesen tapasztalt trendek kialakulásához. Ennek egyik eklatáns példája volt a németországi használói helyiségek evaluálása, amikor is a szobák hatékonyságának elemzésekor figyelembe kellett venni, hogy azok megjelenésével egy időben más szolgáltatások is jelen voltak illetve megjelentek (szubsztitúciós kezelése, alacsony küszöbű programok, utcai megkereső programok), amelyek szintén nagyban hozzájárulhattak a szerhasználatból fakadó halálesetek csökkenésében (Poschadel és mtsai, 2003). Ausztráliában további globális tényezők tették nehezzé ezen indikátor mérését, mint amilyen a heroin elérhetősége, hivatali szervek hozzáállása, törvénybeli változások, változó szezonális trendek (MSIC Evaluation Committee, 2003). Sydneyben nem találtak összefüggést a használói szoba megnyitása és a halálesetek előfordulása között, leginkább annak köszönhetően, hogy a nyitáskor a piacon heroinhiány volt tapasztalható.

A fenti eredmények – a módszertani kihívások és korlátok ellenére – azt sugallják, hogy a felügyelt helyiségek nem járulnak hozzá az esetleges morbiditási és mortalitási adatok növekedéséhez. Ellenkezőleg, nagy szerepük van a halálesetek megelőzésében.

Cél

4. Hosszú távú közegészségügyi cél: a kliensek egészségi állapotának stabilizálása és tovább javítása

Indikátor

4.1. A helyben nyújtott szolgáltatások elérhetősége

A használói szobák jellege, szolgáltatási felépítése és struktúrája fontos indikátora annak, hogy következtetni tudjunk arra, hogy mennyiben járulhatnak hozzá a kliensek egészségi állapotának stabilizálásában, javításában. Korábbi vizsgálatok azt mutatják, hogy a használói szobához kapcsolódó szolgáltatások meglehetősen standardizáltak, hasonlóak: biztonságos injektálással kapcsolatos tanácsadás, az injektálás felügyelete, sürgősségi ellátás biztosítása, tűcsere, alapvető egészségügyi szolgáltatások, szociális és egészségügyi ellátásba történő utalás, ételadás, mosatósi, fürdési lehetőségek biztosítása (Kimber és mtsai, 2001; Lindenmayer, 2003; Poschadel és mtsai, 2003; Wolf és mtsai, 2003). Minél szélesebb és minőségibb a nyújtott szolgáltatások skálája, valamint minél képzetesebb humán erőforrás áll rendelkezésre, annál hatékonyabban és reálisabban teljesíthető cél a kliensek helyzetének javítása. Fontos mérőszám a továbbutalások aránya, a helyben igénybevett tanácsadások, edukációk, egészségügyi ellátások száma – azaz a különböző szolgáltatások igénybevételének volumene, annak változásának nyomon követése. Korábban Svájcban, majd később Németországban és Hollandiában (Sozialamt der Stadt Zürich, 1995; Jacob és mtsai, 1999; Benninghoff és mtsai, 2003) a kliensek nyomonkövetéses vizsgálatán keresztül jutottak olyan következtetésre, miszerint a felügyelt helyiségben igénybevett szolgáltatások nagyban hozzájárultak a kliensek egészségi állapotának javulásához. A mérések korlátjaként említhető, hogy az elemzések önbevalláson alapultak, és nem alkalmaztak kontroll csoportot. Másik mérési forrás lehet a kliensek szolgáltatásokkal és a szolgáltatóval kapcsolatos elégedettségének mérése (Poschadel és mtsai, 2003).

4.2. Más szolgáltatásba történő utalások

A magasabb küszöbű szolgáltatásokba történő utalások szintén fontos mérőszámai a kliensek egészségügyi helyzetének javításában, hiszen az esetleges kezelésbe kerülés, legyen az absztinens orientált vagy nem, javítja a kliens javulási esélyeit. Sydneyben úgy igyekeztek mérni a sikeres továbbküldések számát, hogy a továbbküldött kliens utalási kártyáját elküldték a fogadó intézménynek, amelyek visszaküldték azt, ha a kliens valóban kezelésbe került (MSIC Evaluation Committee, 2003). Amennyiben ez a lehetőség nem áll rendelkezésre, úgy a klienskontakt, illetve a felügyelt injektálások száma és a továbbküldések számának felhasználásával lehet egy lényegesen korlátozottabb indikátort létrehozni (Sozialamt der Stadt Zürich, 1995). Fontos kiemelni, hogy a kliensi anonimitás megőrzése miatt sok esetben nem ismert a kliensek pontos száma, a minek hiányában a továbbutalási ráták nem vagy csak korlátozott mértékben állíthatók elő.

Cél

5. A közrenddel kapcsolatos célkitűzések: a nyílt színi droghasználat csökkentése, valamint az ahhoz kapcsolódó köznyugalom erősítése

Indikátor

5.1. A szerhasználat helyére vonatkozó kliensadatok

A közrenddel kapcsolatos változások mérésében elengedhetetlen indikátor a nyílt színi szerhasználatban bekövetkezett változások, hiszen ez az a látvány, ami sok esetben zavarja a környékbeli lakosokat. Korábbi vizsgálatokból már tudjuk, hogy a használói szoba egyik nagy előnye a kliensek szemében, hogy zavartalanul, a köztereket, játszótereket mellőzve, sietség nélkül injektálhatnak (Poschadel és mtsai, 2003). A nyílt színi használat alakulásának mérése úgy is kivitelezhető, hogy utánkövetéses vizsgálat segítségével megnézzük, hogy a szolgáltatást használók körében hogyan változott a nyílt színi injektálás mértéke (Benninghoff és mtsai, 2003).

5.2. A szerhasználat helyére vonatkozó lakossági adatok

A környékbeli, nyílt színi használatban tapasztalható változások vizsgálata kivitelezhető lakossági felmérések segítségével is.

5.3. A használói szoba közrendre gyakorolt hatásának mérése lakossági adatok segítségével

Számos vizsgálat során végeztek lakossági felméréseket a használói szoba működésének kezdete előtt, illetve 4-12 hónappal annak megnyitását követően arra vonatkozólag, hogy a létesítmény hogyan járult hozzá a köznyugalom erősítéséhez, a botrányok csökkentéséhez (Biesma és Bielemann, 1998a; Linsen és mtsai, 2001; Meijer és mtsai, 2001). Előbbi két kutatás esetében három fontos indikátort használtak: a közrend változására vonatkozó percepciót, a szerhasználók iránti lakossági attitűdöket, valamint a használói szoba iránti lakossági attitűdöket. Meijer és mtsai (2001) munkáját nehezítette, hogy az evaluálási időszak alatt, a projekt részeként fokozott volt a rendőrségi jelenlét a vizsgált környéke, ami a helyi lakosok szemében.

5.4. Elhagyott használt fecskendők

A köztereken, játszótereken talált használt fecskendők száma szintén fontos jelzőszáma lehet a nyílt színi használatban bekövetkező változásoknak (MSIC Evaluation Committee, 2003; Burrows, 2000). Ezen vizsgálatok esetében a használt fecskendők – bizonyos időszakokban – ténylegesen összegyűjtésre kerültek. Értelmezhetőségüket korlátozta, hogy Sydneyben az elhagyott tűk számának csökkenése következhetett abból is, hogy ebben az időben heroinhiány volt a piacon, míg Bielben, jóllehet a visszaszolgáltató használt tűk száma magas volt, az eldobáltak számában növekedés volt, feltehetően az akkor, éppen az evaluálás közben tapasztalt kokainfogyasztás erősödésének köszönhetően. Más, survey-jellegű vizsgálatokban a helyi lakosokat kérdezték arra vonatkozólag, hogy milyen változásokat tapasztaltak

a széthagyott fecskendők tekintetében (Biesma és Bielemann, 1998c, Linssen és mtsai, 2001), amelynek szintén meg vannak a maga korlátai (reprezentativitás, percepcióra való hagyatkozás).

5.5. Rendőrségi adatok

A köztéri botrányokozással kapcsolatos hatósági (rendőrségi) adatok alapvetően háromfélék: a rendőrségi alkalmazottakkal készített interjúk alapján nyert adatok (Meijer és mtsai, 2001; Biesma és Bielemann, 1998c; Warner, 1997), a rendőrség által regisztrált, a köznyugalom megsértésére irányuló esetek elemzése (Meijer és mtsai, 2001; Spreyermann és Willen, 2002). Utóbbi esetében az elsődleges kritérium és egyben módszertani nehézség, hogy a szerhasználatból fakadó köznyugalom megsértésére irányuló tett jól definiálható legyen. Hollandiában, Groningenben a helyi köztér-felügyelet munkatársait kérték meg, hogy antropológiai jellegű megfigyeléseket végezzenek.

Cél

6. A bűncselekmények növekedésének megelőzése a használói helyiségben és annak környékén

Indikátor

Végezetül négy alapindikátort különböztethetünk meg annak mérésére, hogy a használói helyiség megfelelően tölti-e be a szerhasználattal kapcsolatos beszerzési bűnözésre és árusításra vonatkozó megelőző szerepét mind a helyiségen kívül, és mind azon belül.

6.1. A környékbeli bűncselekményeke vonatkozó lakossági felmérések

Az erre vonatkozó elemzések fókuszában jellemzően az áll, hogy visszajelzést szerezzenek az elemzők a környékben tapasztalt bűncselekmények változásáról. Ennek egyik lehetséges módszere a környéken élő lakosság survey-szerű megkérdezése. Ausztráliában alapvetően két kérdést tettek fel a környékbeli lakosoknak. Egyik arra vonatkozott, hogy a lakosok tapasztalták-e a beszerzési jellegű bűncselekmények növekedését a környéken amióta a használói szoba működik, másik arra, hogy meglátásuk szerint növekedett-e a dílerkedés (MSIC Evaluation Committee, 2003).

6.2. Rendőrségi bűnügyi adatok és megfigyelések

A használói helyiség környéki kriminalisztikai helyzet változásáról rendőrségi bűnügyi adatok, illetve a rendőrség által tett megfigyelések segítségével lehet tájékozódni. Ennek egyik alapvető kritériuma, hogy megbízható rendőrségi adatok álljanak rendelkezésre a beszerzési bűncselekményekkel kapcsolatosan. Több hatáselemzés is így vizsgálta, hogyan befolyásolta a használói szoba a beszerzési bűncselekmények (rablások, erőszakos cselekmények, fenyegetések) alakulását a környéken (Meijer és mtsai, 2001; Spreyermann és Willen, 2002; Benninghoff és

mtsai, 2003; MSIC Evaluation Committee, 2003). Egyik kutatás sem számolt be növekedésről. Poschadel és mtsai (2003) ugyanakkor – a rendőrség adatszolgáltatásának hiánya miatt – nem jutottak hozzá kriminalisztikai adatokhoz.

Hatáselemzés részeként kvalitatív módszereket is használtak Ausztráliában: a kutatók rendőrökkel készítettek fókuszcsoportos vizsgálatokat, illetve kulcsinformátorokkal mélyinterjúkat (MSIC Evaluation Committee, 2003).

6.3. A felügyelt helyiség alkalmazottjai által tett megfigyelések, jelentések: kívül és belül

A használói helyiségben dolgozó szakemberek is információ forrásként szolgálhatnak a helyiségen belül, illetve annak közvetlen környékén tapasztalt díleri tevékenységgel kapcsolatban, mint ahogy azt több hatásvizsgálat is tette (Geense, 1997; Dubois-Arber és mtsai, 1999; Kimber és mtsai, 2001; Zurhold és mtsai, 2001; Reyes Fuentes, 2003).

6.4. Kliensinterjúk / felmérések

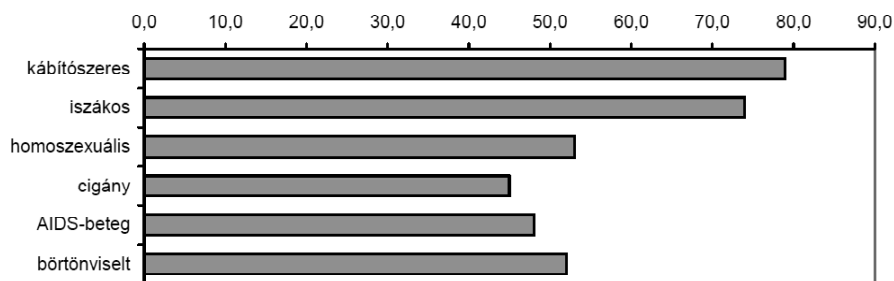
Végezetül kliensi interjúkkal is lehet elemezni a használói szoba környéki bűncselekmények változását, elsősorban a kliensek meglátásainak elemzésén keresztül.

A MAGYARORSZÁGI DROGHELYZET MEGÍTÉLÉSE

KÖZVÉLEMÉNY-KUTATÁSI ADATOK

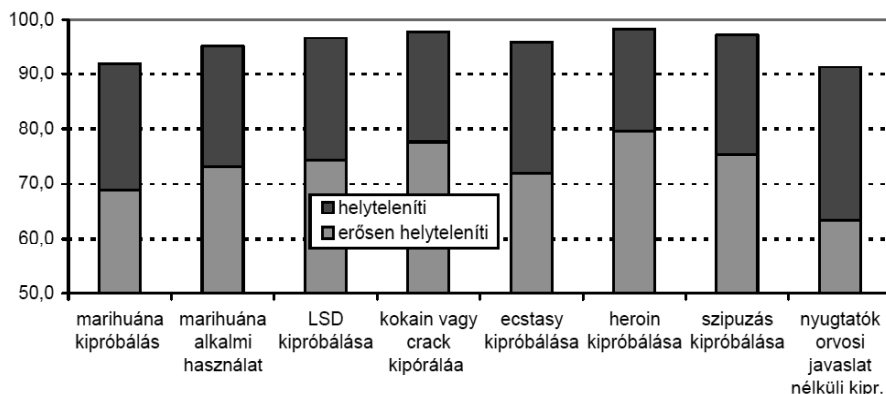
A magyar társadalom többsége elítéli a droghasználókat: ez a legerőteljesebben elítélt társadalmi csoport (Paksi és Arnold, 2007). Ez az elítélés az utóbbi években (2003. óta) nem változott. A szerzők szerint a drogfüggőket a lakosság 59,7%-a inkább betegnek tartja, s 21,3% azoknak az aránya, akik részben vagy egészében kriminalizálják („inkább bűnözőnek”, vagy „bűnözőnek és betegnek is” tartják egyszerre) őket. Azoknak az aránya, akik szerint a drogfüggő sem nem beteg, sem nem bűnöző, mindössze 7,4% a magyar lakosságban (Jelentés, 2008). Egyfelől tehát a kábítószerogyasztók rendkívüli mértékben elítélt társadalmi csoportot képeznek, másfelől viszont a társadalom többsége (közel 2/3-a) inkább betegnek tartja őket.

42. ábra. Néhány leginkább társadalmi elítélés alá eső csoport szomszédiként való elutasítása (az „inkább nem” és az „ellenezné” válaszok összesen) (a 18-64 éves válaszolók %-ában)



Forrás: Paksi és Arnold 2007

43. ábra. A különböző fogyasztói magatartásokat „helytelenítők” illetve „nagyon helytelenítők” aránya (a 18-64 éves válaszolók %-ában)



Forrás: Paksi és Arnold 2007

Paksi és Arnold (2007; hivatkozik rá: Jelentés, 2008, 11.o.) „a veszélyészlelés alacsony szintű szerenkénti differenciáltságával összhangban, a marihuána/hasis és a heroin közötti drogpolitikai különbségtétel is igen alacsony szinten fogalmazódik meg a lakosságban. Minden szer esetében a **restriktív drogpolitikával való nagyfokú egyetértés** jelentkezik” (kiemelés: szerzők).

Ebben a kábítószeres, és azok fogyasztási gyakorisága között nem differenciáló társadalmi közegben, ahol a restriktív drogpolitika támogatottsága nagy, az ár-talomcsökkentő programok feltehetően nagy ellenállásba ütköznek. Ugyanakkor, pozitív jel, hogy a restriktív drogpolitika támogatottsága a megkérdezetteknek jól összefér azzal, hogy a kábítószer-használó beteg, és nem pedig bűnöző (bár az utóbbi álláspontot képviselők is elérik a 21%-ot). Talán utóbbiak relatív magas száma, a restriktív drogpolitika támogatottsága és a kábítószerhasználók elítélése azzal, hogy – ha tetszik – „mégis” betegnek tartja őket a lakosság többsége (és nem akarja őket kriminalizálni) magyarázhatja a hazai drogpolitikai vitáknak a közbeszédben megjelenő szélsőségeit.

A FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYSÉGEKKEL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNY-, ILLETVE PERCEPCIÓ KUTATÁSOK

SZAKIRODALMI ÖSSZEFOGLALÓ

A szakirodalomban általánosan javallt, hogy egy felügyelt helyiség létesítése előtt tájékozódni kell a lakosság (elsősorban a megnyitandó hely környékén élők, akik általában, mivel ezeken a helyeken nyílt drogszcéna is működik, napi kapcsolatban vannak injekciós droghasználókkal), illetve a különböző illetékes szervekkel.

Cruz és mtsai (2007) Kanadában, Ontarióban végeztek a lakosság körében (n=885 fő) felmérést a heroin-fenntartó terápia és a felügyelt injekciós helyiségek tekintetében (utóbbinál 4 kérdést vizsgáltak: a célpopuláció vonzására gyakorolt hatást, a túladagolások és a fertőző betegségek megelőzését, a szakemberekkel való, könnyebb kontaktusteremtést és a lakókönyezeti drogproblémák csökkenését). Az eredmények szerint a lakosok 60%-a (530 fő) egyetért azzal, hogy injekciós helyiségek kell létesíteni, míg 40% (355 fő) nem értett ezzel egyet (a heroinfogyasztók fenntartó kezelésénél hasonló arányt tapasztaltak). Az egyetértők magasabb jövedelemmel és magasabb iskolai végzettséggel rendelkeztek, az elmúlt 12 hónapban fogyasztottak kokaint vagy kannabiszt, a kannabisz dekriminalizációját támogatták, valamint a tűcsereprogramokat a börtönökben, a droghasználókat betegnek tekintették, akik közösségi támogatásra szorulnak. A szerzők konklúziója szerint az injekciós helyiségekkel és a heroinfogyasztók fenntartó kezelésével (ami akkor már folyamatban volt Kanadában egy kísérleti programban) kapcsolatos vélemények megismerése döntő fontosságú az intervenciók megvalósítása és fenntarthatósága érdekében.

A Sydneyben működő felügyelt injekciós helyiséggel kapcsolatban rendelkezésre állnak olyan adatok is, hogy milyen volt a nyílt drogszintérre jellemző jelenségek (köztéri injekciózás, eldobált, használt fecskendők és drogszemét, utcai drogterjesztés, közbiztonsági mutatók) percepciója hogyan változott a helyiség körzetében élő lakosok és üzletvezetők körében. A felügyelt helyiség 2001-ben nyílt meg, az első véleményfelmérésre 2000-ben került sor, majd továbbiakra 2002. és 2005-ben (515, 540, 316 lakossal a megfelelő években, illetve 269, 207, 210 üzleti alkalmazottal). A megkérdezettek 900%-ban legalább egy előnyről beszámoltak, mióta a helyiség megnyílt; a pozitív vélemények a helyiség működésével növekedtek. Olyan tényezők is befolyásolták a vélekedéseket, hogy valaki mennyire közel lakik a felügyelt injekciós helyiséghez (500 m-nél közelebb vagy távolabb). Ez a kutatás is alátámasztja, hogy a helyi lakosok és üzletvezetők pontosabb képpel rendelkeznek a nyílt színi injekciózásról, mint népegészségügyi és rendészeti problémáról, majd pedig a véle-

ményük pozitívan változik a felügyelt injekciós helyiség működése során. Ez azért érdekes, mert Ausztráliában is komoly politikai és részben szakmai viták övezték a helyiség megnyitását és fenntartását.

Philbin és mtsai (2008) Mexikóban végeztek az illetékes szervek képviselői körében (akik azonban kapcsolatban álltak injekciós droghasználókkal) egy véleménykutatást. Ennek a tapasztalatait mutatja a következő táblázat.

24. táblázat. A felügyelt injekciós helyiség elfogadhatósága és megvalósíthatósága Mexikóban

VÁLASZADÓK (N=40) A SZEKTOR SZERINT	FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYSÉG	
	elfogadhatóság (%)	kivitelezhetőség (%)
egészségügy	54	15
rehabilitáció	88	25
gyógyszertár	67	67
jog	45	27
egyház	40	20
összes	58	25

A kutatás tapasztalatai szerint a helyi illetékesek, akik napi kapcsolatban állnak az injekciós használókkal, továbbá szemtanúi a nyílt drogszintérnek, elfogadóbbak az ártalomcsökkentő beavatkozásokkal szemben (tűcsereprogram, tűautomata és felügyelt injekciós helyiség – az első kettővel kapcsolatos adatokat nem közöljük). Legfőbb problémának a tartományi és a nemzeti kormány „ellenállását” emelték ki az ilyen beavatkozásokkal szemben. A kutatás rávilágított arra is, hogy egy olyan vallásos országban, mint Mexikó, az egyház képviselőinek döntő szerepe van az ilyen kérdésekben, azaz az ártalomcsökkentés különböző formáival összefüggésben is. A kutatás azért is érdekes, mert nem egy fejlett, nem egy „liberális” drogpolitikájú (bármit is jelentsen ez) országban végeztek a vizsgálatot. Ebben az értelemben Mexikó inkább összehasonlítható Magyarországgal, noha a drogproblémák súlyossága szerint nem.

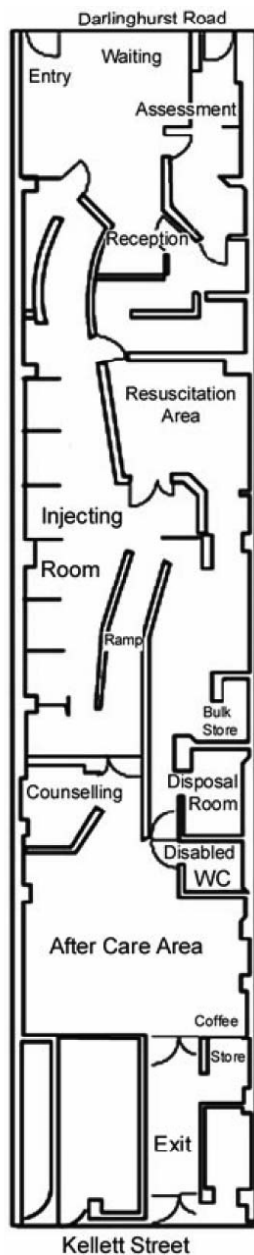
KÉT PÉLDA: A SYDNEYBEN ÉS A VANCOUVERBEN MŰKÖDŐ FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYSÉG

VANCOUVER

Az Insite különösen nagykockázatú injekciós csoportokat vonz, amelyek tagjai köztéri, nyilvános injektálók voltak (Wood és mtsai, 2005). A nagykockázatú a túladagolásokra való hajlamot (a korábbi túladagolásokat) és a gyakori injekciózást jelentette, továbbá a hajléktalan szerhasználókat, akik addig publikus tereket használtak az injekciózáshoz (Wood és mtsai, 2006b). Az Insite különösen alkalmas hely arra, hogy a legnagyobb kockázatú droghasználóknak HIV prevenció üzeneteket adjon át, és steril eszközöket biztosítson. Megfigyelték, hogy a HIV pozitív szerhasználók nagyobb arányban keresik a szolgáltatást (Tyndall és mtsai, 2006). Az „átlagos” Insite-használó 16 éves injekciós drogkarrierrel rendelkezik. Az 1.065 esetből mindössze egyszer tapasztalták, hogy valaki az Insite területén használt először injekciós formában drogot (Kerr és mtsai, 2007). Az Insite-ban törekednek a kliensek további ellátására, megfelelő szolgáltatásokba történő továbbküldésükre. Egy vizsgálatban 1000 kliens közül 18%-ot küldtek méregtelenítésre; azok mentek könnyebben, akik relatíve többször jelentek meg az Insite-ban (Wood és mtsai, 2006a). Egy másik kutatás szerint a kliensek 33%-kal többször vettek igénybe detoxifikációs szolgáltatásokat az első évben, mit az Insite megnyitását megelőzően. Akik gyakrabban látogatták az Insite-ot, ők gyakrabban mentek detoxikációra, illetve jelentkeztek metadon-fenntartó, vagy más, addikciós kezelésre (Wood és mtsai, 2007). Az Insite környéki közrend és közbiztonság is javult, csökkent az eldobált, használt tűk száma, illetve más, az injekciózáshoz használt eszközök mennyisége, és csökkent a nyilvános helyeken injektálók száma is (Wood és mtsai, 2004). Egy 18 hónapos vizsgálati periódusban 336 túladagolás fordult elő: olyanoknál, akik kevésbé tapasztalt injektálók, illetve akiknél már korábban is előfordult túladagolás. Az esetek 87%-ában a túladagolás légzésdepressziós hatását oxigén adással szüntették meg (Kerr és mtsai, 2006). egy matematikai modell szerint 2008. március-július között 51 halállal végződő túladagolást sikerült megelőzni (Milloy és mtsai, 2008). Az Insite-ot használó injekciós használók csökkentették a túmegosztásukat (azok is, akik megosztották tűiket az Insite-ba történő látogatásaik előtt). Ez arra utal, hogy az Insite jelentős magatartásváltozást képe előidézni (Kerr és mtsai, 2005; Stolz és mtsai, 2007). Wood és mtsai (2006c) összefoglalójukban ismét kiemelik a kedvező hatásokat és kitérnek a környékbeli drogterjesztés, drogpiaac jelenségére, illetve a droghasználattal összefüggő bűnözés kérdésére is. Ezek nem növekedtek meg az Insite hatására.

SYDNEY

44. ábra. Orvosiilag Felügyelt Injekciós Központ, Sydney, Ausztrália, alaprajza



Első lépés

A várószobában és az állapotfelmérés területén döntik el a felügyelt injekciós helyiség munkatársai, hogy a kliens alkalmas-e a szolgáltatásra: elmúlt-e 18 éves, nem terhes-e, nincs nála gyerek, nem intoxikált; valamint itt gyűjtik össze a kliensektől az alapvető túlادagolással és kezeléssel kapcsolatos információkat.

Második lépés

Az injekciós szoba olyan klinikai környezet, ahol két egészségügyi dolgozó, köztük egy diplomás ápoló van folyamatos ügyeletben. 8 kabin van, ahova 2-2 személy ülhet be, végig a személyzet által felügyelve. Az injekciós szobában steril eszközök találhatóak, és a szolgáltatáshoz hozzátartozik a biztonságosabb szúrás technikájának elsajátítása, valamint elsősegély biztosítása. A használt tűket külön gyűjtik. A „reszuszcitációs” szobában a túlادagolásokat kezelik.

Harmadik lépés

Az utógondozó területén a kliensek továbbra is felügyelet mellett maradnak. Itt konzultánsok és szociális munkások foglalkoznak velük.

Kijárat

Nem a bejáraton, hanem egy szeparált kijáraton keresztül hagyhatják el a kliensek az épületet. Ez a kijárat szolgál a mentő számára bejáratul (Hunt, 2006, leírás a Sydney-i Orvosilag Felügyelt Injekciós Központtól).

A FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYSÉGEK ELRENDEZÉSE



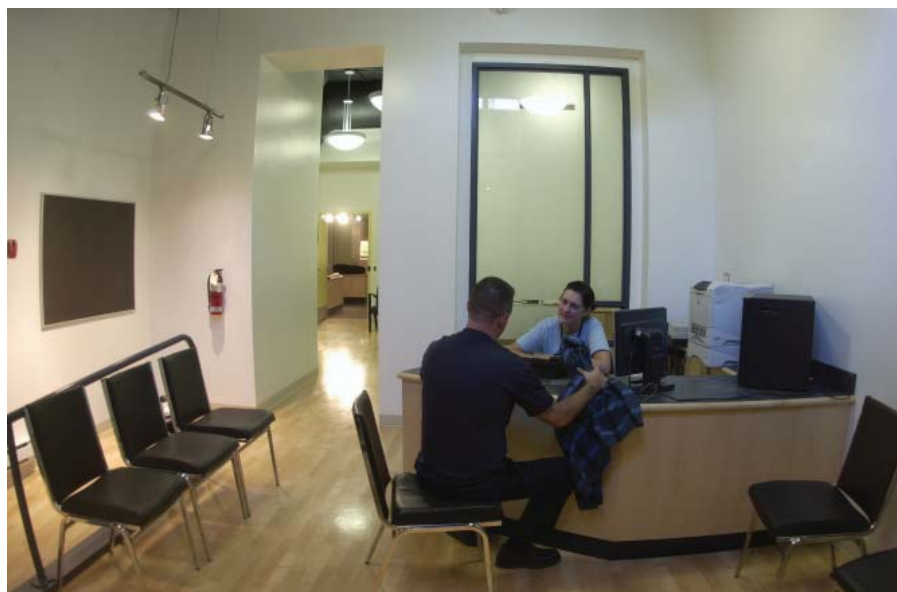
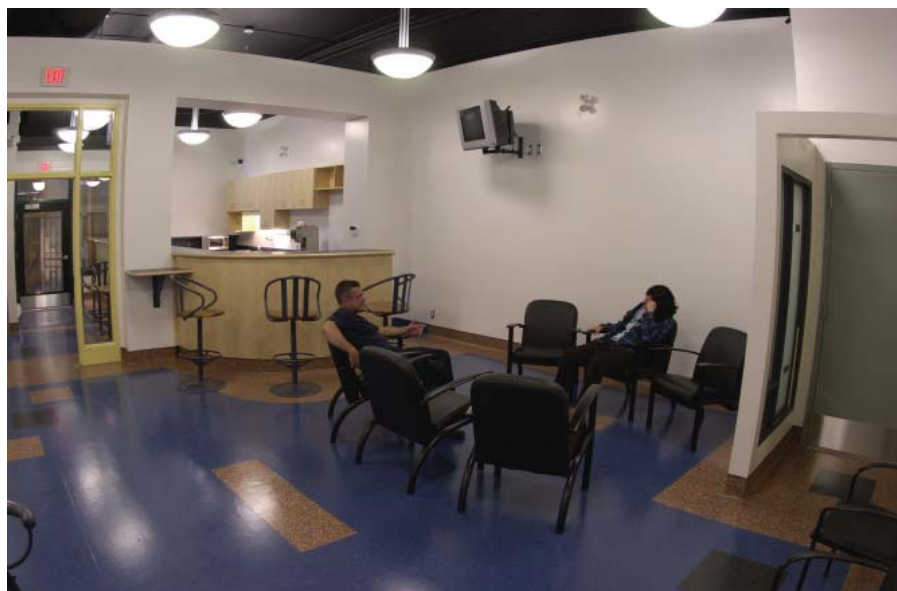
1. *Aachen*
2. *Bonn*



3. Frankfurt

4. Hannover

5. Insite (Vancouver) – injekciós fiškék



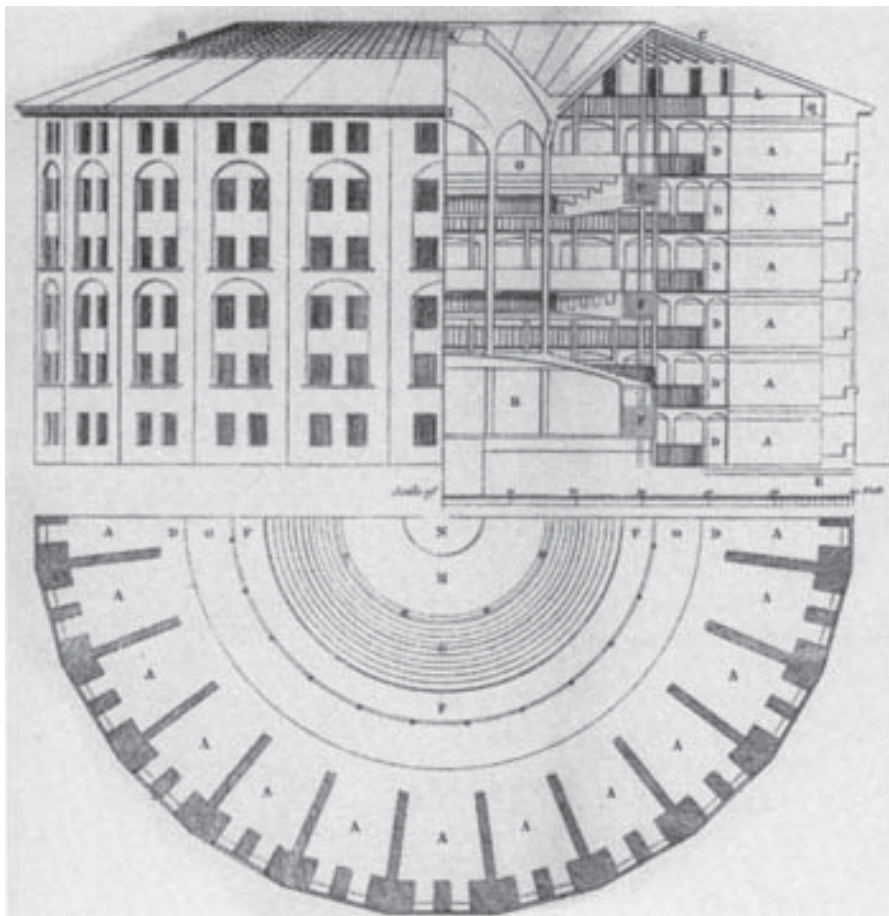
6. *Insite (Vancouver)* – pihenőhelyiség

7. *Insite (Vancouver)* – felvételi helyiség

8. München – inbalálásra alkalmas fülke

9. München – injekciós fülke





10. Panopticon (Bentham): Foucault szerint a totális felügyelet gyakorlására alkalmas téri elrendezés: a középpontban levő a mások számára látbatatlan felügyelő látja a körben elhelyezett cellákban a rabokat, ők azonban sem a felügyelőt, sem egymást nem látják. A felügyelet minimális befektetéssel valósítható meg a nap 24 órájában.



11. Egy svájci bsználói helyiség pultja az injekciós kellékekkel és a falon ártalomcsökkentő poszterekkel
 12. Sydney – a kabin belseje



13. Sydney – az épület elkülönített kijárata

14. Sydney – pihenőbelyiség



15. Sydney – újraélesztésre használt helyiség

16. Sydney – fogadóhelyiség



17. Sydney – injekciós fülkék

18. Sydney – bejárat: utcafront

AZ EMCDDA EURÓPAI JELENTÉSE A HASZNÁLÓI SZOBÁKRÓL (2004)

AZ EMCDDA EURÓPAI JELENTÉSE A HASZNÁLÓI SZOBÁKRÓL (HEDRICH, 2004)

A következőkben a címben jelzett tanulmány nagyobb részének fordítását közöljük. Azért foglalkozunk ezzel a jelentéssel ilyen részletesen, illetve közöljük fordításban, mert mindmáig az egyik legfontosabb összegző munka a témában, és szerkezeti felépítése is mintául szolgál sok más összegző tanulmánynak. Az EMCDDA missziójából következően összegyűjti az elsősorban Európai Unió adatokat egy-egy, kábítószerhez köthető jelenségről, analizálja azokat, azonban az egyes országok felé ajánlásokat nem fogalmazhat meg.

1. MIK AZOK A HASZNÁLÓI HELYSÉGEK?

1.1. Meghatározás

A használói helyiségek olyan védett helyek, ahol képzett személyzet felügyelete alatt, steril körülmények között használhatók az előzetesen beszerzett kábítószerrek, minden erkölcsi ítékezés nélkül (Akzept, 2000). A kábítószer-használóknak speciális szolgáltatásokat nyújtanak a kábítószer-használatból fakadó egyéni és közösségi igényeknek megfelelően, mely átfogó helyi stratégiába ágyazódik. A használói helyiség hivatalos szolgáltatás, melyet helyi vagy regionális költségvetésből finanszíroznak, vagy az egyházak támogatják. Különböznek a drogdílerék által üzemeltetett haszonelvű belövősobáktól ('shooting galleries') és a fenntartó programoktól, ahol kábítószerrel adnak a használóknak (Kimber és tsai, 2003a).

A használói helyiségek céljai közé tartozik elérni a magas kockázatú droghasználók csoportját, különösen az intravénás szerhasználókat, és azokat, akik nyilvános helyen fogyasztanak drogot. Ezek a csoportok olyan egészségügyi problémákkal rendelkeznek, melyek gondot okoznak a helyi közösségeknek, és más ellátó helyek nem képesek ezeket megoldani.

1.2. Célkitűzések

A használói helyiségek egészségügyi, biztonsági célokkal rendelkeznek (1. ábra). Feladatuk a kábítószer-használattal összefüggő egészségügyi kockázatok csökkentése, pl. fertőző betegségek és túladagoláshoz köthető halálesetek, és hogy növeljék a

kábítószer-használók egészségügyi és szociális ellátásban való részvételüket. Céljuk elfogadhatóbb helyzetet teremteni a lakosság számára azáltal, hogy a nyílt színi droghasználat helyett lehetségessé válik a kábítószer-használat védett és a használók méltóságát nem veszélyeztető körülmények között. Az egészségügyi és lakossági igényből fakadó célok érdekében a szolgáltatásnak minél több embert el kell érnie a kábítószer-használók csoportjából.

45. ábra. A használói helyiségek főbb célkitűzései

minél több embert elérni a célcsoportból (3. fejezet)
 egészségügyi szelkitűzések (4. fejezet)
 olyan biztonságos környezetet biztosítani, mely lehetővé teszi az alacsony kockázatú, biztonságosabb szerhasználatot (rövid távú célkitűzés)
 csökkenteni a megbetegedések és halálozások számát a célcsoportban (hosszú távú célkitűzés)
 a szolgáltatást igénybevevők egészségének stabilizálása és elősegítése (hosszú távú célkitűzés)
 közrendet és bűnözést/biztonságot érintő célkitűzések (5. fejezet)
 mérsékelni a nyilvános helyen történő szerhasználatot és az azzal járó közfelháborodást
 elkerülni a bűnözés növekedését a helyiségekben és környékükön

1.2.1. A célkitűzések közötti egyensúly

Minden használói helyiségben fontos szerepet játszik a közegészségügy és a közrend, de hogy melyiken van a hangsúly, attól függ, hogy milyen csoport támogatja épp a létesítményt.

Hollandiában a helyi lakosok és rendőrség kezdeményezésével jöttek létre ezek a létesítmények a közrendzavarás csökkentése érdekében. „Helyi politikai döntéshozók és kábítószer-használókkal dolgozó szakemberek azok, akik meghatározzák a felvételi követelményeket gyakran együttműködve a rendőrséggel, az ügyészséggel és a helyi lakosokkal” (Wolf és tsai, 2003). Más holland létesítmények szociális és drogkonzultációs szolgáltatások kezdeményezéseiből jöttek létre sokszor együttműködve szerhasználói csoportokkal, ahol még inkább a kábítószer-használók egészségével kapcsolatos célokra koncentrálnak (lásd Trautmann, 1995; Schlusemann, 1998; Linssen, 1999; Schatz – Wolf, 2002).

Svájcban a közrendi és egészségügyi célok egyformán fontosak (Eastus, 2000).

Németországban a jogi keretek (drogtörvény és határozatok) országos és tartományi szinten hangsúlyozzák a helyiségek egészséggel kapcsolatos céljait. Ugyanakkor a szövetségi törvény előírja a szervezeteknek a helyi közrendért felelős szervekkel való együttműködést, és a közrendzavarás mérséklése a legtöbb tartományban kifejezetten fontos feladat (BtMG-ÄndG, 2000; Landesverordnungen, 2000–02).

Madrid és Barcelona használói helyiségeinek sajátosságát az adja, hogy ilyen szobákat a külvárosban létesítettek, ott, ahol hatalmas nyílt színi drogszcéna létezik.

A létesítmények létrehozásának fő oka az erre a területre érkező kábítószer-használók egészsége miatti aggodalom volt, ugyanakkor fontos szerepet kapott a nyílt színi intravénás szerhasználat társadalmi következményeinek mérséklése (Ministerio del Interior, 2002, p. 76). Sydneyben (Ausztrália) egy, az egészségügyileg felügyelt használói helyiségekkel kapcsolatos kutatásban megvizsgálták az egészségügyi és közrendre irányuló célkitűzések eredményességét (MSIC Evaluation Committee, 2001).

1.3. Célcsoportok

A használói szobák jól körülhatárolható problémás szerhasználók csoportját célozzák meg (1. tábla). Különösen fontos azoknak a csoportja, akik az utcán injektálnak, akik a kirekesztettség miatt rendkívül veszélyeztetettek, rossz egészségi állapot jellemzi őket, hajléktalanok, gyakran nem jutnak egészségügyi ellátáshoz, ételhez, tisztálkodási lehetőségekhez, nem jutnak el a szerhasználatot kezelő szervezetekhez. Vannak olyan használói helyiségek, ahol a célcsoportba női prostituáltak vagy illegális bevándorlók tartoznak.

25. táblázat. Célcsoportok meghatározása

Svájc:

- ‘Schwerstabhängige’ (súlyos kábítószerfüggők), akik nem fogadnak el más segítséget; hosszú távú súlyos intravénás szerhasználók (Eastus, 2000)

Hollandia:

- „problémás utcai szerhasználók”: hosszú távú függők, az utcai szerhasználat, erkölcstelen magatartás és rossz fizikai állapot jellemzi őket (Schatz – Wolf, 2002);
- tartós „keménydrog-használók”, akik nem motiváltak kezelésre (NDM, 2002, 92);
- felnőtt utcai szerhasználók, akikre a közrendet megzavaró magatartásuk a jellemző (Wolf et al., 2003)

Németország:

- „Schwer erreichbare Betäubungsmittelabhängige” (nehezen elérhető kábítószerfüggők) (BtMG-ÄndG, 2000) különösen a nyílt színi szerhasználók;

Spanyolország:

- kirekesztett szerhasználók;
- magas kockázatú csoportok;
- hajléktalan szerhasználók (Alvarez Vara, Antidrug Agency of the Autonomous Government of Madrid, Personal Communication, September 2002)

Ausztrália:

- kábítószer-használók, akik nyilvános helyeken és/vagy egyedül injektálnak;
- rejtőzködő intravénás szerhasználók, akik nem állnak kapcsolatban az ellátórendszerrel;
- „King Cross area” intravénás használói (Kimber – van Beek, 2002)

A használói helyiségek használatánál általános feltétel, hogy csak az veheti igénybe a szolgáltatást, aki rendszeres szerhasználó, heroin- vagy kokainfüggő, és már elmúlt 18 éves. Akik nem intravénás szerhasználók, de szeretnének túl lenni az első injektáláson, az esetek túlnyomó többségében nem használhatják ezeket a létesítményeket. Van, ahol bizonyos esetekben 16-17 évesek is igénybe vehetik a szolgáltatást. Gyermekkel nem szabad bemenni ezekbe a helyiségekbe. A szubsztitúciós kezelésben résztvevők beengedésére vonatkozó irányelv helyenként változó. Van, ahol a terhes nőket kizárják (MSIC Sydney), van, ahol speciális ellátásban részesülnek (pl. Zürich).

Előfordul, hogy a helyi lakosokra korlátozzák a belépést, hogy ne vonzzon oda több kábítószer-használót. Ez így van Hollandiában, Svájcban, és Németországban is. A belépéseket ellenőrizendő, használói kártyákat adnak ki azoknak, akik használhatják a helyiséget, vagy minden esetben ellenőrzik a személyes iratokat. Hollandiában gyakori, hogy a használói-kártya rendszer összeköttetésben áll a rendőrséggel, így tudják ellenőrizni, hogy az illető ellen folyik-e büntetőjogi eljárás. Különbféle regisztrációs rendszereket használnak (tábla 2.), svájci és német használói helyiségek a bizalmi kapcsolaton alapuló használatot hangsúlyozzák (nincs közvetlen kapcsolat a rendőrséggel). Ausztráliában és Spanyolországban a helyi lakosokat nem korlátozzák a használatban.

26. táblázat. Szpecifikus felvételi/kizárási kritériumok

	TARTÓZKODÁS ALATTI KORLÁTOZÁSOK	HASZNÁLÓK BELÉPÉSE, BELÉPŐKÁRTYÁK, REGISZTRÁCIÓS RENDSZEREK
SVÁJC	legtöbb szolgáltatásnál: személyazonosító dokumentumok ellenőrzése	néhány szolgáltatás
HOLLANDIA	szolgáltatások nagy része: krónikus szenvedélybetegek korlátozott csoportja, konkrét helyi területről; a használónak regisztrálnia kell magát az önkormányzatnál vagy a helyi kábítószerügyi központnál, és legálisan tartózkodjon hollandiában (kivéve egy használói helyiséget, ahova illegális bevándorlók járhatnak)	a hivatalos regisztrációs folyamat tartalmazza a rendőrségi ellenőrzést; szerződést kötnek a helyiség használatáról, és belépőkártyákat (klienskátyákat) adnak ki. a helyiségenként kiadható klienskátyák száma limitált, hogy ne legyen tömeg. ha egy kliens hetekig nem használja a helyiséget, visszavonják a klienskátyáját
NÉMETORSZÁG	néhány frankfurti és észak-rajna-vesztfáliai szolgáltatás: tartózkodási helyet ellenőrzik személyazonosító dokumentumok által	néhány észak-rajna-vesztfáliai szolgáltatás limitálja a kliensek számát, és klienskátyákat ad, hogy a használók biztosan helyi lakosok legyenek. ahol a szolgáltatások messzebb esnek a droggereskedelem helyszíneitől, a klienskátyák arra vannak, hogy a helyiségbe vezető úton ne vádolják a klienseket bűncselekménnyel.

SPANYOL-ORSZÁG	nincsenek	a kliensek regisztrációja ugyanolyan, mint a többi egészségügyi létesítményben: az első alkalommal a kliensek egy egyedi számot kapnak, mellyel a későbbiek során azonosítani lehet őket.
AUSZTRÁLIA	nincsenek	a kliensregisztráció anonim módon zajlik, a kliensek kódot kapnak, mellyel a későbbiek során azonosítják magukat.

1.4. Hogyan működnek a használói szobák?

Hollandiában háromféle használói helyiséget azonosítottak: integrált, szakosodott és informális használói helyiségek (Linssen és tsai, 2001; Wolf és tsai, 2003) (2. ábra).

A leggyakoribbak az integrált létesítmények. Szélesebb körű szociális ellátó intézmény részeként jöttek létre, már létező hajléktalan és kábítószerfüggőket ellátó intézményekbe integrálódtak. Külön felügyelt helyiséget biztosítanak a használóknak, ahova ellenőrzik a belépést, és a használók egy meghatározott csoportja mehet be.

A szakosodott létesítmények kizárólag a használói helyiség klienseinek nyújtanak szolgáltatást. Ritkábbak, mint az integrált használói szobák. Általában más kábítószer-használattal kapcsolatos intézmény vagy olyan hely közelében található, ahol megfigyelhető nyílt-színi droghasználat és illegális droghandel, tehát olyan környéken, ahol védett és steril körülményekre van szükség a kábítószer-használathoz. Céljuk elérni azokat, akik valamilyen oknál fogva nem jutottak el a hagyományos addiktológiai gondozókba, és a kábítószer használatának felügyelete mellett egy sor más szolgáltatást is nyújtani, p.: tűcsere, sebek, tályogok kezelése. Szorosan együttműködnek a közelben található egyéb szociális intézményekkel pl.: metadon programok, hajléktalanszállók.

46. ábra. Példák a használói helyiségek működésére

TIPIKUS HASZNÁLÓI HELYSÉG

Svájci megfigyelések alapján: a használói helyiség egy nagyobb létesítmény része, ahol van önkiszolgáló étkező, konzultációs szoba, és klinika elsődleges orvosi ellátásra. Az injektlálás kicsi és rendkívül steril szobákban történik. A szobákban több asztal van, ahol a kliensek előkészíthetik az injektlálást és beadhatják maguknak a kábítószeret. Az injektláláshoz szükséges kellékek az asztalon vannak elhelyezve: tűk és fecskendők, gyertya, steril víz és kanalak. Papírtörlok, vattapamacsok és szemetesvödörök állnak rendelkezésre. (Parliament of New South Wales, 1999).

INTEGRÁLT LÉTESÍTMÉNYEK

Az integrált létesítményben használói helyiség és más szolgáltatások találhatók. Wolf és tsai (2003) által vizsgált holland integrált létesítmények elrendezése nagyjából ugyanolyan volt. „A bejáratnál recepció van, vagy egy olyan szakember, aki figyeli a belépőket. A kliensek ezután bemehetnek a közösségi térbe, ahol teázhatnak, kávézhatnak, és leülhetnek. Gyakran van ott televízió, zene, olvasnivaló és játékok. A közösségi térben szigorúan tilos kábítószer fogyasztani, az erre alkalmas helyiségek a létesítmény más részein található” (Wolf és tsai, 2003, p. 655).

Mivel az integrált létesítményekben több szolgáltatás is elérhető olyanoknak, akik nem szerhasználok, vagy olyan szerhasználóknak, akik nem vehetik igénybe a használói helyiségeket, egy alkalmazott mindig ellenőrzi, hogy ki mehet be a szerhasználói térbe. A legtöbb holland integrált létesítményben külön injektlálásra és dohányzásra alkalmas helyiségek érhetők el. Néhány létesítményben az említett szobákon kívül található elsősegélyszoba vész helyzet esetére, amit egyéb esetekben is lehet használni: pl.: relaxációs szoba, vagy egyénileg el lehet oda vonulni (különösen kokainhasználóknál).

A legtöbb holland használói helyiség engedéllyel rendelkezik limitált számú helyi hajléktalan szerhasználó ellátására is.

SZAKOSODOTT HASZNÁLÓI HELYSÉGEK

2001-es adatok szerint egy frankfurti szakosodott használói helyiségben hetente 1900 injektlálást felügyelnek. A létesítmény közel van a vasútállomáshoz, más ellátást nyújtó intézményekhez. Egy olyan nem kormányzati szervezet része, ami más tevékenységgel is foglalkozik: menedék, tanácsadási szolgáltatások, metadon fenntartó programok. Három lépéses felvételi eljárást alkalmaz a szolgáltatás. A recepciónál a személyzet határozza meg, hogy a potenciális kliens az általános felvételi követelményeknek eleget tesz-e. Ezután a klienseknek alá kell írniuk egy nyilatkozatot arról, hogy a koruk az előírtaknak megfelel, nem állnak szubsztitúciós kezelés alatt, ismerik a házirendet. Ha éppen nincs hely a használói helyiségben, akkor a váróteremben maradhatnak, ahol vizet és alkoholmentes italokat ihatnak. Ha egy helyiség üres lesz, a pultnál kapnak steril felszereléseket, ezután bemehetnek a helyiségbe általában 30 percre. A helyiségben a személyzet egy tagja felvilágosítja a használót a szerhasználat kockázatairól, megfigyeli a fogyasztás közben, és közben higiéniai és technikai tanácsokat ad. A személyzet más tagjai pedig rendelkezésre állnak vész helyzet esetén. A használat után a kliensek takarítanak maguk után és elhagyják a használói helyiséget. A személyzet megadott időben egy másik helyiségben konzultációs lehetőséget és orvosi ellátást is biztosít.

Sok országban elterjedtek az integrált és szakosodott használói helyiségek, emellett Hollandiában figyelték meg a rendőrség által is tolerált informális „belövőszobákat”, amelyeket „leállt” kábítószer-használók működtetnek. Ezeket a szobákat főleg kábítószer elszívására és inhalálására használják (Linssen és tsai, 2001; Wolf és tsai, 2003).

Az integrált és szakosodott használói helyiségek általában további szolgáltatásokat is nyújtanak: tű/fecskendő csere, alap orvosi ellátás, tanácsadás, konzultáció. Sok helyen van étkező is, ahol üdítőket és ételt fogyaszthatnak, továbbá mosásra és fürdésre is van lehetőség. Az integrált használói helyiségekben a kliensek jelentkezhetnek addikció kezelésre, kaphatnak átmeneti szállást, míg a szakosodott használói helyiségek az ellátórendszer más intézményeibe utalják őket.

A használói helyiségek nem hirdetik magukat, az alkalmazottaiknak pedig nem szabad segíteniük a klienseknek az injekálásban. A házirend általában megtiltja a kábítószerrel történő üzletelést, a kábítószer megosztását, az agresszív viselkedést, alkoholfogyasztást, más anyagok használatát (pl. dohányzás), és alapvető higiénia előírásokat tartalmaz, pl.: „Ne flangálj fecskendővel!” További tiltások is léteznek pl.: nem szabad olyan drogkeveréket használni, amelyben gyógyszerek vannak, nem szabad a nyakba, ágyékba injektálni. A legtöbb létesítményben a kliensek nem segíthetnek egymásnak a szúrásban.

Vannak olyan használói helyiségek, ahol inhalálni, elszívni, orron át szívni is lehet a kábítószer. (Előfordul, hogy tiltják a kokain vagy néhány gyógyszer használatát.) Hollandiában főleg „szívásra” alkalmas helyiségeket hoztak létre.)

Svájcban elérhetőbbé tették a nem intravénás kábítószer-használatra szolgáló helyeket Spreyermann–Willen, 2002, 2003). A használói helyiségek berendezése attól függ, hogy milyen jellegű fogyasztásról van szó. (Wolf és tsai, 2003) A hely hasonlíthat egy nappalihoz, ha „szívásra” használják a helyet, vagy az intravénás szerhasználat esetén úgy nézhet ki, mint egy kórterem (van Beek, 2003).

A legtöbb helyen a szerhasználó érkezésekor a személyzet szemrevételezéssel ellenőrzi a kábítószer és a kliens fizikai állapotát, elkerülve azt, hogy már kábítószer hatása alatt legyen, különben megnő a túlادagolás veszélye.

Hollandiában „használói szerződést” íratnak alá a kliensekkel, melyben olyan feltételek szerepelnek, mint pl.: rendszeres orvosi vizsgálat; olyan képzésen való részvétel, ahol a biztonságosabb injekálásról hallhatnak; nem csavaroghatnak a létesítményen kívül.

A használói kártyáknak fontos szerepük van, amennyiben a kliens nem tesz eleget kötelezettségeinek, visszavonható.

27. táblázat. Egy hipotetikus használói helyiség működési modellje közegészségügyi és közrendi célkitűzésekkel (Marsden és tsaitól átvéve, átdolgozva, 2000)

FŐBB ALKOTÓ-ELEMEK	FELMÉRÉS ÉS FELVÉTEL	FELÜGYELT HASZNÁLÓI TÉR	MÁS SZOLGÁLTATÁSI TEREK	UTALÁS
teljesítési célkitűzések	a helyiséget használható kiválasztásának meghatározása, a belépési kritériumok ellenőrzése információnyújtás a használói helyiség házirendjéről és működéséről információnyújtás kockázatok elkerüléséről, a biztonságosabb szerhasználatról ellátás steril felszerelésekkel információnyújtás szerhasználatról egyéni igények meghatározása (pl. egészségügyi helyzet felmérése)	alacsony kockázatú, biztonságosabb szerhasználat biztosítása szerhasználat felügyelete és házirend betartásának biztosítása (pl. nem lehet kábítószer megosztani, eladni) restre szabott tanácsok a biztonságosabb szerhasználatról túladagolás és egyéb melléhatások esetén elsősegély nyújtás a nyilvánosság elől rejtett használói tér biztosítása a helyiség körüli lézengés megelőzése (rendőrségi együttműködés)	megfigyelni a szerhasználat hatásait a helyiséget elhagyó kliensek között elsődleges orvosi ellátás nyújtása: tályogok, sebek ellátása ital, étel, ruhák, zuhanyzási lehetőség biztosítása krízisintervenció tűcsereprogram biztosítása, használt tűk biztonságos megsemmisítése további szolgáltatások nyújtása a létesítményen belül pl.: menedék, esetkezelés, tanácsadás, kezelés	információnyújtás kezelési lehetőségekről a kliensek motiválása további kezelésekre felkérésére további szolgáltatásokba történő utalás: pl. detoxifikáció (méregtelenítés), szubsztitúciós kezelés, szállás, szociális ellátás, orvosi ellátás

Célkitűzések

Eredmény tekintetében

kapcsolat létesítése nehezen elérhető csoport tagjaival

azonosítani a kliensek egészségügyi igényeit és további intézményekbe utalás

a szerhasználatból fakadó azonnali kockázatok csökkentése

a megbetegedések és halálozások számának csökkentése

Stabilizálni és elősegíteni a kliensek egészségét

Közfelháborítás mérséklése

növelni a kliensek kezelésbe kerülési tudatosságát, és segíteni a kliensek kezelésbe jutását

növelni annak esélyét, hogy a kliens elfogadja a további kezelésekre történő utalást

túlélés

Szociális integráció fokozása

2. HOGYAN ÉS MIÉRT JÖTTEK LÉTRE A HASZNÁLÓI HELYSÉGEK?

A használói helyiségek olyan fejlett városokban jöttek létre, ahol annak ellenére, hogy több kezelés is elérhető volt, pl. metadon helyettesítő kezelés, ártalomcsökkentő szolgáltatások (utcai megkeresés, tűcsere) a nyílt színi kábítószer-használat megmaradt, továbbra is aggodalomra adva okot a fertőzésekkel, kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható halálesetekkel, közfelháborodással kapcsolatban.

2.1. Történet

2.1.2 Svájc

Az első egészségügyileg felügyelt használói helyiség a mai formájában 1986 júniusában Bernben nyílt meg, ezt követte Bazel, Luzern és St. Gallen.

Az első használói helyiséget hivatalosan 1988 júliusában tolerálták, egy bírákból és a főügyészből álló munkacsoport tárgyalása eredményeként (Hämmig, 1992b). A Svájci Szövetségi Közegészségügyi Hivatal megbízásából készült el a szolgáltatás jogi értékelése.

Svájcban az 1990-es években nőtt a használói helyiségek száma. 2003-ban 7 svájci városban 12 használói helyiség működött: Bazel (2), Bern (1), Genf (1), Schaffhausen (1), Solothurn (1) és Zürich (5); 1994-ben és 2003-ban a luzerni és olteni létesítményeket bezárták. (Ábra 2.) 2001 vége óta több intravénás szerhasználóknak létesített használói helyiséget kibővítettek, így inhalálás is lehetséges bennük.

2.1.3 Németország

Németországban, Hamburgban és Frankfurtban az 1990-es évek elején kezdődtek a felügyelt használói helyiségekkel kapcsolatos kezdeményezések a jogi elfogadhatóság vizsgálatával együtt (Böllinger, 1991; Michaelis, 1991). 1993-ban azt a kérdést járták körül, hogy a felügyelt használói helyiség működése bűncselekménynek minősül-e a német drogtörvény szerint (BtMG). Továbbá azt is megvizsgálták, mennyire ütközik az ENSZ 1961, 1971 és 1988-as idevonatkozó egyezményeivel (Körner, 1993, 1994). A frankfurti egészségügyi hatóságok vizsgálata alapján kimondhatták, hogy ilyen létesítmények működése nem számít bűncselekménynek, és ENSZ egyezményekbe sem ütköznek. Ennek feltétele az volt, hogy a helyiségek nem tolerálhatják a kábítószer/kábító hatású anyagok értékesítését, átadását, és higiénikus, biztonságos, alacsony kockázatú fogyasztás kell biztosítaniuk megfelelő ellátás és ellenőrzés mellett (Körner, 1993, p. 16). Jogi értékelések alapján szigorú szabályok meghatározásával Frankfurtban 1994-ben engedték meg a használói helyiségek működését. Mivel a szövetségi államok kábítószer-politikái nagy mértékben eltérőek, a használói helyiségek országos szintű legalizálása nem volt lehetséges.

Kompromisszumként egy módosítás (BtMG §10a) a tartományokra bízta, hogy engedélyezik-e a használói helyiségek működését. A törvény tartalmaz minimális irányadásokat, hogy a nemzetközi törvényeknek is megfeleljen.

2.1.4. *Hollandia*

1990-ben Rotterdamban egy egyházi működtetésű szociális intézmény engedte meg a szer-használóknak, hogy a kábítószerrel az ő helyiségükben foggyasszák (Pauluskerk), de az ellátás rendszeres részévé csak 1994 után vált ('Gebruikersruimten', azaz használói szoba) (Schatz – Wolf, 2002). 1996 október 1-jén College van Procureur-generaal jogi útmutatásai alapján a használói helyiségek hivatalosan is megvalósulhattak. Ezek az útmutatások egyértelművé tették, hogy a kábítószer-birtoklást tolerálják a használói helyiségekben, feltéve, hogy a helyi drogpolitika szerint valósul meg a működésük, melyet a polgármester, rendőrség és az ügyészség határoz meg (de Jong – Weber, 1999; Zurhold és tsai, 2001). Miután a legfőbb ügyész tisztázta a használói helyiségek jogállását, Rotterdam a közbiztonságra vonatkozó politikájuk részeként hivatalosan is támogatni kezdte ezeket a helyiségeket. Végül más városokban is létesültek használói helyiségek (Barendregt és tsai, 2002; van der Poel és tsai, 2003). Hollandiában a használói helyiségek regisztrált kliensei jól körülhatárolható célcsoportból származnak. A helyiségek leginkább 25-30 helyi hajléktalan kábítószer-használót szolgálnak ki (Zurhold és tsai, 2001), de vannak olyan intézmények, ahol más célcsoportra is kiterjesztik szolgáltatásaikat pl.: bevándorlók, prostituáltak. Jelenleg (tehát a tanulmány készültekor) 12 városban 22 használói helyiség létezik: Amsterdam (3), Apeldoorn (1), Arnhem (2), den Hertogenbosch (1), Deventer (1), Eindhoven (2), Groningen (1), Heerlen (1), Maastricht (1), Rotterdam (7), Utrecht (1) és Venlo (1).

2.1.5. *Spanyolország*

2000 májusában Villa de Vallecasban hoztak létre felügyelt használói helyiséget nem messze Madridtól, ahol masszív drogkereskedés és nyíltszíni droghasználat figyelhető meg. Ez a helyiség 200nm² alapterületű épületben található, s egy sor más szolgáltatást is nyújt a marginalizálódott droghasználók számára. A szolgáltatás helyi egészségügyi előírásokon alapul. Ez a szolgáltatás 10 helyet biztosít intravénás szerhasználatra, egyedülálló módon folyamatos nyitva tartás mellett a hét minden napján. 2001 szeptemberében Barcelonában hasonló helyiséget hoztak létre, amely sokkal kisebb volt.

2.1.6 *Ausztrália és Kanada*

Ausztráliában 2001-ben hoztak létre egészségügyileg felügyelt használói helyiség központot 16 hellyel ('medically supervised injecting centre', MSIC) Sydneyben a Kings Cross városrészben, miután évekig intenzív tárgyalások folytak a közegész-

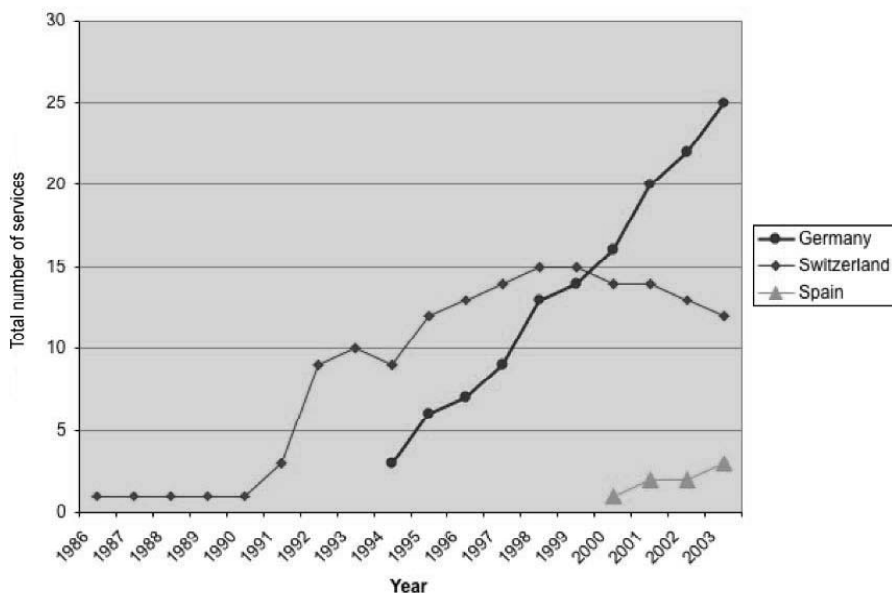
ségügyről és ezen a környéken megfigyelhető hatalmas illegális drogkereskedelemből fakadó közbiztonságot érintő problémákról, és arról, hogy ezen problémák megoldásában a használói helyiségeknek milyen szerepük van. Az egészségügyileg felügyelt használói helyiség tudományos kutatási kísérletként működik, amelynek alapja egy olyan törvény, amelyet a parlament is elfogadott 1999 májusában (Drug Summit Legislative Response Act 1999, Parliament of NSW).

2003 júniusában a Health Canada jóváhagyta egy felügyelt használói helyiség (SIS) létesítését Vancouverben. A szolgáltatás 2003 szeptembere óta működik tudományos kísérletként, a kanadai drogtörvény alóli mentesség alapján.

2.1.7. Jelenlegi rendelkezésre állás

Egészségügyileg felügyelt használói helyiség 4 európai ország 36 városában működött 1986 és 2003 között: Németországban, Hollandiában, Svájcban és Spanyolországban.

47. ábra. Felügyelt használói helyiségek számának alakulása Svájcban, Németországban és Spanyolországban 1986 és 2003 között



2003 végére Európában 62 használói helyiség volt. Az olyan városokban, ahol masszív drogkereskedelem folyik és nagy kábítószer-használói populáció van, több használói helyiség is létesült, hogy a nagyobb igényeket kielégítse (pl.: Hamburg, Frankfurt, Rotterdam, Amsterdam, Bazel, Zürich). További törvényes használói

lói helyiségek Sydneyben, Ausztráliában és Kanadában, Vancouverben vannak. A holland használói helyiségekben a szerhasználat elsődleges módja az elszívás vagy inhalálás ('chasing the dragon'), amit egyre több helyen tolerálnak Németországban és Svájcban is. A többi országban az intravénás szerhasználat jellemző. A kábítószer szívása, inhalálása, szippantása nem megengedett a spanyol, ausztráliai és kanadai létesítményekben.

2.2. *Hajtóőrök*

Az utcai szociális munkásoknak ('outreach workers') azokban a városokban, ahol jelentős droggereskedelem folyik, és nyílt színi kábítószer-használat jelent meg, (ahogy ez Bern, Zürich, Hamburg és Frankfurt esetében is volt az 1980-as évek közepétől az 1990-es évek elejéig) hamar két dilemmával is szembe kellett nézniük:

- A nyílt színi kábítószer-használókat nem érték el elég hatékonyan a biztonságosabb szerhasználat üzenetével, annak ellenére, hogy steril injekciós eszközökkel látták el őket és képzést tartottak a higiénikus szerhasználatról.
- Egyre többször kellett vészhelyzetben, túladagolási esetek miatt segítséget nyújtaniuk. Annak ellenére, hogy egyre jobban felkészültek az ilyen esetekre az utcán, sok tücsereprogramból ismert kliens meghalt. Ez leginkább azért következett be, mert halálukkor egyedül voltak, vagy a büntetőeljárástól való félelem miatt senki nem hívott mentőt.

Világossá vált, hogy egy olyan környezet szükséges, ahol kábítószer-használókat a gyakorlatban is rá lehet vezetni a biztonságosabb szerhasználatra, és ahol minden vészhelyzetben azonnal orvosi segítség nyújtható. A használói helyiségeket azért hozták létre, hogy ezeket a problémákat kíséreljék megoldani.

2.2. *A használói helyiség elvárt haszna és várható kockázatai*

Míg egy környéken használói helyiség létesül, általában hosszú párbeszéd előzi meg, mely során eltérő érdekek ütköznek az állami és egyén egészségügy, a közrend és a biztonság, helyi lakosok és vállalkozások, bűnüldözés és helyi közigazgatás és néhány kábítószer-használói érdekcsoport között. Egyik városban sem volt könnyű és gyors a döntés.

Az általános vélekedés elkerülésére, miszerint a szobák helytelen üzenetet közvetítenének, rendőrségi és egészségügyi szakértők pragmatikus megoldásként, és a keresletsökkentésre vonatkozó stratégia részként fogadták el a helyiségek létesítését, ami kiterjeszti meglévő szolgáltatásait az egészségügyi és közrenddel kapcsolatos problémák elleni küzdelemre.

Célok

2.3.1. Elsődleges cél: minél több embert elérni a célcsoportból

Célcsoportba tartoznak a magas kockázatú problémás szerhasználók, különösen a rendszeres vagy hosszú távú heroin- és kokainhasználók, az intravénás szerhasználók, a droghasználó prostituáltak, utcai szerhasználók és egyéb marginalizálódott kezelésen kívüli csoportok. Hogy elérjenek bizonyos egészségügyi és közrendi célokat, a szolgáltatásoknak úgy kell működniük, hogy:

- vonzzák a célcsoportot és a szerhasználók számára is elfogadható legyen a szolgáltatás, használják rendszeresen;
- elegendő kapacitással rendelkezzenek a megfelelő helyen és időben, hogy a célcsoport egészét elérje.

Lehetséges kockázatok közé tartozik:

- előfordulhat, hogy nem célcsoportba tartozók is használják a szobát, olyan emberek válhatnak kábítószer-használókká, akik addig nem voltak;
- a szolgáltatás politikája megnehezítheti a még jobban kirekesztett és zűrés klienseknek, hogy rendszeresen megjelenjenek, ami csökkenti a helyiség hatását.

2.3.2. Azonnali egészségügyi célkitűzés: olyan biztonságos környezetet nyújtani, ahol alacsony kockázatú, higiénikusabb kábítószer-fogyasztás lehetséges.

Várható előny a szerhasználatból fakadó olyan ártalmak csökkentése, melyek abból adódnak, hogy nyilvános helyen sietni kell az injekciózással. Ezért a használói szobák biztosítani szeretnék, hogy:

- higiénikus körülmények között, biztonságosabb szerhasználat legyen lehetséges;
- vészhelyzet esetén azonnali segítség elérhető legyen;

Kockázatok közé tartozható hatások:

- a jobb feltételek között történő szerhasználat növelheti a kábítószer-használatot, vagy kockázatosabb szerhasználati minták elsajátítására bátoríthat.

2.3.3. Középtávú egészségügyi célkitűzés: megbetegedések és halálozások csökkenése
Egészséges életmóddal és biztonságosabb szerhasználattal kapcsolatos oktatáson keresztül elérhető:

- a tudásszint folyamatos növelése és kockázat-tudatosság;
- kockázati magatartás csökkenése a helyiség hatásán túl;
- szerhasználattal kapcsolatosan betegségek terjedésének csökkentése;
- túladagolások számának csökkentése.

A használói helyiségekben történő biztonságosabb szerhasználat és a vészhelyzetek megfelelő kezelése csökkentheti a halálos túladagolások számát a közösségben.

Kockázat lehet:

- használói szobák növelhetik a megbetegedéseket és halálozásokat azáltal, hogy „elnézik” az injektlást

2.3.4. Hosszú távú egészségügyi célkitűzés: stabilizálni és elősegíteni a szolgáltatást igénybevevők egészségét

Használói helyiségek előnyei, hogy

- alapvető orvosi ellátás és tanácsadás igénybevételét növelik a helyszíni szolgáltatások által;
- javítják a kezelésbe kerülési arányt, elősegítik, hogy a kliensek hosszabb távon maradjanak kezelésben, egyéb szociális kezelések.

Kockázatok lehetnek:

- a kliensek csak a használói helyiséget használják, az orvosi szolgáltatásokat nem veszik igénybe;
- a szerhasználatot „kényelmessé” téve visszatarthatja a klienseket a kezeléstől;
- ellensúlyozhatják a kezelések hatásait pl.: ha megengedik metadon kezelésben levő klienseknek, hogy használják a használói helyiségeket.

2.3.5. Közrenddel kapcsolatos célok:

- csökkenteni a nyilvános szerhasználatot és az azzal kapcsolatos közháborításokat

Elvárt haszon:

- csökken a nyilvános szerhasználat, különösen az intravénás szerhasználat;
- a környéken kevesebb a látható szerhasználat és az azzal kapcsolatos közháborítás.

Lehetséges kockázatok:

- 'pull-effect' (vonzás): használói helyiségek más városokból is vonzhatnak szerhasználókat a környékre.

2.3.6. Közbiztonsággal kapcsolatos cél: bűnözés növekedését megelőzni a használói helyiségekben és környékükön

A használói helyiségre úgy tekintenek, mint amely vonzza a szerhasználókat és a drogdílereket, több bűncselekményt és közfelháborodást okozva

Ezért a használói helyiségeknek céljuk megelőzni:

- a bűnözés növekedését a környéken;
- a drogkereskedelem növekedését a környéken;
- a drogkereskedelem és más bűncselekmények megelőzését a használói helyiségekben.

28. táblázat. Áttekinti a használói helyiségekkel kapcsolatos célkitűzéseket, elvárt hasznokat és kockázatokat. Nem mindegyik használói helyiség követi ezeket a célkitűzéseket.

CÉLKITŰZÉS	ELVÁRT HASZNOK	VÁRHATÓ KOCKÁZATOK
minél több embert elérni a célcsoportból	vonzza a célcsoportot, és a szerhasználók számára is elfogadható legyen a szolgáltatás, használják rendszeresen, elegendő kapacitással rendelkezzen a megfelelő helyen és időben, hogy a célcsoport egészét elérje	előfordulhat, hogy nem célcsoportba tartozók is használják a szobát, olyan emberek válhatnak kábítószer-használókká, akik addig nem voltak. A szolgáltatás politikája megnehezítheti a még jobban kirekesztett és zűrös klienseknek, hogy rendszeresen megjelenjenek, ami csökkenti a helyiség hatását.
biztonságos környezet biztosítása, ami alacsony kockázatú, higiénikusabb szerhasználatot tesz lehetővé	a szerhasználatból fakadó olyan ártalmak csökkentése, melyek abból adódnak, hogy nyilvános helyen szelni kell az injekciózással, ezért a használói szobák biztosítani szeretnék, hogy higiénikus körülmények között, biztonságosabb szerhasználat legyen lehetséges, vészhelyzet esetén azonnali segítség elérhető legyen	jobb feltételek között történő szerhasználat növelheti a kábítószer-használatot, vagy kockázatosabb szerhasználati minták elsajátítására bátoríthat
csökkenteni a megbetegedések és halálozások számát a célcsoportban	Egészséges életmóddal és biztonságosabb szerhasználattal kapcsolatos oktatáson keresztül elérhető a tudásszint folyamatos növelése és kockázat-tudatosság kockázati magatartás csökkenése a helyiség hatásán túl; szerhasználattal kapcsolatosan betegségek terjedésének csökkentése, túladagolások számának csökkentése A használói helyiségekben történő biztonságosabb szerhasználat és a vészhelyzetek megfelelő kezelése csökkentheti a halálos túladagolások számát a közösségben.	használói szobák növelhetik a megbetegedéseket és halálozásokat azáltal, hogy „elnezik” az injekciót
Stabilizálni és elősegíteni a szolgáltatást igénybevevők egészségét	stabilizálni és elősegíteni a szolgáltatást igénybevevők egészségét használói helyiségek előnyei, hogy alapvető orvosi ellátás és tanácsadás igénybevételét növelik a helyszíni szolgáltatások által, javítják a kezelésbe kerülési arányt, elősegítik, hogy a kliensek hosszabb távon maradjanak kezelésben, egyéb szociális kezelés	a kliensek csak a használói helyiséget használják, az orvosi szolgáltatásokat nem veszik igénybe, a szerhasználatot „kényelmessé” téve visszatarthatja a klienseket a kezeléstől, ellensúlyozhatják a kezelések hatásait pl.: ha megengedik metadon kezelésben levő klienseknek, hogy használják a használói helyiségeket
mérsékelni a nyilvános szerhasználatot és az azzal kapcsolatos közfelháborodást	csökken a nyilvános szerhasználat, különösen az intravénás szerhasználat, a környéken kevesebb a látható szerhasználat és az azzal kapcsolatos közfelháborodás	'pull-effect': használói helyiségek más városokból is vonhatnak szerhasználókat a környékre

CÉLKITŰZÉS	ELVÁRT HASZNOK	VÁRHATÓ KOCKÁZATOK
a bűnözés növekedésének megelőzése a használoi helyiségekben és környékükön	a használoi helyiségeknek céljuk megelőzni a bűnözés növekedését a környéken, droggereskedelem növekedését a környéken, drogkereskedelem és más bűncselekmények megelőzését a használoi helyiségekben	vonzza a szerhasználókat és a drogdílereket, így több bűncselekményt és közfelháborodást okozva

2.4. Használoi helyiségekkel kapcsolatos elérhető irodalmak

2.4.1. Korábbi tanulmányok

A holland, német és svájci használoi helyiségeket összehasonlító első tanulmány Utrechtben publikálta a NIAD intézet (de Jong, 1996). Jelentős lépés volt annak a nemzetközi konferenciára készített írásnak a publikálása, ami angolul adott több információt a használoi helyiségekről, iránymutatást nyújtva azok működéséről (Akzept, 2000).

Sydneyben az Új-Dél-Wales-i Parlament egy bizottsága vizsgálatot kezdeményezett a használoi helyiségek költségeivel és hasznával kapcsolatban 1997 júliusában. 7 hónappal később egy mindenre kiterjedő jelentést tettek közé, amely nemzeti és nemzetközi szakértők, politikai döntéshozók, kutatók bevonásával készült, és európai használoi helyiségeknél tett tanulmányi látogatásokon és korábbi publikált tanulmányokon alapult (Parliament of New South Wales, 1998).

1998 és 2000 között számos írásban is áttekintették a használoi helyiségek határait. (pl.: Weber –Schneider, 1998; de Jong – Weber, 1999; Dolan és tsai, 2000).

2.4.2. További újabb tanulmányok

1999/2000-ben Kimber és társai nemzetközi felmérést végeztek 39 német, holland, spanyol és svájci használoi helyiségről (Kimber és tsai, 2001), amely szisztematikus áttekintést nyújtott a használoi helyiségek közös elemeiről és különbségeiről.

Hollandiában a Social Addiction Policy Development Centre at the Trimbos Instituut megbízásából készült irodalmi áttekintés öt 1997-1999 közötti értékelő tanulmányt tartalmazott Rotterdamban, Venloban, Arnhemben és Apeldoornban levő használoi helyiségekről. A tanulmány során követéses kutatást végeztek annak megállapítására, hogy a használoi helyiségek milyen hatással vannak a kliensek egészségi állapotára és a közrendre.

Ez idáig a leginkább minden részletre kiterjedő felmérés 19, 2001-ben Németországban működő használoi helyiségről készült. A tanulmányt az Egészségügyi Minisztérium megbízásából 2002-ben készítették (Poschadel és tsai, 2003). Ebben a tanulmányban a 19 használoi helyiség működési adatait elemezték, hogy ellenőrizzék teljesítményüket. Kliensekkel, személyzettel, rendőrséggel kapcsolatos felmérések

és közvetlen megfigyelések készültek, hogy azonosítsák a gyenge pontokat, és megállapíthassák, hogy működik legjobban a gyakorlatban. Továbbá ellenőrizték, hogy a használói helyiségek a törvényekben előírtak szerint működnek-e. Emellett kábítószerrel összefüggő haláleseteket vizsgáltak 4 városban, hogy megállapítsák, a használói helyiségeknek volt-e bármilyen hatásuk a halálesetek számának alakulására (Warner, 1997; Biesma – Bielemann, 1998a,b,c; Biesma & Bielemann, 1999).

Számos részletbe menő használói helyiségekkel kapcsolatos tanulmányt publikáltak Svájcban mostanában. Különösen a Bielben (Benninghoff – Dubois-Arber, 2002; Spreyermann & Willen, 2002), Genfben (Benninghoff és tsai, 2003; Groupe Sida Genève, 2003), Bernben (Reyes Fuentes, 2003), Zürichben (Spreyermann – Willen, 2003) és Oltenben (Willen, 2002) található helyiségeket értékelték. Összetett kutatási terv alapján dolgoztak, amely kvalitatív és kvantitatív módszereket is tartalmazott: interjúk, megfigyelések, fókuszcsoportos beszélgetések, kvantitatív felmérés a kliensek és alkalmazottak között, megfigyeléses adatok elemzése és másodelemzése (pl.: bűnügy, rendőrségi beavatkozások, eldobált fecskendők nyilvános helyeken). A svájci kutatások sajátossága, hogy olyan kutatási eszközöket használtak benne, amelyeket más alacsonyküszöbű csoportok kockázati magatartásával kapcsolatos vizsgálatokban is alkalmaztak (1990-es évek AIDS prevenciója), így a trendek összehasonlíthatók.

Sydneyben, 2001 októbere és 2002 májusa közötti használói helyiségekkel kapcsolatos kutatás folyamatokat, kimeneteleket, gazdasági értékeléseket tartalmazott (MSIC Evaluation Committee, 2001). Az eredményeket 2003-ban publikálták. (MSIC Evaluation Committee, 2003).

2.4.3. Módszertani kihívások

Az használói helyiségek egészségre és szociális integrációra kifejtett hatásait nehéz mérni és a lehetőségek száma korlátozott. Először is, nem csak a használói helyiségekkel lehetett elérni a környékbeli változásokat (kauzalitás problémája). Másodsor, a lehetséges hatások vizsgálatához több időnek kell eltelnie. A kutatók ezeket az akadályokat különféle értékelő módszerekkel próbálták áthidalni

29. táblázat. Indikátorok célkitűzésenként

CÉLKITŰZÉS	INDIKÁTOR
minél több embert elérni a célcsoportból	a szolgáltatás igénybevevők profilja; használat szintjei és mintázatok a helyiségekben; elhelyezkedés és nyitva tartási idő; célcsoport terjedelme városi szinten
azonnali egészségügyi célkitűzés: olyan biztonságos környezetet nyújtani, ahol alacsony kockázatú, higiénikusabb kábítószer-fogyasztás lehetséges	higiénéiával és biztonsággal kapcsolatos házirend; felügyelet és egyénre szabott kockázat csökkentésre irányuló tanácsok; típusok és kimenetelek, használat szintjei és mintázatok
középtávú egészségügyi célkitűzés: megbetegedések és halálozások csökkenése	kliens ismerete a kockázatokról (túlادagolás, fertőzések); változások a kockázatvállaló magatartásban; fertőző betegségek előfordulása; túlادagolások és halálesetek
hosszú távú egészségügyi célkitűzés: stabilizálni és elősegíteni a szolgáltatást igénybevevők egészségét	helyi szolgáltatások elérhetősége; helyi szolgáltatások használata, pl.: egészségügyi ellátás; kliens beszámolók egészségről és szolgáltatásokkal való elégedettségéről; más kezelésbe és szolgáltatásokba történő utalások
közrenddel kapcsolatos célok: csökkenteni a nyilvános szerhasználatot és az azzal kapcsolatos közfelháborodást	kliensbeszámolók a szerhasználat helyszíneiről; lakossági kutatások a nyilvános szerhasználatról és vele járó közfelháborodásról; rendőrségi jelentések és megfigyelések; eldobált fecskendők; adatok a kliensek tartózkodási helyéről
közbiztonsággal kapcsolatos cél: bűnözés növekedését megelőzni a használói helyiségekben és környékükön	helyi bűnözési kutatások; rendőrségi bűnözősei statisztikák és megfigyelések; beszámolók és megfigyelések a használói helyiségek dolgozóitól; kliens-interjúk/kérdőívek

3. CÉLCSOPORT ELÉRÉSE

Elsődleges célkitűzés: minél több embert elérni a célcsoportból

A célcsoportba magas kockázatú szerhasználók tartoznak, különösen olyanok, akik rendszeresen, hosszú távon használnak heroint vagy kokaint. Továbbá intravénás szerhasználók, szerhasználó prostituáltak, utcai szerhasználók, és más marginalizálódott, kezelésbe nem kerülő csoportok.

- el kell érni, hogy a szerhasználók rendszeresen igénybe vegyék a használói helyiséget, és elfogadható legyen számukra;
- a kapacitást úgy kell alakítani, hogy mindenkit elérjenek a célcsoportból
 - megfelelő helyen és időben, hogy közegészségügyi és közrendi célok megvalósuljanak.

Kockázatok:

- olyanok is használhatják, akik a célcsoporton kívül esnek, végül szerhasználóvá válnak;
- A szolgáltatás politikája megnehezítheti a még jobban kirekesztett és zűrés klienseknek, hogy rendszeresen megjelenjenek, ami csökkenti a helyiség hatását.

3.1. A szolgáltatás igénybevevők sajátosságai

3.1.1. Életkorra, nemre és szerhasználatra vonatkozó profil

A tipikus használói helyiségekbe járó elmúlt 30 éves, legalább 10 éves drogkarrierrel rendelkezik – főleg kokaint és heroint használ. 20 év alatti és 1-2 éves drogkarrierrel rendelkezőkre nem jellemző, hogy használnák ezt a szolgáltatást, ugyanis az 40-es, 50-es, 60-as éveikben járó kliensek regisztrálnak többen az utóbbi években (IDH, 2000, 2001; Drogennotdienst, 2002). Keresztmetszeti vizsgálatok kimutatták a legrégebben működő használói szobáról Bernben (Fixerstübli), hogy klienseik előregedő populációt alkotnak (1990, 1995, 2001). A kliensek átlagéletkora 1990-ben 26, 1995-ben 30, 2001-ben 33 volt. 1990-ben a kliensek 50%-a 25 év alatti volt, de ez 2001-ben 15%-ra esett vissza. Az adatok azt is mutatják, hogy akik a használói szoba szolgáltatásait igénybe veszik, azok egyre inkább az intravénás szerhasználók, szocioökonómiai státuszuk alacsony, és az igénybe vehető szolgáltatások sokfélesége ellenére folyamatos szerhasználók (Minder Nejedly – Bürki, 1999; Reyes Fuentes, 2003).

A használói helyiségeket 70-90%-ban férfiak látogatják (Hamburg, Rotterdam), kivéve ott, ahol a célcsoportba prostituáltak tartoznak. Bernben, Bielben, Genfben, Frankfurtban és Sydneyben végzett vizsgálatok szerint a kliensek gyakori injektlók, tehát heti több alkalomtól napi több alkalomig szúrnak heroint vagy kokaint. Hollandiában is sok a gyakori szerhasználó, de ott inkább az inhalálás/elszívás a jellemző.

Sok nyilvános szerhasználó van a használói szobák kliensei között. Az elmúlt havi adatok alapján Sydneyben (MCIS) a kliensek 39%-ban használtak drogot nyilvános helyen, a genfi kliensek 20%-a vallotta azt, hogy már nem használnak drogot nyilvános helyen.

A használói helyiségek általában nem vesznek fel olyan klienst, aki kísérletező vagy szakaszos (intermitted) szerhasználó. Ez önmagában megakadályozza, hogy naív szerhasználókat vonzzon a használói helyiségekbe. Azonban nehéz helyzetek alakulhatnak ki. Benninghoff és tsai (2003) Genf használói helyiségének klienseit vizsgálva azt találták, hogy a helyiség működésének első évében 736 kliensből 4 a használói helyiségben injektlált először. Bernben 1995-ben 154-ből 7 (4,5)% és

2001-ben 147-ből 4 (2,7%) kliens először alacsonyküszöbű használói helyiségben injektált. A használói helyiségek működési elve szerint általában lebeszélük a klienseket az első injektálásról és elküldik őket, de egyes létesítmények nem tagadják meg a steril eszközöket.

3.1.2 Lakhatás

A használói helyiségek szolgáltatásait igénybevevő kábítószer-használók egy jelentős kisebbsége nem rendelkezik állandó lakhellyel, ideiglenes szállásokon vagy átmeneti menedékhelyeken élnek. Tanulmányok kimutatták, hogy a német városokban a kliensek 19-27%-a nem rendelkezik állandó szálláshellyel.

3.1.3. Bevételi források

A használói helyiségek kliensei gyakran munkanélküliek és a szociális juttatásoktól függenek.

3.1.4. Börtönbüntetés

A használói helyiségek kliensei közül sokan voltak már börtönben. Svájci tanulmányok szerint (Genf, Biel, Bern) a bebörtönzés életprevalenciája 50% és 75% között volt, Spanyolországban pedig 38%. Sydneyben a regisztrációt megelőző 12 hónapban a kliensek 26%-a volt börtönben.

3.1.5. Tartózkodási hely

Az első köztí német tanulmány szerint Frankfurtban a használói helyiség klienseinek 63%-a helyi volt. Az 1990-es évek második felében a német és svájci használói helyiségek működési szabályzata kizárta szolgáltatásaiból a nem helyi szerhasználókat.

3.1.6. Korábbi kezelések

A Madridban regisztrált kliensek fele vallotta magáról, hogy korábban álltak már kezelés alatt (Agencia Antidroga, 2000). Németországban, 2002-ben a használói helyiségekben regisztrált kliensek fele vett már részt drogmentes kezelésben, 43% szubsztitúciós kezelésben (beleértve azokat, akik mindkét szolgáltatást igénybe vették), de 15% semmilyen kezelésben nem vett részt. A megkérdezettek harmada vallotta, hogy a használói helyiségek jelentették a belépőt kezelési rendszerbe (Poschadel és tsai, 2003, p. 118).

Sydneyben a 3810 regisztrált kliens kétharmada volt már kezelésben legalább egyszer, egynegyedük pedig az elmúlt évben került kezelésbe (főleg metadon fenntartó kezelés) (MISC Evaluation, 2003).

3.1.7. *Kapcsolat más szolgáltatásokkal*

A szubsztitúciós kezelésben levők aránya a használói helyiségek kliensei között a nemzeti és helyi felvételi elvektől függ. Más szolgáltatásokkal történő szoros együttműködés, és kliensek beutalása más szolgáltatásokba szerves részét képezi a használói helyiségek működési elvének. A kliensek 38-88%-a használói helyiségek mellett más egészségügyi és speciális szolgáltatásokat is igénybe vesznek. A legfőbb kiegészítő szolgáltatások alacsonyküszöbű létesítmények, tűcserék, egészségügyi ellátást és szociális tanácsadást nyújtó szolgáltatások és szálláshelyek. Ezek a szolgáltatások gyakran a használói helyiségek közelében találhatók.

3.2. *Kihasználtság és lefedettség*

3.2.1. *Szerhasználat a használói helyiségekben és az adminisztráció módja*

A használói helyiségekben leginkább használt szer a kokain és a heroin, beleértve a keveréküket is, és a fogyasztás leggyakoribb módja az intravénás szerhasználat, kivéve Hollandiában, ahol inkább elszívják a kábítószeret.

3.2.2. *Kihasználtság*

Az átlagos heti forgalom kevesebb mint 50 fő a kisebb helyiségekben, a nagyobb létesítményekben, amelyek drogpiachoz vannak közel, akár 2000 kliens is megfordulhat. A felhasználási szokások is változóak. A Sydneyben és Madridban található kliensmonitorozó rendszer nagy kliensforgalmat mutat és kevés rendszeres használatot.

Sydneyben 18 hónap alatt 3810 kliens regisztrált, és a helyiséget 56 861-szer keresték fel – ez átlag 15 használat kliensenként. A vizsgálat első 6 hónapjában a felügyelt injektlások száma hetente 468 volt, a 7-12. hónapban ez 852-re ugrott, a 13-18. hónapban pedig 1049 lett (MSIC Evaluation Committee, 2003). A 18 hónap alatt 62 regisztrált kliens sose használta a létesítményt, a fennmaradó 3748 használó harmada (1274 fő, 34%) csak egyszer, 41% 1-2-szer, és csak egynegyede (937) 11-szer vagy annál több alkalommal használta. Gyakori szerhasználók és prostituáltak, akik az első hónapokban regisztráltak, nagy valószínűséggel a későbbiekben is előfordultak (MSIC Evaluation Committee, 2003; Kimber és tsai, 2003b).

A Madrid közelében található használói helyiség működésének első 26 hónapja alatt (2000 májusától 2002 júniusáig) 5.086 klienst regisztrált, 80 671 injektlást felügyelt, kliensenként 15 szúrást jelentett átlagosan. (Ministerio del Interior, 2002).

1998 májusa és szeptembere között Frankfurtban kvantitatív elemzéssel vizsgálták a forgalmat minden hónapban egy héten át. Az eredmények azt mutatták, hogy hetente 500-600 szerhasználó keresi fel a létesítményt (Happel, 2000).

A felügyelt injektlások száma 2650 volt, ami azt jelenti, hogy egy kliens egy hét alatt átlagosan 5-ször injektlált. Ez alátámasztja egy korábbi frankfurti kutatás eredményeit (Kemmesies, 1995), melyben szerhasználókat kérdeztek meg arról, hogy hányszor használják a helyiségeket. Átlagosan 5 alkalom volt a válasz. Egy 1997-es frankfurti kutatás szerint, a kliensek 63%-a hetente többször használja a helyiséget, 34%-uk állította, hogy napi használója a szolgáltatásnak (Happel, 2000). Egy nemrégiben készült tanulmány szerint 18 német használói helyiség nem véletlenszerűen kiválasztott 168 kliense közül 84% állította, hogy egynél többször használja a helyiséget, közülük 51% naponta legalább egyszer felkeresi a szolgálatást (Poschadel és tsai, 2003, p. 117).

3.2.3. Elhelyezkedés és nyitva tartási idő

Poschadel és tsai (2003) azt találták, hogy a használói helyiségek által nyújtott biztonságos és steril injektlási lehetőség mellett a kliensek azért keresik fel a létesítményt (kérdezettek 27%-a), mert közel van ahhoz a helyhez, ahol a kábítószer szerzik be.

Az estére is kiterjedő nyitva tartási idő a szerhasználók egy specifikus csoportját vonzhatja a használói helyiségekbe. Egy hamburgi tanulmány szerint (Baumgärtner, 2000) a női és a gyakori szerhasználók aránya megnövekedik azzal, hogy a későbbi órákban is nyitva vannak. Több a női kliens, ahol a létesítmény közel van prostitúció helyszínehez.

Az újonnan létrejött használói helyiségeket Németországban, Svájcban és Ausztráliában a kliensek gyorsan elfogadták, és csak hat hónap kellett ahhoz, hogy a létesítmények magas használati szintet érjenek el (Kemmesies, 1995; Sozialamt der Stadt Zürich, 1995; Happel, 1997; Spreyermann – Willen, 2002; MSIC, 2003).

3.3. A célcsoport elérésével kapcsolatos következtetések

A használói helyiségek gyakran az idősebb, régi szerhasználókat érik el, akik korábban nem álltak semmiféle kezelés alatt. A szolgáltatás különösen sikeresnek tűnik a nehezen elérhető csoportok vonzásában. Az állítás, miszerint a naiv szerhasználók jobban bevonódnak az intravénás szerhasználatba a használói helyiségek létezésével, nem nyert bizonyítást.

A kliensek szocio-demográfiai státusza szerhasználói profilja hasonló minden országban. Az adatok azt mutatják, hogy a használói helyiségek elérik a hosszú távú szerhasználókat, az utcán injektlókat, a hajléktalan szerhasználókat és a szerhasználó prostituáltakat, és megkönnyítik a kapcsolatfelvételt a problémás és marginalizálódott szerhasználókkal. A demográfiai adatok azt is mutatják, hogy sikeresen el tudják érni azokat a régi szerhasználókat, akik semmilyen szolgáltatást nem vettek igénybe azelőtt.

A használói helyiségek kliensei közül sokan vesznek igénybe más alacsonyküszöbű szolgáltatásokat. (pl.: szálláshelyek, tűcserék). Ez tükrözi a használói helyiségek lehetséges szerepét, miszerint egy kiterjedtebb szolgáltatási hálózat szerves részei, melyek nehezen elérhető csoportokkal tartanak fenn és létesítenek kapcsolatot. A használói helyiséget igénybe vevő problémás szerhasználók öregedő csoportja nagyobb bizalommal lehet a különféle szolgáltatások felé.

A szolgáltatás kihasználtságát befolyásolja annak elérhetősége, és a szerhasználók élethelyzete és szükséglete iránti érzékenysége. Sok szerhasználó állítja, hogy ha nem lettek volna használói helyiségek, nyilvános helyeken injektáltak volna.

Azokban a városokban, ahol nagy szerhasználó populáció létezik, a használói helyiségek kapacitása kielégíti az igényeket, így jelentősen csökkent a nyilvános szerhasználat. A kapacitást a célcsoport igényeihez kell igazítani, (pl. sok öreg szerhasználó rossz fizikai állapotban van, így mozgásában korlátozott): a szolgáltatásoknak közel kell lenniük a drogkereskedelem helyszíneéhez, a szerhasználóknak létesített nappali és éjszakai ellátó helyekhez, továbbá éjszakai nyitva tartásra is szükség van.

4. EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOT

A használói helyiségeknek 3 célkitűzésük van az egészségügyi kockázatok csökkentésével kapcsolatban: céljuk biztonságosabb és higiénikus körülményeket biztosítani a szerhasználatához (közvetlen célkitűzés), csökkenteni a megbetegedések és halálozások számát a célcsoportban (középtávú célkitűzés), stabilizálni és elősegíteni a kliensek egészségét (hosszú távú célkitűzés).

4.1. Higiénia és biztonsági körülmények

Közvetlen célkitűzés: Egy olyan környezet biztosítása, mely alacsonyabb kockázatú, higiénikusabb szerhasználatot tesz lehetővé

A szobák igyekeznek biztosítani, hogy:

- a szerhasználat higiénikusabb körülmények között történhessen, és biztonságos legyen;
- vészhelyzetben azonnal elérhető legyen az ellátás.

Kockázatok:

- a biztonságos szerhasználati körülmények emelhetik a szerhasználat szintjét, és kockázatosabb használatra bátoríthat.

4.1.1. Házirendek és alapvető szolgáltatások

Minden használói helyiség rendelkezik házirenddel (pl. nem lehet alkoholt fogyasztani, nem lehet megosztani az injektláshoz használt eszközöket, nem szabad injektlálni a nyakba és ágyékba, bizonyos anyagok vagy használati módok tiltása), és ragaszkodnak bizonyos alapvető szolgáltatásokhoz. Azoknak a szerhasználók, akik igénybe szeretnék venni a használói helyiségek szolgáltatásait, eleget kell tenniük a házirend szabályainak és alapvető biztonsági és higiéniai előírásoknak. A szükséges felszereléseket általában ingyen biztosítják: steril tű és fecskendő, víz, szűrő, tampon, főzőedények/kanalak, alumínium fólia és további kellék. A használat után a személyzet a kellékektől biztonságosan megszabadul, a használói terepet és az újra felhasználható eszközöket fertőtleníti pl.: kanalak. Elegendő idő van a nyugodt szerhasználatra, legalább 30 perc, időben nincs korlátozás. (a kokain használóknak általában 15 perc is elég).

Minden szerhasználat felügyelt a higiénia és a túladagolás kockázata miatt. A felügyelő személyzet tanácsokat adhat a biztonságosabb szerhasználatához (6. ábra), de nem segíthetnek a szerhasználatban. A magas kockázatú magatartás direkt megfigyelése lehetővé teszi, hogy a személyzet a helyzetnek megfelelő tanácsot adhasson. A személyre szabott tanácsadás különös előnye a használói helyiségeknek. A személyre szabott üzeneteket sok szerző tárgyalta, mint az alacsonyabb kockázatú magatartás elősegítésének eszközt (Geense, 1997; Happel – Steinmetz, 2001; Dubois-Arber és tsai, 1999; Zurhold és tsai, 2001; van Beek, 2003; Spreyermann – Willen 2003; Benninghoff és tsai, 2003).

48. ábra. Felvilágosítás biztonságosabb szerhasználatról

A biztonságosabb szerhasználatról szóló felvilágosítás a következő tanácsokat tartalmazhatja: alapvető higiéniai szabályok pl.:

- kézmosás;
- tű és fecskendő típus kiválasztása;
- véna kiválasztása, szűrőhelyek váltogatása, perifériás vénák használata;
- injektlási technika: behatolás szöge, érszorító használata;
- dózis;
- vénák ápolása.

4.1.2. Higiénia és biztonság mint a látogatottság okai

A kliensek figyelembe veszik, hogy a steril szerhasználati körülmények, az orvosi felügyelet és vészhelyzet esetén az azonnali beavatkozás lehetősége miatt fontos a használói helyiségek használata (Minder Nejedly – Bürki, 1999; Zurhold és tsai, 2001; Benninghoff – Dubois-Arber, 2002; Poschadel és tsai, 2003; Reyes Fuentes, 2003). Például, egy német felmérésben 168 kliensből 70% nyilatkozta, kevésbé félnek attól, hogy egészségkárosodást szenvednek, amikor felügyelet alatt használnak

kábítószert. Egy nyitott kérdésre 48% válaszolta, hogy a steril körülményeket értékeli a legjobban, továbbá 36% az orvosi felügyeletet és a sürgősségi beavatkozást, és 31% azt, hogy többé már nem kell nyilvános helyen használniuk a kábítószert (Poschadel és tsai, 2003).

A használói helyiség félelemtől mentes szerhasználatot tesz lehetővé. Nem zavarhatnak a rendőrök, és más szerhasználók vagy dílerek. Nem kell sietni a szerhasználattal, így elkerülhetőek az ezzel kapcsolatos kockázatok. Ezért is használják a szerhasználók ezt a fajta szolgáltatást (Ronco – Spuhler 1994; Kemmesies, 1995; Geense, 1997; Happel, 2000; Benninghoff és tsai, 2003; Poschadel és tsai, 2003; Reyes Fuentes, 2003).

1990-ben, 1195-ben és 2001-ben egy berni kutatásban a legtöbben (59%, 86%, 71%) azért használták a helyiséget, mert nyugodtabb injekciót tesz lehetővé. 40-47% pedig azért használta a szolgáltatást, mert nem kell félni a rendőrségtől (Reyes Fuentes, 2003).

Németországban 47% a védett környezetet jelölte meg a használói helyiségek pozitív jellemzőként (Poschadel és tsai, 2003, p. 119).

4.1.3. Vészhelyzetek és kimenetek

Vészhelyzetek típusai

Vészhelyzetek a használói helyiségekben leginkább túladagolásból (főleg herointúladagolásakor következnek be légzésleállással) és epilepsziás rohamokból adódnak. Kábítószer által kiváltott allergiás rohamok nagyon ritkák.

A legtöbb vészhelyzet a heroinhasználatához kapcsolódik. Sydneyben (MISC) 18 hónapos vizsgálat alatt 5-ből 4 túladagolás a heroinhoz, 15% pedig a kokainhoz volt köthető (MSIC Evaluation Committee, 2003) Hasonlóan alakult ez Németországban is: a frankfurti használói helyiségben 2000-ben 300 vészhelyzetből 81% herointúladagolás miatt volt, melyet különböző súlyosságú légzésleállások kísértek. 14% epilepsziás roham, 5% pedig kokainnal kapcsolatos vészhelyzet volt (IDH, 2001).

2001-ben egy kisebb használói helyiségben 119 vészhelyzetből 73% kapcsolódott légzésleálláshoz, a legtöbb esetben azért, mert a heroint crack-kel, alkohollal keverték, 18%-ban pedig gyógyszereket is használtak crack és/vagy alkohol mellé (AIDS Hilfe, 2002).

Vészhelyzet-arány

Vészhelyzetek aránya a használói helyiségben meglehetősen eltérő. Svájcban és Spanyolországban nagyon alacsony a vészhelyzet-arány. Zürichben 1993 és 1994 között 1000 injekcióra jutott 0,5 vészhelyzet jutott (Sozialamt der Stadt Zürich, 1995). Bielben és Genfben pedig ez az arány 0,9 és 1,8 az 1000-ból (Spreyermann – Willen, 2002; Benninghoff és tsai, 2003). A Madrid közeli használói helyiség

(DAVE) működésének első két éve alatt pedig 1,3 az 1000-ból volt a vészhelyzetek aránya (C. Alvarez Vara, Antidrugs Agency of the Autonomous Government of Madrid, személyes közlés, 2003. február).

A legtöbb használói helyiségben az arány 3/1000 körül van, és ritkán megy 4/1000 fölé.

A használói helyiségek gyakran nyílt színi droghasználathoz közel helyezkednek el, hogy a létesítményen kívül is el tudják látni a vészhelyzeteket. Ez jellemzi a Madrid közeli (DAVE) használói helyiséget, ahol 4-szer több vészhelyzetet kell ellátni az intézményen kívül, mint belül (Díaz-Gutierrez, 2001; C. Alvarez Vara, Antidrugs Agency of the Autonomous Government of Madrid, személyes közlés, 2003. február).

A vészhelyzetek kimenetelei

A forrásoktól függően a használói helyiségekben a személyzet egyedül vagy egy orvosi csapat segítségével látja el a vészhelyzeteket. Vannak olyan használói helyiségek, amelyek rendelkeznek külön jól felszerelt vészhelyzet esetén használandó orvosi szobával, és egy orvos vagy egy nővér mindig ügyeletben van (Sydney, Madrid). Németországban és Svájcban a legtöbbször orvos jelenléte nélkül működik a helyiség, de a személyzetbe tartoznak nővérek és egyéb képzett szakemberek.

Azért fontos hívni a mentőket, mert csak orvos alkalmazhatja az opiátantagonista naloxone-t, ami visszafordítja az opiáttúladagolásból adódó légzésleállást. Egy elemzés szerint egy német használói helyiséghez a vészhelyzetek 71%-ban hívták ki a mentőt, 59%-ban alkalmaztak naloxone-t a mentősök – ami az összes vészhelyzet 42%-a (Happel–Steinmetz, 2001). Sydneyben (MISC) ahol a naloxone-t képzett személyzet alkalmazza, a 18 hónapos működést vizsgálata azt mutatta ki, hogy 329 herointúladagolás 25%-ában alkalmazták.

30. táblázat. Kórházba kerülés vészhelyzetek után három nagyobb használói helyiségben

NÉV, ELHELYEZKEDÉS / FORRÁS	A MEGFIGYELÉSI IDŐ- SZAK ALATT FELÜGYELT INJEKTÁLÁSOK SZÁMA	VÉSZHELYZETEK SZÁMA	KÓRHÁZBA KERÜLÉSEK SZÁMA	KÓRHÁZI ELLÁTÁST IGÉNYLŐ VÉSZHELY- ZETEK ARÁNYA
Konsumraum Frankfurt, January 1999 to July 2000 (IDH, 2000, 2001; Happel and Steinmetz, 2001)	214 682 (1)	641 (2)	33	5,1%
La Strada Frankfurt, January to December 2001 (AIDS Hilfe, 2002)	25 596	119 (3)	10	8,4%
MSIC Sydney, May 2001 to October 2002 (MSIC Evaluation Committee, 2003)	56 861	409 (4)	9	2,2%

(1) Poschadel és tsai (2003).

(2) Beleértve 103 létesítményen kívüli vészhelyzetet

(3) Beleértve 16 létesítményen kívüli vészhelyzetet

(4) Kábítószer-túladagolással kapcsolatos klinikai esetek.

4.1.4. A kábítószer-használat szintjére tett batások

2001-ben és 2002-ben a Sydneyben található használói helyiség kliensei között változott az injektlások gyakorisága – saját bevallásuk szerint (n=152 és 199 az említett években): 10% és 9% számolt be arról, hogy gyakrabban injektálnak, míg 16 és 22% ritkábban injektál, amióta a helyiséget használják. Akik arról számoltak be, hogy gyakrabban szúrnak, azt is mondták, hogy kokaint használnak, a ritkábban injektálók pedig heroinhasználók voltak (MSIC Evaluation Committee, 2003, section 5.3.2 & 5.4.3).

4.1.5. Következtetések a higiéniai és biztonsági körülmények tekintetében

A használói helyiségek elérik az azonnali célkitűzésüket, tehát sterilebb, alacsony kockázatú szerhasználatot tesznek lehetővé biztonságos körülmények között, anélkül, hogy a szerhasználat súlyosbodna, és anélkül, hogy kockázatos szerhasználati minták jelennének meg.

Úgy tűnik, a használói helyiségeknek köszönhetően az intravénás szerhasználók kockázati magatartása csökken, különösen az injektlálás terén történik fejlődés: steril felszerelést használnak és nincs lehetőségük megosztani a kábítószert. További előny, hogy vészhelyzet esetén azonnali orvosi segítség nyújtható, és használói helyiségekben elhasznált felszereléseket eltávolítják. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a kliensek értékelik a steril körülményeket, a biztonságot és a nyugalmat.

A képzett személyzet képes gyorsan reagálni a vészhelyzetekre, és általában kórházba szállítás nélkül megoldják a helyzeteket. Úgy tűnik, a használói helyiségekben történő vészhelyzetek kimenetele kevésbé súlyos, mint a használói helyiségen kívül történteké. Az azonnali orvosi beavatkozásnak köszönhetően kevesebb a túladozások halálesetek és a kórházba kerülések száma, így a költségek is kisebbek. Egy olyan halálesetet jelentettek egy használói helyiségből, mely allergiás reakció miatt következett be, de halálos túladozás még sehol sem történt.

4.2. A használói helyiségek csökkentik a megbetegedések és halálesetek számát?

Középtávú célkitűzés: csökkenteni a megbetegedések és halálesetek számát

Egészségesebbé válás és biztonságos használatra vonatkozó oktatásokkal kapcsolatos elvárások:

- tartós javulás az ismeretekkel és kockázati tudatossággal kapcsolatban;
- magas kockázati magatartás csökkenése;
- csökken az intravénásan átadható betegségek terjedése;
- túladozások számának csökkenése.

Lehetséges kockázatok:

- a használói helyiségek növelik a megbetegedések és halálesetek számát azáltal, hogy „elnézik” az injektlást.

4.2.1. Fertőző betegségekre és kockázatvállaló magatartásra gyakorolt hatások:

Kliens-beszámolók és a személyzet megfigyelései a kockázati magatartással kapcsolatban

Az elemzés „dózis-hatást” sugall: minél inkább használják a helyiséget, annál jobban csökken a kockázati magatartás. Poschadel és tsai (2003, p. 123) által megkérdezett kliensek fele állította, hogy a használói helyiségeknek köszönhetően a biztonságosabb szerhasználat jellemzi őket. 82,6% nyilatkozta, hogy rendszeresen használnak steril fecskendőket és egyéb eszközöket.

Fertőző betegségek incidenciája és prevalenciája

Az értékelő kutatás nem bizonyította, hogy nőtt vagy csökkent volna a HIV, HBV, HCV fertőzések száma a használói helyiségeknek tulajdoníthatóan. A HCV fertőzöttek aránya stabilnak mutatkozott. A MSIC vizsgálat során nőtt a HCV-vel fertőzöttek száma, de ez megfelelt a nemzetközi trendeknek (MSIC Evaluation Committee, 2003).

4.2.2. Túladagolások halálesetekre gyakorolt hatása

A használói helyiségekben a halálos túladagolások száma csökken a szerhasználók körében köszönhetően a képzett személyzetnek (akik a megfelelő dózis beállításában és a biztonságos szerhasználattal kapcsolatban tudnak tanácsot adni), továbbá a házirendnek (ami nem engedi keverni a kábítószereket, különösen alkohollal), a vészhelyzet esetén azonnali beavatkozásnak, és annak, hogy a nyugodtabb körülmények lehetővé teszik, hogy ne kelljen sietni.

4.2.3. Megbetegedéssel és halálózással kapcsolatos következtetések

Az egészségügyi oktatás és a használói helyiségek lehetővé teszik, hogy a nehezen elérhető magas kockázatú csoportokban csökkenjen az egészségkárosodás. Megfelelő módszerek hiányában nem lehet mérni, hogy a helyiségek hogy befolyásolják a fertőző betegségek terjedését, ugyanis nehéz elkülöníteni a helyiségek hatását.

Hosszú távú vizsgálatok hiányában nem mérhető, hogy a használói helyiségek milyen hatással vannak fertőző betegségek terjedésére.

Nem bizonyított, hogy a használói helyiségek miatt nőne a megbetegedések és halálózások kockázata. Ellenben eddig nem történt egy túladagolások haláleset sem, pedig több millió felügyelt injekció történt és rengeteg orvosi beavatkozásra volt szükség elő vészhelyzetekben.

4.3. A használói helyiségek stabilizálják és elősegítik a kliensek egészségét?

Hosszú távú célkitűzés: stabilizálni és elősegíteni a kliensek egészségét.

Használói helyiségek előnye, hogy

- alapvető orvosi ellátás és tanácsadás igénybevételét növelik a helyszíni szolgáltatások által;
- javítják a kezelésbe kerülési arányt, elősegítik, hogy a kliensek hosszabb távon maradjanak kezelésben, egyéb szociális kezelés.

Kockázatok lehetnek:

- a kliensek csak a használói helyiséget használják, az orvosi szolgáltatásokat nem veszik igénybe;
- a szerhasználatot „kényelmessé” téve visszatárhathatja a klienseket a kezeléstől;
- ellensúlyozhatják a kezelések hatásait pl.: ha megengedik metadon kezelésben levő klienseknek, hogy használják a használói helyiségeket.

4.3.1. A szolgáltatások elérhetősége és használata a helyszínen

Helyszínen elérhető szolgáltatások: A biztonságosabb szerhasználat oktatása, a szerhasználat felügyelete, vészhelyzet kezelés mellett az alapellátáshoz tartozik még: tű- és fecskendőcsere program, alap orvosi ellátás, konzultáció, orvosi és

szociális intézményekbe utalás, kezelés, foglalkoztatási és képzési szolgáltatások. A létesítményekben általában szociális munkások dolgoznak, sok köztük az orvos és a leállt szerhasználó. A legtöbb használói helyiség más szerhasználattal kapcsolatos és egészségügyi szolgáltatást vagy hajléktalan-ellátást egészít ki.

Szolgáltatásnyújtás a helyszínen: Az olyan használói helyiségek, melyek közel helyezkednek el az illegális drogkereskedelem helyszíneihez, gyakran alacsony-küszöbű szolgáltatásokhoz tartoznak, ahol van tanácsadás, tűcsereprogram, és már korábban is létezett, és ugyanazzal a problémás szerhasználói célcsoporttal rendelkeznek. A használói helyiségeket látogatók körül-belül 5%-ának nyújtanak további szolgáltatásokat (Sozialamt der Stadt Zürich, 1995; Jacob és tsai, 1999; Benninghoff és tsai, 2003).

Kliensek elégedettsége a személyzet kompetenciájával és szolgáltatásaival: Poschadel és társai (2003) azt találták, hogy a használói helyiségek kliensei Németországban pozitív élménnyel rendelkeznek a személyzettel kapcsolatban. A kliens-elégedettség aránya a nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatban Bielben (Benninghoff – Dubois-Arber, 2002; Spreyermann – Willen, 2002) és Genfben (Benninghoff és tsai, 2003) is egyaránt magas volt. Sydneyben a legtöbb kliens azt nyilatkozta, hogy a kapott ellátás jó, a személyzet és klientúra közti kapcsolat őszinte és tiszteletteljes (MSIC Evaluation Committee, 2003, 30, 34).

4.3.2. Irányítás más szolgáltatások felé

Sydneyben a 18 hónapos kutatás alatt 1385 kliensből 577 klienst (összes kliens 15%-a) irányítottak más szolgáltatások felé. A leggyakrabban gyógyszeres kezelésbe irányítottak (43%), elsősorban buprenorphine-fenntartó kezelésbe (13%), detoxifikáló programokba (10%) és a metadon fenntartó kezelésbe (9%). Az egészségügyi ellátást tekintve a leggyakrabban orvosi konzultációk felé irányítottak (23%), és a leggyakoribb szociális szolgáltatással kapcsolatos irányítás szociális támogatás felé történt (16%). A kábítószerrel kapcsolatos kezelésbe irányítottak egyharmada még nem vett részt drogkezelésben (MSIC Evaluation Committee, 2003). Németországban a további szolgáltatásokba történő irányítások a kisebb használói helyiségekben 50, illetve a nagyobbakban 1000 is lehet (Poschadel és tsai, 2003).

4.3.3. A kliensek egészségi állapotával kapcsolatos következtetések

Rendkívül marginalizálódott problémás droghasználók a használói helyiségeknek köszönhetően bekerülnek a szociális ellátórendszerbe. A felügyelt szerhasználat mellett egy sor egyéb szolgáltatás is elérhető helyben. Az alacsony-küszöbű orvosi ellátás, a pszichoszociális konzultáció a legtöbbször igénybe vett szolgáltatások közé tartoznak, és a kliensek testi is és lelki egészségének javulásához vezetnek.

A további szolgáltatásokra vonatkozó adatokat standardizálni kell és figyelembe venni a klienspopuláció nagyságát, ami gyakran ismeretlen.

5. A HASZNÁLÓI HELYSÉGEK HATÁSAI A KÖZRENDRÉ ÉS A BŰNÖZÉSRE

A legtöbb országban a használói helyiségek létrehozását a lakosság nyugtalansága kísérte. Attól féltek, hogy a környékükre vonz további szerhasználókat, és nőni fog a bűnözés, közháborítás. Azonban a használói helyiségektől azt várták, hogy valahol elhelyezze a szerhasználatot annak érdekében, hogy ne nyilvános helyen történjen. Egyes városoknak világos stratégiájuk van arra nézve, hogy intézkedjenek a különösen problémás szerhasználókkal kapcsolatban, s ez nagy szerepet játszik a használói helyiségek működésében.

Közrend és biztonság/bűnözés tekintetében a használói helyiségek két nagy céllal rendelkeznek:

1. csökkenteni a nyilvános szerhasználatot és az ehhez kapcsolódó közfelháborodást;
2. elkerülni a bűnözés növekedését a szobákban és a szobákon kívül.

Hollandiában, Svájcban és Németországban a használói helyiségeknek szánták azt a szerepet, hogy csökkentsék a közfelháborodást. Hollandiában sokszor a helyi lakosok kezdeményezték a használói helyiségek létrehozását a nyilvános szerhasználat miatt. A helyiségek szorosan együttműködnek a helyi rendőrséggel és egyéb bizottságokkal (Wolf és tsai, 2003).

Németországban a kábítószer-törvény azt írja elő, hogy a használói helyiségek működjenek együtt a rendőrséggel, hogy elkerüljék a bűnözés jelenlétét a környéken (BtMGÄndG, 2000: lásd § 10 a II No. 6).

Svájcban a használói helyiségek a nyilvános szerhasználat és a közfelháborodás alternatívájaként jöttek létre. Sydneyben szintén a nyilvános szerhasználat csökkentése és az eldobált fecskendők miatt jött létre a használói helyiség. Madrid mellett pedig azért létesült, hogy csökkentsék az nyilvános szerhasználat társadalomra gyakorolt hatásait (Ministerio del Interior, 2002).

5.1. Mérsékelhetőek-e a nyilvános szerhasználattal kapcsolatos problémák?

Közrenddel kapcsolatos célkitűzés: mérsékelni a nyilvános szerhasználatot és az ehhez kapcsolódó közfelháborodást.

Elvárt haszon:

- csökken a nyilvános szerhasználat, különösen az intravénás szerhasználat;
- a környéken kevesebb a látható szerhasználat és az azzal kapcsolatos közfelháborodás.

Lehetséges kockázatok:

- pull-effect: használói helyiségek más városokból is vonzhatnak szerhasználókat a környékre.

5.1.1. Nyilvános szerhasználat

Folyamatban lévő nyilvános szerhasználat:

Akik nem veszik igénybe a használói helyiségek szolgáltatásait, a következő okokkal indokolták: hosszú a várakozási idő, korlátozott nyitvatartási idő, messze van attól a helytől, ahol a kábítószer szerzik be (decentralizált használói helyiség) (Zurhold és tsai, 2001, 2003).

Eldobált fecskendők és közbiztonság:

Sydneyben a vizsgált periódus alatt csökkent az eldobált fecskendők száma a környéken, de nem lehetett megállapítani, hogy ez a használói helyiségeknek tudható be, vagy annak, hogy abban az időben nehezebben lehetett heroinhoz jutni (MSIC Evaluation Committee, 2003, p. 124). Venloban megkérdezték a helyi lakosokat a használói helyiség működésének kezdete előtt és után. Azt nyilatkozták, hogy kevesebb lett az eldobált fecskendő a helyiség megnyitása óta. (Biesma – Bielemann, 1998c, Linssen és tsai, 2001).

5.1.2. Közfelháborodás

A környék hozzáállása

A holland használói helyiségek egyik fontos célja az volt, hogy csökkentsék a helyi ártalmakat ('overlast', hollandul). Gyakran összeül egy olyan bizottság, amelyben a helyi lakosok, a személyzet, a használók, a rendőrség, a városi egészségügyi igazgatás képviselteti magát, hogy kezeljék a használói helyiségekkel kapcsolatban felmerült problémákat. Több holland vizsgálat történet a használói helyiség közrendre gyakorolt hatásairól.

Nyílt színi szerhasználat és a rendőrségi stratégia

A rendszeres rendőri felügyelet és helyiség környékének takarítása miatt alacsony szinten van az okozott közfelháborodás. Problémák akkor voltak, amikor a helyiségek befogadóképessége és elhelyezkedése nem felelt meg a lakossági elvárásoknak, ilyenkor kisebb is volt a helyiségek támogatottsága.

Pull-effect: használói helyiségek más városokból is vonzanak szerhasználókat a környékre?

A legtöbb kutatás kimutatta, hogy a használói helyiségeket használók 80-90%-a helyi lakos, vagy a környékről jön.

5.2. A használói helyiségek miatt nő a bűnözés a környéken?

Közbiztonsággal kapcsolatos cél: bűnözés növekedését megelőzni a használói helyiségekben és környékükön

A használói helyiségekre úgy tekintenek, mint ami vonzza a szerhasználókat és a drogdílereket, így több bűncselekményt és közfelháborodást okozva

Ezért a használói helyiségeknek céljuk megelőzni:

- a bűnözés növekedését a környéken;
- a drogkereskedelem növekedését a környéken;
- a drogkereskedelmet és más bűncselekményeket a használói helyiségekben.

5.3. A közbiztonsággal és bűnözéssel kapcsolatos következtetések

A használói helyiségeknek köszönhetően a környékükön csökken a közfelháborodás, különösen a nyilvános szerhasználat lesz kevesebb. A rendőrség felismerte, hogy a használói helyiségek csökkentik és megelőzik a nyílt színi szerhasználatot.

A használói helyiségek elhelyezkedése a szerhasználók és a helyi lakosok igényeinek is meg kell felelnie. A drogkereskedelem helyszíneihez közel levő létesítmények további közfelháborodással kapcsolatos problémákat nem tudnak megoldani.

A használói helyiségekben a drogkereskedelmet tiltja a házirend. Nincsenek elérhető adatok azzal kapcsolatban, hogy ezt mennyire szegik meg. Kisebbségi kereskedelem megfigyelhető a helyiségek környékén, de ez nem meglepő.

Az EMCDDA (2004) JELENTÉS

IRODALOMJEGYZÉKE

- Agencia Antidroga da Consejería de Sanidad (2000) *Safe Drug Injecting Facility (S.D.I.F). 'The Third Way' – Results of First Six Months Status Report*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- AIDS Hilfe (2002) *Annual Report La Strada 2001*. Frankfurt: AIDS Hilfe.
- Akzept Bundesverband – Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (ed.) (2000) *Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms*. Lektorat: W Schneider & H Stöver, Materialien No. 4. Münster: Akzept.
- Anoro, M., Ilundain, E. – Santisteban, O. (2003b) Barcelona's safer injecting facility: a harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues*, 33, 689–711.
- Barendregt, C., van der Poel, A. – van de Mheen, D. (2002) Gebruiksruimten in Rotterdam. *IVO Bulletin* Vol. 5, No. 1. Rotterdam: IVO, 11–15.
- Baumgärtner, T. (2000) *Welche Auswirkungen haben die geänderten Drob-Inn-GR-Öffnungszeiten auf das Nutzungsverhalten der BesucherInnen dieser und der dezentralen Einrichtungen? Statistische Auswertungen der Prä- und Post-Samstags-Schließungs-Befragungen unter GR-NutzerInnen in Hamburg*. Hamburg: Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Juli 2000.
- van Beek, I. (2003) The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: a clinical model. *Journal of Drug Issues*, 33, 625–638.
- Benninghoff, F. & Dubois-Arber, F. (2002) *Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus BIEL/BIENNE 2001*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T. – Dubois-Arber, F. (2003) *Evaluation de Quai 9 'Espace d'accueil et d'injection' à Genève: période 12/2001–12/2000*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Biesma, S. – Bieleman, B. (1998a) Keetje Tippel gebruikt. Evaluatie van gebruiksruimte de Buren bij Keetje Tippel te Rotterdam. Groningen-Rotterdam, Intraval.
- Biesma, S. – Bieleman, B. (1998b) *Ruimte om te gebruiken. Evaluatie gebruiksruimte Spanjaardstraat Rotterdam*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
- Biesma, S. – Bieleman, B. (1998c) *De Daeke in gebruik. Evaluatie Opvang en Adviescentrum en gebruiksruimte De Daeke in Venlo*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
- Biesma, S. – Bieleman, B. (1999) *Wijs verwezen. Evaluatie van de gebruiksruimte De Verwijsplek te Apeldoorn*. Groningen/Rotterdam: Intraval.
- Böllinger, L. (1991) Gesundheitsvorsorge für Fixer strafbar? – Systemwidersprüche und verfassungskonforme Auslegung, ein Gutachten. *Juristische Arbeitsblätter*, 10, pp 292ff. Neuwied: Luchterhand Verlag.
- BtMG-ÄndG vom 28.03.2000* (§ 10a BtMG). Revision of German Narcotics Law with regard to consumption rooms. Text in English available at: http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_legal_text.cfm?id=677&lang=en&T=2.
- Díaz-Gutiérrez, A. (2001) *Dispositivo Asistencial de Venopunción*. Paper presented at: Curso de Formación en Drogodependencias. Programas de Reducción de Daños. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Agencia Antidroga.

- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., és tsai (2000) Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review – Harm Reduction Digest* 10, 19, 337–346.
- Drogennotdienst (2002) *Jahresbericht 2001 des Drogennotdienst Elbestrasse* 38, Frankfurt: Jugendberatung und Jugendhilfe.
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Spencer, B., és tsai (1999) *Evaluation of the AIDS Prevention Strategy in Switzerland (6th synthesis report 1996–1998)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (http://www.hospvd.ch/iump/download/files/uepp/sida6_de.pdf) (German version) Report is also available in English.
- Eastus, C. (2000) Die Entwicklung von Gesundheitsräumen in der Schweiz.. *Akzeptanz -Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, Vol. 8, No. 1 Schwerpunkt Konsumräume. Münster: Akzept Bundesverband, 10–12.
- El Correo Español y El Diario Vasco (02/12/2003) Toxicómanos veteranos utilizan la primera 'narcosala' para inyectarse cocaína y heroína (Bilbao). Drogadoctos de large recorrido. Archived at: Plan Nacional Sobre Drogas, Noticias de prensa: <http://www.mir.es/pnd/noticias/html/1dic2003.htm>.
- Geense, R. (1997) *Evaluation of the Federal Measures to Reduce Problems Related to Drug Use. To Have or Have Not: That's the Question. A Qualitative Study on Four Low-threshold Needle Exchange Services for Drug Users in Switzerland*. Lausanne: University of Social – Preventive Medicine, Prevention Programmes Evaluation Unit (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.11).
- Groupe Sida Genève (2003) Rapport d'activités 2002. Secteur réduction des risques liés à la consommation de drogues Genève: Groupe Sida Genève. [www.groupesida.ch](http://www.groupesida.ch/gsgpratique/documents/RdR2002.pdf), <http://www.groupesida.ch/gsgpratique/documents/RdR2002.pdf>.
- Happel, V. (1997) Erfahrungen in und mit Konsumräumen. In: Akzept e.V. (ed.) *Drogenvisionen – Zukunftswerkstatt für eine innovative Drogenpolitik und Drogenhilfe. Dokumentationsband zum 2. intern.Drogenkongress*. Berlin: Akzept e.V.
- Happel, V. (2000) Konsumräume – eine effektive Massnahme zur Schadensminimierung bei DrogengebraucherInnen und BürgerInnen. *Akzeptanz -Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, Vol. 8, No. 1. *Schwerpunkt Konsumräume*. Münster: Akzept Bundesverband, 30–36.
- Happel, V. – Steinmetz, J. (2001) Überdosierungen im Konsumraum. Ergebnisse und Erfahrungen nach fünfjähriger Begleitung des grössten Frankfurter Konsumraums. In: Akzept e.V. (ed.) *Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel*. Dokumentationsband zum 6. internationalen Drogenkongress, Berlin 5–7 October 2000. Berlin: VWB, 189–195.
- Hämmig, R.B. (1992b) Overseas experience: Switzerland. In: Fox, R.J. – Mathews, I. (eds) *Drugs Policy. Fact, Fiction, and the Future*. Annandale, NSW: The Federation Press, 206–209.
- IDH (ed.) (2000) *Jahresbericht 1999*. Frankfurt: Integrative Drogenhilfe (www.idh-frankfurt.de).
- IDH (ed.) (2001) *Jahresbericht 2000*. Frankfurt: Integrative Drogenhilfe.
- Jacob, J., Rottmann, J. – Stöver, H. (1999): *Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlußbericht der einjährigen Evaluation des 'drop-in Fixpunkt' in Hannover*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung, Vol. 2.
- de Jong, W.M. (1996) *Gebruikersruimtes in Nederland, Duitsland en Zwitserland. Een verkennende beschouwing*. Utrecht: NIAD.

- de Jong, W.M. – Weber, U. (1999) The professional acceptance of drug-use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany – Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 10, 99–108.
- Kemmesies, U. (1995) *Szenebefragung 1995. Die offene Drogenszene und das Gesundheitsraumangebot in Frankfurt am Main – ein erster Erfahrungsbericht*. Münster: Indro (English version: Kemmesies, U. (1999) *The Open Drug Scene and the Safe Injection Room Offers in Frankfurt am Main 1995*. Münster: Indro).
- Kimber, J., Dolan, K. – Wodak, A. (2001) *International Survey of Supervised Injecting Centres (1999–2000)*. Technical Report No. 126, National Drug and Alcohol Research Centre. Sydney: University of New South Wales (summary at: <http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Research.current.cp3?OpenDocument>)
- Kimber, J., Dolan, K., van Beek I., és tsai (2003a) Drug consumption facilities: an update since 2000, *Drug and Alcohol Review/Harm Reduction Digest* 21, 22, 227–233.
- Kimber, J. – van Beek, I. (2002) Consumption rooms – the Australian experience. *Akzeptanz*, 2, 54–58.
- Kimber, J., Macdonald, M., van Beek, I., és tsai (2003b) Sydney medically supervised injecting centre: client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *Journal of Drug Issues*, 33, 639–648.
- Körner, H.H. (1993) *Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen*. 17 May 1993; Az 406/20-9, ZfB No. 507/93. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Körner, H.H. (1994) *Gutachten vom 5.12.1994 zur Zulässigkeit von Verhaltensweisen beim Besuch von Gesundheitsräumen*. Az 406/20-9, ZfB No. 1349/94. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Landesverordnungen (Ermächtigungsverordnungen) 2000–2002 für Hamburg, Hessen, Niedersachsen, NRW, Saarland, Berlin* (legal texts by German Federal States that define implementation rules for consumption rooms; texts in German at: http://www.indro-online.de/dta_dkr.htm).
- Linssen, L., de Jong, W. – Wolf, J. (2001). *Gebruiksruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Series: Resultaten Scoren. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Linssen, L. (1999) ‘... het resultaat van paniek en wanboopsdenken...’ *Gebruiksruimten in de gemeente Amsterdam*. Doctoraalscriptie Sociaal Culturele Wetenschappen. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Michaelis, S. (1991) Zur rechtlichen Zulässigkeit des Betriebens von Druckräumen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Stöver, H (ed.) *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. Ein Sammelband*. AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe, Bd. VI, Berlin: DAH, 111–117.
- Minder Nejedly, M – Bürki, C.M. (1999) *Monitoring HIV Risk Behaviours in a Street Agency with Injection Room in Switzerland*. Dissertation at the Medical Faculty of the University in Berne, 1999.
- Ministerio del Interior (2002) *Drug Situation Spain 2001*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point ‘Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas’. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas (PND).
- MSIC Evaluation Committee (2001) *Evaluation Protocol for the trial a Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross*. Sydney: University of New South Wales (Research Coordination).

- MSIC Evaluation Committee (2003) *Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*. (can be downloaded at: http://www.druginfo.nsw.gov.au/___data/page/255/msic.pdf)
- Nationale Drug Monitor/Netherlands Focal Point (2002) *The Netherlands Drug Situation 2002*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Utrecht: Trimbos Instituut (<http://www.trimbos.nl>)
- Parliament of New South Wales (1999) *Joint Select Committee into Safe Injecting Rooms Report on the Establishment or Trial of Safe Injecting Rooms*. Sydney: Parliament of New South Wales.
- van der Poel, A., Barendregt, C. – van de Mheen, D. (2003) Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. *European Addiction Research*, 9, 94–100.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. – Schreckenberger, J. (2003) *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Schriftenreihe Bd 149). Baden-Baden: Nomos-Verlags-Gesellschaft.
- Reyes Fuentes, V.C. (2003) *15 Jahre Fixerraum Bern. Auswirkungen auf soziale und medizinische Aspekte bei Drogenabhängigen*. Dissertation at the medical faculty of the University in Bern, under the supervision of Robert Hämmig.
- Ronco, C. – Spuhler, G. (1994) Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase II. *Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern. Schlussbericht*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Cah Rech Doc IUMSP no. 111.1.
- Rush, B.R. – Ogorne, A.C. (1991) Program logic models: Expanding their role and structure for planning and evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol. 6 (2), 95-106.
- Schatz, E. – Wolf, J. (2002) *User Rooms in the Netherlands – a Short Overview*. Contribution to EMCDDA meeting, September 2002.
- Schlosemann, I. (1998) Aufenthalts- und Konsumräume in Amsterdam. *Binad Info*, 12, S42–48.
- Sozialamt der Stadt Zürich (1995) *Erfahrungsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen über den Betrieb der Gassenzimmer 1993/1994. 'Kontrollierter Konsum reduziert Risiken'*. Zurich: Sozialamt der Stadt Zürich.
- Spreyermann, C. and Willen, C (2002) *Evaluationsbericht Pilotproject Cactus. Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel*. Berne: Sfinx.
- Spreyermann, C. – Willen, C. (2003) *Evaluationsbericht Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen. Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich*. Berne: Sfinx. (can be downloaded at :www.adh.stzh.ch).
- Trautmann, F. (1995) Druckraum: Befreiend oder erdrückend – die Perspektive zwischen Freiraum, Tagtraum und Beaufsichtigung. In: *Drogen ohne Grenzen. Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland/Niederlande*. (Band 4). Münster: AKZEPT/INDRO/VWB, 213–222.
- Warner, M.N. (1997) *Over de drempel. Een onderzoek naar de mogelijkheid om harddruggebruik binnen een opvangvoorziening in Arnhem te reguleren*. Arnhem: Gelders Centrum voor Verslavingszorg.
- Weber, U. – Schneider, W. (1998) Syringe exchange in Germany. *Substance Use and Misuse*, 33, 1093–1112.

- Willen, C. (2002) *Evaluation Inhalationsraum*. Pilotprojekt der Anlaufstelle Rötzmatt, Suchthilfe Region Olten (SHO). Berne: Sfinx (<http://www.sfinx.ch>).
- Wolf, J., Linssen, L. – de Graaf, I., assisted by van Dam, T. (2003) Drug consumption facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 33, 649–661.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. – Haasen, C. (2003) Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33, 663–688.
- Zurhold, H., Kreuzfeld, N., Degkwitz, P. – Verthein, U. (2001) *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*. Freiburg: Lambertus.

JOGI HÁTTÉRANYAG A FELÜGYELT HASZNÁLÓI HELYSÉGEK KÉRDÉSÉHEZ

Kadlót Erzsébet

Ennek a tanulmánynak nem feladata a kábítószer-abúzus jogi megítélésének átfogó vizsgálata és annak eldöntése sem, hogy a fogyasztás problematikájának kezelésére a jogalkotó általában véve milyen jogi és jogon kívüli eszközöket vehet igénybe. A dolgozat – kizárólag jogi szempontból – azt vizsgálja, hogy Magyarországon lehetséges-e a *felügyelt használói helyiségek* rendszerének bevezetése, illetve ennek érdekében a hatályos szabályozás mely elemeinek megváltozása vagy módosulása szükséges.

I. A NEMZETKÖZI JOGBÓL EREDŐ KÖTELEZETTSÉGEK

A kérdés vizsgálatakor – az Alkotmánynak a nemzetközi jog és a belső jog összhangjának kötelezettségét előíró 7. §-ára, illetve a kábítószerrel visszaélés szabályozásának tartalmi és történeti sajátosságaira figyelemmel – célszerű a magyar állam által aláírt és a belső jogban megfelelően kihirdetett *nemzetközi szerződések tartalmából kiindulni*.

ELVI ÉS GYAKORLATI SZEMPONTOK

Jelen esetben a nemzetközi jogi környezetből történő kiindulás nem egyszerűen tudományosan illendő, „elvi célszerűséget” jelent. A tapasztalatok szerint a kábítószerrel visszaéléssel kapcsolatos jogi szabályozás során *legalább három olyan szempont* van, amelyek figyelmen kívül hagyása, vagy azok közül bármelyiknek a túlértékelése minden „továblblépési kísérletet” még a születése előtt halálra ítélt. A nemzetközi jogi kötelezettségek neutrális, ám kellően árnyalt megközelítésének hiánya többször vezetett már elhibázott nemzeti jogalkotáshoz.

1.1. Első tény: A nemzetközi joggyakorlatban egészen kivételes az a globális tilalom, amelynek révén a *drog-prohibíciót a világ valamennyi országa beépítette saját szabályozásába*.⁹ Az államok egyetértését kifejező, az általános prohibíciót meg-

⁹ Vö: Gerevich József: Metszéspontok a globalizált drogpolitikában (<http://fu.web.elte.hu/drogeria/cikk/0083evilag20030600.html>)

alapozó egyezmények lényeges tartalmának a közeli jövőben történő *megváltozása irracionális várakozás*.

A közelmúltban számos európai ország felülvizsgálta drogtörvényeit, és függetlenül attól, hogy a nemzeti jogalkotás a kábítószer-fogyasztók felelősségre vonása esetében milyen körben, milyen tartalommal vagy milyen eszközrendszerek igénybevételével alkalmazott „pozitív diszkriminációt” az sehol nem terjedt a tilalom feloldására. Minden állam „megerősítette azt, hogy nem áll szándékában szabályozni a használatot, nem is szólva a legalizálásról, hanem az volt a céljuk, hogy módosítsák és átvegyék az államnak az olyan magatartásra adott feleletét, amelyek továbbra is tiltottak és szankcionálандók maradnak. (...) [E]gyes országok kormányai (...) nem tervezik a jogszabályok módosítását, amelyek a tiltáson és a büntetésen alapulnak (...).¹⁰

1.2. Második tény: A nemzetközi egyezmények hatálybalépésével *az államok szabályozása nem vált egységessé*, s a jelek arra mutatnak, hogy – minden erőfeszítés ellenére – a nemzeti jogalkotás számára a *legérzékenyebb* pont mindmáig, *mindenhol a fogyasztás* kezelése maradt. A részes államok többsége az *ártalomcsökkentés fontosságát elismerve*, a kábítószer-fogyasztásból eredő társadalmi és szubjektív károk elhárítása (minimalizálása) érdekében – *a tilalmak fenntartásától függetlenül* – folyamatosan törekszik új jogi és jogon kívüli, de kellő jogi háttér mellett működő eszközök megteremtésére.

Az államokat ebben az vezérli, hogy – minden korábbi együttműködés tényét figyelmen kívül hagyva, és az „időszámítás kezdetének” az 1961-es egyezményt tekintve is – realitásként csak az állapítható meg, miszerint önmagában a prohibíció és annak erős eszköze: a büntetőjog alkalmazása sehol *nem számolta fel* a problémát. Bár az ártalomcsökkentés módszereire és eszközeire vonatkozóan nincsenek nemzetközi „szabadalmak”, a tapasztalatok fényében egyre kevésbé lehet eltekinteni attól, hogy totális elutasításuk több, mint ésszerűtlen.

Az álmódosítások kora ugyanis minden állam számára legkésőbb ott és akkor lejár(t):

- amikor az államszervezetet működtető tisztségviselők szembesülnek azzal, hogy az egyezményekkel – szövegükben deklaráltan – védeni kívánt értékek (az emberek és a társadalom egészsége, jóléte, szociális biztonsága) érdekében elfogadott és keményen érvényesített prohibíciós szabályok önmagukban nem óvják meg a nyílt téri drogszcéna ártalmaitól a droghasználattal nem érintett polgáraikat, mindenekelőtt a fokozottan oltalmazandó kiskorúakat¹¹;

¹⁰ Vö: Kábítószer-használat az Európai Unióban: jogalkotási megközelítések (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2005. 33. oldal)

¹¹ Vö: Dénes Balázs – Nyizsnyánszki Anna: Biztonságos belövés (<http://fu.web.elte.hu/drogeria/cikk/0042mancs>)

- amikor nyilvánvalóvá lesz, hogy a nyílt téri drogos szcéna olyan magatartás-mintát közvetít, amely a fogyasztók számának emelkedését indukálja;
- amikor igazolódik, hogy a fogyasztáshoz kapcsolható halálesetek és egészségügyi károk kilépnek a „drogos szférából”, már nem „egyszerű túladdagolásokban” realizálódnak, hanem a HIV, a hepatitis és további fertőzések révén elérve a társadalom drogmentes részét is, masszív közegészségügyi problémává válnak.

A felsorolt (és további) körülmények vezettek oda, hogy az *ugyanazon nemzetközi egyezményekben részes államok* ártalomcsökkentés címszó alatt *egészen eltérő megoldásokat alkalmaznak*: a büntetőeljárás részét képező kezeléstől a biztonságos fogyasztó helyiségek fenntartásán keresztül, a helyettesítő programokon át, a receptre felírt heroin adagolásáig. Nem túlzás tehát azt állítani, hogy a nemzetközi gyakorlatban mára *kialakult egy kettősség*. A tilalmat előíró, többé-kevésbé koherens rendszert megtestesítő egyezmények mentén történő szabályozással párhuzamosan – részben az ott megfogalmazott jogintézményekből kifejlődve¹² – létrejött az „egyeztetett szabályozást” nélkülöző, azonossággal legfeljebb a célok és vezérelvek szintjén jellemezhető „kárcsökkentő” intézmények hálózata.

1.3. Harmadik tény: Végül nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy a mindenkori jogalkotásnak „hajlama van” a *nemzetközi jog szabályainak „leegyszerűsített” megközelítésére*. Ez történik minden esetben, amikor a törvényhozás a kötelezően irányadó jogforrások egyes elemeire – sokszor az ennek nyomán máshol ténylegesen kialakult joggyakorlatról tudomást sem véve és az eredeti szöveggörnyezettől elszakadva, „önmagában állóan” – csupán a belső jogban kodifikálandó (kipipálandó) „feladatként” tekint. Ez azzal jár, hogy a jogalkotó a nemzetközi szerződés tartalmára egyszerűen mint a nemzeti jogalkotársra kötelezettséget telepítő vagy

¹² Erre az egyik legjobb példa Írország, ahol speciális „kábitószer-bíróságok” működnek. Az elterelésként nálunk is ismert jogintézmény alkalmazása itt nem egyszerűen a fogyasztó akaratan múló formális döntést jelent, és a szakértői tevékenység sem korlátozódik a dependencia fennállásának vagy hiányának megállapítására. Az eljárás konstrukciója szerint a bíró többféle szakértővel (addiktológus, pszichológus, stb.) és a fogyasztóval közösen keresi a megoldást arra, hogy az abúzus érintette számára a legjobb megoldást megtalálják. A rendszer nem „letudni” akarja az ügyet, hanem egyfajta életprogram-tervezést tesz a büntetőeljárás részévé. Bár a jogintézmény hatékonyságáról – a bevezetése (majd kisebb megújítása) óta eltelt időre figyelemmel – még nem áll rendelkezésre átfogó értékelés, az alkalmazók azonban sikeresnek látják az új módszert. Az új típusú elterelés persze nem „önmagában” áll. 2004-ben az ország egy átfogó programot vezetett be a kábitószer abúzus kezelésére, amelynek sarokpontjai között szerepel a közegészség védelme, a közrend megzavarásának visszaszorítása. A kábitószer stratégia ennek érdekében számos „kooperációs” elemet tartalmaz, az utcai droghasználatról a munkahelyi kábitószer-használatig bezárólag foglalkozik a kérdéssel, s mindennek része lett, hogy a büntetőeljárás részeként alkalmazott eszközök esetében is ki kell lépni az elrendelő, kiosztó, deklaratív megközelítésből. (Vö: EMCDDA 2005-ös, és azt követő jelentései.)

az elé tilalmat állító érvként hivatkozik, ám nem értékeli kellő súllyal (például a védzáradékok) biztosította mérlegelés lehetőségét.

Ennek egyik tipikus példája éppen a kábítószerrel visszaélés, ahol a hazai szabályozás sokáig „befejezettek nyilvánította önmagát” azzal, hogy az egyezmények tilalmi rendelkezéseit a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvénybe (a továbbiakban: *Btk.*) iktatta. Az elterelés, a helyettesítő kezelések vagy más módszerek bevezetésének hártása pedig éppen az egyezmények prohibíciós klauzuláira hivatkozással tartós tendencia maradt.

Minderre figyelemmel indokolt a három téma-specifikus és egy további, a gyermekek jogaira vonatkozó egyezmény egymásra vonatkoztatott vizsgálata abból a szempontból, hogy jóhiszemű végrehajtásuk kizárja-e a felügyelt használói helyiségek fenntartását. Ezek:

- az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New-Yorkban (sic!), 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezményt (a továbbiakban: *Egységes Kábítószer Egyezmény*),
- az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló Bécsben az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezményt (a továbbiakban: *Pszichotróp Egyezmény*),¹³
- az 1998. évi L. törvénnyel kihirdetett, az Egyesült Nemzetek Szervezete keretében a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988. december 20-án Bécsben kelt Egyezményt (a továbbiakban: *Prekurzor Egyezmény*),

¹³ Az Egységes Kábítószer Egyezmény és a Pszichotróp Egyezmény magyar nyelven hatályos szövegét „az egyes nemzetközi szerződések kihirdetéséről rendelkező jogszabályok, valamint a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról szóló 2005. évi XXX. törvény” tartalmazza. A szöveget pontosító, „ismételt kihirdetés” az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII. 13.) AB határozata nyomán vált szükségessé, többek között azért, mert a nemzetközi egyezmények mellékleteit az eredeti kihirdető, törvényerejű rendeletek nem tartalmazták. Vagyis csupán azt „nem lehetett tudni”, hogy a felek mely anyagokra, szerekre vonatkozóan állapodtak meg bizonyos tilalmakban és felhasználásuk ellenőrzésének szükségességében. A hazai jogalkotás évtizedeken keresztül rendeleti szinten és pontatlanul tartalmazta a tilalmi listát, miközben ez volt az alapja a hazai büntető jogszabályok alkalmazásának is. Az egyezmények szövegének magyar nyelven való – értelmes anyanyelvi fordítást tartalmazó – közzétételét ugyan a döntés külön nem rendelte el (miközben a testület maga is a hiteles angol nyelvű szövegből dolgozott), ám az csak a jogalkotót dicséri, hogy ebben a tekintetben megértette a határozat indokolásának üzenetét. Hitelesnek tehát a 2005-ös törvénnyel kihirdetett magyar nyelvű szöveg tekintendő. Az ismételt közzététel azonban – nemzetközi jogi megfontolásokból, a vállalt kötelezettségekre tekintettel – nem jelenthette a korábbi kihirdetés időpontjának eliminálását, ezért a jogalkotó a kihirdető törvényerejű rendeletek számát megtartotta.

- az 1991. évi LXIV. törvénnyel kihirdetett, a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban 1989. november 20-án kelt Egyezményt [a továbbiakban: *Gyermek Egyezmény* (33. cikke)].

2. AZ EGYEZMÉNYEK TARTALMA ÉS SZABÁLYAIK JÓHISZEMŰ ÉRTELMEZÉSE

A téma-specifikus „*nemzetközi egyezmények célja a bennük foglalt listákon felsorolt anyagok visszaélészerű használatának megakadályozása, ám nem kizárólag a büntetőjogi eszközeivel.*” A nemzeti jogalkotás feladata az egyezmények rendelkezéseinek – a szerződések célját tiszteletben tartó, jóhiszemű – átültetése¹⁴, melynek során „világosan különbséget kell tenni a kábítószer-használat és a kábítószerrel visszaélés között (úzus vagy abúzus), minthogy büntetőjogi fenyegetettség alá csak ez utóbbi kategória eshet.”¹⁵ A Gyermek Egyezmény az államokat arra kötelezi: tegyenek meg minden törvényhozási, közigazgatási, szociális és nevelésügyi intézkedést annak érdekében, hogy a gyermekeket megvédjék a három téma-specifikus egyezményben meghatározott kábító- és pszichotróp szerek tiltott fogyasztásától, illetve akadályozzák meg a gyermekeknek e szerek tiltott előállításában, kereskedelmében történő felhasználását.

2.1. A kábítószer-politika frontján – a fogyasztás körül eszkalálódó – hidegháború végére a nemzetközi egyezmények sem tettek pontot. Abban nincs vita, hogy a megállapodások a generális prohibíció talaján állnak, céljuk az egyezmények rendelkezései mentén *ellenőrzés alá vont* kábítószer-használat¹⁶ kizárólagosan *orvosi és tudományos célokra* történő korlátozása. Ennek érdekében a téma-specifikus egyezmények – anélkül, hogy elismernék a rekreációs használat megengedhetőségének akár csak elvi lehetőségét¹⁷ – az úgynevezett „egyszerű használaton” kívül ellentmondást és félremagyarázást nem tűrően viszonyulnak valamennyi, a hozzájuk csatolt megfelelő listákon szereplő kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal összefüggésben elkövetett visszaélés-szerű magatartáshoz. Leegyszerűsítve: elvárják az államoktól, hogy azokat vonják (általában) szigorú büntetőjogi megítélés alá.

¹⁴ Vö: Kábítószer-használat az Európai Unióban: jogalkotási megközelítések (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2005. 9. oldal)

¹⁵ 54/2004. (XII. 13.) AB határozat

¹⁶ A tanulmány az egyszerűség kedvéért – mindazon esetekben, amikor a különbségtételnek nincs relevanciája – egységesen alkalmazza a „kábítószer” megjelölést a kábítószerekre és a pszichotróp anyagokra.

¹⁷ Az Egységes Kábítószer Egyezmény 4. cikk c) pontja világosan megfogalmazza, hogy a használat és a birtoklás is csak gyógyászati és tudományos célokra korlátozódhat. A Pszichotróp Egyezmény 4–9. cikkeinek egymásra vonatkoztatott értelmezéséből ugyanez a következtetés vonható le.

2.2. Az „egyszerű használat” valójában az egyezményekben nem szereplő terminológia. A kifejezés a szakmai kommunikáció terméke, s a szakirodalom többnyire a személyes fogyasztói magatartást érti alatta; anélkül azonban, hogy az egyezmények terminus technikusainak megfelelően tartalmú közmegegyezés lenne a személyes fogyasztással összefüggő magatartás határait illetően.¹⁸

Az Egységes Kábítószer Egyezmény 36. cikk (1) bekezdés *b*) pontja, illetve a Pszichotróp Egyezmény (1) bekezdés *b*) pontja a személyes fogyasztás kérdéskörének kiélézése nélkül, úgy oldja fel a kérdést, hogy, ha az instrumentumokban büntetendővé nyilvánítandó magatartásokat *kábítószer-élvezők* követik el, *elítélés vagy büntetés helyett vagy mellett* az államoknak jogukban áll velük szemben egyéb intézkedéseket¹⁹ alkalmazni. Ilyennek tekintendő például a *kezelés*, a *nevelés*, az *utógondozás*, a *rehabilitáció*, illetve az elkövető társadalomba való *újbóli beilleszkedé-*

¹⁸ Messze meghaladja ennek a tanulmánynak a kereteit a vonatkozó álláspontok ütköztetése. Annyit azonban meg kell jegyezni, hogy a fogyasztáshoz szorosan kapcsolódnak más tilalmazott és szintűgy nem mindig egységes tartalommal kezelt olyan magatartások, mint a „megszerzés”, a „birtoklás”, az „előállítás”, a „készítés”, „tiltott kereskedelem” stb. Ennek az a következménye, hogy eltérő – és eltérő következtetéshez vezető – felfogások alakultak ki a fogyasztás körében tolerálni kívánt (vagy tolerálható) cselekvőség végpontjait illetően.

Az Egységes Kábítószer Egyezmény kommentárjai is ellentmondásosak ebben a tekintetben, megpróbálván különbséget tenni egyszerű használat és birtoklás között. [Erről rövid összefoglalót közöl a Kábítószer-használat az Európai Unióban: jogalkotási megközelítések (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2005. 10-11. o.) c. kiadvány.] A zavart csak növeli, hogy a fogyasztás kategóriáját a nemzetközi egyezmények is ismerik, de eltérő tartalommal használják. Az Egységes Kábítószer Egyezményben ez a meghatározás az ellenőrzött – egészségügyi vagy tudományos célú – elosztásnak egy sajátos módját definiálja. Ebből többen azt a merész következtetést vonták le, hogy a személyes, rekreációs célú fogyasztást e szerződés megengedi. Ennek az illúzióknak azonban a fogyasztás személyes használatként azonosító Prekursor Egyezmény 3. cikkének. 2 bekezdése véget vetett.

Az álláspontok abban a tekintetben is eltérőek, hogy a személyes használat körében marad-e a birtokláson kívül az e célból történő termesztés, előállítás vagy a „saját adag” megszerzése érdekében folytatott kereskedelem.

Mіндеzen kérdések megválaszolása most azért szükségtelen, mert a felügyelt fogyasztói helyiségek problematikája az ártalomcsökkentés kategóriájába tartozik. Ennek a filozófiának viszont legszélesebb értelemben éppen az a lényege, hogy a tilalmak fennállása ellenére és tilalom hiányában is a mindenkit egyformán megillető „kárméntés” állítja a középpontba.

¹⁹ A „Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988 – Done at Vienna on 20 December 1988 [United Nations, New York, 1988, (United Nations Publication Sales No E. 98. XI. 5., ISBN 92-1-148106-6), a továbbiakban: 1998-as ENSZ kommentár] szerzői rámutatnak, hogy az egyezményekben részes államok jogrendszerei összehasonlíthatatlanul eltérő következményeket tartalmaznak a kábítószer-fogyasztókkal szemben. (86-88. oldal)

sének előmozdítása.²⁰ Az Egységes Kábítószer Egyezmény 38. § (2) bekezdése – a kábítószer-élvezőkkel kapcsolatos felsorolt intézkedések hatékonysága érdekében – a kábítószerrel való visszaélés elleni intézkedések részeként az államok kötelességévé teszi az intézkedések alkalmazásában résztvevő *szakszemélyzet megfelelő kiképzését is*.

A vizsgált kérdés szempontjából kiemelendő, hogy az Egységes Kábítószer Egyezmény eredetileg a prohibíció kizárólagosságának talaján állt. *A Pszichotróp Egyezmény külön értéke volt, hogy elsőként rendelkezett a visszaélés korai felderítésének, a drogbetegek kezelésének, a felvilágosításnak, az utókezelésnek és a társadalmi rehabilitációnak az államokat terhelő kötelezettségéről.* Az e körben született rendelkezések az 1972-es módosítással bekerültek az Egységes Kábítószer Egyezménybe is.

Összességében véve ma tehát az a helyzet, hogy mindkét Egyezmény tilalmazza azon tevékenységek teljes skáláját, amelyek az „egyszerű” fogyasztásnak közvetett vagy közvetlen előfeltételei: a megszerzést, a termesztést, az előállítás, a gyártást, a tartást, a kereskedést, stb. A felsorolt magatartások büntetendőségére vonatkozó kívánalmat nem eliminálja, ha azokat követően e cselekmények egyik lehetséges célja: a fogyasztás is teljesezésbe megy. Ezáltal az egyezmények a védelmet „előre hozták” a fogyasztást megelőző időszakra, ami kimondatlanul is annak elismerését jelenti, hogy az államoknak elsősorban a felsorolt (tartalmukban azonban itt nem konkretizált) „előcselekmények” megakadályozása érdekében kell a legszigorúbb intézkedéseket tenniük. Ugyanakkor eredetileg sem zárták ki, hogy a személyes fogyasztást („egyszerű használatot”) a nemzeti jogalkotás külön nevesítve is szankcionálja,²¹ viszont azt sem, hogy az „előcselekményektől” eltérő megítélés alá vonja.²²

A nemzetközi közösség szándékát illetően végül minden kétséget eloszlatott az „egyszerű használat” tekintetben a Prekurzor Egyezmény 3. cikkének 2. pontja, amely *előírja a bűncselekménnyé nyilvánítás kötelezettségét arra az esetre is, ha a személyes fogyasztásra szánt kábítószeres és pszichotróp anyagok birtoklását, vásárlását és termesztését a másik két egyezmény rendelkezéseinek megsértésével, szándékosan követték el*²³. Kétségtelen, hogy a védzáradék megalapozása (az államok alkotmányos alapelveivel és jogrendjük alapvető rendelkezéseivel való összhang) ennek a rendelkezésnek is fontos eleme, s ez önmagában lehetővé teszi a belső jogban

²⁰ Az 1998-as ENSZ kommentárból kiolvashatóan ezek az intézkedések sokfélék és a jellegazonos megoldások tartalma sem azonos az egyes államokban (87-89. oldal).

²¹ Vö: Report of the International Narcotic Control Board for 1992 (United Nations Publication, Sales No. E. 93. XI. 1.) első fejezet

²² Az egyezmények létrehozását alapvetően nem a visszaélés-szerű magatartások büntetendővé nyilvánítása motiválta, hanem az, hogy – a bevezetőben megfogalmazott céljaiknak megfelelően – a kábítószerrel kapcsolatos jogszertű, szükséges és hasznos tevékenységeket a visszaélést kizáró ellenőrzés alá vonják. Az egyezmények szintjén a büntetőjogi tilalom bizonyos értelemben másodlagos, az ellenőrzés hatékonyabb tételének egyik eszközeként jelenik meg.

²³ Vö: 1998-as ENSZ kommentár (82-83. oldal)

a fogyasztás eltérő kezelését. Ezen túlmenően is azonban a 25. cikk a Prekurzor Egyezmény valamennyi rendelkezését szinkronba hozza a másik két egyezménnyel. Ez – a megelőzően megkötött nemzetközi szerződésekből eredő jogok és kötelezettségek hatályának fenntartásáról szóló – rendelkezés többek között azt jelenti, hogy az Egységes Kábítószer Egyezménynek és a Pszichotróp Egyezménynek a kábítószer-élvezőkre vonatkozó, a büntető út melletti vagy helyetti intézkedések alkalmazására irányuló szabályai tekintetében a Prekurzor Egyezmény 3. cikk 2. pontja nem jelent megszorítást.

Mindezek alapján az EMCDDA 2001-es jelentése úgy foglalt állást, hogy a Prekurzor Egyezmény 3. cikkének (és az egyezmény irányultságának) lényege szerint e rendelkezés közvetlen célja a fogyasztás büntetendővé nyilvánításával *egy újabb eszköz biztosítása a nemzetközi kábítószer-kereskedelem elleni hatékony fellépés érdekében, nem pedig a kábítószer-használat elleni küzdelem. A büntetés vagy kezelés kérdésében vagy a kettő „ötvözésében” pedig – saját jogrendjükkel összhangban – végső soron továbbra is az államok döntenek.*

2.3. Az egyezmények nem hagynak kétséget aziránt, hogy az orvosilag indokolatlan, nem gyógyászati vagy kutatási célú kábítószer-használat minden esetben tilalmazott. Az államoknak abban van mozgástere, hogy az „enyhébb súlyú visszaéléseket milyen módon tiltsák, nyilvánítsák büntetendővé és hogyan 'bánjanak' a kábítószer-fogyasztókkal.”²⁴

A nemzetközi szerződések *semmilyen iránymutatást nem tartalmaznak* arra vonatkozóan, hogy a kábítószer-élvezők tekintetében példálózó jelleggel felsorolt külön intézkedéseknek (kezelés, nevelés, beilleszkedés elősegítése, stb.) az államok jogában milyen tartalommal kell megjeleníteniük. E tekintetben az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII. 13.) AB *határozata* azt azonban megállapította, hogy az idézett jogi dokumentumok hiteles szövegéből *nem vonható le olyan következtetés, mely szerint a „kedvezmények” csak a függő fogyasztókat illetnék meg*; ez egyébként is a kábítószerrel visszaélés elleni küzdelem alapfilozófiáját és az arányos büntetési rendszert kérdőjeleznék meg. (Ti. az alkalmi fogyasztók esnének szigorúbb megítélés alá, s a rehabilitációt jelentő lehetőség alkalmazásával az ő esetükben is be kellene várni annak a helyzetnek kialakulását, amikor a folyamat visszafordítása már a legnehezebb.)

Hangsúlyozandó továbbá, hogy az egyezmények által a kábítószer-élvezők esetében javasolt speciális megoldásokra²⁵ vonatkozó felsorolás exemplifikatív, va-

²⁴ Vö: Lévy Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika fejlődési tendenciái az Európai Unióban [In: Az Európai Unióhoz való csatlakozás kihívásai a bűnözés és más devianciák elleni fellépés területén (Szerkesztette: Lévy Miklós); Bűnügyi Tudományi Közlemények 7. Miskolc, 2004. 101-102. oldal]

²⁵ Hosszú, de szintúgy csupán példálózó felsorolást tartalmaz erre az 1998-as ENSZ Kommentár (87-89. oldal).

gyis nem zárja ki olyan további eszközök alkalmazását, amelyek az egyezmények fő célját, a kábítószerrel és pszichotróp anyaggal való visszaélés minden lehetséges formájának megakadályozását szolgálják. E jogi dokumentumok preambulumaiból világosan kiderül, hogy a részes államok álláspontja szerint „a kábítószer-élvezet súlyos csapás az egyén számára, az emberiség számára (...) társadalmi és gazdasági veszély”, a pszichotróp anyagokkal történő visszaélés pedig aggodalomra okot adó „közegészségügyi és szociális” kérdés is. A részes államok az egyezményeket – mint az összehangolt közös fellépés eszközeit – a problémakezelés egyik módjának, eszközének tekintik, amely „az egész emberiség egészségéről és jólétéről” való gondoskodást szolgálja. Ezen a nyomvonalon halad a Gyermek Egyezmény is, amely viszont világossá teszi, hogy a probléma-kezelés a közigazgatási, nevelésügyi intézkedéseket szintúgy megkívánja.

A kábítószer-élvezők részére a téma-specifikus egyezmények szerint biztosított extra intézkedések azon a felismerésen alapulnak, hogy *nem tehető egyenlőségjel* a fogyasztás feltételeit széles körben megteremtő, a használat lehetőségét folyamatosan fenntartó, azt ösztönző elkövetési magatartások és a fogyasztás közé; s hogy a kábítószerkérdést nem lehet egységesen, kizárólag büntetőjogi kategóriaként kezelni. Az egyezményekkel tehát nem áll eleve szemben minden olyan megoldás, amely a drogmentesítés,²⁶ az egyén egészségének, mások jogainak és érdekeinek védelme céljából a „csapás” ártalmainak csökkentését szolgáló további lehetőségeket keresi. A céljait és a konkrét rendelkezéseiket nyilvánvalóan kiüresítő intézkedések (például a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó tilalom generális vagy egyes szerekre korlátozott általános feloldása) viszont szembefutnak a részes államok egybehangzó akaratával.

Függetlenül a kábítószer-élvezet tilalmazott voltától, továbbá attól, hogy az „egyszerű használatot” az egyes országokban adminisztratív vagy büntetőjogi szankciók kísérik-e, túllépve a dekriminalizációs-depönalizációs kérdéseken, ezért alakulhatott ki számos államban (Németország, Svájc, Norvégia, Spanyolország, Hollandia, stb.) – eltérő alapokon, ám azonos céllal – az ártalomcsökkentés részeként a felügyelt fogyasztói helyiségek hálózata is. Ezek működését az államok kormányai nem ítélik a drogkonvenció szellemével ellentétesnek,²⁷ mi több, az ártalomcsökkentés

²⁶ A drogmentesítés szintúgy nem definiált fogalom. Kimerítő értelmezés hiányában is egyértelmű azonban, hogy ebben a folyamatban élesen elválik egymástól az „egyszerű használat” és a használatot támogató kínálati szféra (előállítás, termesztés, kereskedelem, stb.) kezelése. A kábítószer-stratégiák ezen belül főként a fogyasztásra koncentrálnak, de abban már vannak eltérések, hogy a javasolt (alkalmazott) intézkedések, megoldások mennyiben mutatnak túl a fogyasztók személyén. Az ilyen programokban ma már általában hangsúlyos szerepet kap a fogyasztási szcéna, a nem kábítószer-élvezők védelme, a megelőzés, a fogyasztást helyettesítő programok támogatása, stb.

²⁷ Pl: Drug Consumption Rooms Background Information [Federal Ministry of Health and Social Security (Berlin, 2003.)]; Rudi Fortson: Setting up a drug consumption room – Legal issues, 2006 (The Joseph Rowntree Foundation, 2006.)

eszközéként történő elismerésükön keresztül is azt a törekvésüket fejezik ki, hogy a kábítószer-probléma kezelését nem lehet az egyezményekkel és azoknak a nemzeti jogba történő implementálásával befejezettnek nyilvánítani. Az egészségszobák, az ellenőrzött használatot biztosító helyiségek létrehozását viszont szintúgy nem tekintik az egyedül üdvözítő megoldásnak, azokra a megelőzéssel, a helyettesítő programokkal és az ártalomcsökkentés egyéb módszereivel egyenrangú eszközként tekintenek. Van azonban egy lényeges különbség a felügyelt használó helyiség és a „más” eszközök között. A felügyelt szobák fenntartói – komplex egészségügyi és szociális szolgáltatásokkal – döntően azokat a „fix” és tartós kábítószer-használókat célozzák meg, akikhez semmilyen más program nem ér el.

II. AZ EURÓPAI UNIÓS JOGFORRÁSOK

Az Európai Unió szabályozásból származó jogi elvárásokat egyrészt az elvileg (a tagállamok közötti, az igazságügyi területet érintő együttműködés fejlődése során²⁸ bármikor lehetségessé váló) közvetlen hatályuk miatt, másrészt azért érdemes röviden görcső alá venni, mert a jogalkotás ezekhez való viszonya általában a nemzetközi szerződéseknél említettekhez hasonlóan alakul.

1. „Kábítószer-ügyben” viszonylag egyszerű az „uniós helyzet”, mert a kábítószerkérdés nem tartozik az Európai Unió ún. közös politikáinak sorába. E tekintetben az Európai Közösséget létrehozó szerződés csupán szűk körben biztosít hatáskört a közösség számára (pl. prekurzorok kereskedelme, a közegészség védelme); az Európai Unió létrehozásáról szóló szerződés (a továbbiakban: EUSZ) pedig a megosztott hatáskörök tartományába sorolta ezt a témakört.

Az azonban kiemelendő, hogy a közösség 1989. június 8-án aláírta a *Pszichotróp Egyezményt*, az EUSZ VI. címe pedig az *Egységes Kábítószer Egyezményt az uniós vámáru részének nyilvánította*. Változást hozott továbbá a jogközelítésben a Tanácsnak

²⁸ A tagállamok a belügyi- és igazságügyi együttműködésben jelenleg még „őrzik” a szuverenitásukat és ezen a területen az uniós normák általában csak implementálás révén kerülnek át a nemzeti jogba. Erős azonban a törekvés ennek megváltoztatására. A Bíróság már 1980-ban a Casati ügyben hozott [C- 203/80 számú ügy (EBHT 1981., 02595. oldal)] ítéletben úgy fogalmazott, hogy bár a büntető jogszabályok, illetve büntetőeljárás törvények a tagállamok hatáskörébe tartoznak, ezzel az elvvel nem kell visszaélni annak érdekében, hogy a szerződés céljait zárójelbe tegyék. Ezzel megerősítette a közösségi jog és büntetőjog kapcsolatáról az 1979. október 25-én a Pármai Egyetemen megrendezett konferencia végkövetkeztetéseit, mely szerint a büntetőjog a harmonizáció hiánya ellenére sem nem vonhatja ki magát tartósan annak hatálya alól, hogy a közösségi érdekek védelmezője és közvetítője legyen.

az új szintetikus kábítószerre vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló 97/396 IB együttes fellépése. Ennek révén ugyanis az Európa Tanács 1996. december 13-14-i ülése felhatalmazta a Tanácsot arra, hogy a Pszichotróp Egyezmény jegyzékeit kiegészítse olyan újabb anyagokkal, amelyek közegészségügyi kockázatai ezekhez hasonlóak. A tagállamok pedig vállalták, hogy a nemzeti jogszabályokat folyamatosan oly módon egészítik ki, hogy az új szintetikus anyagok ellenőrzése és büntetőjogi értékelése a Pszichotróp Egyezmény I-II listáin felsoroltakkal azonos legyen.

A büntetőjogi integráció kereteit felerősítő Amszterdami Szerződés²⁹ nyomán került sor az eddig legjelentősebb jogi dokumentum, a *Tanács 2004/757/IB kerethatározatának* kibocsátására,³⁰ amely azonban a kábítószer-kereskedelmet helyezi a szabályozás középpontjába. *Hatálya nem terjed ki azokra az esetekre, amikor a cselekmény kizárólag az elkövető „saját személyes fogyasztását” szolgálja (2. cikk (2) bekezdés).* Ez azonban korántsem arról szóló üzenet, hogy a fogyasztás szabályozatlansága vagy a legalizáció lenne a cél. A kerethatározatból és az elfogadását kísérő vitákból kitűnően, az uniós együttműködés rendeltetése a súlyos bűncselekmények üldözésében való összehangolt fellépés, illetve ezek tekintetében a 'forum shopping'³¹ kiiktatása volt. Nem utolsó sorban a nemzeti jogrendben alkalmazott szabályozás sokszínűségére és az e téren tapasztalható jelentősen eltérő megoldásokra figyelemmel, a kerethatározat megalkotói nem ítélték szükségesnek a fogyasztás kezelése kérdésében a tagállami jogrendszerek összesítemését.³²

²⁹ A fejlődés ívéről lásd: Lévy Miklós: A kábítószer-problémával kapcsolatos kriminálpolitika fejlődési tendenciái az Európai Unióban [In: Az Európai Unióhoz való csatlakozás kihívásai a bűnözés és más devianciák elleni fellépés területén (Szerkesztette: Lévy Miklós), Bűnügyi Tudományi Közlemények 7. Miskolc, 2004. 101-104. oldal]; továbbá: Kadlót Erzsébet: Kábítószerrel visszaélés [In: Az Európai Büntetőjog Kézikönyve (Szerkesztette.: Kondorosi Ferenc – Ligeti Katalin), Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó, Budapest, 2008, 568-570. oldal]

³⁰ HL L 335., 2004.11.11., 8–11. o.

³¹ Nagyon leegyszerűsítve az ezt jelenti, hogy meg kell akadályozni, miszerint az elkövetők a felelősségre vonás esetére „kedvező helyszínt (tagállamot) szerezhessenek” maguknak.

Amennyiben ugyanazon magatartásokra vonatkozóan a tagállamok jogában a büntetés mértéke tekintetében irányadó szabályok között nagy az eltérés, éppen a legsúlyosabb cselekmények elkövetői alakíthatják úgy stratégiájukat, hogy – elkerülhetetlenség esetén – ott vonják őket felelősségre, ahol a számba jöhető szankció mértéke a legkedvezőbb. Abban az esetben pedig, ha az elkövetési magatartások tartalma nem egységes, megeshet, hogy az egyik államban nem tolerált cselekmény a másik államban büntetlen marad. Mivel azonban a lefolytatott és felmentéssel véget ért ügyekre vonatkozóan is (más uniós szabályok révén) él a ne bis in idem elve, fennáll a kettős inkrimináció tilalma. Ergo „forum-szerzéssel” végleg elkerülhető a felelősségre vonás. Ez csak úgy akadályozható meg, ha a tagállamokban a büntetőndóvé nyilvánítandó magatartásokra és a büntetés mértékére is közel azonos szabályozás vonatkozik.

³² Más értékelések szerint az uniós szintű jogalkotás erre még nem látta elérkezettnek az időt. Van továbbá olyan vélemény is, amely szerint a fogyasztás egységes kezelése – főként a holland modell miatt – lehetetlen, viszont e miatt nem szenvedhet késedelmet a súlyos bűncselekmények

2. A 'soft law' eszközök közül kiemelendők az Unióban már hagyományosnak számító, általában a tagállamok saját stratégiájának főbb elemeit is meghatározó kábítószer-stratégiák. Az Európai Tanács által 2004. decemberében jóváhagyott, a 2005—2012 közötti időtartamra szóló legutóbbi stratégia prioritásai közé tartozik a kábítószer okozta egészségi és társadalmi ártalmak csökkentése, a biztonság magas szintjének megteremtése, a kábítószer-kérdésben a civil társadalommal való együttműködés. A célok között szerepel továbbá a kábítószer-használat réteg-specifikus vizsgálata, a kezelési lehetőségekből eddig „elérhetetlenségük” miatt kimaradtak bevonása az ártalomcsökkentésbe, illetve általában a rehabilitációhoz való hozzáférés szélesítése. A fősorba tartoznak még olyan kérdések, mint a kábítószer használattal kapcsolatos egészségügyi kockázatok megelőzése, az ártalmakat mérséklő szolgáltatások biztosítása (pótszerek, fenntartó kezelések, tűcsere és hasonló lehetőségek), a HIV/AIDS, hepatitisz C és más, vérrel terjedő fertőzések, betegségek terjedésének megakadályozása, a szűrővizsgálatok célzott kiterjesztése a leghátrányosabb rétegekre, a mortalitás csökkentése.

3. A legutóbbi idők fejleménye, hogy az *Európai Unió Bírósága* (a továbbiakban: Bíróság) az ítéletei révén – egészen sajátos módon – *alakítóan hat a tagállamok kábítószerrel kapcsolatos büntetőpolitikájára*,³³ bár a fogyasztói magatartások tekintetében ennek valószínűleg csak hosszabb távon lesznek kézzel fogható eredményei. A Bíróság ítéleteire, az azokból körvonalazódó tendenciákra mindazonáltal *nagy felelőtlenség nem odafigyelni*. Ez az intézmény ugyanis az Unió – bizonyos értelemben legnagyobb hatalmú – szerve, amely az alapszerződések és más uniós jogi dokumentumok értelmezésekor számos alkalommal „meglepte” már a tagállamokat azzal, hogy az instrumentumok egyes rendelkezéseinek olyan – a továbbiakban valamennyi állam jogalkotása és jogalkalmazása³⁴ számára kötelező – értelmet tulajdonított, amelyről a részes államok azok megalkotásakor „nem is álmodtak”³⁵.

üldözésében való egységes fellépés. A magyarázatok (találgatások) azonban közömbösek, a jogalkotó múltbeli elgondolásaira vonatkozó hipotézisek egy tapodtat sem viszik előbbre a fogyasztás problematikájának jövőbeni kezelését.

³³ Ez független a kábítószer kérdésre vonatkozó, az 1. pontban említett kerethatározattól.

³⁴ Hangsúlyos kérdés, hogy az alapszerződések által létrehozott konstrukció egyik következményeként a nemzeti bíróságok és a Bíróság olyan – jogilag megalapozott – különleges kapcsolatban vannak, amely a nemzeti bíróságok számára minden további nélkül lehetővé teszi a nemzeti jog azon szabályainak eliminálását, amelyek nem kompatibilisek az uniónak a Bíróság értelmezése szerinti jogával. (A nemzetközi jogban és még a szövetségi államok jogában is ez egészen páratlan, különleges hatalmat jelentő konstrukció.)

³⁵ Például az egyik legnagyobb felháborodást az irányelveknek – a tagállami polgár közvetlen jogérvényesítését lehetővé tévő – közvetlen hatályát elismerő álláspont váltotta ki. Ezt a tagállamok eredetileg el sem tudták képzelni, ám a Bíróság következetes ítélkezési gyakorlatának – a kezdeti erős ellenállás ellenére – mára egységesen megadták magukat.

A Bíróságnak a kábítószerrel visszaélésre vonatkozó ítélkezési gyakorlata nem – az Unió, mint entitás által elismert – téma-specifikus egyezményekben, hanem a Schengeni Végrehajtási Egyezmény (a továbbiakban: SVE) 54-58. §-aiban, az európai elfogatóparancsról és a tagállamok közötti átadási eljárásról szóló 2002. június 13-i 2002/584/IB tanácsi kerethatározatban, illetve az Európai Unió és Norvégia valamint Izland között, az európai elfogatóparancs adaptálásáról kötött szerződésben gyökerezik – és ma még látszólag csak a kettős inkrimináció elkerüléséről szól.³⁶ Már az eddigi ügyekből is teljesen nyilvánvaló azonban, hogy az ennek leple alatt folyó ítélkezésnek a jogközelítésre gyakorolt következményeit a nemzeti jog – hamarosan – a fogyasztói magatartások értékelésekor sem kerülheti el. Az más kérdés, hogy a jogközelítés eredményének *végkimenetele* jelenleg még *megjósolhatatlan*.

Elsőként mindenképpen utalni kell arra, hogy a Bíróság több ügyben deklaráta, miszerint az Európai Unió a tagállami együttműködés különlegesen magas szintjére épül, aminek automatikus következményeként *minden állam elismeri más részes államok büntetőjogának hatályát*.³⁷ Az úgynevezett schengeni térség (és éppen ebben a kérdésben más együttműködő államok területe³⁸) pedig olyan egységes térnek tekintendő, melyhez tartozó államok területén – függetlenül a cselekmény nemzeti jog szerinti minősítésétől vagy a védett jogi tárgyak különbözőségétől – a magatartás „tényállásszerűsége” megítélésének egységesnek kell lennie. A tényállás azonossága viszont nem egyéb, mint az egymáshoz elválaszthatatlanul kapcsolódó

³⁶ Az SVE 54-58. §-ai jogerős elítéltetés és a büntetés végrehajtása esetére tartalmazzák a ne bis in idem elvnek követelményét. Az SVE 54. cikkének az elvre vonatkoztatott megfogalmazása azonban eltér más nemzetközi dokumentumokban megszokott szóhasználatától. Ennek következtében a kábítószerrel visszaélés körébe tartozó valamennyi magatartás esetében a cselekmény azonosságát nem a nemzeti jogokban meghatározott speciális törvényi tényállások szerint, hanem egységesen az ún. történeti tényállások szerint kell figyelembe venni. Leegyszerűsítve: ha az a cselekmény, ami miatt a terheltet az egyik államban felelősségre vonták a megtörtént események lényegét illetően egybeesik azzal, amely miatt egy másik állam eljárást akar vele szemben kezdeményezni, ezt nem teheti meg például azon az alapon, hogy a saját nemzeti joga szerint az súlyosabban, vagy másként minősül, mint az eljárást megelőzően lefolytató államban. Az sem szolgálhat az új eljárás alapjául, ha az újonnan eljáró tagállamban folyó nyomozás olyan többlet elemeket derített ki, amelyeket az előző államban nem vettek figyelembe. (A kábítószer mennyisége körében így kilók „tűnhetnek el” az értékelésből.) Vö: pl. Leon Van Straaten (C-150/05 sz., HL C 155., 2005. 6. 25.); Norma Kraaijenbrink (C-367/05 sz., HL C48., 2007. 2. 25.) ügyek.

³⁷ Az elsőként elhíresült Gözütok és Brügge [C-187/01 és C-385/01 sz. ügyek (EBHT 2003., I-1345. oldal)] ügyekben a Bíróság hangsúlyozta, hogy az Schengeni Egyezmény, illetve annak végrehajtási egyezménye sem tűzte ki célul a tagállami büntetőjogok harmonizációját, annak hatályosulása azonban feltételezi a tagállamok közötti bizalmat. Erre figyelemmel a tagállam *még akkor is* elismeri a más államban hatályos büntetőjog alkalmazását, ha saját nemzeti jogának alkalmazása eltérő eredményre vezetne.

³⁸ Az SVE-hez csatlakozó Norvégia, Izland, Írország

körülmények együttese³⁹. Ez automatikusan azt eredményezi, hogy szándékegység esetén a kábítószernek az SVE „egyik részes államából való kivitelében és más részes állam területére való bevitelében megnyilvánuló” cselekmény ugyanazon cselekménynek minősül, függetlenül a kábítószer fajtajától vagy annak mennyiségétől. Sharpston főtanácsnok a Norma Kraaijenbrink ügyben egyenesen úgy fogalmazott, hogy a kölcsönös bizalom elvére épülő térségben „lényegét veszti az Egységes Kábítószer Egyezmény 36. cikke[re]”.⁴⁰

A Schengeni Végrehajtrási Egyezmény⁴¹ 54. cikke szerint a *ne bis in idem* elvéből következően az ellen a személy ellen, akinek a cselekményét a Szerződő Felek egyikében jogerősen elbírálták, ugyanazon cselekmény alapján nem lehet egy másik Szerződő Fél területén büntetőeljárást indítani, feltéve, hogy a büntetést már végrehajtották, végrehajtása folyamatban van vagy az ítélet szerint az nem hajtható végre. A Bíróság elé kerülő ügyekben értelemszerűen az ugyanazon cselekmény fogalma és a *ne bis in idem* tilalma jelentett problémát. Az európai elfogatóparancsról és a tagállamok közötti átadási eljárásról szóló 2002. június 13-i 2002/584/IB tanácsi kerethatározat, illetve az Európai Unió és Norvégia valamint Izland között, az európai elfogatóparancs adaptálásáról kötött szerződés kapcsán pedig a kettős inkrimináció kérdése vetette fel a bűncselekmény azonosságának problémáját.⁴²

Az elkövetők helyzetének megítélése (részint kábítószer-fogyasztással kapcsolatos ügyekben is) a Bíróság gyakorlatában eddig három ponton eszkalálódott. Abban a kérdésben, hogy:

- az egyik tagállamban azonos cselekmény kapcsán történő eljárás eredménye akkor is kötelező-e, ha az valamely, az adott nemzeti jog szerinti törvényi tényállásból hiányzó elem miatt felmentéssel, megszüntetéssel ér véget;
- a felmentést, megszüntetést tartalmazó határozat akkor is kötelező érvényű-e, ha annak alapja olyan jogi rendelkezés volt, amelyet az újonnan eljárni kívánó tagállam joga nem ismer;

³⁹ Léopold Henri Van Esbroeck ügy [C- 436/04 számú ügy (HL C 300., 2004. 12. 4.)]

⁴⁰ Elnézve a Bíróság aktivitását, lassanként felülíródik az EMCDDA 2002-es éves jelentésében írt azon megállapítás, mely szerint nehéz bármiféle következetességet felfedezni az unió kábítószerpolitikáját illetően. („It is hard to detect any consistent line in the EU’s various action plans and strategies on drugs.”)

⁴¹ Az Európai Unióról szóló szerződéshez és az Európai Közösséget létrehozó szerződéshez az Amszterdami Szerződéssel – a schengeni vívmányoknak az Európai Unió keretébe történő beillesztéséről szóló – jegyzőkönyvet csatoltak. Az Amszterdami Szerződéshez csatolt jegyzőkönyv szerint a megállapodás tartalma valamennyi tagállamra alkalmazandó, az újonnan csatlakozó tagállamok pedig az Amszterdami Szerződés hatályát automatikusan elismerték. A jegyzőkönyv végrehajtására a Tanács 1999. május 20-án elfogadta az 1999/436/EK határozatot (HL L 176., 17. o.), amely mint másodlagos jogforrás a tagállamokra szintén kötelező.

⁴² Bővebben lásd: a jogsegély, a kölcsönös elismerés elve és a bűnügyi együttműködés témakörét feldolgozó M. Nyitrai Péter: Nemzetközi bűnügyi jogsegély Európában c. monográfiáját (KJK KERSZÖV, Budapest, 2002.)

- akkor is kötelező érvényűnek tekintendő-e a terhelre vonatkozó (kedvező) döntés, ha azt (bár a nemzeti jog felhatalmazása alapján, de) nem bíróságnak minősülő szerv (például ügyészség) hozta.

A Bíróság – különböző összefüggésekben – mindhárom kérdésre igennel válaszolt.⁴³ Elvként kifejtette, hogy az eléje kerülő ügyeket kizárólag annak fényében értelmezi, hogy a tagállamok polgárai a büntetőjogi megítélést illetően is azonos helyzetbe kerüljenek, és az összehasonlítható helyzeteket a tagállamok ne kezeljék eltérően. A büntetőjogra vetítve is kimondta, hogy döntéseiben a tagállami ítélkezés során figyelembe veendő elveket fejt ki, értelmezési szempontokat határoz meg, a konkrét „tényállások” vizsgálatát a nemzeti bíróságokra hagyja.

Ezen a nyomvonalon haladva azonban nem látszik nagyon merésznek az a következtetés, mely szerint a Bíróság – élve az uniós kérdésekben irányadó kizárólagos kompetenciájával – előbb utóbb rá fogja kényszeríteni az államokat, hogy – ha ezt a kerethatározatban „megúszták is” – a jogkövetkezményeket és alkalmazásuk feltételeit a fogyasztás körében is egységesítsék. Az adminisztratív szankció és a végrehajtható szabadságvesztés, mint két lehetséges szélső pont nagyon távol esik egymástól. Valójában már az eddigi ügyek mögött is nemegyszer az húzódott meg, hogy adott magatartás megítélésére nem azonos szigor vonatkozik az egyes államokban, ami rendszerint a rigorózusabb szabályozást érvényesítő tagállamból váltott ki elégedetlenséget.

III. AZ ALKOTMÁNY ÉS AZ ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG GYAKORLATA

Az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII. 13.) AB határozatában elutasította azt az álláspontot, mely szerint a kábítószer-használat az emberi méltósághoz való jogból levezethető, a személyiség szabad kibontakozásához hozzátartozó, korlátozásoktól mentes alapjog⁴⁴. Úgyszintén nem tartotta az emberi méltósághoz való jog alapján védendő értéknek a kábítószer-fogyasztás révén támogatott „halálöszön kielégüléséhez” való „jogot” sem. A téma-specifikus nemzetközi egyezményekre alapozott érvelés mentén ezért

⁴³ Pl.: Léopold Henri Van Esbroeck [C- 436/04 sz. ügy (HL C 300., 2004. 12. 4.)]; Filomeno Mario Miraglia [C-469/03 sz. ügy (EBHT 2005., I-2009. oldal)]; Leon Van Straaten [C-150/05 sz. ügy (HL C 155., 2005. 6. 25.)] Giuseppe Francesco Gasparini and Others [C-464/04 sz. ügy (EBHT 2006. I-09199. oldal)].

A helyzet értékelésekor azt látni kell, hogy ezekben az ügyekben a Bíróság még áttételesen sem foglalt állást a fogyasztásra vonatkozó, nemzeti jog szerinti értékelések mellett vagy ellen. Egész egyszerűen a jog uralmából kiindulva, jogelvek neutrális tartalmát érvényesítette, amelyek szempontjából érdektelen volt számára, hogy azok sérelme milyen típusú vagy súlyú ügyekben következett be, mint ahogyan az is, hogy ennek mi lesz a kihatása adott nemzeti jogrendszer szempontjából.

⁴⁴ A Német Szövetségi Alkotmánybíróság az 1994. március 9.-i határozatának 1. pontjában ugyanerre az álláspontra helyezkedett.

nem találta alkotmányellenesnek a fogyasztáshoz is kapcsolódó egyes magatartások büntethetőségét. Ugyanakkor megállapította, hogy a jogalkotó *mulasztást* követett el, amikor *nem rendezte a kábítószer-élvezőket segítő, megelőző programok* végrehajtásában közreműködő személyek büntetőjogi helyzetét.

1. Az Alkotmány rendelkezéseinek egyenként történő vizsgálata e helyütt azért fölösleges, mert mindenféle szabályozás alkotmányosságához szorosan hozzátartozik a szabályozás módja; az hogy ennek során a jogalkotó – az őt megillető széles mérlegelési jog keretében – kellő figyelmet fordít-e arra, miszerint az Alkotmány koherens rendszer, rendelkezéseinek egymásra tekintettel kell érvényesülniük. Ennek megítélésére pedig – mindig a konkrét szabályozásra vonatkoztatva – csak az Alkotmánybíróságnak van kompetenciája, mint ahogyan az absztrakt normakontrollra is kizárólag ez a testület jogosult. „[A]lkotmányos valóság nem jöhet létre az alkotmány normatív értelmezésének monopóliuma nélkül.”⁴⁵ Az Alkotmánybíróság működésének az is kiemelt célja, hogy „az alkotmányos rend zárttságát biztosítsa.”⁴⁶

Az Alkotmánybíróság viszont még az „alapjogi” vizsgálatot sem önmagában és nem csupán más alapjogokra figyelemmel végzi el. Ennek során tekintettel van az alaptörvény általános rendelkezéseire, különösen a jogállamiság klauzulájából [2. § (1) bekezdés („A Magyar Köztársaság független demokratikus jogállam.”)] levezetett követelményekre és az alapjogi korlátozás szélső pontjait kijelölő 8. §-ára. (Összefoglalóan: alapjog csak törvényben, a szükségesség-arányosság keretei között korlátozható.)

2. A vizsgált kérdés szempontjából ellenben *perdőntő*, hogy az Alkotmánybíróság az idézett döntésében miként ítélte meg az ártalomcsökkentés kérdését.

A határozat vonatkozó részében a testület – hivatalból eljárva⁴⁷ – a *többszörösen is állást foglalt a segítő programok mellett* és azokat meglehetősen széles körben *az Alkotmányból közvetlenül levezethetőnek*, az alaptörvény szerint *igazolhatóknak* ítélte. A döntés szerint:

„A »drogmentesítést« a Magyar Köztársaság is társadalmi értéknek ismeri el. (...) A különböző programok létrehozását és a büntetőeljárásba történő bekapcsolását

⁴⁵ Sólyom László: Az Alkotmánybíráskodás kezdetei Magyarországon (Osiris Kiadó, Budapest, 2001., 229. oldal)

⁴⁶ 48/1991. (IX. 26.) AB határozat

⁴⁷ A mulasztás hivatalból történő megállapítása az Alkotmánybíróságról szóló 1989. évi XXXII. törvény (Abtv.) rendelkezései szerint önálló hatásköre a testületnek. Nem állítható azonban, hogy ebben a kérdésben az Alkotmánybíróság aktivista attitűddel rendelkezze. A ritkán alkalmazott, hivatalból való mulasztást megállapító döntésekben kifejtett álláspontját ezért a jogalkotónak is „illik” fajsúlyosan (vagy a kábítószer-kérdésben tanúsítottaknál komolyabban) kezelni.

a nemzetközi jogalkotás is ösztönzi, mind az Egységes Kábítószer Egyezményben, mind a Pszichotróp Egyezményben, mind az uniós ajánlásokban.

E mellett azonban az ellátó rendszerbe történő bekapcsolás érdekében, továbbá a stabil absztinencia eléréséig az egyéni és a társadalmi szintű közvetlen kárelhárítás, a kriminalitás és az egészségügyi ártalmak visszaszorítása megkívánja az alacsony-küszöbű szolgáltatások és ártalomcsökkentő programok működtetését is. Ezt támogatják: a WHO Európai Irodájának ajánlása, s az ENSZ AIDS-ellenes kelet-és közép-európai kezdeményezései (pl. az 1999-es kijevi megállapodás), s az Európai Unió drogellenes akciótervei is. (...)

Tisztázatlan a jogalkotó álláspontja a számba jöhető egyes »módszerekről«, s így többek között az is, hogy pl. a »belövőszobákban« történő fogyasztás vagy a »tűcsere« program esetében büntetőjogi szempontból mi a valós helyzet. A fogyasztók megjelenése ezeken a helyeken a »leleplezésükhöz« vezethet. Így az egészségügyi szempontból fontos programok ellehetetlenülését eredményezheti, ha a bűnüldöző hatóság az e helyeken történő tettenérésük miatt kezdeményez velük szemben eljárást, noha ez ténylegesen kötelessége.

A programokban »segédkező« egészségügyi és szociális személyzet büntetőjogi helyzete szintén bizonytalan. A közreműködők már pusztán az eszköz használatának biztosításával is formális értelemben bűnszegédi magatartást fejtenek ki és jelenleg csupán a hatóságok önmérsékletén múlik, hogy ennek következményeit nem alkalmazzák. (...) így ezek a programok és azok »üzemeltetői« szabályozás nélkül, jogi »holtterben« működnek. Az pedig megítélhetetlen, hogy a már meglévő programok hallgatolagos tudomásul vétele kiterjed-e a világszerte szaporodó újabb módszerek (...) hasonló kezelésére is.

Az élet védelméhez fűződő alkotmányos jog, az »életek egyenértékűségének« elve alapján ezek a programok szükségesnek ítéelhetők. Azon kábítószer-fogyasztók leszokásának segítésétől, akik a büntetőeljárástól függetlenül – azt elkerülendő és egészségüket, személyiségüket helyreállítandó – önként keresik a drogfogyasztásból a kiutat, a polgáraiért felelősséget viselő demokratikus jogállam nem tekinthet el. A »drogmentesítés« olyan sok lépcsőből álló elfogadott államcél, amely a bűnmegelőzéssel is elválaszthatatlan kapcsolatban áll; a droghasználattal együtt járó fertőzések veszélyeinek (hepatitis, AIDS) elhárítása pedig a költség-haszon elemzés alapján is az egész társadalom érdekét szolgálja.”

3. Világosan látni kell, hogy az Alkotmánybíróság a segítőprogramok alapjaként a legerősebb jogot: az *élethez való jogot jelölte meg*, és kimondta, hogy a kábítószer-élvezetre vonatkozó tilalomtól függetlenül *az emberi életek egyenértékűek*. Az élethez való jog az az abszolút tartomány, amikor nincs jelentősége annak, hogy a fenyegetettségi helyzetet az egyén önmaga hozta létre. Ebben az érvelésben az is benne van, hogy ezen a szinten „érdektelenek” a kábítószerrel visszaéléssel kapcsó-

latos, az érintett részéről elkövetett fogyasztáson túli magatartások, az ennek révén másoknak okozott egyéb károk. Élettel csak élet állhat szemben.⁴⁸

4. Noha a döntés az egész társadalom érdekét szolgálónak, több szempontból mulhatatlanul szükségesnek ítélte a többlépcsős, széles spektrumú segítő programokat, a szolgáltatásokat övező „holt tér” máig sem szűnt meg, azok legfeljebb átkerültek a „szürke zónába”.

A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: *Szt. tv.*) módosításáról szóló 2005. évi CLXX. törvény 29. §-a módosította az *Szt. tv.* 65/A. §-át. Ennek eredményeképpen a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátások része lett az ún. megkereső programok működtetésének szervezése, *az alacsonyküszöbű ellátások közé pedig az anonimitás biztosítása mellett bekerültek az egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges ártalomcsökkentő szolgáltatások* [65/A. § (2) bekezdés *f*) pont, (3) bekezdés *a*) pont, (4) bekezdés]. A 9/2006. (XII. 27.) SzMM. rendelettel módosított, a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7) SzCsM rendelet – újonnan beiktatott – 39/L § (3) bekezdés *a*) pontja az utóbbi körbe sorolta az ún. tűcsereprogramokat is. A helyzet azonban – a meglévő szándékok ellenére – még mindig *nem a legmegnyugtatóbban rendeződött el*.

Az *Szt. tv.* módosításakor úgy nézett ki, hogy a Btk. általános része megújul, és a büntethetőségi akadályok közé bekerül az a rendelkezés, amely a programban résztvevő segítők helyzetét rendezi. A Btk. módosításra irányuló tervezet tartalmazta azt a szabályt, amely szerint büntethetőséget kizáró okként jelenik meg az „engedély”⁴⁹. Ennek révén nem lettek volna büntethetők azok, akiknek a cselekményét jogszabály, *szakmai szabály* előírja, az arra jogosult beleegyezése megengedő⁵⁰. Ezzel

⁴⁸ Először: 23/1990. (X. 31.) AB határozat, összefoglalóan: 9/2004. (III. 24.) AB határozat; utóljára: 132/2008. (XI. 6.) AB határozat

⁴⁹ Ennek az elképzelésnek azonban semmi köze nem volt az Alkotmánybíróság döntéséhez. A programokkal a testületnek nem egyszerűen az „engedély hiánya” volt az alapproblémája. A döntés még a Btk. eredeti tényállásából is kiiktatta az „engedély nélkül” fordulatot, minthogy annak félrevezető tartalma, különös tekintettel a rendeleti szintű szabályozás kuszaságaira, önmagában is jogbizonytalanságot idézett elő. Az engedély hiányában fordulat többek között azt sugallta, mintha a Btk-ban tilalmazott magatartásokra „szerezhető lenne hatósági engedély.”

A határozat azonban ennél jóval többről szólt. Arról, hogy a törvényhozásnak kell tisztáznia a viszonyát a különböző programokhoz – és nem csupán a tűcsereprogramtűcsereprogramhoz – nem pedig bizonytalan jogi környezetben a jogalkalmazók kegyelmére bízni azok támogatóinak megítélését. Ezt a feladatot a jogalkotó nem végezte el.

⁵⁰ Az igazsághoz tartozik, hogy a Btk. – e tekintetben – tervezett módosítását számos szakmai fórum kezdettől fogva opponálta. Ennek oka éppen volt, hogy az „engedély” itt körülírt fogalmáról a (változó) tervezetek fényében egyre inkább kiderült, miszerint az bizonytalan, az önkényes jogértelmezést és jogalkalmazást kizárni nem képes meghatározás. A kodifikátorok egy idő után fel is adták ennek törvénybe iktatását, viszont mivel a jogszabályhely nem volt közvetlen kapcsolatban a

párhuzamosan voltak olyan kezdeményezések⁵¹, amelyek a kábítószer-fogyasztást dekriminalizálva, az ilyen magatartásokat szabálysértéssé nyilvánították volna, s ezzel elintéztettek vélték a segítő programok helyzetét.⁵²

A „tervek” mindenkit megnyugtattak abban a tekintetben, hogy az Szt. tv. rendelkezéseit figyelembe véve a segítőik helyzete véglegesen rendeződik. *A projektek azonban megbíúsultak⁵³, így a működő segítő programok üzemeltetése büntetőjogi szempontból továbbra is a kockázatos tartományba sorolható*, az AB határozatban külön megemlített „belövőszobák” személyzete pedig ennél is rosszabb státusba kerülne.

A segítőik helyzete továbbra is majdnem ott tart, ahol az AB határozatot megelőzően. A jogalkalmazók (a bíróság legalábbis kezdettől fogva) következetesen azon az állásponton vannak, hogy a tűcsereprogramokban résztvevők tevékenysége – bár ez büntethetőséget kizáró okként még mindig nem jelenik meg a Btk. rendszerében, annak alacsonyküszöbű szolgáltatásként való jogszabályi elismerésére tekintettel – a társadalomra nem veszélyes. Ezért a Btk. 10. §-a (bűncselekmény-fogalom) egyik elemének hiányára figyelemmel nem indítanak, illetve nem folytatnak eljárást.⁵⁴

kábítószer-jog világával (ez még az indokolásában sem jelent meg) a most vizsgált „alproblémáról” a viták már nem szóltak.

⁵¹ Pl. a T/15992 számú önálló képviselői indítvány; a Frech Ágnes Fővárosi Bírósági Kollégium-vezető által kidolgozott tervezet.

⁵² Ti: ha maga a fogyasztás nem bűncselekmény, akkor az ehhez nyújtott segítség sem lesz az; ergo a kérdést fölösleges szabályozni. (Ez így nem igaz; a szabálysértésként történő kodifikálás és a bűnsegély közötti kapcsolatra vonatkozó érvelést lásd később a főszövegben.)

⁵³ A Btk-t ugyan egy közepes formátumú Novella módosította, de a vonatkozó kérdést ez nem érintette.

⁵⁴ A probléma lényege leegyszerűsítve abban áll, hogy az AB határozatból is megállapíthatóan a Btk-ban tilalmazott kábítószerrel visszaélésként meghatározott magatartásokhoz engedély „nem szerezhető”, így a fogyasztáshoz (különösen pedig annak előcselekményéhez a megszerzéshez) sem. A szándékos bűncselekményhez társuló „járulékos” tevékenység a Btk. rendszerében bűnsegély; amelyre a büntethetőség, büntetendőség, büntetési tétel szempontjából egyaránt az alapcselekményre irányadó rendelkezések alkalmazandók. Amennyiben a tettesi cselekménnyel ellentétben a bűnsegédi magatartást a jogalkotó nem kívánja szankcionálni, a Btk. rendszerében ez úgy oldható meg, hogy elhatározását büntethetőséget kizáró okként megjeleníti a törvény szövegében. [A büntető törvényben tipikus, hogy bizonyos magatartások, adott körülmények között büntetlenséget élveznek, tehát dogmatikai szempontból a szóban forgó kérdés kezelése sem jelentene különleges helyzetet. Ehhez már csak AB határozatnak az engedély kérdésre vonatkozó – a kábítószer-ügyekre specializált – érvelését kellene megérteni és a jogbiztonság követelményét kielégítő szabályozás megalkotása semmilyen nehézséget nem okozna. (Lásd: még az 51. számú lábjegyzetet.)]

Nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy a jogalkotásról szóló 1987. évi XI. törvény (Jat) 1. § (2) bekezdéséből következően az alacsonyabb szintű jogszabály nem lehet ellentétes a magasabb szintű jogszabállyal. A joggyakorlat „ösidőkkel ezelőtt” kidolgozta azt a tételt, hogy amennyiben ez mégis megtörténik, az nem jelent valódi jogszabályi kollíziót, hanem automatikusan a magasabb szintű jogszabály az érvényes. [Az Alkotmánybíróság számtalan határozatban kimondta azt is, hogy a törvények közötti kollízió is csak kivételesen, egyéb kísérő körülmények mellett, valamely alkotmányi rendelkezés közvetlen sérelme esetén válhat alkotmányossági kérdéssé. Főszabályként

Ehhez igazodik a nyomozó hatóságok gyakorlata is, melynek egységesítése érdekében kiadásra került a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájában rögzített feladatok egységes végrehajtásáról szóló 17/2006 (XI. 24.) ORFK utasítás⁵⁵.

Nyomatékosan fel kell azonban hívni a figyelmet arra, hogy e megoldás csak jogértelmezésen alapuló joggyakorlat, márpedig az értelmezés alapjául szolgáló jogi dogmatika bármikor megváltozhat.

Éppen a már említett Btk. tervezet egyik sarokpontja volt, hogy a társadalomra veszélyesség többé ne legyen a bűncselekmény fogalmi eleme. Könnyen előállhatott volna az a helyzet, hogy a nagyívű tervezetből megmaradt novelláris módosítás a korábbiakban említett engedély-fogalmat *nem építi* be a Btk. általános részébe (ahogy nem is tette), viszont a társadalomra veszélyességet *kiveszi* az eredeti 10. §-ból, – s így a segítők minden korábbinál rosszabb helyzetbe kerülnek.

A pillanatnyilag még „megmaradt” úgynevezett materiális bűncselekmény-fogalom hagy némi játékerteret a jogalkalmazó számára, azonban ez a helyzet bármikor megváltozhat. (A bűncselekmény fogalmi elemének részét képező „társadalomra veszélyesség” hiánya ugyanis egyben sajátos büntethetőségi akadályt jelent.) A társadalomra veszélyességet nem tartalmazó formális bűncselekmény-fogalom (ti.: bűncselekmény az, amit a törvény annak nyilvánít) mellett viszont, csak a külön nevesített büntethetőségi akadályok szabnak gátat a büntetőeljárásnak és a felelősségre vonásnak. Ráadásul az is a törvényhozó szabad mérlegelésére tartozik, hogy létesít-e a jogértelmezés lehetséges kereteit tágító ún. büntethetőséget kizáró vagy megszüntető „egyéb okot”. Kööttségektől mentesen dönthet abban, hogy

azt a jogalkalmazónak kell feloldania. (Először: 35/1991. (VI. 20) AB határozat) A jogalany szempontjából ez persze bizonytalan helyzet, és ilyenkor nagyon sok esetben a jogalkalmazó sem tudja megtalálni a „sérelemmentes” megoldást.]

A tűcsere szolgáltatás mindössze egy miniszteri rendeletben jelenik meg, ami a jogalkalmazás szempontjából azt jelenti, hogy az ilyen szintű jogszabállyal szemben a Btk. mint törvény elsőbbséget élvez. A jogalkalmazó tehát továbbra is „bent maradt abban a csapdában”, hogy a tűcsere szolgáltató tevékenységét csak közvetett módon, a társadalomra veszélyesség kategóriájával tudja kiemelni a büntetendő magatartások közül. Ez persze nem megnyugtató a programban résztvevők számára sem. Más kérdés, hogy vélhetően nincs az a bíróság, amely ilyen bonyolult és megtévesztő jogi környezetben elvárna tőlük magatartásuk vitatható voltának felismerését. Az azonban érthetetlen és (minimálisan) a jogbiztonság követelményével súlyosan ellentétes, hogy a jogalkotó lassan 15 éve nem rendezi ezt a helyzetet és öt éve nem tesz eleget az alkotmánybírósági döntés vonatkozó részének sem.

[Őszintén szólva igazán sajnálatos, hogy a hazai jogrendszer nem ismeri el a jogalkotással okozott kár kategóriáját; s az eredeti szándékok ellenére ez nem került be a várhatólag jövőre (2010) hatályba lévő új, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2009. évi CXX. számú törvénybe sem.]

⁵⁵ Igen „különös” és nem túl biztató sugallatokat tartalmazó cím. Drogstratégiája az államok nemzetközi közösségének vagy az Európai Uniónak és leginkább a nemzeteknek van. Ezekről eltérő szabályrendszert pedig aligha állíthatnak fel egyes nemzeti hatóságok. Joguk csak arra van, hogy a nemzeti drogstratégia végrehajtásában vegyenek részt.

ennek keretében az előre „elgondolhatatlan” helyzetekre vonatkozóan a jogalkalmazóra bízva-e mindazon speciális körülmények értékelését, amelyek – a bűncselekmény megvalósulásának formális megállapíthatóságára ellenére – mégis kizárják (megszüntetik) az elkövető felelősségre vonását, vagy nem tűri el a jogalkalmazói mérlegelésnek ezt a fokát.

Természetesen mindezekon túl is lehetnek az aktuálisan irányadó jogértelmezésnek olyan tartományai, amelyek révén a konkrét ügyekben eljáró jogalkalmazó az adott magatartást „kiemeli” a ténylegesen büntetendővé nyilvánítandó kategóriából. Ez azonban már jogalkalmazói elszánás és bölcsesség kérdése, amelyet viszont a mindenkori jogalkotó bármikor eliminálhat a jogértelmezés „kiskapuinak” bezárásával. Ennél fogva kockázatos minden olyan megoldás, amely az adott jogintézményre vonatkozó szabályozást „szétdarabolja” és a jogalkotás jövőbeni eredményeire épít.

Azt is látni kell, hogy nincs egységes „segítő vagy „ártalomcsökkentő program” fogalom. E címszó alatt a különböző országokban eltérő tartalmú, eltérő személyi kört megcélzó és eltérő működési elvek mentén felépülő intézmények, rendszerek, módszerek funkcionálnak. A jog – és különösen a büntetőjog – azonban mindig az egyedi helyzeteket, a konkrét cselekményeket, a személyhez kötött felelősséget ítéli meg⁵⁶ (még hozzá a nemzeti jogszabály tartalma szerint). Így nem lehet arra építeni, hogy, ha az egyik megoldást a jogértelmezés a felelősségre vonhatóság szempontjából kedvezően ítélte meg, akkor a joggyakorlat így fog eljárni annak megváltozott, bővített formájával szemben is, főként pedig nem akkor, ha az új intézmény a korábbiakhoz képest eltérő, többletmagatartást (is) feltételez az abban közreműködők részéről. A jogbiztonság szempontjából az egyetlen járható út az, ha a különböző programok tartalma kellő egzaktsággal meghatározott,⁵⁷ mert ekkor tisztázható, hogy az abban való részvétel kinek a részéről milyen cselekvőséget feltételez, és ehhez milyen felelősség kapcsolódik (vagy nem kapcsolódik).

(Mindezek fényében talán komolyan el kell gondolkodni azon is, hogy nincs-e itt az ideje az önálló, a kérdés minden ágát rendező kábítószerterv megalkotásának.)

⁵⁶ A büntetőjog fontos tétele az analógia tilalma.

⁵⁷ Egyébként egy program elfogadottsága szempontjából sem közömbös, hogy a közvélemény mennyire tájékozott annak tartalmáról. A többség számára ma ugyanazt jelenti a tűcsereprogramtűcsereprogram, a felügyelt fogyasztói helyiség, (ami korántsem feltétlenül azonos a „belövőszobával”), az egészségszoba, a helyettesítő kezelés (nem is szólva annak különböző formáiról és önállóan „megítélendő” egyes szakaszairól), a receptre történő heroin- adagolás, vagy az elterelés jogintézménye és az önként igénybe vett rehabilitáció.

IV. A BÜNTETŐJOG ÉS VIDÉKE

Már az előzőekből is érzékelhető, hogy a felügyelt fogyasztói helyiségek kapcsán a legjelentősebb kérdés e preventív-segítő szolgáltatás büntetőjogi megítélése, méghozzá *két síkon*: a kábítószer-fogyasztó és a segítő program résztvevője szempontjából.

1. A büntetőjogi tilalom jelenleg teljes körű, a megszerzés elkövetési magatartáson keresztül a fogyasztásra is kiterjed. A *jogkövetkezmények „megváltására”* csak a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendeletben foglaltaknak megfelelően, a kezelésen (egyéb megelőző felvilágosító programban) való részvétel alapján van mód. Ennek jogi alapja, hogy a részvétel a Btk. 283. § (1) bekezdése szerinti büntethetőséget megszüntető ok, illetve a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (a továbbiakban: *Be.*) 222. § (2) bekezdése alapján a vádemelés elhalasztását, majd a kezelésről szóló tanúsítvány benyújtásával az eljárás megszüntetését eredményezi.

A vizsgált kérdés szempontjából érdektelen, hogy a – jogalkotói mérlegelés eredményeként – az „egyszerű fogyasztás” kategóriájába sorolt elkövetői magatartások továbbra is a Btk-ban maradnak, vagy a szabálysértésekről szóló 1999. évi LXIX. törvény (a továbbiakban: *Szabs. tv.*) hatálya alá kerülnek, esetleg a két törvényben (például: a cselekmény gyakoriságától, a kábítószer hatóanyag-tartartamától vagy fajtájától függően) megosztva kerülnek-e szabályozásra. Kétségtelen, hogy a Szabs. tv. a tilalom fenntartásának és így az alkalmazható jogkövetkezményeknek az enyhébb formája, de a felelősségre vonhatóság ténye és az elkövetői alakzatok megítélése szempontjából a lényeg ugyanaz (Szabs. tv. 6. §).

2. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások – így a felügyelt használói helyiséghez legközelebb álló tűcsereprogram szintű – kívül esnek a büntetőeljáráson (és kívül maradnak a szabálysértési eljáráson is). A fogyasztó révén büntetőeljáráshoz – legfeljebb közvetve – csak akkor kapcsolódnak, ha a büntetőjogilag tilalmazott magatartás szempontjából sikertelenek (eredménytelenek), s így vele szemben eljárás indul. A programban való részvétel azonban a fogyasztó számára sem előnyt, sem hátrányt (külön jogkövetkezménnyel járó magatartást) nem jelent. A programban résztvevő – nem kábítószer-fogyasztó – segítők szempontjából azonban más a helyzet. A korábban kifejtettek szerint – a program lényegétől függően – a részvétel számukra azt is jelentheti, hogy a kábítószer-fogyasztás elősegítése (megkönnyítése) miatt velük szemben is eljárás indul.

A büntetőeljáráson kívül eső (ámbátor az egységes büntetőpolitika szempontjából nem érdektelen), de mindenképpen a *törvényhozó elhatározásán múló kérdés*, hogy az alacsony küszöbű szolgáltatások részeként meglévő programokat tovább *fejleszti-e*

és milyen irányban, milyen feltételek mentén. A fejlesztés szükségessége mellett felhozhatók nagyon fontos érvek, s ha ezek szakmailag megalapozottak, azzal bizonyos fokú nyomás is gyakorolható a jogalkotóra – bár a döntés mindenképp az ő kezében marad. *A Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010–2018* című dokumentum tervezete (a továbbiakban: 2010–2018 közötti drogstratégia) mindenesetre azt tartalmazza, hogy növelni kell az *adekvát, elérhető és kliens-orientált* kezelési ellátásokhoz való hozzáférést. Ebben az újdonság az „*adekvát*” és „*kliens-orientált*” *minősítés* összekapcsolása, ami a tervezetben foglalt részletek szerint látványosan lefedi az unió drogstratégiájában szereplő, az „*elérhetetlen*” *rétegek számára nyújtandó ellátások tartományát* is.

A cél kitűzése annak elismerése, hogy a kábítószer-színpad rendkívül heterogén összetételű, és a szereplők nem kezelhetők azonos minta szerint felépülő, homogén megoldásokkal. Másfajta segítségre van szüksége annak a fogyasztónak, aki néhány alkalmat kivéve még távol tartotta magát a különböző szerektől, de „*érzi a kísértést*”, annak, aki még a kezdetén van a drogos karrierjének, annak, aki már számos-számtalan leszoktató programon esett át eredménytelenül, annak, aki már nem is akarja feladni az addiktív állapotot, noha tudja, hogy az az állandósult tilalmi és veszélyzónát jelent számára, mint annak, akit semmilyen szempontból nem is „*érdekelnek*” a kockázatok és következmények. (És még nem esett szó a felsoroltak anyagi, társadalmi, szociológiai helyzetében, egészségi és mentális állapotában lévő különbségekről, vagy arról, hogy mennyiben érintettek a politoxikomániával, stb.)⁵⁸

Amennyiben a fenti és további érvek mentén a kriminálpolitika támogatóan viszonyul a segítő programok továbbfejlesztésének gondolatához, akkor sem közbűs, hogy azok működési feltételeinek szabályozásakor milyen jogi megoldásokat alkalmaz, illetve, miként illeszti ezeket (vagy közülük egyeseket) a büntetőjog rendszerébe. Az például kimondottan büntetőjogi kérdés is, hogy a jogalkotó legalizálja-e azokat a szolgáltatási formákat, amelyek az adott helyszínen történő effektív fogyasztást és az ahhoz kapcsolódó kiegészítő ellátások igénybevételét kiveszik az illegalitás szférájából.

⁵⁸ A jelenlegi stratégiának – mint ahogyan az összes eddiginek, ideértve az uniós stratégiákat is – az az egyik legfőbb hibája, hogy a túlságosan pallérozott gondolatokat tartalmazó csiszolt megfogalmazás többször elnyomja a realizmust. A főszövegben jelzett (és a további) tartalom kibontása elég sok előzetes ismeretet feltételez, ami a legjobb „biztosíték” arra, hogy minél többen tartsák magukat távol a dokumentummal való megismerkedéstől is. Valójában a kevésbé elvont megközelítés és a problémák nyitottabb közlése közelebb vinné a célkitűzéseket mindazokhoz, akiken a mindennapokban a stratégia sikere múlik. Az eredményesség nem a szakemberek és hatóságok „belügye”, (akkor nem kellene erről országgyűlési határozatot sem hozni). Ahhoz – különösen egy közel évtizednyi időre tervezett program esetén – végképp hozzátartozna az ún. társadalom, legalábbis annyiban, hogy (ha megértette a problémát) a célokat elfogadja, s ha azoknak barátja nem is tud lenni, legalább ne legyen ellensége.

3. A segítő programok résztvevői szempontjából tiszta helyzetet az jelentene, ha a törvény (a szabályozástól függően a Btk. vagy az Szabs. tv.) *büntethetőségi akadályként* rögzítené, hogy a felügyelt használó helyiségek és más hasonló programok segítői által a fogyasztáshoz nyújtott (egyébként más, kábítószerral visszaélést jelentő magatartást nem tartalmazó) közreműködés szankcionálása kizárt. (Megjegyzendő, hogy ilyen tartalmú szabályozással kerülhetne véglegesen a helyére a már működő tücsereprogram is.) Ehhez a jogalkotónak nem szükséges az általános részi rendelkezések között új (generális) büntethetőségi akadályt létesítenie; éppen így megfelel, ha a kábítószerral visszaélést szabályozó különös részi tényállásban a normavilágosság követelményeinek megfelelően utal a „büntetlen” segítő cselekményekre.⁵⁹ Azt azonban mindkét (lehetséges) esetben meg kell határoznia, hogy mely segítői magatartások, milyen körben és feltételek mellett élveznek büntetlenséget.

A felügyelt fogyasztói helyiség, mint szolgáltatás például egészen biztosan nem attól válik ellátási formává, hogy valaki minden képzettség, elismertség, engedély stb. nélkül saját lakását kinevezi az ellátás biztosításának színterévé, magát a program irányítójává, esetleg a saját részére is így teremtve meg a fogyasztás zavartalanságát. A hasonló tévutakat még az ötletek megszületése előtt le kell zárni, megakadályozva ezzel a tévképzetekre alapozott ellenérzések meggyökeresedését. Meghatározhatók és meghatározandók azok a jogi paraméterek, amelyek mentén ez a program a büntethetőség kizártsága szempontjából is leírható.

Értelemszerűen nem tartozhatnak a büntetlenség körébe a kábítószerszerekhez való hozzájárítás elősegítését szolgáló, a törvény szerint mindenki számára tilalmazott magatartások (termesztés, előállítás, feldolgozás), átadás, kínálás, kereskedés, stb.). Itt kell azonban megjegyezni, hogy a felügyelt használói helyiségekben előforduló sajátos szituációkra figyelemmel tisztázni kell bizonyos, könnyen előforduló *speciális „közreműködői” tevékenységek megengedhetőségét*⁶⁰ *vagy kizártságát*. A jogalkotónak előre döntenie kell abban, hogy túlmegy-e a tolerált segítségnyújtás határán, ha – az egyébként erre megfelelő képzettséggel rendelkező – személyzet fizikálisan

⁵⁹ Az anyagi jogi törvényi tényállások specializálódására figyelemmel ez a Btk-ban – a legkülönbözőbb személyi körre, helyzetekre, esetekre vonatkozóan – bevett szabályozási technika [pl: 173/A. § (3) bekezdés, 173/C. § (2) bekezdés, 173/F. § (4) bekezdés, 173/H. § (4) bekezdés, 182. § (2) bekezdés, 196. § (4) bekezdés, 203. § (2) bekezdés, 223. § (2) bekezdés, 238. § (3) bekezdés, 241. §, 243. § (2) bekezdés, 244. § (4) bekezdés, 249. § (3) bekezdés, 249/A. § (2) bekezdés, 255. §, 255/A. § (2) bekezdés, 255/B. § (2) bekezdés, 261. § (6) bekezdés, 261/A. § (5) bekezdés, 263/C. § (2) bekezdés, 269/B. § (2) bekezdés, 280. § (4) bekezdés, 283. § (1) bekezdés, 283/A. § (2) bekezdés, 296/B. § (4) bekezdés, 297. § (2) bekezdés, 300. § (2) bekezdés, 300/E. § (3) bekezdés, 303. § (6) bekezdés, 303/A. § (3) bekezdés, 310. § (6) bekezdés, 310/A. § (6) bekezdés, 311. § (6) bekezdés, 312. § (5) bekezdés, 329/B. § (4) bekezdés, 344. §]. (Lásd még a 46. számú lábjegyzetet.)

⁶⁰ Lehet ezeket magától értetődőnek tekinteni, de nem lenne felemelő érzés azon évek számára összegezni, amennyit a „magától értetődőség talaján álló” büntettek büntetés-végrehajtási intézetben már eltöltöttek.

közreműködik a szernek a felhasználó szervezetébe juttatásában.⁶¹ [Leegyszerűsítve: bármilyen helyzetben (pl. mert a felhasználó a saját mozgását már nem tudja kontrollálni) jogában áll-e beadni a kábítószer-élvező által helyszínre hozott heroint, kokaint, stb.] Ezen a ponton ugyanis a közreműködő oldalán kialakulhatnak olyan felelősségi helyzetek is, amelyek már messze túlmennek a kábítószerrel visszaélés körében szabályozott magatartásokon.

A felhasználó – még ha a feltételek rendelkezésre állnak is – nem feltétlenül kívánja bevizsgáltatni az anyagot. (Orientációs elemként a bevizsgálattatás előnyeire hangsúlyt helyező ajánlás a felügyelt helyiség igénybevételét szabályozó magatartáskódexbe kétség kívül bevehető, de az intézmény jellege miatt nehezen képzelhető el annak kötelezővé tétele.⁶²) Előfordulhat, hogy a használat – akár az anyag szennyezettsége, akár túlzott tisztasága, akár szokatlan mennyisége, netalán (pl. új szer kipróbálásakor) egyéni túlérzékenység miatt – a felügyelet egyik lényeges elemét jelentő szakszerű közbeavatkozás ellenére (legrosszabb esetben) halálos eredményhez vezet. Ekkor viszont a közreműködő felelősségét a jog szerint már nem a kábítószer-használat, hanem az emberölés (vagy a körülményektől függően az öngyilkosságban közreműködés, kevésbé súlyos eredmény beálltakor a súlyos testi sértés megfelelő alakzata) tényállása körében kell vizsgálni. A közreműködő szempontjából ez pedig olyan kérdés, amelyet nem szerencsés a majdani joggyakorlat alakulására bízni. Ugyanígy és ugyanezen okokból előzetesen rendezni kell a személyzet kötelezettségét és felelőségének határait azokra az esetekre vonatkozóan is, ha a fogyasztásban nem a jelen lévők segítők, hanem az ő tudtukkal másik, a felügyelt helyiségben tartózkodó kábítószer-élvező működik közre és a kábítószer-használat az imént említettekhez hasonló kedvezőtlen eredményre vezet. (Az ilyen közreműködés egyébként több helyen kifejezett tilalom alá esik, minthogy az valójában a saját személyes fogyasztástól független, a másik fogyasztónak nyújtott fizikai bűnsegédi magatartás. Ebből következően a személyzet – ha ezt túri és ezzel az ilyen közreműködést hallgatólagosan támogatja – pszichikai bűnsegédként felelhet.)

⁶¹ Természetesen nem lehet „összemosni” a különböző programokat, de a helyettesítő kezelések egyes formái (különösen a fenntartás szakaszában) hasonlatosak a felügyelt fogyasztói helyiség projektjéhez, s ezekben a megfelelő egészségügyi képzettséggel rendelkező személyzet az ellenőrzött szer adagolásában is közreműködik. Erre figyelemmel nem egészen tartozik a képtelen ötletek világába, ha valakiben felmerül az az elgondolás, hogy képzettsége révén az „egyszerű” felügyelt helyiségek esetében is megilleti őt a hasonló jellegű közbeavatkozás.

⁶² A magatartáskódex nyilván eleme a rendszernek, s számos helyen (pl. Frankfurtban) a szabályrendszer megtartása nem „üres kíváncsalom”. Ezek elfogadását a fogyasztóval – az anonimitást megfelelően garantáló szabályok mentén – „szerződés” keretében a jelentkezésekor megerősítetik. Ám az is tény, hogy ezek a szabályrendszerek többnyire kettősek: kötelező és ajánlott elemekből állnak, kényszerelmet pedig még az első esetben is csak kivételképpen tartalmaznak.

4. A fogyasztó helyzete is csupán első pillantásra tűnik egyszerűnek.

A felügyelt használói helyiségek működése Sidneytől Frankfurtig arra épül, hogy a nyílttéri droghasználat és a droghasználókat, illetve rajtuk keresztül a nem drogos szférát szükségképpen elérő egészségkárosodás ártalmainak csökkentése érdekében az állam részéről több oknál fogva ésszerű magatartás. A közvetlen büntetőjogi beavatkozást kizáró „szigetek” megteremtése (elsősorban) azon kábítószer-élvezők számára fontos, akik más ellátórendszerek számára elérhetetlenek, tökéletesen motiválatlanok abban, hogy a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos attitűdjükön változtassanak, arról pedig fogalmuk sincs, hogy veszélyes betegségeiket miként kellene (lehetne) karbantartani, gyógyítani. Mi több, mentális állapotuk, szociális helyzetük, ismerethiányuk, betegség-belátási képességük hiánya miatt valójában „alkalmatlanok” is arra, hogy ennek érdekében bármit tegyenek. Arról pedig fogalmuk sincs, hogy vírushordozóként mekkora veszélyt jelentenek a környezetükre és – ha valamennyire mégis – nem is látják át magatartásuk következményeinek súlyát.⁶³

A védett helyiségek létrehozása egyetlen országban sem jelentette a fogyasztásra vonatkozó általános tilalom feladását és valójában messze esik – a büntetőjogi szabályrendszerrel közeli rokonságot amúgy sem mutató – „karitatív” megfontolásoktól is. Felügyelt használói helyiségek ott nyílnak, ahol a kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó károk ilyen módon történő elhárítása azt a „legjobban megéri”.⁶⁴

Azt azonban a büntető eljárásjogban tisztázni kell, hogy a „sziget”-jelleg realizálása érdekében a hatóságok részéről mely eljárási cselekmények foganatosítása

⁶³ Az EMCDDA jelentéseit figyelembe véve például Spanyolországban jelentős szerepe volt a hepatitis és az AIDS veszélyének abban, hogy az ártalomcsökkentés különböző formái elismerésre találtak. Lásd még: Király Klára: TűcsereprogramTűcsereprogram és ártalomcsökkentés kérdései Spanyolországban (Magyar Jog 2008. 1. szám, 39-48. oldal)

⁶⁴ Például az ártalomcsökkentő módszerek alkalmazásában ma élen járó és mindig is kedvező gazdasági helyzetben lévő Svájcban sem öröndött nagy népszerűségnek az a gondolat, hogy legalább részben a központi, vagy kantoni büdzből finanszírozzák az ilyen programokat. A népszavazási jog révén hagyományosan erős döntési kompetenciával rendelkező polgárok és a kantonok többsége annak ellenére hosszú időn keresztül elutasító volt még a gondolattal szemben is, hogy közben ártételesan finanszírozniuk kellett az egyes városokban a rendőrség és a kábítószer-élvezők között kialakult állóháborút, ami legfeljebb azzal az eredménnyel járt, hogy a drogos szcéna tevődött át a város egyik pontjából a másikba. A nem érintett, vagy kevésbé érintett települések polgárai úgy vélték, hogy az egész kábítószerkérdés bizonyos nagyvárosok (marginális) problémája, amelyet egyrészt szükségtelen kantoni (főként pedig szövetségi) kérdésként exponálni, másrészt értelmetlen, sőt veszélyes üzenetet hordozó „befektetés” a fogyasztók helyzetének javítására törekedni. Az erős ellenállás ellenére létrejött és lassan húsz éve működő különböző programok elfogadottsága leginkább két adattal mérhető. A 2008 novemberében a kábítószer törvénnyel kapcsolatos népszavazáson a lakosság 68 %-a voksolt igennel a receptre felírt heroin elosztására irányuló program fenntartása mellett (ami egyébként szükségképpen a legdrágább segítő program), miközben a marihuana-birtoklás büntethetőségének megszüntetését 36,8 % igen szavazat mellett elutasították.

kizárt, korlátozott, vagy például a fokozottabb garanciát jelentő ügyészi, nyomozási bírói engedélyhez kötött⁶⁵. Akkor ugyanis értelmetlenné válik a program, ha a hivatalból való eljárás talaján álló Be. értelmében megmarad *a nyomozó hatóságok általános beavatkozási kötelezettsége* vagy annak egyetlen korlátja a hatóságok „ön-mérséklete” lesz.

Ez azért is fontos, mert szinte elkerülhetetlen, hogy a felügyelt használói helyiségben ne történjen más, a kábítószer-fogyasztáson kívüli bűncselekmény, amely miatt az eljárást le kell folytatni és ennek érdekében alkalmazni kell mindazokat a büntetőeljárásai eszközöket, kényszerintézkedéseket, amelyek igénybevétele az itt történő fogyasztáshoz kapcsolódóan egyébként kizárt. Ezért szintúgy az eljárásjog feladata, hogy ilyen esetekre teremtsen meg azokat a *garanciákat*, állítsa fel a *bizonyítási tilalmakat*, amelyek betartása mellett az alapcél megvalósulása nem veszélyeztetett.

4.1. A felügyelt használói helyiségek elfogadásából azonban még *nem következik automatikusan*, hogy az állam a kábítószer-élvező elkövetővel szemben *le is mond* az itteni kábítószer-használathoz fűződő *büntető igényéről*. Az ugyanis a büntetőeljárásban legfeljebb bizonyítási nehézséget jelent, hogy ezen a szintéren a bűnüldöző hatóságok „beavatkozásra nem jogosultak”. Ezzel a hatóság csupán a közvetlen észlelésről, és az ennek révén szereshető bizonyítási eszközökről mond le, de nem arról, hogy más módon, tanúvallomások, szakértői vizsgálat, az érintettnek a védett helyiségen kívüli elfogása, vallomása, stb. alapján megalapozza a felelősségre vonást.

A büntetlenség felőli döntés tehát végső soron ebben az esetben is a törvényhozó (külön) mérlegelési kompetenciájába tartozik. Annak azonban a szabályozásból előzetesen és egyértelműen ki kell derülnie, hogy a jogalkotónak mi az álláspontja, mert a jog tartalmának nem a működése során kell kiszámíthatóvá válnia, a kiszámíthatóságnak kell meghatározni a működését. Annál is inkább így van ez, mert a két lehetséges megoldásnak eltérőek a további szabályozási konzekvenciái.

4.2. A büntetőigény fenntartása elsődlegesen a *büntető eljárásjogban* igényel olyan intézkedéseket, amelyek nem üresítik ki a felügyelt használói helyiségek működésére irányuló programot.

Ez a módszer nem egyszerűen a „biztonságos kábítószer-használatról” szól. A 2010–2018-as drogstratégia céljai között szereplő, a kábítószerek visszaélészerű használatának, a droghasználattal kapcsolatos társadalmi és egyéni kockázatok csökkentésével, az egészségkárosodás, az életminőség romlás megelőzéséhez fűződő érdekekkel, a közösségi károk és kockázatok elhárítására törekvéssel egy ilyen

⁶⁵ A Be rendszerétől ma sem idegen, hogy egyes esetekben ilyen külön engedély, vagy ügyészi jelenlét, nyomozási bírói közreműködés szükséges bizonyos kényszerintézkedésekhez, eljárási cselekményekhez. [Például a 149. § (6) bekezdése) szerinti házkutatás közjegyzői, ügyvédi irodában, egészségügyi intézményben; a 207. § (5) bekezdése szerinti nyomozási bíró által végzett bizonyítás felvétel.]

„önmagában álló” cél nem is lenne kompatibilis. A felügyelt használó helyiségre épülő módszernek része, hogy a gyakorta minden más ellátó rendszerből tartósan kirekesztődött, a teljes egészségügyi és szociális szféra által elérhetetlen, egy korábbi büntetőeljárással sem feltétlenül érintett elkövetőkkel a személyzet olyan viszonyt alakítson ki, amelynek eredményeképpen hajlandók magukat alávetni szűrővizsgálatoknak, azon egészségügyi beavatkozásoknak, amelyek fertőző betegségeiket megszüntetik vagy karbantartják. A kábítószer-fogyasztó populáción belül is különösen hátrányos helyzetben lévők esetében kiemelkedően fontos az orvosi kezelésbe, ellátásba irányítás, még hozzá oly módon, hogy az másokat ne veszélyeztessen⁶⁶, majd pedig a terápia fenntartásának ösztönzése. Nyitva kell továbbá tartani számukra azt a lehetőséget, hogy saját elhatározásukból kábítószer-függőségüket kezeltesék, amihez át kell láttatni a szerhasználattal kapcsolatos kételyeiket, fel kell ismertetni a helyzetükből-állapotukból együttesen fakadó kockázatokat, a változtatásra való elszánásukat erősíteni, a biztató folyamatok megtorpanásának hatásait elhárítani, a visszaesés következményei között az újrakezdés esélyét felismertetni szükséges. Az érintettek a lehetőségekhez mérten bekapcsolandók a szociális ellátó rendszerekbe, visszavezetendők a munkaerőpiacra, többek között azért is, hogy a kábítószer-fogyasztáson kívül más bűncselekményeket (szabálysértést) ne kövessenek el. Mindez erős *bizalmi viszonyt* feltételez.

Ilyen kapcsolat azonban nem alakítható ki és nem tartható fenn akkor, ha az elkövetőnek a személyzetet kezdettől fogva egy későbbi büntetőeljárás potenciális terhelő tanújának kell tekintenie. Ez csak úgy kerülhető el, ha az eljárásjog a segítő, felügyelő apparátus tagjaira vonatkozóan, a kábítószerrel visszaélés bűncselekménye tekintetében – például a lelkészre vagy a védőre megállapított tartalommal – *tanúzási akadályt konstruál*.

⁶⁶ A „társadalmon kívüli” létnek eltérő fokozatai vannak. A büntető tárgyalók világában jártasabbak pontosan tudják, hogy létezik egy réteg, amelynek hivatalos igazolvány legfeljebb „szabaduló-cédula” formájában volt a kezében; az ehhez tartozóknak fogalmuk nincs róla, hogy az ellátásra jogosultsághoz milyen iratok szükségesek, miként kellene azok beszerzéséhez hozzáfogni, a hivatalokkal való viszonyukban amúgy is kommunikáció-képtelenek; arról pedig csak nem is hallottak, hogy fertőző betegség esetén hogyan kell megjelenni (viselkedni) az orvosi kezelésen ahhoz, hogy azzal másokat ne veszélyeztessenek. (Természetesen az nem állítható, hogy ez a réteg egy-egy az egyben kábítószer-problémával küzd, de hogy sokan vannak közülük akik igen, ahhoz meg nem kell szociológusnak lenni.)

Itt kell megjegyezni, hogy lehet, kell, sőt multhatatlanul szükséges adatvédelmi garanciákról beszélni a felügyelt használói helyiségek kapcsán, de a realizmus talaján maradvá ostobaság azt feltételezni, hogy a jelzett problémák akkor is megoldhatók, ha a fogyasztó a személyzet előtt is totálisan anonim marad. Ezen a ponton pedig a kérdés az adatvédelem szférájából átlép a (részleges) titoktartás többretegű kategóriájába.

4.3. A büntetőigényről való lemondás – mint sajátos büntethetőségi akadály – a fentiekén túli problémákat is generál.

A Btk. 282. § (1) bekezdésére vonatkozó, a Legfelsőbb Bíróság *1/2007. számú jogegységi* határozata (a továbbiakban: BJE) értelmében ugyanis – mivel a kábítószer-fogyasztást a törvény a hozzájutást biztosító elő-cselekményeken (megszerzésen) keresztül bünteti – a megindult büntetőeljárásban az elkövető valamennyi cselekményét *természetes egységként* kell elbírálni, vagyis a különböző részletekben megszerzett és elfogyasztott kábítószeres tiszta hatóanyagtartalmát össze kell adni.

Különösebb magyarázat nélkül is elég nyilvánvaló, hogy ha a felügyelt használói helyiségben történő fogyasztás önmagában nélkülözi a büntetőjogi felelősségre vonást, az itt elfogyasztott mennyiségnek később akkor sem lehet szerepe, ha az elkövetővel szemben más olyan cselekmények miatt eljárás indul, amelyre a büntethetőségi akadály nem terjed ki. Ismerve azonban a fogyasztásra vonatkozó gyakori jogszabályváltozásokat (ti. a Btk. hol nevesíti ezt a cselekményt, hol más tilalmazott magatartásokon keresztül bünteti), továbbá a joggyakorlatnak a természetes egység értelmezését kísérő, szintúgy többszöri módosulását, alighanem ezt a körülményt is szerencsés lenne a törvényben rögzíteni. Hasonlóképpen tisztázni kell azt a helyzetet, ha a terheltnek a – kizárólag felügyelt helyiséghez kapcsolódó – fogyasztáson túl van más kábítószerrel visszaélést jelentő magatartása is. A BJE szerint ilyenkor a cselekményeket általában együtt kell értékelni, ám, ha a fogyasztás miatti számonkérés kizárt, a több bűncselekmény esetére irányadó úgynevezett halmazati büntetés nem szabható ki.

5. Adott esetben büntetőjogi problémaként is jelentkező kérdés a felügyelt használói helyiségek (a már fentebb érintőlegesen jelzett) jogszabályi *működési feltételeinek meghatározása*.

5.1. Számot kell vetni azzal, hogy a tilalom ellenére itt is történhetnek más (nem csupán a kábítószerrel visszaélést jelentő) bűncselekmények, illetve sor kerülhet szabálysértést jelentő jogellenes magatartásra. A felügyelt fogyasztói helyiség értelemszerűen *nem esik a társadalmon és a büntetőjogon kívül*, következésképpen – még az itteni fogyasztás miatti büntető igényről való lemondáskor is, az ezen kívüli jogsértésekért – minden elkövető (fogyasztó és személyzet) a jog általános rendje szerint felel.

Azt azonban mindenképpen külön is ki kell emelni, hogy ezekben a helyiségekben *nem kerülhet sor kábítószerrel visszaélésnek a Btk-ban tilalmazott egyéb magatartásformáira és ehhez a személyzet sem nyújthat segítséget*. (Merő jóhiszeműségből vagy segítőkészségből sincs mód például arra, hogy a fogyasztónak akár csak a következő adagját jelentő kábítószerét „megőrzésre” átvegyék és tárolják, stb.)

5.2. Vannak továbbá olyan, részben a büntetőjogból, részben az Alkotmányból, részben a nemzetközi egyezményekből eredő tilalmak, amelyek a működési felté-

telek között meg kell jelenniük. Az egyik legfontosabb kérdés, hogy a *kiskorúakat a felügyelt használati helyiségtől távol kell tartani*.

A *Gyermek Egyezmény* az államokat arra kötelezi, hogy tegyenek meg mindent annak érdekében, hogy a kiskorúakat megvédjék a kábító- és pszichotróp szerek tiltott fogyasztásától. [Az Egyezmény kiskorúnak tekinti a 18. év alatti személyeket (1. cikk).] A 4. cikk az államok törvényhozását ennek érdekében aktív cselekvésre kötelezi; a 24. cikk 3. pontja szerint pedig az államok kifejezetten azt vállalták, hogy „a gyermekek egészségére káros szokás[ainak]” megszüntetése végett „alkalmas és hatékony” intézkedéseket vezetnek be. Ebbe az is beletartozik, hogy a gyermekkorúakat távol kell tartani a káros szokások elmélyülésének lehetőségétől.

A téma-specifikus egyezmények közül a Prekurzor Egyezmény 3. cikk. 5. f)–g) pontjai részesítik fokozott védelemben a kiskorú személyeket. Ennek értelmében még az egyébként enyhébb elbírálás alá eső cselekmények elkövetői sem jogosultak, vagy korlátozottan jogosultak az alternatív szankciók alkalmazására akkor, ha a bűncselekményt a gyermekeket érintő, úgynevezett minősített intézmények területén követték el, vagy azt gyermek sérelmére, illetve gyermek felhasználásával valósították meg.⁶⁷

Az Alkotmány 67. §-ával összefüggésben egy korábbi alkotmánybíróági határozat azt rögzítette, hogy az állam intézményvédelmi kötelezettségéből fakadóan a „gyermeket az olyan kockázatvállalásoktól is meg kell óvni (...), amelyekkel kapcsolatban életkoránál (az ettől függően feltételezett testi, szellemi, erkölcsi és társadalmi érettségénél) fogva nem képes megismerni és értékelní sem a választható lehetőségeket, sem pedig választása következményeit saját személyiségére, illetve későbbi életére és társadalmi beilleszkedésére nézve.”⁶⁸

Ebből következően a felügyelt helyiségeket ilyen személyek nem látogathatják.⁶⁹

⁶⁷ Vö: 1998-as ENSZ kommentár 92-93. oldal

⁶⁸ 21/1996. (V. 17.) AB határozat

⁶⁹ Nincs ebben semmilyen ellentmondás. A kiskorúakra minden tekintetben más szabályok vonatkoznak, ők a társadalom általános gondoskodására alanyi jogon, az Alkotmány 67. §-ából következően jogosultak. A gondoskodásnak – ha az szükséges – alanyi jogon eleme a kiskorúak kábítószer-problémáinak kezelése, de más szabályok mentén. Ebben a szülővel, törvényes képviselővel együtt kell működni (sokszor őt is kezelve kellene, csak nem kábítószer-élvezet miatt). Ez egy másfajta típusú ellátórendszer működését feltételezi, amelyben ugyan helye van (kell is hogy legyen) a kábítószer-probléma kezelésének, de ami ennél komplexebb szolgáltatást nyújt. Még a legrosszabb helyzetben lévő kiskorúak esetén is a legrosszabb megoldás ugyanis annak a magatartásmintának a közvetítése, amelyik erősíti a kábítószer-élvezetre vonatkozó fixációt. Az életkornak nem egyszerűen a naptár szerint van szerepe az egyén életében, ennél sokkal fontosabb az ismeret, a tapasztalat, a kockázatok felmérésére való reális képesség hiánya. A kiskorúnak az olyan élet lehetőségét kell – és mindenki másnál eredményesebben lehet – megmutatni, amelyben nem az állandósult kábítószer-élvezet szabja meg a mindennapjait. A fogyasztó szobáknak pedig éppen az utóbbi kategóriába tartozók a célközönsége.

5.3. Rendezni kell továbbá azt is, hogy a programnak „*mi a viszonya*” a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző- felvilágosító szolgáltatásban (a továbbiakban: elterelés) résztvevő fogyasztókhoz, (vagy más – például a metadon – kezelésben résztvevő személyekhez).⁷⁰ A fogyasztás ugyanis ezekben az esetekben a kezelő programok céljával ellentétes. Nehezen képzelhető el azon megoldás eredményessége és várható el a programok hasznossága olyan jogi környezetben, ahol az egyik jogszabály ugyanazt a személyt – bár saját vállálása alapján, de büntetlenséget ajánlva – kötelezi a leszoktató programban való részvételre, egy másik jogszabály (vagy ugyanazon törvény másik rendelkezése) pedig „legális” lehetőséget kínál számára ahhoz, hogy a kötelezést kimondó rendelkezést negligálja. Ez az érintettekben ambivalenciát és könnyen a rendszer kijátszására ösztönző attitűdöt vált ki, előbb-utóbb pedig a társadalom toleránsabb részében is ellenérzéseket, kételyeket szül mind az eltereléssel, mind a felügyelt használói helyiség keretében nyújtott szolgáltatással szemben. A két tényező együttes hatása viszont előidézheti – akár – mindkét program elhalását.

Nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy mivel az elterelés egy folyamatban lévő büntetőeljárás része, *az ebben résztvevő személy számára nagy a kockázat*; adott esetben az ellentétes jogszabályi rendelkezéseknek a fogyasztás folytatására ösztönző volta következtében visszafordíthatatlanul és többszörösen hátrányos helyzetbe kerülhet. Úgy a Be., mint a Btk. többféle intézkedést tartalmaz arra vonatkozóan, hogy az elterelésben résztvevő kábítószer-fogyasztó ne élhessen vissza a jogintézmény nyújtotta előnyökkel és vállalt kötelezettségeit vegye komolyan. A hatóságok által engedélyezett gyógyító megelőző kezelésben való részvétel ugyanis önmagában nem jelenti a szankció alkalmazásának mellőzését. Annak a törvényben és a 42/2008. (XI. 14.) EüM.–SzMM rendeletben meghatározott feltételek szerinti lefolyását igazolni kell, s csak ezt követően kerülhet sor a büntetőeljárás megszüntetésére.

Amennyiben az ismételt kábítószer-fogyasztás eredményeként a korábbi fogyasztás miatt, a bíróság által az eljárás felfüggesztése mellett, a vádlott számára engedélyezett gyógyító-megelőző kezelésben való részvétel tartama alatt kerül sor vádemelésre, az ügyésznek indítványoznia kell a felfüggesztett eljárás folytatását is [Be. 218. § (4) bekezdés]. A bíróságnak ilyen esetben már nincs módja a második cselekmény miatt az elterelés jogintézményének alkalmazására, a két cselekményt egy eljárás keretében kell elbírálnia [Be. 266. § (7) bekezdés], ami az alkalmazandó büntetés súlyosbodásával is jár. Mindebből levonható az a következtetés, hogy nem a terhelt érdekei ellen való, ha a kezelés tartama alatt, illetve mindaddig, amíg vele szemben jogerős megszüntető határozat nincs, a felügyelt használói helyiséget nem látogathatja.

⁷⁰ Van ahol a magatartáskódexbe (szerződésbe) is beveszik, hogy az ellátásban részesülő nem látogathatja ezeket a helyeket.

Kétségtelen, hogy a felügyelt használói helyiség filozófiája általában nem kompatibilis a tilalmakkal⁷¹, s az is tény, hogy az itteni személyzet nem hatóság. Ám ez mégis olyan pont, amikor az ellenőrizhetőség vagy a számonkérhetőség valamilyen ésszerű fokát fel kell vállalni és el kell hárítani az ezzel kapcsolatos ellentmondásos fogyasztói attitűdöket.

Lehet, hogy az információszerzés miatt ezen a ponton nem nélkülözhető a bíróságokkal és az ügyészségekkel való (egyirányú⁷²) együttműködés, mivel az elterelésben lévőkről hiteles adataik csak nekik vannak, ilyen információt a felügyelt helyiségek fenntartói számára ezek az intézmények nyújthatnak. Ehhez azonban megint csak jogszabályváltozásra van szükség⁷³, mert az információ kiadása – a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény értelmében – bűnügyi személyes adatot érint. Amennyiben erre mégis sor kerülhet, az komoly adatvédelmi garanciákat igényel. Az adatáramlás célhoz kötöttsége mellett az adattárolás és a második (harmadik) lépcsős adattovábbítás tilalmát is figyelembe kell venni. Ennek azért van különös súlya, mert az adatalanyok eléggé kiszolgáltatott helyzetben vannak ahhoz, hogy a szokásos garanciák (adatállományba való betekintés, a törlésre, kijavításra vonatkozó igény érvényesítésének egyes lépcsői) működésképtelenek legyenek.

⁷¹ Nem tartozik szorosan ehhez a tanulmányhoz a rendszer orvosi, pszichológiai, szociális és szociológiai szakmai szempontú megalapozása, azt azonban meg kell jegyezni, hogy tilalmak másol is vannak, sőt a tilalom megszegésének lehetnek következményei. Minőségében (már csak a közvetlenebbül mérhető és mérendő orvosi kockázatok miatt is) más program ugyan a Svájcban ismert heroin-adagolás, de azért azt érdemes figyelembe venni, hogy a fogyasztókat ennek keretében erőteljesen ösztönzik a „tudatosságra”, aminek része lehet bizonyos kedvezmények elvesztése. Frankfurtban sem találták „ördögtől valóknak” azt a gondolatot, hogy a metadon kezelésben részesülők nem lehetnek ügyfelei az egészségszobáknak. Bár első hallásra tekinthető meghökkentőnek, de Spanyolországban önálló biztonsági felügyelőt is alkalmaznak, többek között abból kiindulva, hogy a helyiségek látogatói egymásra sem jelenthetnek veszélyt. Talán éppen ezek és a hasonló körülmények, megfontolások igazolják, hogy a felügyelt kábítószer-használat értelmes főcéllal működtethető program és éppen hogy nem célja az anarchikus állapotok megteremtése (fenntartása, konzerválása, stb. – ahogy tetszik).

⁷² Az egyirányúság arra vonatkozik, hogy adatszolgáltatóként csak a bíróságok, ügyészségek működhetnek közre, a felügyelt használói helyiség fenntartója ellenirányban nem kötelezhető adatszolgáltatásra. (Az nagyjából ugyanis a feljelentési kötelezettséggel lenne egyenrangú.)

⁷³ Ez a változtatás „elég messziről” kezdődik, mert a bíróságnak nincs arról külön nyilvántartása, hogy adott időpontban pontosan mely terheltekkel szemben került sor ebből az okból az eljárás felfüggesztésére. Ilyen önálló célokat szolgáló adatgyűjtéshez, illetve ezen adatok továbbításához külön felhatalmazás szükséges.

Ugyanakkor a tücsereprogramból tudható, hogy az anonimitás garantálása mellett ebben a projektben is szükségessé vált „igazolványok” kiadása. Vagyis az adatbázis létrehozásában, működtetésében, az adatvédelmi garanciák érvényesülésének garantálásában vannak már tapasztalatok és „élő” organizációként funkcionál a fenntartók együttműködése az adatvédelmi biztossal.

6. A büntetőjoggal szoros kapcsolatban állnak a nyomozó hatóságokra vonatkozó szervezeti és feladatkiosztó normákat tartalmazó jogszabályok. A Be. szerint általános nyomozó hatóság a rendőrség, speciális nyomozó hatóság – éppen a kábítószerrel visszaélés kapcsán is – a Vám- és Pénzügyőrség.

A két szervezetre vonatkozó törvények [a Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény (a továbbiakban: Rtv.), illetve a Vám- és Pénzügyőrségről szóló 2004. évi XIX. törvény (a továbbiakban: Vám. tv.) ezekre a hatóságokra nem csupán a Be.-ben meghatározott nyomozási feladatokat telepítenek, hanem bűnmegelőzési, bűnfelderítési és rendészeti jogkörrel is felruházzák azokat. A téma szempontjából azonban – kiindulva abból, hogy a meglévő programok alakulásának időszakában is inkább a rendőrséggel való konfliktusok jelentették a viták forrását – elsősorban a rendőrség feladatait és eljárását meghatározó Rtv. szabályai érdemelnek figyelmet.⁷⁴

6.1. Az „alapkönfliktust” azt jelenti, hogy a rendőrségnek intézkedési *kötelezettsége* van (Rtv. 13. §), ami nem csupán a bűncselekmények felderítésére, hanem azok megelőzésére és megakadályozására is vonatkozik. Mindemellett a rendőrség csak látszólag egységes szervezet; a különböző szakágak is többféle funkciót látnak el. Bármelyik – a már említett bűnüldözési szerepkörön túli – az Rtv.-ben meghatározott feladatot tekintjük is, mindegyiknek az ellátásakor ugyanez a helyzet: „döntési” lehetőséget a törvény legfeljebb az alkalmazandó intézkedések megválasztása tekintetében biztosít. Eltérő szabály hiányában tehát a rendőrnek mérlegelés nélkül teljesítenie kell az intézkedési kötelezettségből származó az Rtv. és az Rtv.-n alapuló további jogszabályok szerinti feladatait (különben – minimálisan – a szolgálati fegyelem ellen vét). Következésképpen azt mindenkor jogszabálynak kell megállapítania, hogy fennáll-e az általános intézkedési kötelezettséget felülíró akadály, különös tekintettel arra, hogy a megtehető intézkedések feltételei rendszerint tágan meghatározottak.

A felügyelt használói helyiség esetében a Btk. és a Be. – saját rendszerében – legfeljebb azt tudja megállapítani, hogy a büntethetőségi, illetve büntetőeljárási akadály a kábítószer itteni fogyasztására vonatkozik. Ezzel azonban önmagában még nem keletkezik tilalom arra, hogy a rendőrség más bűncselekmény gyanúja miatt itt is eljárjon, sőt ez a kötelessége vagy, hogy a fogyasztóval szemben a helyiségen belül vagy kívül intézkedést kezdeményezzen.⁷⁵

⁷⁴ A Vám- és Pénzügyőrségre vonatkozó, a törvénytől alacsonyabb rendű szabályok a széles értelemben vett büntetőjoggal összefüggésben keletkező feladatokra általában – a szükséges eltérésekkel – a rendőrségre irányadó szabályokat rendelik alkalmazni.

⁷⁵ Ezen a ponton válik jelentőssé, hogy a büntető jogszabály hogyan viszonyul majd a felügyelt használó helyiségben történő fogyasztáshoz. Ha ugyanis az nem lesz egyben büntethetőségi akadály, az ilyen (eredetileg nem is fogyasztás által kiváltott) intézkedés, automatikusan elegendő

Az tény, hogy a fegyveres szervek hivatásos állományú tagjainak szolgálati viszonyáról szóló 1996. évi XLIII. törvény (a továbbiakban: Hszt.) 5. §-a előírja a szolgálati viszonyban állók számára a rendeltetésszerű joggyakorlás követelményét, ám – ha nem is tökéletes egzakttsággal – meghatározza a „rendeltetésellenesség” tartalmát is. Ez a szabály sem keletkezett tehát – összefoglalóan szólva – az Rtv-ben meghatározott feladatok ellátásával kapcsolatos ügyekben való mérlegelési jogot. Ezen túlmenően – alapelvi szinten – csak az Rtv-nek a rendőrség működésének általános elveiről és szabályairól szóló IV. Fejezete határoz meg további követelményeket. E szerint a szolgálati feladatokat törvényesen és az előjáró utasítása szerint kell ellátni [11. § (1) bekezdés]), ez utóbbit a rendőr csak akkor tagadhatja meg, ha azzal bűncselekményt követ el [12. § (1) bekezdés]. Követelmény persze a szakszerűség, a részrehajlástól mentesség [13. § (2) bekezdés], az arányosság (Rtv. szerinti tartalommal való) érvényesítése (15. §), de sem ezekből az „alapelvi” jellegű rendelkezésekből, sem az egyes intézkedések tartalmát, lebonyolításának módját meghatározó további szabályokból *nem vonható le olyan következtetés, amelynek alapján a rendőrség kötelezhető lenne arra, hogy általában véve „tartsa magát távol” a felügyelt használói helyiségektől.*

Nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy a bűncselekményekhez kapcsolódó felderítési, nyomozási és bűnmegelőzési munkán kívül, a rendőrség kötelessége a közrend, a közbiztonság védelme, a további bűncselekmények megakadályozása, a közterületek rendjének fenntartásával kapcsolatos rendészeti feladatok, az életet, a testi épséget, a vagyonbiztonságot közvetlenül fenyegető vagy sértő cselekménnyel szembeni fellépés, mások jogainak védelme, stb. Nem vitásan a felsoroltak (de a fel nem sorolt további lehetőségek is) olyan felhatalmazások, amelyek a törvény alapján szóba jöhető közvetlen (főként az Rtv. V. Fejezetében felsorolt) intézkedések nagyobb részét megalapozzák.

Utalni kell továbbá arra is, miszerint a felügyelt használói helyiségek megnyitása kapcsán mindenhol lefolytak azok a viták, hogy ez milyen kockázatot jelent a környék számára. A lakosság tartott a bűnügyi fertőzöttség, az egészségügyi veszélyek növekedésétől, a közbiztonság romlásától, leginkább pedig attól, hogy a helyiségek szűkebb környezete a kábítószer értékesítésének centrumává válik. Ennek valóban reális veszélye van akkor, ha a rendőrség az örökös, megelőző feladatának ellátásában korlátozott, bűnüldözési tevékenységében pedig cselekvési szabadságától megfosztott. A helyiségek környezete ezért nem élvezhet a felügyelt használói helyiséggel azonos megítélést, ott a „minden más helyen” irányadó, általános szabályok érvényesek. A szolgálati feladatok teljesítésének kötelezettségéből fakadóan azt pedig a rendőrnek tilos eltérnie, hogy ezeken a helyeken a kábítószer-fogyasztást

lehet büntetőeljárás kezdeményezésére, ha rendőrnek megalapozott gyanúja keletkezik a fogyasztás tényét illetően.

elősegítő, más, a kábítószerrel visszaélés valamely törvényi tényállását kimerítő vagy bármilyen egyéb bűncselekmény elkövetésére kerüljön sor.

Hangsúlyozandó, hogy a felügyelt fogyasztói helyiség egyik fontos célja a nyílt színi drogzscénából fakadó ártalmak csökkentése. Ez a cél pedig aligha teljesülhet azzal, ha az enyhébb megítélésű kábítószerrel visszaélést jelentő magatartást egy olyan súlyosabb váltja fel ugyanazon a területen, aminek távolabbi kihatása akár a kábítószer-fogyasztók számának növekedése, akár a környezet közbiztonsági, közegészségi helyzetének romlása lehet. Az ilyen helyiségek későbbi elfogadottságra is csak akkor számíthatnak, ha minimálisan a nyílt kábítószeres tér megszűnésével vagy legalábbis számottevő és érzékelhető csökkenésével, kezdettől fogva meggyőző eredményeket tudnak felmutatni a szűkebb környezet számára.

6.2. Az ésszerűség azt kívánja, hogy a felügyelt használói helyiség program megkezdése előtt ezen a ponton (is) vonjuk le az ehhez legközelebb álló tűcsereprogram tanulságait. A program elindító és kezdeti résztvevői ugyanis – tudták vagy sem – hatalmas személyes kockázatot vállaltak és hosszú időn keresztül valóban csak a hatóságok önmérsékletére számíhattak. Még az – a jogalkalmazói bölcsességgel támogatott – „holt tér” is, amelyben az Alkotmánybíróság határozatában foglalt megállapítások szerint a döntés meghozatalakor már működtek, nehezen alakult ki körülöttük. Semmi értelme tehát annak, hogy ez megismétlődjön, vagy újra kelljen kezdeni az egészer már lefolyt vitákat.

A tűcsereprogramok esetében főként a megakadályozásukra irányuló, elsősorban a fogyasztókkal szemben kezdeményezett rendőri intézkedések jelentették a konfrontáció forrását.⁷⁶ Világosan látni kell azonban, hogy – mindaddig, amíg a bíróságok és az ügyészségek joggyakorlata ennek a kérdésnek a megítélésében ki nem alakult, s így nem jelentett igazodási pontot a rendőrségnek, illetve amíg az Szt. tv., illetve az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet alapján alacsonyküszöbű szolgáltatásként a tűcsereprogram nem nyert polgárjogot, az akadályozásra irányuló törekvések a rendőr számára a bűncselekmények megelőzésére, megszakítására vonatkozó kötelezettség ellátását jelentették és e vonatkozásban *tökéletesen jogszerűek voltak*. A kábítószer fogyasztását – hol nevesítve, hol közvetett magatartásokon keresztül – a Btk. tiltja (tiltotta is),⁷⁷ s ez a rendőr számára intézkedési kötelezettséget keletkeztet(ett) minden olyan helyzetben, amikor annak elkövetésre irányuló

⁷⁶ Lehet erről szemérmesen hallgatni, de aki közelről is látta a folyamatot az tudja, hogy valójában „a sors kegyelmének” tekinthető, miszerint „csak” erről és nem például a tiszta tú kiszolgáltatónak elítéléséről kellett vitatkozni. Az ilyen félig megoldott, elkendőzött és „kibeszéletlen” helyzetek ártanak a legtöbbet annak, hogy a drogg kérdésben megásott lövészárkok két oldala értelmes párbeszédet folytasson egymással a továbblépésről.

⁷⁷ Szándékos bűncselekményről lévén szó, az ennek elkövetését megkönnyítő, elősegítő tevékenységek is tilalmazottak. Erre vonatkozik az előző lábjegyzet.

gyanúja⁷⁸ támad. Ugyanakkor *tökéletesen jogszerűtlenek és szakszerűtlenek voltak* az intézkedések mindazon esetekben, amikor a tűcsere helyiség környékére vagy az oda vezető útvonalra koncentrálnak zaklató jellegű igazoltatásokat jelentették, vagy amikor a tiszta, illetve használt tű elvételében, összetörésében, csatornába dobásában, egyéb módon való megsemmisítésében merültek ki. Amennyiben ugyanis megvolt a bűncselekmény (korábban) alapos, az új Be. hatálya idején „egyszerű” (vagy megalapozott) gyanúja, akkor a jog szerint az intézkedés a tű feltalálásával és „sajátos elkobzásával” nem fejeződhetett volna be; azt követnie kellett volna az eljárás megindításának. Amennyiben viszont a bűncselekmény megalapozott gyanúja nem volt igazolható, és az sem, hogy a tű a bűncselekmény elkövetési eszköze, annak elvételére sem kerülhetett volna sor.⁷⁹ Lehetett továbbá kifogásolni konkrét esetben (de nem általánosságban) az intézkedés lefolytatásának módját, vitatni az arányosságát, de a rendőrség fellépését ilyen esetekre vonatkozóan tiltó szabály, illetve a tűcsereprogramot valamilyen szinten legalizáló norma hiányában a rendőri fellépés elmaradására számítani nem a jogilag megalapozott ésszerű várakozás, hanem a remény (sőt inkább a vágy) kategóriájába tartozott.

⁷⁸ A tűcsereprogramtűcsereprogram kezdetekor a Be. még alapos gyanút kívánt meg, a hatályos jog a bűncselekményre vonatkozóan csak egyszerű gyanú megállapíthatóságát követeli, a megalapozott gyanú csak az elkövető személyére irányadó kívánalom.

⁷⁹ Az a jogalkotóra tartozik, hogy a büntetőeljárás törvényben a bizonyítás rendszerét miképpen építi fel, az pedig az Alkotmányra és az ezen alapuló törvényekre, hogy a büntetőeljárásban irányadó jogértelmezésre kiket hatalmaz fel. Az Alkotmány szerint az igazságszolgáltatás és ezen belül az Alkotmánybíróság által is többszörösen értékként elismert rendszerképző jogértelmezés a bíróság feladata. A jog azzal a tartalommal érvényesül, amelyet a bíróságok megállapítanak. [A büntetőeljárásra vonatkozóan összefoglalóan és részletesen pl: 18/2000. (VI. 6.) AB határozat, 47/2003. (X. 27.) AB határozat, 14/2004. (V. 7.) AB határozat, 20/2005. (V. 26.) AB határozat.] Ettől a jogértelmezéstől a nyomozó hatóságok, illetve az ügyészség sem térhet el. Minden egyéb álláspont – a jogtudóstól a közhatalommal rendelkező vagy nem rendelkező szervezetekig bezárólag – pedig a kötőerővel nem rendelkező és így a büntetőeljárásban közreműködő szervek által nem követhető vélemény kategóriájába tartozik. Szemben tehát egyes eltérő vélekedésekkel, a jogszabály és bíróság jogértelmezése alapján a bűncselekmény elkövetéséhez használt, annak elkövetését biztosító, lehetővé tévő, azt megkönnyítő, az annak során keletkezett stb. eszközök feltalása bármilyen bűncselekmény esetén alkalmas a gyanú (megalapozott gyanú) erősítésére és újabb eljárási cselekmények foganatosítására. A kábítószerezellel visszaélés bizonyítására – ebből a szempontból – semmilyen speciális szabály nem vonatkozik. Az tehát büntetőeljárás-dogmatikai és ítélkezési szempontból fals gondolat, hogy a fogyasztónál feltalált tűt semmilyen szempontból nem lehet értékelni. [Az azért nem véletlen, hogy az úgynevezett – a rendőrség és a fenntartók közötti – együttműködési megállapodások is olyan formulákat tartalmaztak, amelyek ebben a kérdésben nem (vagy ebben a kérdésben sem) kötelezték a rendőrséget semmire. Részükről ugyanis nyilvánvaló kellett legyen, hogy ezen a ponton végképp nem saját szervezetüket érintő jogokról (inkább kötelezettségekről) mondanak le, hanem olyan kérdéssről van szó, amely a konkrét ügyekben előbb-utóbb eljut az ügyészség (bíróság) szintjéig. Onnan pedig nem fognak „dicséretet” kapni akkor, ha bizonyítási eszközről a Be.-vel ellentétesen mondtak le.]

Mindent egybevéve: idővel a program hallgatólagosan megtúrt kategóriába került, ám jogi kapaszkodók hiányában folyamatosan sok volt a szerencse-elem abban, hogy ez a konkrét esetekben a hatóságok részéről milyen mértékű toleranciát jelent és főként meddig marad fenn ez az állapot. A sajátos hadihelyzetben a programok pártolói (érthető módon) türelmüket vesztették a színvallásra sehogyan sem kényszeríthető jogalkotóval szemben és – ha már a legalizálást nem sikerült elérni – a rendőrségnél kezdték szorgalmazni a számukra előnyös tűzszüneti egyezmények megkötését.

Végül a programok támogatói, szervezői „győzelemként” és megnyugvással a rendőrség pedig „büszkén” és érdemként jelentette, hogy „megállapodásokat” kötöttek a tűcsere helyszínének zavartalan üzemeltetéséről. A történetnek ezen a ponton mindössze egy vesztese volt: a jogállam. Jogállamban ugyanis a rendet a jog uralma mentén a jogszabályok szervezik, a hatóságok pedig arra valók, hogy ezt a rendet betartsák és betartassák. Jogállamban aligha fordulhat elő, hogy az állam alkotmányos szerve, a rendőrség jogszabály érvényesítéséről mond le, nyíltan megtagadva ezzel a törvényben előírt kötelezettségeinek teljesítését. A rendőrségnek és az egyes rendőri vezetőknek ugyanis semmiféle kompetenciája nincs arra, hogy jogszabály alkalmazásáról vagy nem alkalmazásáról döntsenek. Ahhoz viszont nincs szükség külön megállapodásokra, hogy a rendőrség a feladatának teljesítése során – vitatott esetekben – a bíróság ítélezési gyakorlatát kövesse abban a kérdésben, hogy valamely magatartás bűncselekménynek minősül-e vagy sem.

Mindezt azonban nem nagyon bánta senki; „úgy kell a jogállamnak!”, ha évtizedes problémákra a jogállamiság érvényesülésének egyik első számú felelőse: a jogalkotó nem hajlandó pontot tenni. Más kérdés, hogy hamar kiderült: az elégedettségre semmi ok nincs, mert a megállapodások nem hoztak – vagy legfeljebb időlegesen hoztak – megnyugvást.⁸⁰ A programok legaktívabb résztvevői is hamar belátták, hogy a „meg nem támadási szerződések” a rendőrséget nem kötelezik semmire. És ismét csak „úgy kell a jogállamnak!”, ha *contra legem* és hamis szerződésekkel tovább rontja bizalmi indexét, ahelyett, hogy mondjuk az alkotmánybírói döntésben megállapított és így a jogalkotóra kötelező iránymutatást tartalmazó mulasztást – legalább fél évtized elteltével – pótolná.⁸¹

A „tűcsere-torzszalkodás” világosan mutatja, hogy csak az a megoldás, ha az állami büntető hatalom gyakorlásával összefüggő szabályrendszer megfelel a jogbiztonság követelményeinek. Az egymásra épülő és egymással összefüggő normáknak világosan kell tartalmazniuk a büntetendő magatartást és azt, hogy a büntető hatalom gyakorlásában résztvevő hatóságok cselekvési szabadságának hol vannak a határai,

⁸⁰ Vö: Miletics Marcell: Tájékoztató a tűcsereprogramok működésének körülményeiről és feltételeiről (<http://www.szmm.gov.hu>)

⁸¹ A jogállamiság eszméjének és gyakorlatának veszteséglistája hosszú, amelynek részletezésétől itt és most csak szakmai illemből tekintek el.

kötelezettségük teljesítésének melyek a szabályai. A jog uralma ugyanakkor azt kívánja, hogy a hatóságok ennek megfelelően járjanak el, a jogalkotó viszont több, mint egy évtizeden keresztül ne hunyjon szemet afölött, ha egy magatartás, helyzet megítélése a joggyakorlatban bizonytalan.

6.3. Az Rtv. biztosította intézkedések teljes skálájának vizsgálatát a tanulmány keretei nem teszik lehetővé, ám két – (az Rtv. változatlansága esetén) élet-idegennek semmiképpen nem tekinthető – példa a várható konfliktus lényegét és jellegét vélhetően közérthetően szemlélteti.⁸²

A hatályos szabályozást figyelembe véve nagy valószínűséggel jogszerűnek ítéltetik például az az intézkedés, ha a felügyelt helyiségbe tartó személyt még a közterületen jogszerűen igazoltatják,⁸³ és ha kábítószerrel találják nála, menten előállítják. {Persze az is elég lehet az előállításához, ha az érintett nem tudja magát igazolni [Rtv. 29. § (4) –(5) bekezdés].} Éppen így nehezen lesz vitatható annak jogszerűsége is, ha a felügyelt helyiségből kilépő használat bódultsága miatt az Rtv. 37. §-a szerinti biztonsági intézkedésnek vetik alá, vagy az igazoltatás sikertelensége miatt közbiztonsági őrizetbe veszik [38. § (1) bekezdés]. (Meg kell jegyezni, hogy a biztonsági intézkedés alkalmazása – bár az arra okot körülmények tágran meghatározottak – jelen esetben a legkisebb „érdeksérelmet” jelenti, mert nem „bűnügyi, rendészeti jellegű” következményeket tartalmaz.)⁸⁴

Ezeket a problémákat nem fogja automatikusan megoldani azon jogalkotói döntés sem, amely a felügyelt helyiségben történő fogyasztást kiveti a Btk. hatálya alól.

Az első esetre vonatkozóan tetszetős érvelésnek tűnik, hogy ha az igazoltatott éppen a védett helyiségbe tart a nála lévő kábítószerrel, akkor maga is azon van, hogy szenvedélyét ne a büntető anyagi jog hatálya alá tartozó módon elégtse ki,

⁸² A példák szándékosan megmaradnak a felügyelt használói helyiségben történő kábítószer-fogyasztással nagyon szorosan összefüggő élethelyzetek keretei között. Valójában a helyzet ennél sokkal bonyolultabb, mert az intézkedések körét és feltételeit tovább tágítja az, ha a fogyasztó kapcsolatba hozható más jogsértéssel, ha a Be. alapján terheltként vagy tanúként körözés van ellene, ha a rendőrség az intézkedéskor egyébként nem is rá koncentrálna, hanem más által elkövetett bűncselekmény felderítésén, illetve azon cselekmény elkövetőjének elfogásán munkálkodik, stb. (A sor szinte végeláthatatlanul folytatható.) Még az utóbb említett, más személyekkel kapcsolatba hozható körülmények sem mentik fel ugyanis az alól a rendőrt, hogy ha a „feltartóztatott” fogyasztóval szemben intézkedésre lát okot, attól eltekintsen.

⁸³ Itt és most nem a „zaklató” jellegű igazoltatás hipotetikus eseteit vizsgálja a tanulmány. Abból a jogszerű állapotból indul ki, hogy a rendőrnek egyéb okból van alapja az igazoltatásra, feltartóztatásra, mert például információja van arról, hogy az igazoltatott akár kábítószerrel visszaélés, akár más bűncselekmény számba jöhető elkövetője, vagy körözött személy. Itt, ne feledjük el, hogy a Be. 73. § (5) bekezdése a tanú körözésére is lehetőséget ad.

⁸⁴ A pontosság kedvéért meg kell jegyezni, hogy ezekre a helyzetekre nem vonatkozik és automatikusan nem is vonatkoztatható az adatvédelmi biztos 909/K/2002-2. számú állásfoglalása.

Ott ugyanis egyrészt a „zaklató jellegű” igazoltatásokról volt szó, másrészt pedig a túcsere is más prevenció program jogilag nem azonosítható a felügyelt használói helyiség-programmal.

tehát éppen a bűncselekmény elkerülésére tesz „előkészületeket”. Így hát szándékos jogsértő magatartás nem állapítható meg a terhére. Ez az érvrendszer viszont elbukik azon, hogy a kábítószer megszerzése, birtoklása önmagában bűncselekmény és a Btk. a megszerzés, birtoklás fogalmát nem köti célzathoz (elfogyasztás céljából vagy átadás céljából, kereskedés szándékával, stb.). Olyan tartalmú felhatalmazása pedig az intézkedést foganatosító rendőrnek nincs, hogy az eljárás kezdeményezése körében önállóan mérlegelje a birtoklás további lehetséges következményeit⁸⁵. Azaz az intézkedési kötelezettség alól ez a helyzet nem teremt kivételt és nem tekinthető az eljárás megindítását kizáró, a Be. szerinti úgynevezett eljárási akadálnak. Ilyen helyzetben ismét csak az ügyész, illetve a bíróság jogértelmezésére lesz bízva, hogy az anyagi jogi akadály fennállását saját eljárásában megállapítja-e. A várható joggyakorlatra vonatkozóan jóslásokba bocsátkozni felesleges, ebben a kérdésben – hacsak a jogalkotó előzetesen nem rendezi el az ügyet – a jogalkalmazókon kívül senkinek nincs „hatásköre”.

Dogmatikailag ugyan nem kivitelezhetetlen – ám kizárólagos törvényhozói kompetencia – a büntethetőségi akadály olyan tartalommal való meghatározása, amely a birtoklás céljára is figyelemmel van. Ez azonban száz százalékos biztonsággal még mindig nem old meg minden szituációt. Az ugyanis már a bizonyítási eljárás tárgya lehet, hogy ez a büntethetőségi akadály részeként megfogalmazott célzat adott esetben fennállt-e vagy sem. Ezt viszont a rendőr nem feltétlenül tudja mindig a helyszínen megfelelően értékelni, a körülmények adhatnak okot a büntethetőségi akadály kétségbe vonására.⁸⁶ Ergo maga az eljárás – annak minden kényszerelemével – megindulhat.

A második esettel kapcsolatban természetesen lehet arra hivatkozni, hogy a bódult állapot azért nem fordul elő, mert annak fennállásáig a fogyasztó ügyis a felügyelt helyiségben tartózkodik. Ez azonban – a jogi elemeket nélkülöző – feltételeken alapuló következtetés, olyan várakozás, ami csak általában lehet igaz. Mivel a felügyelt helyiség személyzete nem rendelkezik hatósági jogkörrel, a józan megfontolással ellenétesen cselekvő fogyasztó visszatartására sincs felhatalmazása. A rendőrrel szemben fennálló jogi kötelelem szempontjából éppen így hatástalan az az okfejtés is hogy, amikor észlelhető a távozó fogyasztó és a felügyelt helyiség közötti kapcsolat, akkor nyilvánvaló kell legyen számára a bódultság oka is, tehát

⁸⁵ Megjegyzendő, hogy a mérlegelési jog elismerése sem zárja ki feltétlenül a következmények alkalmazását. „rosszul mérlegelni” is joga van a rendőrnek, ha erre alapos oka van. Alapos ok lehet már az is, ha az intézkedés alá vont személynél, egynél több adag kábítószer van. „Hitbéli” kérdés, hogy a rendőr azt személyes fogyasztásra szántnak tekinti-e vagy az eladás, átadás objektív feltételének meglétét állapítja meg.

⁸⁶ Kételet ébreszthet a kábítószer mennyisége, vagy az, hogy az igazoltatott olyan sűrűn látogatja a felügyelt helyiséget, ami sokkal inkább kínálati jellegű magatartásra, semmint fogyasztásra utal, stb.

beavatkozniia szükségtelen. Ez szintűgy csupán célszerűségi elemekre építő elgondolás marad mindaddig, amíg a törvénynek az intézkedési kötelezettséget feloldó szabálya nincsenek.

A hatályos jogi környezetben ezeket és a hasonló kérdéseket nem lehet a rendőrség és a felügyelt használói helyiséget üzemeltető szervezetek közötti – a közbeszédben igényként olykor felmerülő – „külön megállapodásokkal” elrendezni. Erre ugyanis a Magyarországon meghonosodott rendőrségi modell és az ennek működésére kalibrált szabályozás egész egyszerűen nem alkalmas. Az ilyen „be nem avatkozási” és kooperációs attitűdökre alapozott elvárások csak a még ki sem alakult új intézmény körüli vita elmérgesítésére alkalmasak; ennek pedig a főcél látja kárát.

6.4. Magyarországon az önkormányzati rendőrség modelljét a törvényhozás mindeddig elvetette. A centralizált rendőrségi szervezet *közvetlen kormány alá rendeltségben* egységes szabályok mentén és központi irányítás alapján működik. A szabályrendszer tartalmazó rendőrségi törvény nagyobbrészt az úgynevezett *redukált represszív bűnözéskontroll modelljére* épül. Ez (a történelmi hagyományokon kívül) főként arra vezethető vissza, hogy az Rtv. keletkezésének időpontjában – a rendszerváltozás által (bizonyos értelemben szükségképpen) generált konfliktushelyzetekre figyelemmel – a korábbiakhoz képest felerősödött bűnözési hullám kedvezett az erőt sugárzó zéró toleranciának. A bűnmegelőzésre, a bűncselekmény-nyel okozott károk enyhítésére, a már elkövetővé vált személyeknek a jogkövető magatartás felé orientálás során nyújtandó közvetlen segítségre hangsúlyt fektető, továbbá elsősorban a közbiztonság javítása terén a bizalmi attitűdöt feltételező, a rendőrség és a civil szféra kooperációjára épülő társadalmi kontroll⁸⁷ modellje az Rtv. elfogadása óta eltelt 15 évben sem tett sok „kárt” a törvényben (és ez a köz-eljövőben sem várható.)

Konceptcionális váltásról már azért sem lehetett szó, mivel az Rtv. módosítása – a parlamentben ritkán meglévő – minősített többséghez kötött, másrészt pedig nem is nagyon voltak ilyen törekvések, minthogy igény is alig volt rá. Az átmenet elhúzódó, a társadalom nagyobb részét elbizonytalanító „nem várt” nehézségei kimondottan kedveztek a represszív modellt támogató kommunikációnak. Ennek általános (hangsúlyozandóan nem csupán Magyarországra vagy a közép és kelet-európai késő demokráciákra irányadó) jellemzője ugyanis, hogy: „A bűnözés leegyszerűsítő interpretációjának sajátosan két egymást kiegészítő technikája ala-

⁸⁷ A modellekről e tanulmány nem adhat átfogó képet, a vonatkozó megjegyzések a téma szakértői által jegyzett tanulmányokon alapulnak. Ezek összefoglalóan szerepelnek az alábbi munkákban: Gönczöl Katalin: *Bűnös szegények* (Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1991.); Gönczöl Katalin: *A bűnözés társadalmi reprodukciója, Devianciák, devianciakontroll, bűnmegelőzési stratégiák* [In: *Kriminológiai ismeretek, bűnözés, bűnözéskontroll* (Corvina Kiadó, Budapest, 1996.)]; Gönczöl Katalin: *A bűnözés társadalmi reprodukciója, deviancia-kontroll, társadalmi bűnmegelőzés* [In: *Kriminológia – Szakkriminológia*, Complex Kiadó, Budapest, 2006.].

kult ki. Az egyik a legkisebb jogsértésekre történő határozott és büntető reagálás, mondván, hogy ekként lehetséges csak megakadályozni a közbiztonság súlyosabb romlását. A másik a bűn legveszélyesebb megjelenési formáinak a démonizálása, amely a korlátlan rendészeti hatalom számára ad a közvélemény által támogatott mandátumot. (A szervezett bűnözés és újabban a terrorizmus valóban brutális megjelenése ehhez az elmélethez bőségesen szállít érveket.)⁸⁸

A rendőrségi törvény koncepciójának megálmodói tökélyre fejlesztve használnák ki a jogállam és ezen belül a talaját vesztett polgár jogbiztonság iránti vágyának varázsát. „*A tekintélyelvű rendszetek mindig is hajlamosak a biztonság kizárólagos letéteményeseinek tekinteni magukat, a monolit uralomhoz szokott társadalmak pedig szívesen fogadják ezt az állami atyáskodást. (...) [Mindemellet] a jogállam intézményei felettből alkalmasak a represszióra, csupán célszerűen kell felhasználni azokat.*”⁸⁹ A redukált represszív modellben a jogalkotás berendezkedik a büntető normák tömegtermelésére, olyan törvényi tényállások gyártására, amelyek már távoli veszély estén is befejezett deliktum színezetében tűnnek fel. A rendészet filozófiája pedig – ehhez igazodva – arra épül, hogy a kisebb devianciákra is a megtorlás eszközrendszerét kell alkalmazni. A jogsértések súlya közötti különbségek kimutatására „gyárilag” csak korlátozottan képes statisztikák a kisebb devianciák és a súlyos büntettek közötti határvonal elmosásával folyamatosan igazolják a közvélemény előtt a rendőri beavatkozás (egyáltalán az „erő” jelenlétének) múlhatatlan és semmi mással ki nem váltható szükségességét.⁹⁰ Ezek a körülmények oda vezetnek, hogy a társadalom előtt igazolhatóvá válik a rendészeti eszköztár szinte korlátlan – mindenféle devianciát egyszerűen egymással egyenrangú, rendészeti kérdéssé degradáló – fejleszthetősége, miközben a jogállamiság nélkülözhetetlen részét képező garanciák a szűken vett büntetőeljárásra szorulnak vissza.⁹¹

⁸⁸ Finszter Géza: A rendészet elmélete (KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft, Budapest, 2003. 166. oldal)

⁸⁹ Finszter Géza: A rendészet elmélete (KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft, Budapest, 2003. 79. oldal, 165. oldal)

⁹⁰ Vö: Finszter Géza: A rendészet elmélete (KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft, Budapest, 2003. 165-166. oldal)

⁹¹ Nem ennek a tanulmánynak a profilja és ennek értékelése nem is a szerző szakterülete, de a téma szempontjából nem közömbös, hogy Magyarországon a társadalom különböző csoportjai (persze egészen eltérő alapállásból) egyenesen követelik a represszió fokozását, a legitim erőszak eszköztárának bővítését és határainak kiterjesztését. Mi több alkotmánybírószági indítványok sora tanúskodik arról, hogy a legképtelenebb indokokra hivatkozással igénylik a büntetőeljárási garanciák szűkítését.

A téma szempontjából ez mindenképpen azt jelenti, hogy a felügyelt használói helyiség gondolatának meghonosítása az átlagot és a más országokban is ismert fokot meghaladóan „ellenséges környezetben” indul.

6.5. A rendőrség központi irányítására épülő rendszerbe és a represszív eszmék talaján kialakított jogi rendelkezések keretei közé nem illeszkednek azok a megoldások, amelyek – a kellően felkészült és képzett, ugyanakkor a civil társadalom részéről tisztelettel övezett – rendőrnek célszerűségi alapon, (adott esetben közbeavatkozásról való végleges lemondás nélkül⁹²) az intézkedés–nem intézkedés kérdésében mérlegelést engednek, illetve amelyek közvetve vagy közvetlenül a civil szféra és a rendőrség együttműködésére épülnek.⁹³ A vizsgált kérdés szempontjából is az a helyzet, hogy a rendőrség mint szervezet egész egyszerűen nincs felhatalmazva arra, miszerint az Rtv. általános szabályainak alkalmazásától – akár formalizált keretek között, előre rögzített, normaként viselkedő előírások (elvek) mentén – eltérjen.

Kétség kívül vannak az Rtv.-nek olyan (kiaknázást soha nem nyert, ez idő szerint pedig már tetszhalott) rendelkezései, amelyek lehetőséget adnak – többek között – az állampolgárok közösségeivel való együttműködésre, e közösségek közbiztonság javítására irányuló önkéntes tevékenységének támogatása érdekében [2. § (2) bekezdés a), c) pontok]. Ezek azonban csak az Rtv. szabályainak keretei között maradók, annak szabályrendszerét követő (és nem a szabályokat értelmező, alkalmazásuk kereteit aktuálisan szűkítő vagy tágító) együttműködésre vonatkoznak.

„Lehet” persze helyi szinten „általános be nem avatkozásra hallgatólagos kontraktusokat” kötni, de mivel maga a non-intervenció *contra legem* alapon áll, ezeknek az egyezségeknek kötőerejük nincs. „Megsértésük” miatt jogvédelmet keresni nem lehet, s ezek legfeljebb addig maradnak életben, míg egy újonnan érkező rendőri vezető tartalmukat felül nem írja, vagy a felsőbb vezető, illetve a rendőrség működéséért felelős kormánytag az alkalmazásukat le nem tiltja. Mindezen túl az ilyen alkuk megítélése a szolgálat szervezéséért és ellátásáért felelős rendőri vezetők szempontjából „több esélyes”, számukra általános intézkedési tilalmat mindaddig nem generál, míg normatív utasításban meg nem jelenik. Ilyen tartalmú utasítás kiadására viszont csak az ORFK vezetőjének van joga. Az ilyen utasításban sem lehet azonban intézkedési kötelezettséget megtagadni, a jog által tilalmazott

⁹² A kooperációs modellben a társadalom tiszteletével övezett rendőr tekintély-vesztés nélkül megengedheti magának a figyelmeztetés, az ismételt figyelmeztetés, az utolsó figyelmeztetés és a legutolsó figyelmeztetés technikáját, anélkül, hogy bárki (lakosság vagy eljáró) megkérdőjelezné, ha ezek hatástalansága esetén alkalmazza az elkövetővel szembeni keményebb eszközöket.

⁹³ Egészen más területről vett példa is pontosan ezt igazolja. Ma már láthatólag mindenki „elfelejtette”, hogy még közvetlenül a rendszerváltozás előtt is mennyi baj származott az önkéntes rendőrség működéséből, amelynek tagjai ténylegesen a valódi rendőrökkel egyenlő jogokat és védelmet élveztek, ám – szűk körű kivételtől eltekintve – semmilyen szakképzettséggel, felkészültséggel nem rendelkeztek. A felejtés „erejére” jó példa, hogy a legutóbbi időig „civilisítve” működő polgárőrséget a jogalkotás egyre inkább integrálja a rendőrségi szférába, látványosan törekszik a rendőr és a polgárőr közötti különbségek elmosására. A rendszer egyszerűen nem viseli el a mégoly közös elvek mentén, látványosan azonos célok érdekében munkálkodó, a rendőrséggel „egy nyelvet beszélő” segítőket sem.

magatartások üldözéséről lemondani. Ennek látszatát színlelni⁹⁴ álságos, rövidebb távon is értelmetlen, hosszabb távon pedig a rendőrség szervezetének hitelvesztése miatt nem kifizetődő. Látni kell továbbá azt is, hogy – különösen a represszív modellre kalibrált kommunikáción edzett – társadalom számára a „külön-alkuk” rossz üzenetet hordoznak, mert bizalmatlanságot keltenek, így nem segítik elő a program szerinti fő célok elfogadását sem.

Az együttműködés akkor lép a legalizálható szférába, ha a felügyelt használói helyiség program megfelelő protokollal – például alacsonyküszöbű szolgáltatásként – törvényben elismerést nyer, létrejön a működésért felelős „apparátus”, amelyen belül meghatározhatók lesznek azok „szervek” (fenntartóként, üzemeltetőként közreműködő kompetens személyek, tisztségviselők, stb), akik jogosultak bizonyos, a helyiségek működtetésével kapcsolatos felelősségvállalásra. Ez sem azt jelenti azonban, hogy megállapodások révén kialakítható a helyiségek és környezetük általános „immunitása”, – erre építeni illuzórikus elvárás. A kooperáció csupán egyfajta osztott felelősségvállalás jegyében arra ad lehetőséget, hogy a felek bizonyos, tipikusan előforduló speciális, más ügyekben elő nem forduló problémák együttes kezelésére vállaljanak kötelezettséget. Ennek lehet része, például, miszerint az üzemeltetők a szakmai felelősség szabályai szerint segítséget (magyarázatokat⁹⁵) nyújtanak a rendőrség számára abban a tekintetben, hogy az intézkedés kezdeményezése, lefoly-

⁹⁴ Önmagát üresíti ki az a megállapodás, amely két kötőjel közötti szövegével a mondatok elejét és végét „csapja agyon”; s ilyen mondatok szép számmal vannak a kontraktusokban. (Például: „A személyeknél felalált steril tű, fecskendő esetén – *amennyiben az bűncselekményt vagy szabálysértést nem alapol meg* – rendőri intézkedés nem foganatosítható.” Magától értetődik, hogy rendőri intézkedésre nem kerülhet sor, ha nincs bűncselekmény. Ehhez nem kell „kegyelmet” gyakorolni, ez alkotmányos és büntető eljárásjogi evidencia. Ugyanakkor evvel a rendőrség semmilyen jogáról nem mond le.)

Az viszont a törvénnyel és az Alkotmánnyal megy szembe, ha a rendőrség megígéri, hogy bizonyos „jeles napokon” nem látja el feladatát, vagy bizonyos területeken immunitást biztosít. (Például: „Azokon a területeken és abban az időpontban, ahol a program által bejelentett tűcsere folyik, nem végez célirányos ellenőrzéseket (...).” Virágvasárnap pedig a zsebtolvajoknak nem kell számítani a hármass metron az ellenőrzésre, ellenben Kisasszony napján a szerzői és szomszédos jogokkal visszaélést elkövetőknek lesz nyugta?)

⁹⁵ Ezt ne keverjük össze az oktatásban való részvétellel. Az oktatás a rendőrségen – számos szempontot kötelezően figyelembe veendő – oktatási terv szerint folyik és a szervezet hierarchikus felépítésének melléktermékeként a „tananyag” rendszerint csak utolsóként jut el a napi szolgálatot ellátó állományhoz. A parancs megismerése, a parancsba foglalt ismeret elsajátítása azonban – számon kérhető – feltétele a szolgálatba lépésnek és része a szolgálat teljesítése során tett intézkedések megítélésének. A megállapodásba foglalt, normatív utasításként vagy parancsként viselkedő kötelező ismeretanyag ezért fontosabb, mint az, hogy lelkes aktivisták akár naponta részt vesznek az eligazításon és – nem parancsnokként – buzgón sorolják mindazokat a körülményeket, amelyekkel a szolgálatba lépést követően valószínűleg szembesülni kell.

tatása során milyen szempontokat mérlegeljenek,⁹⁶ vagy, hogy mennyiben hajlandók részt venni a helyiségen kívül kialakult helyzetek kezelésében.⁹⁷ A rendőrségnek módja van arra, hogy a törvényekkel kompatibilis ésszerű önkorlátozás keretében a megállapodás részévé tegye a saját szakmai szabályai szerint kidolgozott, számára kellő cselekvési szabadságot biztosító, de ugyanakkor az együttműködésre is építő, az intézkedések alkalmazásának a helyzet specialitásait figyelembe vevő, célravezető egyedi modelljét. A rendészeti intézkedések sajátossága ugyanis, hogy azoknak bár a jog uralma alatt kell állniuk, igénybevételek feltétele a törvényi felhatalmazás, de a végrehajtásukat tüzetesen részletező normatív előírásoknak – éppen az alkalmazásukat kiváltó helyzetek sokszínűsége és az azokkal érintettek körének heterogenitása miatt – a törvényben nem sok terepe van.⁹⁸ Egy szűkebb helyzetre, szűkebb csoportra, meghatározott állapotra, speciális célok elérésére vonatkozóan azonban kidolgozhatók olyan – a jogszabályok helyes értelmezését és az ítélkezési gyakorlatnak megfelelő speciális alkalmazását támogató – részletszabályok, amelyek a jog világába is integrálhatók. Itt juthat szerephez, hogy a rendőrségi szervezeten belül az utasítási jog két szintű, normatív⁹⁹ és egyedi aktust jelent, az utasítás végrehajtása viszont kötelező. A speciális modellek jogi formát ölthetnek normatív aktusba integráltnak, így legitimitásuk, tartalmuk – ha az nem a törvénnyel megy szembe – senki számára nem lesz vitatható.

Mindazonáltal a jog kiszámítható működésének követelményét leginkább az a megoldás támogatná, ha ezeket a kérdéseket, legalább „alapfokon” jogszabály – ha nem is az Rtv., hanem a például a rendőrség működéséért felelős kormánytag rendelete – rendezné el. Ilyen jogalkotási szinten ugyanis már meg lehetne határozni azt a szakmai kritériumrendszert, amelyen speciális helyzetekben is belül kell maradnia az intézkedésnek, vagy amelynek keretei között (elvi mentén) a helyi szintek jellegzetességeit figyelembe venni képes közvetlen parancsnoki utasítások kidolgozhatók. Nem kizárhatóan ezen a szinten létezhet egy olyan tartomány, amely a közvetlen parancsnok mérlegelési jogkörébe tartozik.

6.6. A felügyelt használói helyiség telepítésének elsődleges kiváltó oka szinte mindenhol az volt, hogy adott területen a kábítószer-használói szubkultúra közterületi jelenléte elviselhetetlen méreteket öltött, az ebből fakadó veszélyek és

⁹⁶ Például az extrém helyzeteket kivéve aligha lehet könnyű megítélni az Rtv. 37. §-ának az „önveszélyes állapotra” vonatkozó kategóriáját, különösen pedig megkülönböztetni a kábítószer okozta bódultságot az egyéb ártalmak kiváltotta állapottól.

⁹⁷ Például hajlandók-e a helyiséget elhagyókat „visszafogadni”, netalán fizikai értelemben is visszakísérni a helyiségbe, ha bódult állapotukról a rendőr őket értesíti.

⁹⁸ Vö: Finszter Géza: A rendészet elmélete (KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft, Budapest, 2003. 247. oldal)

⁹⁹ Ilyen például az Rtv. 6. § (3) bekezdés a) pontja szerint az Országos Rendőrfőkapitány utasítási joga, illetve tartalmukban ilyenként jelennek meg a szervezeti- és működési szabályzatok jóváhagyására vonatkozó jogai is [z] pont].

félelmek pedig cselekvésre ösztönözték a döntéshozókat. Ettől nyilván itt sem lehet eltekinteni, mint ahogyan a működésnek is vannak olyan szakmai követelményei, amelyek esetenként megelőzheti a biztonsági szempontokat. Ugyanakkor a helyszín kiválasztásában – sok egyéb körülmény mellett – „rendészeti jellegű” tényezők értékelésének is helye van.

Kockázatos az olyan helyszín kiválasztása, ahol a bűnözési ráta – a kábítószer-használathoz kapcsolódó cselekményeket ide nem értve – egyébként is magas. Pusztán a helyiségek látogatása révén ez fokozott veszélyt jelent a kábítószer-fogyasztókra, mivel egyrészt megkönnyíti számukra, hogy más bűncselekmények elkövetőivé váljanak, másrészt helyzetüknél (állapotuknál) fogva éppen ilyen egyszerűen válhatnak áldozattá. Ugyanígy reális veszélye van annak, hogy a kábítószerrel visszaélés (súlyosabb) elkövetései magatartásai beszivárognak az eredetileg más bűncselekményekkel érintett csoportok szubkultúrájába. Összességében ez a a bűnözés növekedéséhez, a közbiztonság további csökkenéséhez vezet, és szükségképpen folyamatos rendőri beavatkozást generál. Ez magától értetődően erősíti a represszív attitűdöt és biztosan nem teszi lehetővé, hogy valamiféle konszolidált törvényes együttműködés alakuljon ki a hatóság és a felügyelt használói helyiséget működtetők között. Így a program semmilyen célt nem ér el, ellenben a bűnözés az adott területen elviselhetetlenné válhat, ami – nem csupán az érintett területen – fixálja a lakosság ellenszenvét, ami hosszú távon „kiölheti” a befogadó attitűdnek még a csíráját is.

A „város széle” ellenben nem csupán azért rossz megoldás, mert távol esik a programban nélkülözhetetlen az egészségügyi ellátó központoktól és mert a nem túl elszánt célzott réteget nem ösztönzi a helyszín felkeresésére. Szerencsétlen választás lehet azért is, mert – bár a rendőrség jelenlétével szemben többnyire általános berzenkedés tapasztalható, az legalább ilyen – veszélyes, ha a helyszínek közelében túlságosan nagy nehézségbe ütközik a szolgálat ellátása. Ezt egyrészt ki fogják használni a kínálati oldal szereplői, másrészt az emberek könnyen jutnak arra a következtetésre, hogy a helyszín kiválasztását a rejtőzködés és az ellenőrizhetetlenség motiválta. Könnyen megjósolható, hogy amint ez kritikaként megfogalmazódik, a rendőrség az adott területen azonnal látványos akciókba fog. Ezek ugyan kiszámíthatóan kérész életűek lesznek, de a helyiség működését ezalatt vagy ezen túlmenően is ellehetetleníthetik.

V. A MŰKÖDTETÉS HÁTTERÉT JELENTŐ (ÁGAZATI) SZABÁLYOK

A felügyelt használói helyiségben történő kábítószer-fogyasztás büntetőjogi, rendőrségi kezelésének előfeltétele, hogy a programot valamely ágazati jogszabály definiálja és állapítsa meg működési feltételeit.

1. Az Szt. tv. (korábban már említett) 2005-ös módosulása komoly előrelépést jelentett, mert a törvényhozó a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi ellátások között, az alapellátáson túl, elismerte az alacsonyküszöbű ellátásra való jogosultságot, a törvény végrehajtási rendeletébe pedig bekerült a tűcsereprogram mellett a szenvedélybetegek kezelésére szolgáló többféle ellátás. Ennek ellenére az EMCDDA 2008-a jelentése már e programok tapasztalatainak ismeretében is – bár úgy fogalmazott, hogy Magyarországon „fellendülőben” vannak az ártalomcsökkentő programok – kiemelte, hogy egyes rétegek számára a hozzáférés komoly akadályokba ütközik.¹⁰⁰

Nem segítette elő ennek a helyzetnek a pozitív irányú megváltozását az sem, hogy az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2007. évi CXXI. törvény következtében az önkormányzatok kötelező feladatai köréből 2008. január 1-jétől kikerült az alacsonyküszöbű ellátás, 2009. január 1-jétől pedig a közösségi ellátás is. Ez azt jelenti, hogy megszűnt ezeknek a programoknak a központi költségvetésen keresztül juttatott normatív támogatása.

A támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről szóló 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Támogatási Rendelet) 1. § (1) bekezdése *bc)–bd)* pontja alapján a szenvedélybetegeknek nyújtott közösségi alapellátásokat, a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátásokat biztosító szolgáltatók fenntartóinak – pályázati úton – a központi költségvetés vissza nem térítendő támogatást nyújt. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások pályázati úton történő finanszírozása ellátási területhez rendelt – és ezzel – végképp vagylagos támogatású szolgáltatás lett.

A meglévő – a felügyelt használói helyiséghez viszonylag közelebb álló – programok központi támogatása tehát visszaszorult. A központi költségvetés abban csak vagylagosan, meghatározott keret erejéig vesz részt. Kétségtelen, hogy a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény (a továbbiakban: Ötv.) az önkormányzati feladatok között sorolja fel a helyi közügyekben való önálló eljárást, s arra is van mód, hogy önként vállalja mindazon feladatok ellátását, amelyeket jogszabály nem utal más szerv hatáskörébe [1. § (1) és (4) bekezdés]. Központi feladat-rendelés és hozzájárulás híján – figyelemmel a helyi önkormányzatok általános pénzügyi helyzetére és a kötelezően ellátandó, ám központilag csak részlegesen finanszírozott feladataira – nehezen juthatunk el odáig, hogy az önkormányzatok a támogatható feladatok körébe szükségképpen „beleértsék” a segítő programok támogatását [1. § (5) bekezdés].

Az Ötv. a települési önkormányzatok feladatává teszi ugyan a szociális ellátást [Ötv. 8. § (1) bekezdés] és az Szt. tv. IV. fejezet II. Címe szerint az ide sorolt kö-

¹⁰⁰ Kábítószer-probléma Európában – Éves Jelentés 2008 (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja, 2008, 35. oldal)

zösségi ellátások kategóriájába az alacsonyküszöbű szolgáltatások is beletartoznak, de mivel ehhez a költségvetési törvény külön (pántlikázott) összeget nem rendel, az önkormányzat számára a feladat ezzel át is kerül a „támogatható” kategóriába. Innentől fogva viszont a hozzájárulás ténylegességéről a helyi prioritások döntenek, ami nem probléma azon önkormányzatok számára, ahol a kábítószer-élvezet nincs (vagy nem komoly mértékben) van jelen, ám nagy probléma lehet azok számára, amelyek területén – annak minden, a közegészségre, közrendre, közbiztonságra veszélyt jelentő következményével – megjelenik a heroin-gettó. (Más kérdés, hogy a gettósodás (például közegészségügyi) következményei könnyen átlépik a település határait; az önmagukban álló, kezeléssel nem párosuló rendészeti módszerek pedig kedveznek a „gettóexportnak”). A finanszírozási térkép mindenesetre azt mutatja, hogy egy új program integrálásakor a pénzügyi gáttal, a forráshiánnyal is meg kell küzdeni.¹⁰¹

A programnak a társadalmilag kiemelkedően fontos közegészségügyi része, ugyan mindenki számára logikusan támogatható lenne, a jogszabályi konstrukciónak és a szociális igazgatásban ténylegesen működő elveknek köszönhetően azonban a takarékos önkormányzatnak egy válasza lehet: az alapellátás keretében képes ezeknek a biztosítására, azok mindenki számára elérhetők. Az alapellátásnak azonban nem része az az elem, amely az alacsonyküszöbű szolgáltatásnak a motorja: a megkereső és az alapszolgáltatások igénybevételére „alkalmassá tévő” program, amely pedig eleve azért jött létre, mert hagyományos úton az érintettek nem integrálhatók az alapellátásba. A körben forgó érvelés ott ér véget, amikor az önkormányzatok adu ászként kijelentik, hogy a felvilágosító (általában magas küszöbű) ellátásokon túl az alapellátásba való „beterelés” nem feladatuk. Mindebből következően a felügyelt használói helyiség önkormányzati finanszírozásra aligha számíthat, és meggondolandó, hogy ebben a jogszabályi környezetben érdemes-e egyáltalán ebbe a csatába belefogni.

Szintúgy rossz előjel, hogy lényegében nem is történt kísérlet a tűcsereprogramoknak sem az Ötv. rendszerébe, sem a szociális igazgatás működő modelljébe történő integrálására. A szociális igazgatással szemben – leszámítva egy nagyon tudatos szűk réteget – az embereknek az az elvárása, hogy az egyenlő hozzáférés elve – valamiféle torzult formában – leginkább az univerzalitás elvével együtt érvényesüljön. Minden településen, mindenki egyenlő feltételekkel legyen jogosult valamennyi lehetséges ellátásra, anélkül, hogy egyéni körülményeit (tényleges rászorultságát) bárki vizsgálná. A konfliktuskerülő önkormányzatok ennek az igénynek meg sem próbálnak ellenállni, viszont a forráshiány legfeljebb az alapellátás mindenki számára azonos szintű finanszírozását teszi lehetővé számukra. Erről azonban a közösségi ellátások,

¹⁰¹ Ez még fellendülő gazdaságban is számottevő nehézséget jelent, válság idején pedig önmagában képes aláásni minden továbblépést.

még kevésbé az alacsonyküszöbű szolgáltatások javára – éppen konfliktuskerülő attitűdjükből kifolyólag – nem lesznek hajlandók lemondani. A szelektivitás elvének erőteljes érvényesítésére, vagy egyenesen az újkori szegregációra¹⁰² kényszerített „nagyon szegény” önkormányzatoktól viszont nem várható pénzügyi támogatás. Nem lehetetlen azonban, hogy bizonyos előnyök felkínálásával¹⁰³ éppen ezek bizonyulnak elfogadóbbnak egy olyan programmal szemben, amely a „szegregáltakkal” azonos vagy náluk rosszabb helyzetben lévők alapellátási szintet el nem érő támogatására irányul és például helyiség rendelkezésre bocsátásával, az esetleges munkahelyteremtő ellátást közvetve hajlandók támogatni.¹⁰⁴

2. Valójában ezen a ponton ismét szembesülni kell azzal, hogy az alacsony küszöbű szolgáltatások definíciója és jogilag értelmezhető protokolljának meghatározása, egyáltalán a szociális ellátásokon belüli helyzetének tisztázása hiányzik a jogszabályokból. Ez abból a szempontból is hátrány, hogy az alacsonyküszöbű szolgáltatás költségeinek ésszerű csökkentése¹⁰⁵ a finanszírozás megosztásával sem lehetséges. Míg például a közösségi alapellátások esetén a Támogatási Rendelet 1. § (4) bekezdése, a megváltozott finanszírozási feltételek között is lehetővé teszi a támogatási rendszer működtetésével összefüggő kiadásoknak részben az ezek támogatására szolgáló fejezeti kezelésű előirányzat terhére való elszámolását, az alacsonyküszöbű ellátások esetén csak nehezen megteremthető kapcsolt szolgáltatások mellett van meg ez a lehetőség. Ennek egyik oka (a kellő elszánás hiánya mellett persze), az, hogy egzakt azonosításuk nem lehetséges. A már többször hivatkozott, az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet ugyanis mindössze felsorol bizonyos szolgáltatásokat, azok irányultságát, de tartalmukat kellően nem részletezi, lényegüket, és – főként a szociális igazgatásban különösen fontos körülményhez – a védőhálózathoz történő illeszkedési pontjaikat nem írja le. Más jogszabály viszont nem foglalkozik az egész kérdéssel.¹⁰⁶

¹⁰² A szociális igazgatásban a szegregáció nem pejoratív fogalom. Ma valójában a különösen hátrányos helyzetben lévők elkülönített kezelésének szemléletére építő, de a szerény javak igazságos elosztására törekvő attitűdöt jelenti.

¹⁰³ Például a felügyelt használói helyiség látogatóinak biztosított egészségügyi szolgáltatások (egy részük) időleges (részleges) igénybevételére vonatkozó lehetőségének felkínálása a helyi lakosság számára.

¹⁰⁴ A szakfeladatok ellátásakor a helyi munkaerőpiac igényei nyilván nem vehetők figyelembe, de a kiegészítő tevékenység ellátásakor számításba jöhet. (Profánul hangzik, de a helyiségeket takarítani, karbantartani, netalán őrizni kell, ami nem kíván különleges képzettséget.)

¹⁰⁵ Például a tűcsereprogramtűcsereprogramban (ma is) több a karitatív elem, mint a helyi vagy központi finanszírozás, és nemigen mutatkoznak a jelei az esetleges spanyolországi megoldásnak, ahol ebben a gyógyszertárak széles hálózata vesz részt.

¹⁰⁶ Sehonnan nem tudjuk meg például, hogy a használt ártalomcsökkentő eszközök „biztonságos tárolás” „biztonságos elszállítása” mit takar, és melyek is az ehhez szükséges tárgyi feltételek [vö.: 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 39/l. § (5) bekezdés].

A felügyelt használói helyiség esetében azonban a probléma ennél távolabbra mutat. A szolgáltatás – közismertnek semmiképpen nem mondható és semmilyen más működő intézményhez nem hasonlítható – *tartalmának meghatározása* többek között az engedélyezési eljárás miatt is szükséges. Működésüket ugyanis nyilvánvalóan engedélyezni kell.

A jelenlegi rendszerben az engedélyezés a szociális igazgatások körébe tartozhat, de ha nem is ide sorolódik, az engedélyezési eljárás jellege attól csak annyiban különbözhet, hogy a fenntartónak a jelenleg ismert szolgáltatások feltételeit jelentő kritériumokon túli feltételeknek is meg kell felelnie. (A szociális ellátások engedélyezéséről szóló, az Szt. tv. 92/K. §-a szerint a szolgáltatónak ma sem csupán az e törvény rendelkezéseiben foglalt kikötéseket kell teljesítenie, számára más jogszabályok is előírhatnak bizonyos kritériumokat.¹⁰⁷)

Az engedélyezés első lépése azonban mindenképpen az, hogy meg kell vizsgálni a szolgáltató tevékenységének jogszabályi előfeltételeit. A hatályos jogi környezetben ilyen helyiség megnyitása éppen azért elképzelhetetlen, mert jogszabály – nevezetesen a Btk. – tiltja azt a tevékenységet, amelyet a felügyelt helyiséget látogatók folytatni kívánnak. Ebből következően a Btk-val egyenrangú jogforrásnak, azaz törvénynek kell tartalmaznia, annak a tevékenységnek a leírását (megjelölését), ami engedélyezhető, az időbeni, térbeni és egyéb határait, pedig minimálisan kormányrendeleti szinten kell szabályozni.¹⁰⁸ (Ez a struktúra illeszkedik a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységek szabályozási rendjébe.)

A felügyelt használói helyiség esetén sem lehet eltekinteni az Szt. tv. 92/K. § (1) bekezdés *b*) pontja szerinti működési engedélytől, amelyet – a mostani szoci-

¹⁰⁷ Így például a szociális intézmények engedélyezésekor is kritériumrendszerként kell figyelembe venni a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM reдеlet szabályait.

¹⁰⁸ A kábítószerekkel és pszichotrop anyagokkal végzett orvosi és tudományos tevékenységre sem magától értetődően nem terjed ki a Btk. Ennek alapját törvényi szinten a három téma-specifikus egyezmény adja, amelyeknek végrehajtása érdekében igen nagy számban születtek törvények és rendeletek. A legfontosabbak ezek közül: a kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről szóló 162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet; a kábítószerekkel és pszichotrop anyagokkal végezhető tevékenységről szóló 142/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet; a kábítószer-prekurzorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapításáról szóló 159/2005. (VIII. 16.) Korm. rendelet. Ezekhez társulnak azok a további jogszabályok, amelyek az ellenőrzött anyagok orvosi, gyógyászati felhasználását szabályozzák. [Például: törvényi szinten: az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény; rendeleti szinten: a fokozottan ellenőrzött szerek minősülő gyógyszerek orvosi rendelkezésének, gyógyszerertári forgalmazásának, egészségügyi szolgáltatónál felhasználásának, nyilvántartásának és tárolásának rendjéről szóló 43/2005. (X. 15.) EüM rendelet; az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendelkezéséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) EszCsM rendelet.]

ális igazgatási rendszerben – a Kormány által kijelölt engedélyező szerv ad ki¹⁰⁹. Az engedélyezőnek viszont ebben az eljárásban nem csupán a tevékenység engedélyezett vagy tiltott voltát kell vizsgálnia, hanem lényegében teljes körűen azt, hogy a *működés személyi, tárgyi, biztonsági feltételei megvannak-e*, s a későbbiekben is – a kötelező ellenőrzések alkalmával – ezt követi figyelemmel. Ehhez tudni kell, hogy a program pontosan milyen szolgáltatásokat kíván nyújtani.

A jogszabályok minden tevékenység esetében meghatározzák, hogy ki lehet az adott *tevékenység gyakorlója*, ki lehet szolgáltató, fenntartó, stb. A legtöbb esetben ez a jogosultság széles körben megilleti az állami és az egyházi szerveket, illetve a nem állami fenntartókat, és ma már – bizonyos körben – az egyéni vállalkozókat is.¹¹⁰ Ebben az esetben azonban – a vállalt szolgáltatás jellege miatt – nyilván nem bármilyen szervezet jöhet számításba. A kritériumrendszer meghatározása olyan feladat, amelynek során már előre tudni kell, hogy a felügyelt használói helyiség üzemeltetéséhez milyen szakmai ismeretek és kompetenciák szükségesek. Ez pedig az összetett szolgáltatás elemeitől függ, mint ahogyan az is, hogy a Kormány a működést engedélyező szervnek kit jelöl ki. A kritériumrendszernek jogi formában, kormányrendeleti szinten meg kell jelennie¹¹¹, mert az engedély kérelemhez az ennek megfelelő dokumentációt csatolni kell.

A jogalkotónak arról is rendelkeznie kell, hogy az *engedélyezési eljárás mely jogszabály szerint történik*. Ez lehet a közigazgatási, hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. CXL. törvény (a továbbiakban: Ket.), de ennek 14. § (1) bekezdés ac) pontjára figyelemmel más jogszabály (jelen esetben nagy valószínűséggel az Szt. tv.) is. Bármelyik megoldást választja is a jogalkotó, a törvény rendelkezéseit ki kell egészíteni azokkal a speciális követelményekkel, amelyek ilyen esetekre vonatkoznak. Itt határozható meg továbbá, hogy kik nem lehetnek fenntartók, vagy hogy közülük egyesek milyen külön biztosítékok nyújtása mellett válhatnak azzá.

Valószínűtlen, hogy felügyelt használói helyiségek a közeljövőben tömegesen jönnek létre, amiből következően viszont előre tisztázni kell az adott helyiség *ellátási területét*. Ez nem azt jelenti, hogy máshonnan ellátásra szoruló nem fogadható, de azt igen, hogy a kijelölt területen a szolgáltatónak ellátási kötelezettsége

¹⁰⁹ Ez leggyakrabban a település jegyzője, de speciális szolgáltatások esetén a Kormány által kijelölt központi hivatal (például: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal.)

¹¹⁰ Az utóbbi időben egyre több szociális jellegű szolgáltatást nyújtására jogosulttá válnak természetes személyek is, mint egyéni vállalkozók (bár ez például a szociális otthonok esetében nem mindig „sikertörténet”). [Lásd: a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és a falugondnoki szolgálat működésének engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozás engedélyezéséről szóló 188/1999. (XII. 16.) Korm. rendelet 2. §-a].

¹¹¹ Az alacsony küszöbű szolgáltatások esetén a már említett 188/1999. (XII. 16.) Korm. rendelet részletezi a működési engedély kérelemhez csatolandó dokumentumokat és határozza meg azok tartalmát.

van.¹¹² Ugyanakkor a „bevándorlás” újabb ütközőpont lehet a lakossággal, mert a helyiség látogatóinak előbb utóbb el kell hagynia a felügyelt szobát, s ha nincs hová menniük, a hajléktalanság ott is problémává válik, ahol eddig nem volt az. Erre az esetre kell lennie valamilyen kríziskezelési tervnek, együttműködésnek a programon kívüli szervekkel.

3. Végül a lakossággal való egyeztetés azért sem nélkülözhető, mert erős ellenállás esetén van olyan eszköz, amelynek révén a felügyelt használói helyiség működése ellehetetleníthető. Az országos népszavazási kezdeményezések pár évvel ezelőtt járványszerűen terjedtek el, s azóta is napirenden vannak. Ez a jelenség bármikor áttevődhet helyi szintre, ahol viszont számos oknál fogva az országosnál sikeresebb lehet és irányulhat közvetlenül a felügyelt használói helyiségek ellen is.

Az Ötv. IV. Fejezete, illetve a választási eljárásról szóló 1997. évi C. törvény csak kevés olyan tárgykört tartalmaz, amelyre *helyi népszavazás* nem kezdeményezhető. Még, ha a felügyelt használói helyiség a vonatkozó szabályok megalkotásakor érvényesítendően valamiféle különleges státust kap is (ami valószínűtlen), a képviselőtestületet, illetve a közgyűlést a helyi lakosság rá tudja kényszeríteni olyan rendeleti jogalkotásra, amellyel közvetett módon kikényszeríti a működést ellehetetlenítő feltételek kialakítását.

VI. A JOG ÁTALAKÍTÁSA – JOGON KÍVÜLI TÉNYEZŐ

A felügyelt használói helyiség létrehozása egyetlen országban sem ment zökkenőmentesen és az eltérő várakozásra Magyarországon sincs alap.

Kábítószer-ügyben a jog (elsősorban a büntetőjog és vidéke) tartósan hintapolitikát folytatott, s ennek részeként azokat a kérdéseket sem rendezte el, amelyek az új intézmény nélkül is már múlhatatlanul szükségesek lettek volna. A társadalom a kábítószer-kérdésben megosztott, mert a tiszta és világos beszéd ebben a témakörben mindig is hiányzott. A felelősségre vonás szigorodásakor a jogalkotó buzgón ígérte, hogy ez a tendencia nem a fogyasztók ellen irányul, komoly represzióra csak a kereskedői oldal számíthat. A probléma ezzel az volt, hogy mindenki tudta: a felderített cselekmények nagyobb része fogyasztói magatartás.¹¹³ A szigor enyhülésekor viszont a többszörösen óvandó réteghez tartozók: a kiskorúak nem kaptak elegendő védelmet, de a törvényhozás ekkor is vehemensen biztosított

¹¹² Amennyiben az ellátó helyiségek száma kevés, országrészek maradnak lefedetlenül, a rendszer szembesülni fog a „bevándorlással”. Nem véletlen, hogy például Frankfurtban is felmerült, miszerint csak helyi lakosok számára biztosítsák az egészségszoba igénybe vételét.

¹¹³ Kevés stabil pont van a kábítószer-büntetőjog világában, de ez annak számít. A tavalyi évben felderített cselekmények 2/3-a is a fogyasztókat érintette.

mindenkit arról, hogy éppen róluk akartak helyesen gondoskodni. Amikor éppen nem volt anyagi jogi (Btk.) változás, a Be. módosulása keltett zavart, még hozzá éppen az elterelésre jogosító szabályok időbeli hatályát érintő torzulásokkal. A sűrű jogszabályváltozások ellenére viszont a Btk. soha, egyetlen percre sem jutott el abba az állapotba, hogy ne legyen szükség magas szintű jogszabály-értelmezésre, a Legfelsőbb Bíróság kollégiumi állásfoglalására vagy jogegységi döntésre, amelyek körül szintúgy folytonos volt a zsinatolás.

Az állampolgár pedig az állandó harci lármában szükségképpen összezavarodott, különös tekintettel arra, hogy a kábítószer-fogyasztásról és a fogyasztók helyzetéről való informálódás egyébként sem tartozott soha a közismereti tárgyak sorába. A segítő programok, az hogy ezek egyáltalán miért szükségesek, mi a hasznuk, stb. közben egyáltalán nincsenek jelen a közbeszédben, azokról „egyszerű halandónak” kellő tájékoztatás híján fogalma sem lehet. A nyílt téri kábítószer-használat viszont nagyon sokakat riaszt és valóban nagyon veszélyes is, ám hogy mennyire, arról megint csak nem sok őszinte szó esik.

Az egymással elfoglalt pörlekedők csetepatéjából kinőtt heroin-gettóval hirtelen szembesülő, a kábítószer-fogyasztással nem érintett – és az előzőekben utaltak szerint – „jól felkészített” polgárok joggal aggódnak a biztonságukért, és mivel a probléma lehetséges „kezeléséről” semmi egyéb információjuk nincs, egyáltalán nem meglepő, ha „börtönért” kiáltanak. A fogyasztók, illetve pártolók viszont a szabadságjogokra, a szabad ártalomhoz való jogra és az őket is megillető, a személyes döntések tiszteletben tartása iránti igényükre hivatkoznak, – ami nemzetközi jogi és folyamatosan fenntartott büntetőjogi tilalom mellett a másik oldalnak visszasan hat. Így jutottunk el odáig, hogy a korrekt véleménycsere már szinte nem is lehetséges, mert a két oldal nem beszél azonos nyelvet. Ebben a helyzetben a felügyelt fogyasztó helyiség filozófiája azért lehet alkalmas a tolmács szerepére, mert lényege szerint a realizmus talaján állva, mindkét oldal érdekeit képes megjeleníteni, ugyanakkor nem tekinti magát egyedül üdvözítő megoldásnak.

A realizmus abban áll, hogy – tagadjuk vagy sem – a tilalom és más programok ellenére kialakult a kábítószer-fogyasztóknak egy olyan rétege, amelyhez tartozóknak nincs viszonyuk a társadalomhoz, tilalomhoz, büntetéshez, ellátórendszerekhez, öngondoskodáshoz, sőt önmagukhoz is csak annyi, hogy megkapják és elfogyasszák az anyagot. Attól azonban, hogy ők kívül maradnak minden kommunikáción, a társadalom nem engedheti meg magának, hogy legalább az egyoldalú kommunikáció valamilyen szintjét ne alakítsa ki velük. Egyfelől az emberi életek egyenértékűségéből következően az élethez való jog alapján számukra is jár a gondoskodásnak minimálisan az életvédelmi funkciót biztosító foka, másfelől a társadalom önvédelme is azt követeli meg, hogy ne engedje eszkalálódni azokat a veszélyeket, amelyek a fogyasztók eme rétegének életviteléből szükségképpen fakadnak. Ebbe éppen úgy beletartozik a nyílt téri drogszcéna negatív magatartásmintát közvetítő hatásának

eliminálása, mint a fertőzésveszély elhárítása, a járványok kivédése és mások életének védelme velük szemben. A téma szempontjából érdektelen, hogy ez a réteg hol, hogyan, miért alakult ki, vagy milyen egyéb intézkedéseket kell tenni annak érdekében, hogy ne növekedjen az ehhez tartozók száma. Jogállam nem hunyhat szemet problémák felett, civilizált társadalom pedig nem adhat erre a kérdésre az érintettek örökös jogfosztottságába torkolló választ.

Más bűncselekményt el nem követő fogyasztókat nem lehet folytonosan börtönben tartani, ez mindhárom téma-specifikus egyezményvel ellentétes, embertelen megoldás. Minden emberi tényezőt figyelmen kívül hagyva is, arról még nem készült elemzés, vagy ha igen, nem tárták a nyilvánosság elé, hogy a problémakezelés hatékonysága szempontjából mennyivel drágább megoldás a büntetés-végrehajtás, mint a segítő program. A büntetés végrehajtási intézet gondjaira bízott személyeknek törvényben szigorúan garantált jogai vannak. Ennek részeként ruházaton, meghatározott összetétel szerinti étkezésen kívül többek között egészségügyi ellátásra, szűrővizsgálatokra, kezelésre jogosultak, vagyis mindazt (annál többet és magasabb szinten) kell biztosítani számukra, mint amit a felügyelt fogyasztói helyiség program keretében megkaphatnak. Utóbbinál azonban – ha nem is minden érintett esetében – mégis mutatkozik esély a változtatás iránti motiváció felkeltésére.

Ennek érdekében a jogi környezet átalakítása nem igényel „felforgató jellegű” változtatásokat. Sőt, bizonyos értelemben ebben a történetben ez a legkisebb feladat: elszánás, hozzáértés, megfontoltság, elhatározás kérdése. Nincs arról szó, hogy a kérdés rendezése végletesen átalakítaná a jogrendszert vagy újraírná valamelyik jogágat. Az persze tény, hogy a dolgot nem önmagában kell nézni, ezzel együtt – vagy méginkább ezt megelőzően – a jogalkotónak tisztázni kell, hogy a tilalom (nem feltétlenül a jelenlegivel azonos paraméterek és következmények mentén történő) fenntartása mellett általában „mit kíván kezdeni” a kábítószer-fogyasztókkal, mert ehhez képest határozható meg, hogy a különböző segítői programokhoz mi a viszonya. Ebben a jogalkotónak igen széles mérlegelési joga van, bölcsességére viszont értelmes és a realizmus talaján maradó párbeszéddel lehet és kell is motiválni. A tartósan bizonytalan helyzet fenntartása mindenestre hallatlan mértékben rombolja a jogtiszteletet, aminek az eredménye a törvényeknek megállapodásokkal való „helyben szokásos joggá” alakítása, és a konfliktushelyzetek önjáró, jogon kívüli kezelése lehet.

FELÜGYELT INJEKCIÓS HELYSÉGEK- KEL KAPCSOLATOS ATTITŰDÖK ÉS VÉLEMÉNYEK VIZSGÁLATA SZAK- ÉRTŐK ÉS A LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A VIZSGÁLAT FŐBB EREDMÉNYEI

A vizsgálat során a budapesti, VIII. kerületben található Kálvária téri és annak környékén élő lakosokat kérdeztünk meg arról, hogy mit tapasztalnak a lakóhelyi környezetükben létező utcai intravénás szerhasználattal kapcsolatosan, valamint arra is kíváncsiak voltunk, hogy hogyan viszonyulnak egy esetlegesen létesítendő egészségügyileg felügyelt helyiséghez.

A mintába került helyi lakosok szociodemográfiai adatai azt mutatják, hogy mind az országos, mind a kerületi adatokhoz képest alapvetően több szempontból is hátrányosabb helyzetűnek mondhatók. Ez különösen igaz a megkérdezettek hátrányos foglalkoztatási helyzetére, valamint az iskolai végzettségére vonatkozóan.

A helyi lakosok problémaként érzékelik a környéken tapasztalt intravénás szerhasználatot, és az avval járó jelenségeket, mint amilyen a gyermekek veszélyeztetettsége, a köztéri botrányokozás, a drogterjesztés, a beszerzői bűnözés. Ugyanakkor maguktól a szerhasználóktól kevésbé tartanak.

Hasonlóan vélekednek erről a megkérdezett szakértők is, avval a különbséggel, hogy a botrányokozást és a közszeméremérsértést kevésbé ítélik problémának.

A használói helyiséggel kapcsolatos lakossági attitűdök arra engednek következtetni, hogy a helyi lakosok nagyjából belátják a használói helyiség előnyeit, miközben valamelyest tartanak attól, hogy az más használókat fog a környékre vonzani, és az emberek szemében legitimizálni fogja a droghasználatot. Ugyanakkor – véleményük szerint – nem annyira generálna olyan illegális tevékenységeket, mint a szerhasználat, illetve a dílerkedés. Ez hasonló módon elmondható a szakértőkről is.

A megkérdezett helyi lakosok három csoportba sorolhatók aszerint, hogy milyen mértékű problémaként észlelik az utcai szerhasználatot, illetve hogy hogyan vélekednek a használói helyiséggel kapcsolatosan. Az első klaszterbe tartozókat (a minta 29%-a) leginkább az jellemzi, hogy az utcai szerhasználat szinte minden aspektusát problémának látják, és nem ismerik el a használói szoba alapvető előnyeit. A második csoport tagjait (a teljes minta 44%-a) még az elsónél is erősebb problémaészlelés jellemzi, miközben a használói szoba bizonyos előnyeit belátják: elsősorban a használat következtében keletkező közegészségügyi veszélyek csökkentésére irányuló lehetséges funkcióit. A harmadik csoport tagjai (a teljes minta

27%-a) látják legkevésbé problémának a környékbeli utcai szerhasználatot, miközben úgy vélik, hogy a használói szoba számos, általuk is percipiált problémára választ nyújthat.

Ami a jelenségre adható válasz-alternatívákat illeti, a lakosok leginkább a drogmentes, valamint a metadon kezelésben látják a megoldást (bár nem túl meggyőzően), míg a tūcserében a legkevésbé. A szakértők a tūcserét, a metadon-fenntartó kezelést és a drogmentes kezelést gondolják igazán autentikus megoldásként, míg a rendőrség határozottabb fellépését jóval kevésbé.

A KUTATÁS CÉLJA

A kutatás célja a Kálvária téren intravénás szerhasználók számára esetlegesen létrehozandó egészségügyileg felügyelt használói helyiségekkel kapcsolatos lakossági (Kálvária tér és környéke), illetve VIII. kerületi és fővárosi szakértői és politikusi attitűdök feltérképezése, felmérése. Másik cél, hogy felmérjük a helyi lakosság és a szakértők – a környéken tapasztalt – utcai droghasználattal kapcsolatos probléma észlelését és percepcióját. Az eredmények felhasználásával ajánlásokat teszünk azon szakmai és módszertani kritériumokra és feltételekre, amelyek egy egészségügyileg felügyelt használói szoba létrehozásához szükségesek lehetnek.

MÓDSZEREK

MÉRŐESZKÖZ¹¹⁴

A használói helyiséggel, valamint az utcai szerhasználattal kapcsolatos észlelt attitűdök feltérképezésére egyetlen mérőeszköz (a továbbiakban kérdőív) készült, amelyet a helyi lakosok és a szakértők körében egyaránt használtunk. A kérdőívekben található attitűdállításokat a nemzetközi hatáselemzésekben használt mérőeszközök alapján állítottuk össze (Hedrich, 2004). A két mérőeszköz közötti egyetlen minimális eltérés az volt, hogy a szakértői kérdőív nem tartalmazott a kérdezett szociodemográfiai háttérre vonatkozó adatokat. A kérdőív kidolgozásakor a legfontosabb szempontnak azt tartottuk, hogy attitűdöket térképezzünk fel, amelyek figyelembe vehetők egy esetleges használói helyiség létrehozásakor.

¹¹⁴ A kérdőív a 'Mellékletek' részben található

A kérdőív az alábbi blokkokból, kérdéscsoportokból állt:

A Köztéri droghasználattal kapcsolatos vélekedés

Ebben a kérdésblokkban egy négyfokú skála segítségével mértük az utcai szerhasználattal kapcsolatos véleményeket, probléma észleléseket. Az attitűdállítások az utcai intravénás szerhasználat különböző következményeire vonatkoztak. A skála értékei a következők voltak:

- 1: egyáltalán nem probléma
- 2: kicsit probléma
- 3: közepesen probléma
- 4: nagyon probléma

B Az egészségügyileg felügyelt használói helyiséggel kapcsolatos attitűd, vélekedés

Ebben a blokkban egy esetleges használói helyiséggel kapcsolatos véleményeket, reakciókat vizsgáltunk attitűdállítások segítségével. Az attitűdállítások ugyanúgy vonatkoztak a helyiség várható pozitív és negatív következményeire egyaránt. A skála értékei a következők voltak:

- 1: egyáltalán nem értek egyet
- 2: kicsit egyetértek
- 3: közepesen egyetértek
- 4: nagyon egyetértek.

C Probléma megoldási javaslatok

Az utolsó előtti blokkban azt kérdeztük, hogy a használói helyiségtől eltérő más, a környékbeli intravénás használat okozta problémák, nehézségek kezelésére használt módszerek (metadon fenntartó kezelés, tűcsere, drogmentes kezelés, rendőrségi fellépés) mennyiben jelenthetnek megoldást. A skála értékei a következők voltak:

- 1: egyáltalán nem jelent megoldást
- 2: valamennyire megoldást jelent
- 3: közepes mértékben jelent megoldást
- 4: teljes mértékben megoldást jelent

D Szociodemográfiai jellemzők

Az utolsó kérdésblokkban a kutatás szempontjából általunk relevánsnak ítélt szociodemográfiai adatokat gyűjtöttünk, mint amilyen a kérdezett neme, életkora,

származása (önbevallás alapján), családi állapota, foglalkozási helyzete és legmagasabb iskolai végzettsége.

A kérdőívek lekérdezése 10-15 percet vett igénybe. A lakossági kérdőív kidolgozásában figyelembe vettünk 5 próbakérdezés eredményét, amelyet követően egyes attitűdállításokat átfogalmaztunk, illetve finomítottuk a skálákat is.

KÉRDEZŐK

A lakossági közvélemény-és a szakértői kutatásban az adatfelvételt szociális munkások, illetve nappali szociológus-hallgatók végezték. A kérdezők az adatfelvételt megelőzően egy 2x2 órás betanításon vettek részt, amely során a kutatócsoport tagjai a kérdőívet, a mintavételi módszert, valamint más, kutatás-logisztikai kérdéseket vitattak meg a kérdezőkkel, amelyek a próbakérdezést követően újra megbeszélés illetve tisztázás, módosítás tárgyát képezték. A kérdezés második hónapjában – kérdezők hiányában – további kérdezők betanítására került sor.

Mintavételi eljárás

1 Lakossági közvélemény kutatás

A lakossági felmérés során alkalmazott mintavételi módszer a „véletlen séta” (‘random walking’) volt (Massoulie és mtsai, 2006; Halkos és Kevork, 2008). A szociológiai kutatásokban gyakran alkalmazott eljárás leginkább lakossági attitűdvizsgálati célokra megfelelő. A módszer lényege, hogy a kérdezők nem nevetek, címeket kapnak, csupán egy területi kiindulópontot és egy bejárando útvonalat határoznak meg számukra, ahol az így kiválasztott lakásokban egy szintén előre meghatározott eljárással, véletlenszerűen kell kiválasztani a megkérdezendő személyt. A módszer alkalmazását az indokolta, hogy nem álltak rendelkezésünkre olyan, a helyi (Kálvária tér környéki) lakosokra vonatkozó alapadatok, amely segítségével reprezentatív mintát lehetett volna készíteni.

A kérdezők egy, a kutatócsoport által korábban összeállított lista alapján kezdték meg a kérdezést, amely a Kálvária tér környéki utcákat tartalmazta, és amely területileg nagyjából lefedte a Kálvária tér környékét. A mintavétel azért terjedt ki csak erre a területre, mert – a nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján – közvetlenül elsősorban a környékbeli lakosságot érintheti a használói szoba működése (Ewan és mtsai, 2004; MSIC, 2003). Egy kérdező egy adott utcában kezdte meg a kérdezést, minden második háztömböt kiválasztva. A háztömbben véletlenszerűen választottak ki egy háztartást. Egy háztömbben csak egy interjú készülhetett. Ez

alól kivételt jelentett a 25-nél több lakást tartalmazó háztömb, ahol két háztartást is lehetett kérdezni, véletlenszerű kiválasztással. Minden háztartásból csak egy fő volt lekérdezhető, mégpedig az a személy, akinek a kérdés napjához képest legutoljára volt a születésnapja, és már elmúlt 18 éves. Kérdezőkor alapszabály volt, hogy két közvetlen egymás melletti házban interjú nem volt bonyolítható, vagyis minden második házat/háztömböt kellett a kérdéshez alanyt választani (hogy a kérdező a páros vagy a páratlan oldalon kezdte-e a kérdést, az teljesen mindegy volt). Ezen szelekciós kritérium alól kivételt jelentett, ha

- egymás mellett volt egy kisebb, kevesebb lakásból álló ház (pl. 2 emeletes, 12 lakásos) és egy nagyobb, több lakásból álló ház is (pl. 4 emeletes, 25-30 lakásos): ez esetben mindkettőbe be lehetett menni kérdezni, és akkor nem kellett kihagyni az egyik épületet sem
- a kért háztömb mellett nem lakossági célt szolgáló épület / szolgáltatás (műhely, bolt, gyógyszertár) volt: akkor azt nem kellett kihagyni

A kért kiválasztásakor ugyanakkor az alábbi kritériumoknak kellett érvényesülni:

1. Ha ez az illető otthon tartózkodott, és nem tagadta meg a válaszadást, akkor lekérdezhető volt.
2. Amennyiben az illető nem tartózkodott otthon, azt a második személyt kellett kérdezni, akinek születésnapja a második legközelebb esett a kérdés dátumához.
3. Ha egyáltalán nem tartózkodott otthon kérdezhető személy, akkor ugyanabban a házban kellett egy másik lakást – véletlenszerűen – kiválasztani.
4. Ha az illető – jöllehet bekerülhetett a mintába – megtagadta a válaszadást, akkor ugyanabban a házban kellett egy másik lakást – véletlenszerűen – kiválasztani.
5. Ha az illető már volt kérdező, akkor ugyanabban a házban kellett egy másik lakást – véletlenszerűen – kiválasztani.

A kérdés a következő utcákat érintette:

- 1 Kálvária u.
- 2 Kőrös u.
- 3 Diószeghy u.
- 4 Illés u.
- 5 Korányi S u.
- 6 Dankó u.
- 7 Práter utcai lakótelep (3 db 12 emeletes ház)
- 8 Losonczy tér
- 9 Kálvária tér

- 10 Karácsony u.
- 11 Csobánc utca
- 12 Magdolna utca
- 13 Lujza utca
- 14 Práter utca

A minta alakulását a közös levelező listára feltett táblázaton keresztül lehetett követni.

2 Szakértői közvélemény kutatás

A szakértői mintába az alábbi helyekről kerültek be célszemélyek:

- 1 Oltalom Alapítvány
 - 2 Kerületi Rendőrkapitányság
 - 3 Önkormányzati egészségügyi/szociális bizottsága
 - 4 VIII. ker. KEF (4 ember)
 - 5 Kerületi és fővárosi ÁNTSZ (3 ember)
 - 6 Fővárosi drogkoordináció
 - 7 Egészségügyi Minisztérium
 - 8 Szociális és Munkaügyi Minisztérium
 - 9 Országos addiktológiai szakfelügyelet
 - 10 Eseti Bizottság
 - 11 Magyar Addiktológiai Társaság
 - 12 Ártalomcsökkentő Szövetség
 - 13 Budapesti Rendőr-főkapitányság Kábítószer-bűnözés elleni Szolgálat
- Összesen: 17 fő (az 5. pontban felsorolt szakértők miatt)

A szakértők megkérdezésére egy előzetes időpont egyeztetést követően került sor.

Mintába kerülési kritérium

A lakossági közvélemény kutatás esetében a 18. betöltött év, valamint a „Mintavételi eljárás” c. részben ismertetett kritériumoknak kellett érvényesülni. A szakértői közvélemény kutatásban nem volt mintába kerülési kritérium, a felkeresendő szakértőket előzetes szakmai koncepció alapján választottuk ki.

Mintanagyság

Az előzetes tervek szerint 150 Kálvária tér környéki lakost, valamint 20 kerületi, fővárosi szakértőt kerestünk fel.

Kérdések helye

1 Lakossági közvélemény kutatás

A lakosokat a korábbi, „Mintavétel” c. részben tárgyalt mintavételi módszer szerint kerestük fel lakhelyükön, a Kálvária téren és a környékbeli utcákon. A lekérdezés elején pontosan rögzítettük a kérdezés pontos helyét (utca, házszám, emelet, ajtó) és idejét (év, hónap, nap).

2 Szakértői közvélemény kutatás

A szakértőket előzetes időpont egyeztetést követően kerestük fel egy megbeszélthelyen. Ez esetben is rögzíteni kellett a kérdezés pontos helyét (pl.: VIII. kerületi rendőrkapitányság), idejét (év, hónap, nap), és a megkérdezett személy munkakörét (pl.: kerületi rendőrkapitány).

Az adatfelvétel időtartama

A próbakérdéseket követően mind a lakossági, mind a szakértői kérdőívek lekérdezése 2009. július elején indult. A lakossági kérdőívek felvétele 2009. szeptemberében, míg a szakértői kérdőíveké október közepén zárult.

Az elemzésben használt módszerek

Az adatok elemzése során – a válaszgyakoriságok mellett – a skálaértékek átlagait számoltuk ki, valamint keresztábrák és ANOVA, valamint klaszter elemzési eljárást használtunk.

ETIKAI KÉRDÉSEK

A lekérdezés előtt, függetlenül attól, hogy lakossági vagy szakértői kérdőívről volt szó, a megkérdezettet tájékoztatni kellett a kutatás céljáról (lásd kérdőívek első lapja). Közölni kellett vele, hogy a kérdésekre a válaszadás nem kötelező, illetve hogy a kérdezést bármikor abbahagyhatja, valamint azt, hogy a kérdezés anonim. A lakossági kérdezés esetében 18 éven aluli személyt nem szabadott kérdezni. Az etikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatás-etikai Bizottság (EPKEB) adta ki.

EREDMÉNYEK

Szociodemográfia

31. táblázat. a minta szociodemográfiai jellemzői (N=150), százalékban

	ESETSZÁM	SZÁZALÉK
nem		
férfi	65	43,3
nő	84	56,0
<i>adatbány</i>	1	0,7
kor		
18-29 éves	45	30,0
30-39 éves	31	20,7
40-49 éves	29	19,3
50-59 éves	27	18,0
60 +	18	12,0
családi státusz		
egyedülálló	70	46,7
házas	51	34,0
partnere, élettársa van	27	18,0
<i>adatbány</i>	2	1,3
foglalkoztatás		
munkanélküli	22	14,7
teljes munkaidőben dolgozik	64	42,7
részmunkaidőben dolgozik	12	8,0
háztartásbeli	8	5,3
iskolás	4	2,7
rokkantnyugdíjas	5	3,3
nyugdíjas	17	11,3
beteg, nem képes dolgozni	3	2,0
egyéb	2	1,3
<i>adatbány</i>	13	8,7
iskolai végzettség		
maximum 8 általános	57	38,0
szakmunkás, szakközép	32	21,3
gimnázium	33	22,0

	ESETSZÁM	SZÁZALÉK
főiskola, egyetem	27	18,0
<i>adatbiány</i>	1	0,7
származás		
nem roma	108	72,0
roma	39	26,0
<i>adatbiány</i>	3	2,0

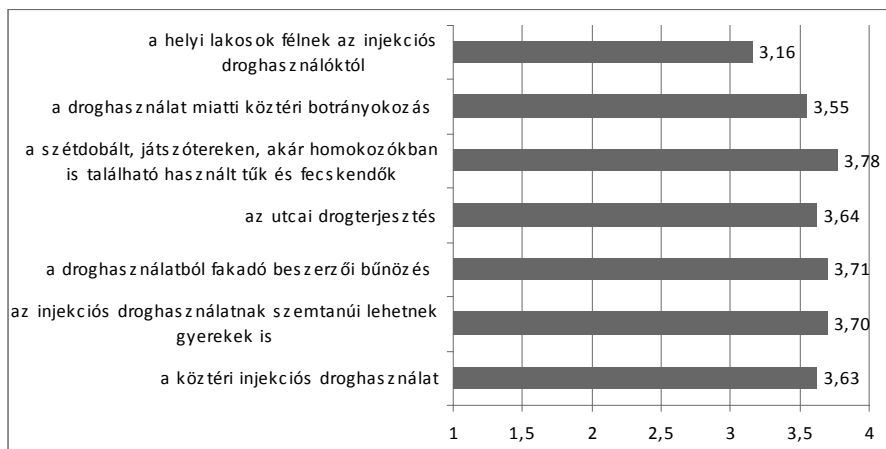
A mintában a megkérdezettek közül 56% nő, 43% férfi volt. A korcsoport megoszlást tekintve látható, hogy legnagyobb arányban a 18-29 évesek kerültek be a mintába (30%), majd őket követik a 30-39 évesek (21%). A 40-49 évesek aránya 19%, míg az 50-59 éveseké 18%. A megkérdezettek 12%-a pedig 60 év feletti volt. A mintában szereplők 47%-a egyedülállónak vallotta magát, 34% pedig házasnak. Partneri, élettársi kapcsolatban 18% él. A foglalkozási helyzetet tekintve elmondható, hogy legtöbben (43%) teljes munkaidőben dolgoznak, míg a minta második legnagyobb csoportját a munkanélküliek alkotják (15%), míg a nyugdíjasok aránya 11%. Másképpen nézve: a mintában szereplők 51%-a aktív (van valamilyen munkája, állása), 26%-a inaktív (nyugdíjas, beteg, rokkant, iskolás, háztartásbeli, betegség miatt munkaképtelen), míg 15%-a munkanélküli. Maximum 8 általánossal a mintába kerültek 38%-a rendelkezik, míg szakmunkásképzőt, szakközepet 21%-nyian végeztek. Gimnáziumi érettségije 22%-nak van, főiskolai, egyetemi végzettsége pedig 18%-nak. A megkérdezettek 72%-a magyar, 26%-a pedig roma származásúnak vallotta magát.

A szerhasználattal kapcsolatos észlelt attitűdök

32. táblázat. a szerhasználattal kapcsolatos észlelt attitűdök (adatok százalékban)

	EGYÁLTALÁN NEM PROBLÉMA	KICSIT PROBLÉMA	KÖZEPESEN PROBLÉMA	NAGYON PROBLÉMA	NEM TUDJA, NEM VÁLASZOL
a köztéri injekciós droghasználat	4,7	3,3	15,3	74,0	2,7
az injekciós droghasználatnak szemtanúi lehetnek gyerekek is	4,0	5,3	6,0	81,3	3,3
a droghasználatból fakadó beszerzői bűnözés	4,7	2,7	8,7	80,0	4,0
az utcai drogterjesztés	3,3	5,3	12,7	70,0	8,7
a szétdobált, játszótereken, akár homokozókban is található használt tűk és fecskendők	2,7	2,7	7,3	82,7	4,7
a droghasználat miatti köztéri botrányokozás	4,7	5,3	19,3	69,3	1,3
a helyi lakosok félnék az injekciós droghasználóktól	12,7	9,3	22,7	50,0	5,3

49. ábra: a szerhasználattal kapcsolatos észlelt attitűdök (átlagok). Az 1-es érték azt jelentette, hogy „Egyáltalán nem probléma”, míg a 4-es azt, hogy „Nagyon probléma”.



A környéken tapasztalt intravénás szerhasználattal kapcsolatos észlelt attitűdökkel kapcsolatos legfontosabb megállapításunk az, hogy a megkérdezettek gyakorlatilag minden egyes dimenzióban súlyos problémát észleltek. Leginkább arra vonatkozólag, hogy a játszótereken, homokozókban mekkora problémát jelentenek a szétdobált használt fecskendők (Átlag=3.78). A megkérdezettek 83%-a ezt nagy problémának minősítette. Ez különösen igaz azokra, akik házasságban, vagy partnerkapcsolatban élnek, illetve a 18-49 év közöttiek. Jóllehet az idősebb korosztályok is problémának látják ezt, de már közel sem olyan erősen, mint a 18-49 év közöttiek. Továbbá szintén súlyosabb problémának látják ezt azok is, akik roma származásúnak vallották magukat – ők ezt a jelenséget gyakorlatilag egytől egyig rendkívül súlyos problémának ítélték meg. Az iskolai végzettség, a kérdezett neme, valamint a foglalkozási státusz nem befolyásolja szignifikáns mértékben a megítélést.

Egyforma mértékben, jelentős problémának ítélték a megkérdezettek, hogy az intravénás használatnak szemtanúi lehetnek gyerekek is (Átlag=3.70), illetve azt, hogy a szerhasználatához szorosán kapcsolódhat beszerzői bűnözés is (Átlag=3.71). Mindkét kérdés esetében 80% feletti azok aránya, akik ezeket súlyosabb problémának ítélték meg. A házastársi, illetve a partneri viszonyban élők ez esetben is nagyobb problémának észlelték a gyermekek ebbéli veszélyeztetettségét. Ugyanez mondható el a 18-49 évesekről (ezen belül is leginkább a 40-49 évesekről), valamint azokról, akik romának vallották magukat. Az iskolai végzettség, a kérdezett neme, valamint a foglalkozási státusz nem befolyásolja szignifikáns mértékben a megítélést. Az intravénás használatához kapcsolódó beszerzési bűnözést nagyobb

problémaként elsősorban a házások, a partneri viszonyban élők, a fiatalok és a középkorúak, illetve a roma származásúak észlelték.

Szintén a közepesnél kicsivel erősebben percipiált probléma maga a köztéri injekciós használat (Átlag=3.63), illetve az utcai drogterjesztés (Átlag=3.64). Előbbit a minta 74%-a, utóbbit 70%-a ítélte meg súlyos problémaként. Az utcai szerhasználatot a nők és a 18-39 év közöttiek ítélik meg problematikusabbnak, míg az utcai drogterjesztést inkább a roma származásúak. Utóbbival kapcsolatban azt is megjegyezhetjük, hogy a szociodemográfiai tényezők alapvetően nem befolyásolják az utcai drog árusítás megítélését.

A szerhasználat miatti köztéri botrányokozás megítélése is közepesnél erősebb (Átlag=3.55). Ezt nagy problémának a megkérdezettek 69%-a, közepes problémának 19%-a gondolta. Fontos megállapítás, hogy a kor, valamint az iskolai végzettség növekedésével csökken a problémaészlelés erőssége: az idősebbek és az iskolázottabbak nem érzékelik annyira erős problémának a szerhasználatból fakadó köztéri botrányokozást.

A megkérdezettek legkevésbé azt látják problémának, hogy a helyi lakosok félnének az injekciós használatától, illetve az ahhoz kapcsolódó jelenségektől – jóllehet azért ezt is közepes problémának észlelték a megkérdezettek (Átlag=3.16). Mindössze 50% gondolta úgy, hogy ez súlyosabb probléma, míg 23% úgy, hogy ez közepes. Egyáltalán nem látja ezt gondnak a megkérdezettek 13%-a. Érdekes módon ezt a legidősebb korosztály érzékeli legkevésbé problémaként, bár az eltérés más korosztályokhoz képest nem szignifikáns.

További adalék, hogy a megkérdezettek 9%-a nem tudta megítélni, hogy mekkora probléma az utcai drogterjesztés, valamint 5%-nyian azt, hogy mekkora problémát jelentenek a köztéren szétdobált használt fecskendő, illetve a használóknak a helyi lakosokra gyakorolt félelme.

A megkérdezett 17 szakértő többsége, 12-en (70%) közepes vagy nagy problémának látja a Kálvária tér környéki szerhasználatot, valamint az ehhez kapcsolódó beszerzési bűnözést, míg 4-en nem tudtak ezekről nyilatkozni. 14-en (83%) legalább közepes mértékű problémának ítélték azt, hogy az utcai használatnak szemtanúi lehetnek gyerekek is. A megkérdezett szakértők kétharmada ezt súlyos problémának látja. Szintén súlyos a megítélése a szakértők körében az utcai drogterjesztésnek, valamint az eldobált tűknek. Jobban megoszlott a szakértők véleménye a droghasználat miatti köztéri botrányokozás, közszemérem sértéssel kapcsolatosan: ezt mindössze 3-an ítélték súlyos problémának, míg 7-en (42%) nem, vagy csak kis problémának. Többen (10-en, 59%) értettek egyet avval legalább közepes mértékben, hogy az utcai használat félelmet kelt a helyiekben.

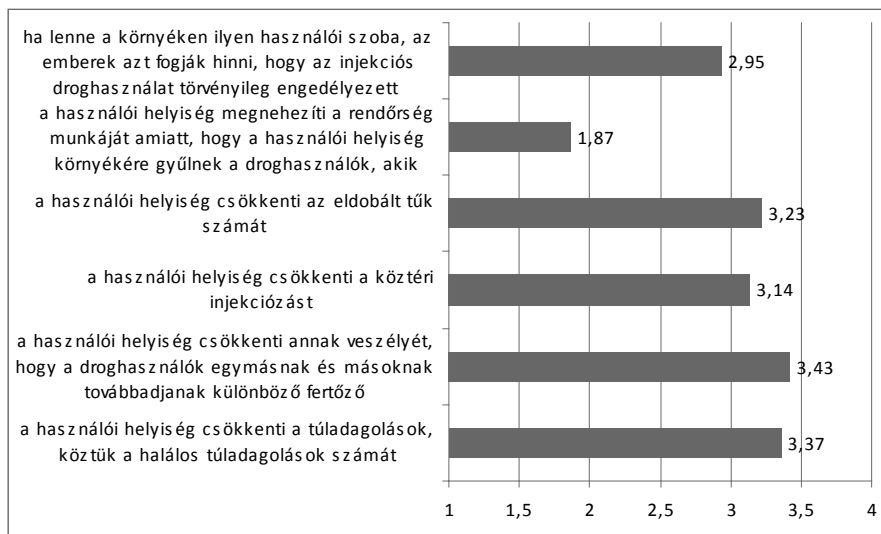
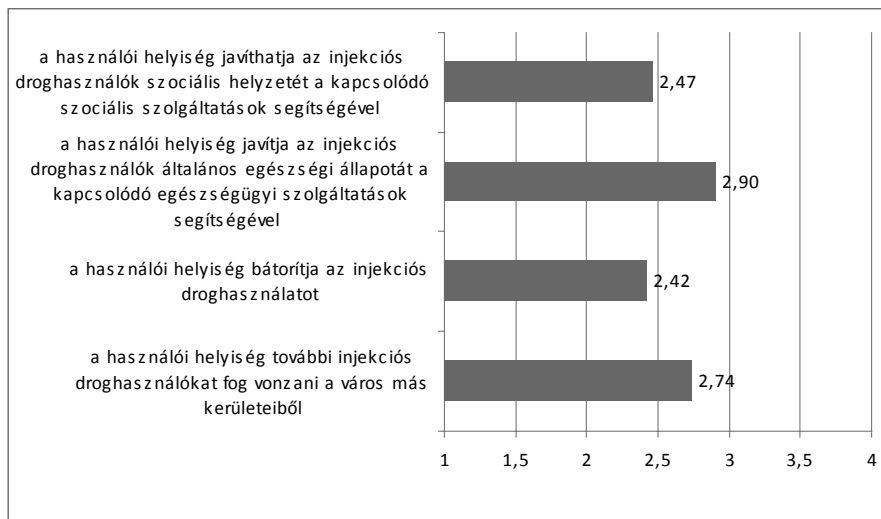
A használói helyiséggel kapcsolatos észlelt attitűdök

A lakossági minta nagy része, 71%-a nem tudta megmondani, hogy mi a használói helyiség. A fennmaradó 29% igen, de ez feltételezhetően nagy részben annak tudható be, hogy a kérdőív lekérdezése előtt egyes kérdezők röviden ismertették a használói szobával kapcsolatos alapismereteket. A munkanélküliek szignifikánsan nagyobb arányban ismerték (50%) a használói helyiséget, mint az aktívak (33%) és az inaktívak (18%). Mindez ellenére az előzetes ismertség inkább az előbb említett tényezőnek tudhatjuk be. A szakértőknél mindössze egy ember akadt, aki nem ismerte a használói helyiséget.

33. táblázat. A használói helyiséggel kapcsolatos észlelt attitűdök (adatok százalékban)

	EGYÁLTALÁN NEM ÉRT EGYET	KICSIT ÉRT CSAK EGYET	KÖZEPESEN ÉRT EGYET	NAGYON EGYETÉRT	NEM TUDJA, NEM VÁLASZOL
a használói helyiség további injekciós droghasználókat fog vonzani a város más kerületeiből	25,3	12,7	20,7	38,0	3,3
a használói helyiség bátorítja az injekciós droghasználót	32,0	17,3	16,7	27,3	6,7
a használói helyiség javítja az injekciós droghasználók általános egészségi állapotát a kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások segítségével	20,0	13,3	20,7	44,0	2,0
a használói helyiség javíthatja az injekciós droghasználók szociális helyzetét a kapcsolódó szociális szolgáltatások segítségével	30,7	16,0	23,3	26,0	4,0
a használói helyiség csökkenti a túladagolásokat, köztük a halálos túladagolásokat számát	6,7	10,7	18,0	58,7	6,0
a használói helyiség csökkenti annak veszélyét, hogy a droghasználók egymásnak és másoknak továbbadjanak különböző fertőző megbetegedéseket	5,3	12,0	16,7	64,7	1,3
a használói helyiség csökkenti a közötti injekciózást	8,7	14,7	27,3	46,0	3,3
a használói helyiség csökkenti az eldobált tűk számát	6,7	15,3	26,0	51,3	0,7
a használói helyiség megnehezíti a rendőrség munkáját amiatt, hogy a használói helyiség környéke gyűlnek a droghasználók, akik esetlegesen odavonzzák a dilereket	56,7	8,7	15,3	14,7	4,7
ha lenne a környéken ilyen használói szoba, az emberek azt fogják hinni, hogy az injekciós droghasználat törvényileg engedélyezett	19,3	14,0	16,7	47,3	2,7

50. ábra. a használói helyiséggel kapcsolatos észlelt attitűdök (átlagok). Az 1-es érték azt jelentette, hogy „Egyáltalán nem értek egyet”, míg a 4-es azt, hogy „Nagyon egyetértek”.



A lakossági megkérdezettek avval értettek egyet a legnagyobb mértékben, hogy a használói helyiség csökkentheti a túladagolásokat, köztük a halálos túladagolások számát (Átlag=3.37), valamint abban, hogy az intézményileg kontrollált injektálás csökkenti a fertőző megbetegedések továbbterjedésének kockázatát (Átlag=3.43).

Az adatokból az is látható, hogy mindkét kérdés esetében nagyon elenyésző azok aránya, akik nem értenek egyet ezekkel. Mi több, 60% körüli, illetve feletti azok aránya, akik a nagyon egyetértők közé tartoznak. Ez a megítélés független bármilyem, az általunk vizsgált háttértényezőitől.

Közepes mértékben értettek egyet avval a helyiek, hogy a használói helyiség csökkenti a köztéri injekciózás mértékét (Átlag=3.14): főként a munkanélküliek, és az alacsonyabb iskolai végzettségűek vélekedtek így. Ennek a kérdésnek a megítélésében 46% a nagyon, 27% a közepesen egyetértők aránya. Szintén közepes mértékben értettek egyet avval, hogy a használói helyiség csökkentheti az eldobált tűk számát (Átlag=3.23), és evvel legjellemzőbben a munkanélküliek értettek egyet. Evvel 51% nagyon egyetértett, míg 26% közepesen. A megkérdezettek átlagban közepes mértékben értettek egyet avval is, hogy a használói szoba – a kapcsolódó szolgáltatások révén – javíthatja a szerhasználók általános egészségügyi állapotát (Átlag=2.90). Evvel a minta 20%-a egyáltalán nem értett egyet, és 13% is csak kicsit. Átlagban közepes mértékben értettek egyet avval is a megkérdezettek, miszerint a használói szoba legitimizálja az injekciós használatot (Átlag=2.95). 64% közepesen vagy nagyon egyetért evvel. Az állítással főként a roma származásúak értettek egyet. A mintába kerültek közel közepes mértékben értettek egyet avval, hogy a használói szoba újabb szerhasználókat fog a környékre vonzani a város más részeiből (Átlag=2.74). A megkérdezettek 25% egyáltalán nem gondolja ezt így, és ez utóbbit is a romák érzik inkább egy lehetséges következménynek.

Kevésbé értettek egyet avval a lakossági mintába kerültek, hogy a használói szoba bátorítaná az injekciós használatot (Átlag=2.42) (a minta közel fele nem, vagy csak kicsit értett evvel egyet), valamint avval, hogy javíthatja a használók szociális helyzetét a kapcsolódó szolgáltatásokon keresztül (Átlag=2.47). Evvel 26% nagyon, 23% közepesen értet egyet. A romák kissé jobban tartanak attól, hogy a használói szoba jelenléte katalizálná a további szerhasználatot, mint a magukat nem romának vallók. A legidősebb korosztály tagjai (60 feletti), a szakmunkás, szakközép, illetve gimnáziumi végzettségűek, valamint a magukat nem romának vallók kisebb mértékben értenek egyet avval, hogy a használók szociális helyzete javítható lenne az új szolgáltatás bevezetésével – azaz ők kissé szkeptikusabbnak mutatkoznak ezekkel kapcsolatban.

A civil megkérdezettnek nem igazán gondolják úgy, hogy az érintett szolgáltatás bevezetése megnehezíti a rendőrség munkáját arra vonatkozólag, hogy a használói helyiség környékére gyűlnek más szerhasználók, akik további dílereket vonzanának a környékre (Átlag=1.87). 57% egyáltalán nem hisz ebben, 9% is csak kicsit. Súlyosabb problémának ezt a megkérdezettek 15%-a látja. A magukat nem romának vallók azok, akik ezt a legkevésbé gondolnák így.

Legtöbben (7%) avval kapcsolatban nem tudtak nyilatkozni, hogy a használói helyiség vajon bátorítaná-e az injekciós használatot, valamint további 6% avval

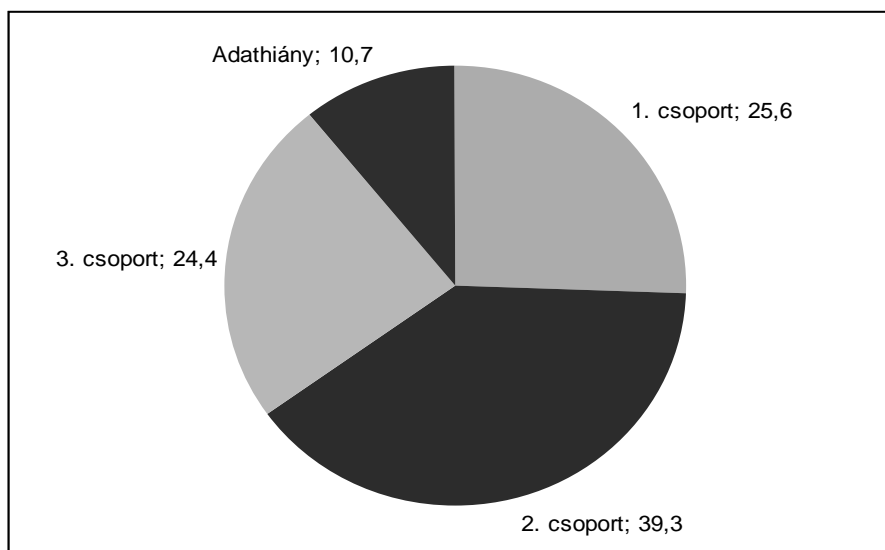
kapcsolatosan nem tudta megmondani véleményét, hogy a használói helyiség csökkenti-e a túladagolások számát.

A használói szoba előnyeivel és vélt hátrányaival kapcsolatos szakértői véleményekre vonatkozóan elsődleges megállapításunk az, hogy egyes aspektusokat meglehetősen egyöntetűen ítélnek meg, mások tekintetében a vélemények meglehetősen megoszlanak. Szinte egyöntetű annak megítélése, hogy a használói helyiség csökkenti a fertőző betegségek átadásának kockázatát – 3 megkérdezett kivételével mindenki nagyban egyetértett evvel. Nagy részük, 16-an legalább közepes mértékben gondolják azt is, hogy a használói helyiség csökkenti az eldobált tűk számát, bár itt meg kell jegyeznünk, hogy ennél a kérdésnél 10-en (58%) értettek evvel nagyon, míg avval, hogy a helyiségnek nagy szerepe van a fertőző megbetegedések meggátlásában, 14-en (82%) értettek nagyon egyet. A megkérdezett szakértők szinte mindegyike (16-an, 94%), legalább közepes mértékben értett egyet avval, hogy a használói helyiség javítja az injekciós droghasználók általános egészségi állapotát, ebből 10-en (58%), a legnagyobb mértékben. Nagyon egyértelmű annak a megítélése is, hogy a használói helyiség mennyiben nehezíti meg a rendőrség munkáját: a szakértők szerint (3 szakértő kivételével) egyáltalán nem; illetve a nagy többség szerint (12 szakértő) a használói helyiség nem bátorítja az injekciós droghasználatot. A szakértők szerint a használói helyiség csökkenti a köztéri injekciózást – 14-en legalább közepes mértékben értenek evvel egyet. A szakértők háromnegyede avval is legalább közepes mértékben egyetért, hogy a használói helyiség csökkenti a túladagolások, köztük a halálos túladagolások számát. Kevésbé egyöntetű annak megítélése, hogy a szoba legitimizálja a szerhasználatot (6 szakértő szerint nagyon, 5 szerint közepesen, 3 szerint csak kicsit), illetve hogy milyen szociális előnyök köthetők hozzá. Érdekes a megítélés arra vonatkozólag is, hogy a szoba mennyiben vonzana a környékre további szerhasználókat: a többség szerint (12, 70%) ez legalább közepes mértékben fennállhat, ugyanakkor mindössze 23% gondolja azt, hogy ez nagy problémát jelenthet. 5-en (29%) nem gondolják ezt potenciális veszélynek.

Összefoglalva elmondható tehát, hogy a lakosok leginkább abban látják a használói szoba előnyét, hogy nagy szerepük lehet egyes közegészségügyi problémák és veszélyek csökkentésében, miközben – véleményük szerint – nem annyira generálna olyan illegális tevékenységeket, mint a szerhasználat, illetve a dílerkedés. Ez a megállapítás hasonló módon elmondható a szakértőkről is.

Megvizsgáltuk azt is, hogy a lakossági megkérdezettek hogyan csoportosíthatók, különíthetők el abban a tekintetben, hogy milyen mértékű problémaként érzlelik az utcai szerhasználatot, illetve hogy hogyan vélekednek a használói helyiséggel kapcsolatosan (az alacsony esetszám miatt ezt az eljárást nem alkalmazhattuk a szakértőknél). Ez alapján három csoportot különíthetünk el.

51. ábra. az utcai szerhasználat és a használói helyiséggel kapcsolatos attitűdök – klaszterek



Az **első csoportba** tartozókat – akik a teljes minta 29%-át alkotják – leginkább az jellemzi, hogy az utcai szerhasználat szinte minden aspektusát problémának látják, méghozzá a közepesnél kicsit nagyobb mértékben. Az utcai használattal kapcsolatban legkevésbé azt tartják problematikusnak, hogy a helyi lakosok félnének az utcai szerhasználatától. A használói szobával alkotott véleményükkel kapcsolatban pedig az mondható el róluk, hogy nem látják annak alapvető előnyeit: sem azt, hogy ez hogyan segíthet a szerhasználókon, sem pedig azt, hogy a mikrokörnyezetnek vagy a tágabb értelemben vett környezetnek (helyi, környékbeli lakosoknak) ez hogyan lehetne fontos. Alapvetően tehát egy közepesen erős problémaészlelésű csoportról van szó, amelyik a használói szobával kapcsolatban meglehetősen szkeptikus. Ebben a csoportban a nők aránya közel kétharmadnyi, azaz kissé felülreprezentáltak a teljes mintabeli arányukhoz képest. Az egyedülállóknak, a 18-49 éveseknek, az aktívoknak, a maximum középiskolai végzettségűeknek és az önmagukat nem roma származásúnak vallóknak szintén kicsit markánsabb az aránya ebben a csoportban a mintabeli arányukhoz képest.

A **második csoport** tagjait (a teljes minta 44%-a) még az elsónél is erősebb problémaészlelés jellemzi, ami gyakorlatilag az utcai használat összes aspektusával kapcsolatban elmondható. Ugyanakkor – ellentétben az első csoport tagjaival – a használói szoba bizonyos előnyeit belátja: elsősorban a használat következtében keletkező közegészségügyi veszélyek csökkentésére irányuló lehetséges funkcióit. Az

ebbe a csoportba tartozókról az is elmondható, hogy közben fenntartással viseltetnek a használói szobával kapcsolatban, hiszen úgy vélik, hogy annak bizonyos káros hatásai, következményei is lehetnek, mint amilyen a más használók környékre kerülése, vagy éppen az a tény, hogy az új szolgáltatás legitimizálhatja a szerhasználatot. A megkérdezettek ezen csoportjában kissé felülreprezentáltak a fiatalabb korcsoportok (18-29, illetve 30-39 évesek), a munkanélküliek, az alacsonyabb iskolai végzettségűek (8 általános és középiskola), valamint a roma származásúak.

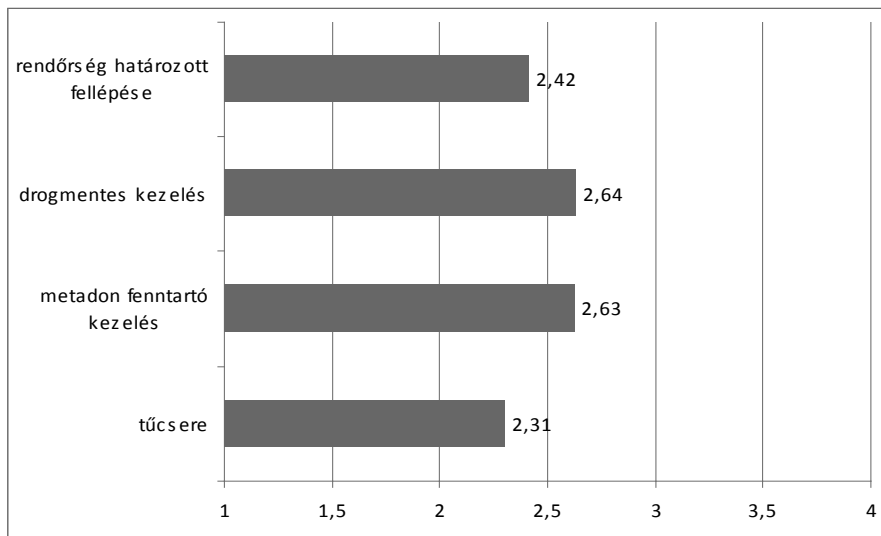
A **harmadik csoport** tagjai azok (a teljes minta 27%-a), akik legkevésbé látják problémának a környékbeli utcai szerhasználatot, bár így is közepes vagy annál kissé nagyobb problémának látják azt. Továbbá ez az a csoport, akinek tagjai nem tartják reális félelemnek azt, miszerint tartani kellene a használói szoba vélt hátrányaitól, káros következményeitől, és közben belátják annak lehetséges előnyeit is egyben (közegészségügyi, szociális előnyök). Ebben a csoportban enyhén felülreprezentáltak a férfiak, a házások, a 30-49 éve közöttiek, az inaktívok, a főiskolai és egyetemi végzettségűek, illetve a nem roma származásúak.

A szerhasználattal kapcsolatos észlelt alternatív probléma-megoldások

34. táblázat. a szerhasználattal kapcsolatos észlelt alternatív probléma-megoldások (adatok százalékban)

	EGYÁLTALÁN NEM JELENT MEGOLDÁST	VALAMENNYIRE MEGOLDÁST JELENT	KÖZEPES MÉR- TÉKBEN JELENT MEGOLDÁST	TELJES MÉRTÉKBEN MEGOLDÁST JELENT	NEM TUDJA, NEM VÁLASZOL
Túcsere	20,0	40,0	22,7	13,3	4,0
metadon fenntartó kezelés	16,7	22,7	29,3	22,0	9,3
drogmentes kezelés	18,0	22,7	26,0	25,3	8,0
rendőrség határozott fellépése	34,0	14,0	20,0	26,7	5,3

52. ábra. Megoldási javaslatok értékelése, megítélése (átlagértékek). Az 1-es érték azt jelentette, hogy „Egyáltalán nem jelent megoldást”, míg a 4-es azt, hogy „Teljes mértékben megoldást jelent”.



A megkérdezettek nagyjából egyforma, átlagban majdnem közepes mértékben gondolják a szerhasználatból fakadó problémák alternatív megoldásaként a tűcserét (Átlag=2.30), a metadon-fenntartó kezelést (Átlag=2.62), a drogmentes kezelést (Átlag=2.62), illetve a rendőrség határozott fellépését (Átlag=2.41). A különbség tehát a különböző lehetőségek között kicsi – a metadont és a drogmentes kezelést kissé jobb megoldásnak látják, mint a rendőrség határozott fellépését, illetve a tűcserét. Az adatokból az is látszik, hogy a rendőrség határozott fellépésének van egy erős támogatói tábora: a minta 27%-a erős, további 20% közepes mértékű támogatottságot sugall. Ugyanakkor ennek a megoldási formának a legnagyobb az ellentábora is egyben, hiszen ezt a minta 34%-a teljesen ellenzi. A tűcserével kapcsolatos vélemények megoszlása is érdekes, hiszen a válaszadók csupán 36%-a támogatja ezt erősen vagy közepes mértékben, a minta nagyobb része csak kicsit (40%) vagy egyáltalán nem (20%) támogatja ezt a megoldási formát. Ugyanakkor 51% inkább (közepesen vagy meglehetősen), míg 39% nem, vagy csak kicsit támogatná a metadon fenntartó kezelést (9% pedig nem tudja). A rendőrség határozott fellépését inkább a 40-49 éves korcsoport, illetve az 50 év felettek, a metadon-fenntartó kezelést az aktívak és az inaktívak, a tűcserét pedig az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a romák látják inkább megoldásnak.

Viszonylag magas adathiányt tapasztaltunk a metadon fenntartó kezeléssel kapcsolatosan: a megkérdezettek 9%-a nem tudta megmondani, hogy ez mennyiben

jelentene megoldást a jelenlegi helyzetre, de a drogmentes kezelésre vonatkozólag is magasabb a véleményüket elmondani nem tudók aránya (8%).

A szakértők megítélése a különböző, utcai szerhasználatra adott válaszokkal kapcsolatban markánsabb és egyértelműbb, mint a lakosok esetében: többségük (70%) legalább közepes mértékben ért egyet avval, hogy a túcsere, a metadon-fenntartó kezelés vagy a drogmentes kezelés megoldást jelenthetnek a problémára. A teljes mértékben egyetértők aránya (5 fő) a túcserevel és a drogmentes kezeléssel kapcsolatban a legnagyobb. Jóllehet 11-en (65%) egyáltalán nem, vagy csak kicsit hisznek a rendőrség határozott fellépésében, mint a jelenségre adott válaszban, 5-en (30%) viszont közepes mértékben.

DISZKUSSZIÓ

A kutatás során 150, a fővárosi VIII. kerületben található Kálvária tér környékén élő helyi lakos, valamint 17, VIII. kerületi és fővárosi – elsősorban a szociális és az egészségügyi szférában tevékenykedő – szakértő és kulcsszemély attitűdjét vizsgáltuk a Kálvária tér és környékén tapasztalt utcai szerhasználat, valamint egy, a Kálvária téren esetlegesen létrehozandó egészségügyileg felügyelt használói helyiséggel kapcsolatosan 2009. július és 2009. október között. A kutatásban egy olyan mintavételi módszert alkalmaztunk, amelyet társadalomtudományi és közvélemény kutatásokban használnak olyan esetekben, amikor az alapsokaságról nem, vagy csak korlátozott mértékben áll rendelkezésre adat. A véletlen kiválasztás elméletére és gyakorlatára támaszkodva a 'random walking' elnevezésű módszer segítségével igyekeztünk a lakossági vélemények feltérképezéséhez reprezentativitást biztosítani. Az attitűdök, illetve az utcai szerhasználat kapcsolatos probléma észlelés vizsgálatának eredményeit egy használói helyiség létrehozásához szükséges alapvető kritériumok és feltételek megfogalmazásához kívántuk felhasználni.

A Kálvária tér környékén élő lakosok a foglalkoztatás és az iskolai végzettség tekintetében társadalmilag hátrányosabb helyzetűnek mondhatók: magas az inaktív és az alacsony iskolai végzettségűek aránya. Az általunk végzett közvélemény kutatás tehát egy hátrányosabb helyzetű csoport véleményét és attitűdjét mutatta a korábban említett tényezőkkel kapcsolatosan.

Az egészségügyileg felügyelt használói szoba létrehozásának egyik fontos célja, hogy csökkentse a környéken tapasztalt, az intravénás szerhasználattal járó különböző problémákat, félelmeket, valamint egyes közegészségügyi, szociális és kriminális jellegű kockázati tényezőket. Kutatásunk azt mutatja, hogy mindezek tekintetében az általunk megkérdezett helyi lakosok és szakértők problémaészlelése igen erős, azaz az utcai intravénás használattal kapcsolatos kockázati tényezők

markáns jelenlétét érzékelik, tapasztalják. Ez gyakorlatilag elmondható az összes általunk vizsgált tényezővel kapcsolatosan. Mindkét megkérdezett csoport relatíve legkisebb problémaként magukat az intravénás használóktól való félelmet nevezte meg – azaz a helyi lakosok úgy vélik, hogy maguk a használók közvetlen veszélyt rájuk és (mikro) környezetükre nem jelentenek. Ellenben a szerhasználat okozta közegészségügyi és kriminalisztikai következményeket, mint amilyen a gyerekekre is veszélyes, a homokozókban szétdobált használt fecskendők vagy a használatához kapcsolódó illegális tevékenységeket, nagyobb problémának látják – hasonlóan a szakértőkhöz. Itt érdekes megemlíteni, hogy bár a helyi lakosok meglátása szerint a szerhasználóktól nem kell igazán tartaniuk, addig a droghasználatból fakadó beszerzési bűnözéstől igen, ami magukhoz a szerhasználókhoz köthető. A jelenség talán magyarázható avval, hogy az itt élők életéhez, tapasztalásához már hozzátartoznak a szerhasználók, akik személyéhez közvetlenül ugyan nem tudnak erős félelmeket és problémákat kötni – hiszen közvetlen kapcsolatban talán nem állnak velük – de az általuk „okozott” következményekkel kapcsolatosan már igen, amely lehet akár valós, kár kreált félelem is. Mindezekről függetlenül mind a helyi lakosság, mind a szakértők jelentős problémaként észleli a környékbeli szerhasználatot és az ahhoz kötődő jelenségeket, amelyek indokolttá tehetik a már jelenlévő alacsony küszöbű szolgáltatások fejlesztését, bővítését, valamint új szolgáltatások bevezetését. A lakossági vélemények alapján is megerősítve látjuk azt a tapasztalatunkat, hogy az érintett bizonyos, jól körülhatárolható területein nyílt drogszintér működik (a lakossági vélemények a belövőszobákra – 'shooting gallery'-kre – nem tértek ki, azonban a válaszmegtagadó lakosok céloztak ilyenekre, ami a válaszmegtagadás egyik oka is volt, a másik gyakori ok pedig az, hogy a házban díler lakott – azonban a válaszmegtagadás okait nem gyűjtöttük; a válaszmegtagadás jellegéből adódóan ez nehezen lett volna kivitelezhető). A lakossági vélemények is alátámasztják a *nyílt drogszcéna* létezését az adott területen.

Fontos kiegészítő információ, hogy egyes problémaészlelések mögött eltérő szociodemográfiai tényezők húzódnak meg. Másképpen szólva: bizonyos problémákat nők, másokat házások vagy éppen a fiatalabb korosztályok percipiálnak, amivel ugyanakkor nem kívánjuk azt állítani, hogy a problémaészlelések szigorúan szociodemográf-specifikusak lennének. Mégis, amennyiben ismeretterjesztésben, a lakosság informálásában, az észlelt problémák csökkentésében vagy éppen kampányban gondolkodunk, nem lehet figyelmen kívül hagyni a bizonyos félelmek, probléma meglátások mögött húzódó háttértényezőket. Egyrészt megemlíthetjük az egyes, szinte „magától értetődő” jelenségeket, mint amilyen az, hogy elsősorban a házastársi vagy élettársi viszonyban élők, illetve a fiatalabb korosztályok tartják nagy problémának a gyermekek veszélyeztetettségét, nem csak közegészségügyi vonatkozásban. Másrészt beszédesebb lehet, hogy a romák nagyobb problémának látják a szerhasználatból fakadó különböző illegális tevékenységeket, mint a nem romák;

sztintén figyelemre méltó, hogy az idősebb korosztályok (50-59, 60 felett) probléma észlelése szinte minden aspektus tekintetében alacsony.

Amint arra korábban utaltunk, informatív lehet annak vizsgálata is, hogy egyes problémákat, jelenségeket kik és miért nem tudják megítélni. Jóllehet mindez a jelen vizsgálat keretein kívül esik, fel kell hívnunk a figyelmet arra, hogy egyes, kevésbé szem előtt lévő, látensebb jelenségekkel kapcsolatosan viszonylag magas a „véleménynélküliség”, amely ténylegesen fakadhat abból, hogy ezekkel kapcsolatosan nincs sem közvetlen, sem közvetett tapasztalat, nem pedig abból, hogy maga a jelenség nem létezik.

A kutatás másik fókuszja a használói helyiségre vonatkozó lakossági és szakértői attitűdök vizsgálata volt. Mielőtt bármilyen módon interpretálni igyekeznénk eredményeinket, elsőként azt kell hangsúlyoznunk, hogy a lakosság esetében megkérdezetteknek egy olyan intézményről, szolgáltatásról kellett nyilatkozniuk, ami Magyarországon még nem létezik és rendkívül kevésbé ismert, és amelyről a kérdés előtt feltehetően még nem is halhattak, csupán a kérdés során a kérdezőktől (a szakértők esetében szinte mindenki tudta miről van szó). Ezért a használói helyiséggel kapcsolatos reakcióikat, attitűdjüket befolyásolhatta az, hogy a kérdezők milyen módon magyarázták el a használói szoba mibenlétét, jóllehet a kérdezői betanítás során nagy hangsúly került arra, hogy a definíciót igyekezzenek „semlegesen” ismertetni. Természetesen evvel nem kívánjuk azt állítani, hogy az attitűdöket a kérdezők befolyásolták; mi több, a használói szoba előnyeinek és hátrányainak megítélését erősen befolyásolhatták magával a droghasználattal kapcsolatos észlelések, közvetett és közvetlen tapasztalatok.

Eredményeink azt mutatják, hogy a helyi lakosság leginkább a szerhasználathoz kötődő, a szerhasználókra és a lakosságra egyaránt vonatkoztatható közegészségügyi veszélyek és kockázatok csökkentésében látja a használói szoba legnagyobb előnyét, miközben – és ezt fontos hangsúlyoznunk – nem gondolják annyira azt, hogy a szolgáltatás negatív következményekkel is járhat, mint amilyen a használathoz kötődő illegális tevékenységek fokozódása, vagy a rendőrség munkájának megnehezítése. 60-70% körüli azok aránya, akik legalább közepes mértékbe értenek egyet a használói helyiség nyújtotta előnyökkel. Hasonló támogatottsági adatot mutatnak más kutatások is (Cruz és mtsai, 2007), mások viszont alacsonyabb támogatottságról számolnak be a használói helyiséggel kapcsolatosan (Feistritzter, 2001). Ezt akár értelmezhetjük pozitív üzenetként is, hiszen mindez legitimizálhatja, indokolhatja a szolgáltatás létrehozását, működtetését, miképpen azt is, hogy ez a megítélés független bármilyem, az általunk vizsgált háttértényezőktől. Ugyanakkor hangsúlyozni kívánjuk, hogy nem arról van szó, miszerint a lakossági megkérdezettek nem látnak negatív következményeket, hanem arról, hogy nem gondolják, percipiálják azokat olyan erősnek, lehetségesnek, mint a szolgáltatás előnyeit. A használói szobát legalább közepesen támogatók aránya (60-70%) lényegesen

magasabb, mint amit a kábítószer-használók elítélése és a restriktív drogpolitika támogatottsága (Paksi és Arnold, 2007; Jelentés, 2008) alapján gondolnánk. Ez is aláhúzza azt a nemzetközi tapasztalatot (Cruz és mtsai, 2007; Philbin és mtsai, 2008. Salmon és mtsai, 2007), hogy az injekciós droghasználatról és az ártalomcsökkentő megközelítésekről határozott véleménnyel rendelkezők a helyi lakosság és a helyi szakértők ('stakeholder'-ek) közül kerülnek ki, akik tapasztalják a nyílt drogszintér jelenségeit. A hivatkozott kutatásokban is a „helyi” vélemények sokszor erősen eltérnek az országos politikában megjelenő álláspontoktól.

Ami még talán a lakossági véleményeknél is fontosabb, hogy a szakmai, politikai képviselők meglehetősen hasonlóan gondolkodnak. Ez különösképpen igaz mind az emberek, mind a szakma, mind pedig a politika számára kulcsfontosságú kérdésének megítélésére, miszerint a használói szoba a droghasználatot legitimizálja. Ugyan a lakossági válaszadók *általában* nem tartják ezt nagyon valószínűnek, a megkérdezettek 47%-a nagyon, illetve további 17%-a közepesen ért egyet avval, hogy a használói szoba létrehozatalának egyik üzenete az, hogy a szerhasználat engedélyezett, legitim. Szakértői vélemények szinte teljes mértékben ugyanezt tükrözik. Mindezt figyelembe kell venni nem csak az ártalomcsökkenést képviselő szakembereknek, hanem a törvényhozásnak, a politikának is, hiszen utóbbiak azok, akik a törvényi szabályozás megteremtésében kulcsfontosságú szerepet töltenek be. *A szakértői minta kis száma és összetétele miatt azonban nem alkalmas meghatározó következtetések levonására; mindössze annyit lehet megállapítani, hogy a szakértők között a vélemények különböznek (azaz nem egységes a használói helyiség elítélése sem).*

Érdekes, hogy a felügyelt helyiség szociális vonatkozású előnyeinek megítélését feltételezhetően nagyban befolyásolhatja az, hogy az emberek ismerete korlátozottabb a szociális szolgáltatásokkal kapcsolatban, ami a hazai kontextusban nem csak annyira mikro-, hanem makro-szintű jelenség: sok esetben maguk a szolgáltatók sem érzik a szociális szolgáltatások jelentőségét, különbözőségét az egészségügyitől, illetve azt, hogy a kettő hogyan egészítheti ki egymást. Szintén megjegyzésre méltó, hogy a romák azok, akik leginkább valószínűnek tartják azt, hogy a használói szoba legitimizálja a szerhasználatot, illetve azt, hogy újabb használókat vonz a környékre – vagyis a romák lehetnek az egyik nagy társadalmi csoport, aki körében egy bevezető kampány során ezen félelmeket valamelyest csökkenteni kell, lehet.

A vizsgálat során végzett klaszter-elemzés segítségével elsődlegesen arra kerestük a választ, hogy az utcai droghasználat, valamint az erre válaszként, egyfajta megoldásként szolgáló használói helyiséggel kapcsolatos attitűdök mentén, a megkérdezettekben belül hány és milyen egymástól jól elkülöníthető csoport létezik. A csoportok azonosítása jelen kutatás kontextusában elsősorban a megfelelő és hatékony kommunikációs és marketing stratégia kidolgozásában nyújthat segítséget: azaz egy esetleges ismeretterjesztő, népszerűsítő kampány során kiknek, milyen célzott üzeneteket lehetne alkalmazni a használói szoba előnyeivel és hátrányaival kapcsolatban.

A klaszterelemzés segítségével három csoportot azonosítottunk. A leginkább kiemelendő evvel kapcsolatban az, hogy a csoportok nem elsősorban az utcai droghasználattal kapcsolatos jelenségek megítélése mentén különültek el egymástól, hanem a használói szobára vonatkozó attitűdjeik mentén. Ez tulajdonképpen részben tükrözi azon korábbi megállapításunkat, miszerint átlagban erős a minta problémaészlelése, vagyis ebből a szempontból homogének a megkérdezettek.

Létszámát tekintve a legnagyobb az a csoport, amely tagjai a legsúlyosabbnak észlelik az utcai szerhasználatot és az ahhoz kapcsolódó következményeket, továbbá meglehetősen tartanak a használói szoba negatív következményeitől, mint amilyen az illegális tevékenységek erősödése, miközben úgy vélik, hogy a használói szoba nagyban hozzájárulhat ahhoz, hogy csökkentse a különböző közegészségügyi veszélyeket, kockázatokat. Ebben a csoportban a romák, a legfiatalabb korcsoportok, az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a munkanélküliek jelenléte markánsabb. Vagyis létezik egy olyan, viszonylag hátrányosabb helyzetű, fiatal csoport, amely a jelenlegi helyzetet szinte elfogadhatatlannak tartja, miközben fenntartja, hogy a használói szoba nem teljes mértékben nyújt megoldást a jelenlegi helyzetre; hisz ugyan a közegészségügyi aspektusokban, de nem gondolja, hogy az utcai szerhasználat, mint jelenség evvel megoldódna. Ennek a csoportnak tehát elsősorban az irányú szkepticizmusán kell csökkenteni, miszerint az ellenőrzött droghasználat további droghasználatot és illegális cselekményeket szül.

A másik két csoport mintabéli aránya gyakorlatilag azonos. Mégis, két egymással szöges ellentétben álló csoporttal állunk tehát szemben. Leginkább abban különböznek egymástól, hogy amíg az egyik csoport tagjai kevésbé látják a jelenlegi helyzetet problémának, nem vélik valós félelemnek a használói szoba esetleges negatív következményeit, és közben markánsan egyetértenek a szolgáltatás előnyeivel kapcsolatban, addig a másik csoport továbbra is problémának ítéli az utcai intravénás szerhasználatot és az ahhoz kötődő jelenségeket, mindemellett pedig nagy mértékű szkepticizmusról tesz tanúbizonyságot a használói helyiségre vonatkozóan. Az előző, legkevesebb „meggyőzést” igénylő csoport szociodemográfiai hátterét tekintve vegyes, hiszen markánsabban találhatók közöttük magasabb iskolai végzettségűek, nem romák, középkorúak és inaktívak is. Ez részben összecseng más, lakossági közvélemény kutatásokkal, ahol a magasabb iskolai végzettségűek pozitívabb attitűddel viseltettek a használói szoba iránt (Cruz és mtsai, 2007). A leginkább szkeptikus csoportot jellemzően nők, egyedülállóak, fiatalok, aktívak, tipikusan középiskolai végzettségűek és nem romák alkotják: az e csoport számára megfogalmazandó üzenetnek, kommunikációs módszereknek nem csak a negatív attitűdöket kell csillapítania, hanem még erősebben kell hangsúlyoznia a használói bizonyítottan létező előnyeit, illetve csillapítania a nehezen bizonyítható kockázatait.

Végezetül röviden kitérünk más, az utcai szerhasználatra adott megoldási javaslatokkal kapcsolatos vélekedésekre. Legfőbb megállapításunk az lehet, hogy

a megkérdezettek nem igazán tudtak különbséget tenni más megoldások között, miközben azok jellegükből fakadóan meglehetősen eltérnek egymástól. Ráadásul nem is nagyon vélik azokat a jelenségre adható releváns válaszoknak – vagyis csak részben tekintik azokat alternatíváknak. Mivel a metadon kezelés, a drogmentes kezelés és a tűcsere egymástól markánsan különböző, egy komplexebb kezelési rendszer részeként működő szolgáltatások, talán fokozottabban lehetne azok jelentőségét és különbözősét is ismertetni egyben. Figyelemre méltó még, hogy a megkérdezettek a kerületben hosszabb ideje működő tűcserével kapcsolatban – ellentétben más külföldi vizsgálatok eredményeivel (Treolar és mtsai, 2007) – a legszkeptikusabbak, jóllehet ezek nem feltétlenül értelmezhetők negatív attitűdként. E mögött egyrészt meghúzódhat az eldobált tűkkel kapcsolatos magas problémaérzékelésük, amit esetleg jelentős részben a tűcserének tulajdoníthatnak, valamint az, hogy a tűcserét a szerhasználat legitimizálásaként interpretálják. Ne feledjük, hogy a minta egy jelentős része a használói szobát is legitimizációs tényezőnek tekinti. Ez pedig arra hívja fel a figyelmet, hogy a kerületben működő alacsony küszöbű szolgáltatással kapcsolatos téves képzetek eloszlására, enyhítésére, míg szociális és közegészségügyi előnyeinek hangsúlyozására nagy szükség van – hasonlóan az esetlegesen létesítendő használói szobáéhoz.

Amint arra korábban utaltunk, a szakértők megítélése a különböző, utcai szerhasználatra adott válaszokkal kapcsolatban markánsabb és egyértelműbb, mint a lakosok esetében. Érthető okokból jobban látják a tűcsere, a metadon fenntartó kezelés, valamint a drogmentes kezelés nyújtotta előnyöket, és – talán nem egyértelmű okok miatt – nem elsősorban a rendőrség fellépést véli a legjobb megoldásnak. *A szakértői minta kis száma és összetétele miatt nem alkalmas következtetések levonására; mindössze annyit lehet megállapítani, hogy a szakértők között a vélemények különbözőnek (azaz nem egységes a használói helyiség elítélése sem).*

Összegzésként elmondhatjuk, hogy mind a lakossági, mind a szakértői felmérésből kiolvasható az igény a Kálvária tér és környéki utcai intravénás használatból fakadó problémák további enyhítésére. Erre egyrészt abból következtetünk, hogy a megkérdezettek intravénás használattal kapcsolatos probléma észlelése – minden aspektusában – igen magas. Másfelől a helyi lakosok válaszaiból az is kiderül, hogy a jelenlegi megoldások nem nyújtanak teljes megoldást a problémákra, meglátásuk szerint legkevésbé a tűcsere szolgáltatás. Ugyanakkor úgy tűnik, hogy a használói helyiség közegészségügyi vonatkozásait tekintve pozitív visszajelzések tapasztalhatóak. A megkérdezettek részéről számos tekintetben szkepticizmust tapasztaltunk a használói szobával kapcsolatban, leginkább arra vonatkozólag, hogy az egészségügyi helyiség további illegális tevékenységeket, zaklatásokat, botrányokat eredményez, zavarva evvel a köznyugalmat. Mindezeket figyelembe véve azt gondoljuk, az egészségügyi szoba megoldást jelenthet a kerületben tapasztalt problémákra, az alábbi tényezők figyelembe vételével.

Véleményünk szerint a használói szoba esetleges létrehozásának megfontolásakor – a nemzetközi tapasztalatokhoz igazodva – mindenféleképpen figyelembe kell venni néhány stratégiai fontosságú tényezőt. Amint azt a holland és német tapasztalat is mutatja, (Linszen és mtsai, 2001; Wolf és mtsai, 2003; Poschadel és mtsai, 2003), a használói helyiség önmagában nem jelent megoldást – jellegéből fakadóan integrált részévé kell válnia a kezelőrendszernek, beleértve az alacsony- és magasabb küszöbű szolgáltatásokat. A Kálvária téren már jó ideje működő tűcsere, illetve a nem messze lévő Gát utcai ambulancia erre jó lehetőséget nyújt, amelyekben számos alacsony és magas küszöbű szolgáltatás működik. Továbbá azt is fontosnak gondoljuk, hogy a rendőrséggel – az elmúlt évtized tapasztalataira támaszkodva – megfelelő együttműködést kell tovább folytatni. Amint azt a tengerentúli példák mutatják (MSIC Evaluation Committee, 2003; Wood és mtsai, 2006), a rendőrséggel kötött együttműködések egyrészt nagyban hozzájárultak a használói szobák környéki illegális tevékenységek kordában tartásához, csökkentéséhez, másrészt jó üzenetként szolgált a helyi lakosság felé. Érdemes ugyanakkor azt is figyelembe venni, hogy evvel a kérdéssel kapcsolatban a legellentéesebbek a lakossági vélemények: a rendőrség határozott fellépésével kapcsolatosan nagyon extrém attitűdöket találtunk. Szintén a nemzetközi tapasztalatokra támaszkodva hangsúlyozni kell a használói szoba tudományos adatokkal alátámasztott előnyeit. Másrészt el kell oszlatni a használói szoba vélt negatív hozadékával kapcsolatos tévhiteket. Mind az ausztrál (MSIC Evaluation Committee, 2003), mind a kanadai (Wood és mtsai, 2006), mind a holland és a svájci (Meijer és mtsai, 2001; Spreyermann és Willen, 2002; Benninghoff és mtsai, 2003) mérések azt tűnnek alátámasztani, hogy a használói helyiség illegális tevékenységekre, valamint a közrend megzavarására gyakorolt intenzifikáló hatását nehéz bizonyítani. Sőt, számos esetben az adatok ennek ellenkezőjét mutatták. Mindennek hangsúlyozása egyaránt fontos a szakma, a politikai döntéshozók, a rendőrség, a törvényalkotók, valamint a helyi lakosság és a szélesebb értelemben vett közvélemény szemében is. Amint azt a szomszédos ausztriai helyzet is mutatja, az ilyen jellegű projektek kivitelezése hosszas időt vehet igénybe. Jóllehet a közvélemény kutatások szerint egyre pozitívabb volt egy esetleges használói szoba megítélése (Feistritzer, 2001), a létrehozással (kísérleti jellegű üzemeltetésről van szó) kapcsolatos egyeztetések több éve folynak (Haas és mtsai, 2008). Mindez alapján megfogalmazható a kérdés, miszerint Magyarországon a közvélemény, a szakma, a politika csinálók és a törvényhozók készen állnak-e egy ilyen volumenű és jellegű intervenció befogadására, létrehozására.

A KUTATÁS KORLÁTAI

Az eredmények értelmezhetőségének az alábbi korlátok szabhatnak határokat.

Elsőként kell megemlítenünk a mintanagyságot. Jóllehet a 'random walking' módszere hivatott biztosítani a reprezentativitást, nagyobb minta nagyobb megbízhatóságot eredményez. A kutatás finansziális lehetőségeit figyelembe véve azonban az általunk elért mintanagyság megfelelőnek mondható. A jövőbeni hasonló, közvélemény kutatások esetében ajánlott a nagyobb minta elérése.

Szólnunk kell az adatfelvétel közben tapasztalt mintavételi nehézségekről is. Jóllehet a mintavételi módszert – amelyet ebben a kontextusban feltehetően először használtak Magyarországon – alaposan ismertettünk a kérdezőknek tartott tréningen, a próbakérdéseket követően már jelentkeztek bizonyos nehézségek, elsősorban a háztartások kiválasztásával, illetve a válaszmegtagadásokkal kapcsolatban. Ezt azonban újabb utcák listára történő felvételével kompenzáltuk – azaz a magas válaszmegtagadások miatt fogyatkozó háztömbök helyére új utcák kerültek a mintába, ami következtében ugyanakkor bizonyos utcákból kevesebben kerültek a mintába.

Végezetül meg kell említeni azt, hogy lehetnek más olyan, az utcai szerhasználat és a használói helyiség megítélését esetlegesen befolyásoló releváns háttértényezők (ismer-e a kérdezett droghasználót, őt magát rabolták-e már ki beszerzési indítékkal, érte-e már ténylegesen bármilyen, az intravénás használathoz kötődő közvetlen vagy közvetett negatív tapasztalat, ő maga fogyaszt-e, fogyasztott-e már valamit, stb.), amit jelen tanulmány keretein belül nem vizsgáltunk.

A szakértői minta kis száma és összetétele miatt nem alkalmas következtetések levonására; mindössze annyit lehet megállapítani, hogy a szakértők között a vélemények különböznek (azaz nem egységes a használói helyiség elítélése sem).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A kutatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet támogatta.

Köszönetünket fejezzük ki a kutatás kérdezőinek: Donauer Zoltán, Kovács Orsi, Kovács Virág, Lantos Bertalan, Nyíri Noémi, Papp Kati, Papp Zoltán, Sipos Zoltán, Váradi Krisztina, Weisz Anikó, valamint a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Kontakt Kávézója és a Drogprevenációs Alapítvány munkatársainak.

BIBLIOGRÁFIA

- Agencia Antidroga da Consejería de Sanidad (2000): *Safe Drug Injecting Facility (S.D.I.F) 'The Third Way' – Results of First Six Months Status Report*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- AIDS Hilfe (2002): *Annual Report La Strada 2001*. Frankfurt: AIDS Hilfe.
- Akzept Bundesverband – Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (ed.) (2000): *Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms*. Lektorat: W. Schneider & H. Stöver, Materialien No. 4. Münster: Akzept.
- Alvarez, V. (2003): Antidrug Agency of the Autonomous Government of Madrid, személyes közlés (2003. február).
- Anoro, M., Ilundain, E., Santisteban, O. (2003): Barcelona's safer injecting facility: a harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues*, 33, 689–711.
- Babbie, E. (1983): *The Practice of Social Research*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Barendregt, C., van der Poel, A. – van de Mheen, D. (2002): Gebruikersruimten in Rotterdam. *IVO Bulletin* Vol. 5, No. 1. Rotterdam: IVO, 11–15.
- Bauman, Z. (2001): *Community: Seeking Safety in an Insecure World*. Cambridge: Polity.
- Baumgärtner, T. (2000): *Welche Auswirkungen haben die geänderten Drob-Inn-GR-Öffnungszeiten auf das Nutzungsverhalten der BesucherInnen dieser und der dezentralen Einrichtungen? Statistische Auswertungen der Prä- und Post-Samstags-Schließungs-Befragungen unter GR-NutzerInnen in Hamburg*. Hamburg: Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Juli 2000.
- Bayoumi, A.M. és Zaric, G.S. (2008): The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *CMAJ*, 179(11):1143–51
- van Beek, I. (2003): The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: a clinical model. *Journal of Drug Issues*, 33, 625–638.
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg (BAGS) – Referat Drogen und Sucht (2001). *Drogenkonsumräume Evaluation 1999/2000*. G32–68/G3261, 01.10.01.
- Benninghoff, F., Dubois-Arber, F. (2002): *Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus BIEL/BIENNE 2001*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T. – Dubois-Arber, F. (2003): *Evaluation de Quai 9 'Espace d'accueil et d'injection' à Genève: période 12/2001–12/2000*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Biesma, S., Bieleman, B. (1998a): *Keetje Tippel gebruikt. Evaluatie van gebruikersruimte de Buren bij Keetje Tippel te Rotterdam*. Groningen-Rotterdam, Intraval.
- Biesma, S., Bieleman, B. (1998b) *Ruimte om te gebruiken. Evaluatie gebruikersruimte Spanjaardstraat Rotterdam*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
- Biesma, S., Bieleman, B. (1998c): *De Daeke in gebruik. Evaluatie Opvang en Adviescentrum en gebruikersruimte De Daeke in Venlo*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
- Biesma, S., Bieleman, B. (1999): *Wijs verwezen. Evaluatie van de gebruikersruimte De Verwijsplek te Apeldoorn*. Groningen/Rotterdam: Intraval.

- Böllinger, L. (1991): Gesundheitsvorsorge für Fixer strafbar? – Systemwidersprüche und verfassungskonforme Auslegung, ein Gutachten. *Juristische Arbeitsblätter*, 10, pp 292ff. Neuwied: Luchterhand Verlag.
- Burrows, D (2000): *Starting and Managing Needle and Syringe Programs. A guide for Central and Eastern Europe and the newly independent states of the former Soviet Union*. New York: International Harm Reduction Development (www.harm-reduction.org.)
- BtMG-ÄndG vom 28.03.2000 (§ 10a BtMG). Revision of German Narcotics Law with regard to consumption rooms. Text in English available at: http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_legal_text.cfm?id=677&lang=en&T=2.
- Castel, R. (2004): *L'insicurezza Sociale: Cosa Signifi ca Essere Protetti*. Turin: Einaudi.
- Cooper, H., Friedman, S. R., Tempalski, B., Friedman, R. (2007): Residential segregation and the prevalence of injection drug use among Black adult residents of US metropolitan areas. *American Journal of Public Health*, 96, 344–352.
- Cruz, M.F., Patra, J., Fischer, B., Rehma, J., Kalousek, K. (2007): Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy* 18 54–61
- Csák, R. (2009): *Kálvária téri Kontakt Kávészó program 2008-as kliensforgalmi adatainak elemzése*. Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest, kézirat.
- Csohán, Á. és Dudás, M. (2008): *A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2006–2007. évi prevalenciája felmérésének teljesítéséről*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. Kézirat.
- Des Jarlais, D. C., Arasteh, K., Hagan, H. (2008): Evaluating Vancouver's supervised injection facility: data and dollars, symbols and ethics. *CMAJ*, 179(11)
- Díaz-Gutiérrez, A. (2001): *Dispositivo Asistencial de Venopunción. Paper presented at: Curso de Formación en Drogodependencias. Programas de Reducción de Daños*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Agencia Antidroga.
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., és tsai (2000): Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review – Harm Reduction Digest* 10, 19, 337–346.
- Drogennotdienst (2002): *Jahresbericht 2001 des Drogennotdienst Elbestrasse* 38, Frankfurt: Jugendberatung und Jugendhilfe.
- Drogenreferat der Stadt Frankfurt (2002): Stand Konsumräume zum 31.12.01. Geänderte Öffnungszeiten der Konsumräume Niddastrasse und Elbestrasse. Internal document 53/1-Wei- of 13.02.2002.
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Spencer, B., és tsai (1999): *Evaluation of the AIDS Prevention Strategy in Switzerland (6th synthesis report 1996–1998)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale e preventive.
- Duff, C. (2009): The drifting city: The role of affect and repair in the development of “Enabling Environments”. *International Journal of Drug Policy*, 20, 202–208
- Eastus, C. (2000): Die Entwicklung von Gesundheitsräumen in der Schweiz.. *Akzeptanz -Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, Vol. 8, No. 1 Schwerpunkt Konsumräume. Münster: Akzept Bundesverband, 10–12.

- El Correo Español y El Diario Vasco (02/12/2003): *Toxicómanos veteranos utilizan la primera 'narcosala' para inyectarse cocaína y heroína (Bilbao). Drogadoctos de large recorrido*. Archived at: Plan Nacional Sobre Drogas, Noticias de prensa: <http://www.mir.es/pnd/noticias/html/1dic2003.htm>.
- Elekes, Zs. és Nyírády, A. (2007): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése fogás-viszafogás módszerrel. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)* 6,2:97–112.
- Elekes, Zs. és Nyírády, A. (2006): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése. Nem publikált kutatási beszámoló. Idézi: Jelentés, 2006.
- Feistritzer, G. (2001): *Suchtmittel. und Drogenpolitik. Bevölkerungsbefragung Wien*, February 2001, IFES, Vienna.
- Fitzgerald, J.L. (2009): Mapping the experience of drug dealing risk environments: An ethnographic case study. *International Journal of Drug Policy*, 20, 261–269
- Fry, C.L. (2002): Injecting drug user attitudes towards rules for supervised injecting rooms: implications for uptake. *International Journal of Drug Policy*, 2002;13:471-6.
- Garretsen, H., Blanken, P., van Mastrigt, H., Oers, J.A.M. (1996): A research perspective on drug related nuisance – Dutch experiences. *Medicine and Law*, 15: 705–714.
- Geense, R. (1997): *Evaluation of the Federal Measures to Reduce Problems Related to Drug Use. To Have or Have Not: That's the Question. A Qualitative Study on Four Low-threshold Needle Exchange Services for Drug Users in Switzerland*. Lausanne: University of Social and Preventive Medicine, Prevention Programmes Evaluation Unit (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.11).
- Gerevich, J. (2007): *A drogfogyasztás pszichiátriai komorbiditása*. Addiktológiai Kutató Intézet. Kutatási zárójelentés. Nem publikált tanulmány.
- Gessenharter, W., Feindt, P.H., Fröchling, H. (1999): *Mediatorenverfahren 'Weitere Gesundheitsräume in St. Georg?' Wünschbarkeit, Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit'. Abschlußbericht und Empfehlung des Mediators an den Senat der Freien und Hansestadt Hamburg – Kurzfassung*. Hamburg: Senat der Freien und Hansestadt Hamburg.
- Groupe Sida Genève (2003): *Rapport d'activités 2002. Secteur réduction des risques liés à la consommation de drogues*. Genève: Groupe Sida Genève . [www. groupesida.ch](http://www.groupesida.ch). <http://www.groupesida.ch/gsgpratique/documents/RdR2002.pdf>.
- Gyarmathy, V.A., Neaigus, A. (2005): Marginalized and Socially Integrated Groups of IDUs in Hungary: Potential Bridges of HIV Infection. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 82, 3, Supplement 4.101–112.
- Gyarmathy, V. A., Neaigus, A., Ujhelyi, E., Szabo, T. és Rác, J. (2006): Strong HIV and hepatitis disclosure norms and frequent risk behaviors among Hungarian drug injectors. *Drug and Alcohol Dependence*, 82 Suppl 1, S65–69.
- Gyarmathy, V.A., Neaigus, A., Mitchell, M.M., Ujhelyi, E. (2009): The association of syringe type and syringe cleaning with HCV infection among IDUs in Budapest, Hungary. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 240–247.
- Gyarmathy, V.A., Rác, J., Neaigus, A. és Ujhelyi, E. (2004): *The urgent need for HIV and hepatitis prevention in drug treatment programs in Hungary*. AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education, Jun; 16 (3) 276–87.
- Gyarmathy VA és Rác J (2010): A hepatitis C-vírus es az emberi immunhiányt okozó vírus járványtana magyarországi injektáló kábítószer-használók körében. – hogyan tovább? *Orvosi Hetilap*, 151,10:365–371.

- Haas, S., Busch, M., Horvath, I., Türscherl, E., Weigl, M., Wirl, C. (2008): *Report on the Drug Situation, 2008*, Austria. Reitox Focal Point, Austria. Vienna, October 2008.
- Halkos, G., Kevork, I.: (2008): A sequential procedure for testing the existence of a random walk model in finite samples. *Journal of Applied Statistics*, Volume 35, Issue 8, pages 909–925.
- Happel, V. (1997): Erfahrungen in und mit Konsumräumen. In: Akzept e.V. (ed.) *Drogenvisionen – Zukunftswerkstatt für eine innovative Drogenpolitik und Drogenhilfe*. Dokumentationsband zum 2. intern. Drogenkongress. Berlin: Akzept e.V.
- Happel, V. (2000): Konsumräume – eine effektive Massnahme zur Schadensminimierung bei DrogengebraucherInnen und BürgerInnen. *Akzeptanz – Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, Vol. 8, No. 1. Schwerpunkt Konsumräume. Münster: Akzept Bundesverband, 30–36.
- Happel, V., Steinmetz, J. (2001): Überdosierungen im Konsumraum. Ergebnisse und Erfahrungen nach fünfjähriger Begleitung des grössten Frankfurter Konsumraums. In: Akzept e.V. (ed.) *Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel*. Dokumentationsband zum 6. internationalen Drogenkongress, Berlin 5–7 October 2000. Berlin: VWB, 189–195.
- Hämmig, R.B. (1991): Anlaufstellen mit Fixerraum (Fixercafé) der Stiftung Contact Bern. In: Stöver, H. (ed.) *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe*, AIDS-Forum D.A.H., Vol. 6, 43–49. Berlin: Deutsche AIDS Hilfe.
- Hämmig, R.B. (1992a): The streetcorner agency with shooting room (Fixerstübli). In: O'Hare, P. A., Newcombe, R., Matthews, A., és tsai (eds) *The Reduction of Drug Related Harm*. Routledge: London, 181–185.
- Hämmig, R.B. (1992b): Overseas experience: Switzerland. In: Fox, R.J. – Mathews, I. (eds) *Drugs Policy. Fact, Fiction, and the Future*. Annandale, NSW: The Federation Press, 206–209.
- Hedrich, D. (2004): *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004.
- Herbert, H. – Talbot, W. (2010): *Theological Perspectives on a Medically Supervised injecting Centre to be operated by the Uniting Church Board for Social Responsibility*. (http://www.sydneymisc.com/Bginfo.htm/theological_perspective).
- Horváth, M., Dunay, Gy., Keller, É. (2007): Országos és fővárosi kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás Magyarországon 1996–2006 között. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 6,4: 290–301.
- Independent Working Group on Drug Consumption Rooms, Hunt, N. (szerk.) (2007): *An overview of models of delivery of drug consumption rooms*. Joseph Rowntree Foundation, The Homestead.
- IDH (ed.) (2000): *Jahresbericht 1999*. Frankfurt: Integrative Drogenhilfe (www.idh-frankfurt.de).
- IDH (ed.) (2001): *Jahresbericht 2000*. Frankfurt: Integrative Drogenhilfe.
- INDRO e.V. (2003): *Jahresbericht 2002*. Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) und Konsumraum. Münster: Indro e.V. (www.indro-online.de).
- Jacob, J., Rottmann, J., Stöver, H. (1999): *Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlußbericht der einjährigen Evaluation des 'drop-in Fixpunkt' in Hannover*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung, Vol. 2.
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 2006* (2006). A Szociális és Munkaügyi Minisztérium szakmai kiadványsorozata, szerk.: Felvinczi K, Nyírády A és Portörő P, Budapest.

- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*, 2008 (2009). Kézirat, Budapest.
- de Jong, W.M. (1996): *Gebruiksruimtes in Nederland, Duitsland en Zwitserland. Een verkennende beschouwing*. Utrecht: NIAD.
- de Jong, W.M. – Weber, U. (1999): *The professional acceptance of drug-use: a closer look at drug consumption*.
- Kaldor, J., Lapsley, H., Mattick, R.P., McPherson, M., Weatherburn, D., Wilson, A. (2001): *Evaluation Protocol for The Trial of a Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross*. July, 2001.
- Kemmesies, U. (1995): *Szenebefragung 1995. Die offene Drogenszene und das Gesundheitsraumangebot in Frankfurt am Main – ein erster Erfahrungsbericht*. Münster: Indro (English version: Kemmesies, U. (1999) *The Open Drug Scene and the Safe Injection Room Offers in Frankfurt am Main 1995*. Münster: Indro).
- Kerr, T., Small, W., Moore, D., Wood, E. (2006a): A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 18,1:37–45.
- Kerr, T., Stoltz, J., Tyndall, M., Li, K., Zhang, R. és tsai (2006b): Impact of a Medically Supervised Safer Injection Facility on Community Drug Use Patterns: A Before and After Study. *British Medical Journal*, 332:220–2
- Kerr, T., Tyndall, M.W., Lai, C., Montaner, J.S.G., Wood, E. és tsai (2006c): Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 17,5:435–441.
- Kerr, T., Tyndall, M.W., Li, K., Montaner, J.S., Wood, E. (2005): *Safer Injecting Facility Use and Syringe Sharing Among Injection Drug Users*. *Lancet*, 366:316–8
- Kerr, T., Tyndall, M.W., Zhang, R., Lai, C., Montaner, J.S.G., Wood, E. (2007): Circumstances of First Injection Among Illicit Drug Users Accessing a Medically Supervised Safer Injection Facility. *American Journal of Public Health*, Vol 97, No. 7. 1228–1230.
- Kimber, J. – van Beek, I. (2002): Consumption rooms – the Australian experience. *Akzeptanz*, 2, 54–58.
- Kimber, J., Dolan, K., Wodak, A. (2001): *International Survey of Supervised Injecting Centres (1999–2000)*. Technical Report No. 126, National Drug and Alcohol Research Centre. Sydney: University of New South Wales
- Kimber, J., Dolan, K., van Beek I., és tsai (2003a): Drug consumption facilities: an update since 2000, *Drug and Alcohol Review/Harm Reduction Digest* 21, 22, 227–233.
- Kimber, J., Dolan, K. (2007): Shooting Gallery Operation in the Context of Establishing a Medically Supervised Injecting Center: Sydney, *Australia Journal of Urban Health*, 84(2): 255–266.
- Kimber, J., Macdonald, M., van Beek, I., és tsai (2003): Sydney medically supervised injecting centre: client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *Journal of Drug Issues*, 33, 639–648.
- Kimber, J., Macdonald, M., van Beek, I., és tsai (2003b): Sydney medically supervised injecting centre: client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *Journal of Drug Issues*, 33, 639–648.
- Korf, D.J. (1993): *Presentation of a survey in several European cities conducted by the Amsterdam Bureau of Social Research and Statistics (O&S)*. Vortragsmanuskript. 4th Conference: European Cities on Drug Policy (ECDP). Hamburg, 36–41

- Körner, H.H. (1993): *Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen*. 17 May 1993; Az 406/20-9, ZfB No. 507/93. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Körner, H.H. (1994): *Gutachten vom 5.12.1994 zur Zulässigkeit von Verhaltensweisen beim Besuch von Gesundheitsräumen*. Az 406/20-9, ZfB No. 1349/94. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Landesverordnungen (Ermächtigungsverordnungen) 2000–2002 für Hamburg, Hessen, Niedersachsen, NRW, Saarland, Berlin (legal texts by German Federal States that define implementation rules for consumption rooms; texts in German at: http://www.indro-online.de/dta_dkr.htm).
- Lindemayer, H. (2003): *Bericht zur aktuellen Situation niederschwelliger Einrichtungen für Drogenkonsumierende in der Schweiz, zu handen von: Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich FASD*. Zürich: obcz.consult. (http://www.fasd-brr-urd.ch/TEXTE/Situationsanalyse_V2_Mai03.pdf).
- Linssen, L. (1999): *'... het resultaat van paniek en wanhoopsdenken...'* *Gebruiksruimten in de gemeente Amsterdam. Doctoraalscriptie Sociaal Culturele Wetenschappen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Linssen, L., de Jong, W., Wolf, J. (2001): *Gebruiksruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Series: Resultaten Scoren. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Márványkövi, F. és Rácz, J. (2005): Alacsony küszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzői Magyarországon, 2004-ben. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 4,4, 431–459.
- Márványkövi, F., Melles, K., Rácz, J. (2006a): A kezelésbe és tüsszerébe jutás akadályai problémás droghasználók körében Budapesten. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 5,4:
- Márványkövi, F., Melles, K., Rácz, J. (2006b): Szex és drog: intravénás droghasználók kockázátészlelése és a viselkedési mintáinak összefüggései. *Psychiatria Hungarica*, 21,3:241–255.
- Márványkövi, F., Melles, K., Légmán, A. és Rácz, J. (2008): A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében, Budapesten. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 7,3-4:205–233.
- Massouli 'e, L., Le Merrer, E., Kermarrec, A.-M., Ganesh, A.J.(2006): *Peer counting and sampling in overlay networks: random walk methods*. New York, NY, USA.
- Meijer, G., de Jong, A., Koeter, M. – Bieleman, B. (2001): *Gebruik van de straat. Evaluatie gebruiksruimte Binnenstad-Zuid Groningen*. Amsterdam/Groningen: Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)/Intraval.
- MFJFG NRW (2002): *Zusammenfassung der Zwischenergebnisse zur Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Michaelis, S. (1991): Zur rechtlichen Zulässigkeit des Betriebens von Druckräumen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Stöver, H (ed.) *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe*. Ein Sammelband. AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe, Bd. VI, Berlin: DAH, 111–117.
- Milloy, M.J., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J., Wood, E. (2008): *Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility*. PLoS ONE, 3(10): e3351.
- Minder Nejedly, M. – Bürki, C.M. (1999): *Monitoring HIV Risk Behaviours in a Street Agency with Injection Room in Switzerland*. Dissertation at the Medical Faculty of the University in Berne

- Ministerio del Interior (2002): Drug Situation Spain 2001. *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point 'Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas'*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas (PND).
- MSIC Evaluation Committee (2001): *Evaluation Protocol for the trial a Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross*. Sydney: University of New South Wales (Research Coordination).
- MSIC Evaluation Committee (2003): *Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*. Sydney.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research: *Sydney Medically Supervised Injecting Centre Interim Evaluation Report No. 2, June 2006*.
- Nationale Drug Monitor/Netherlands Focal Point (2002): *The Netherlands Drug Situation 2002*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Utrecht: Trimbos Instituut (<http://www.trimbos.nl>)
- Országos Addiktológiai Intézet (2008): *Jelentés a magyarországi kábítószerhasználatról*. Részadatok. Budapest, kézirat.
- Országos Epidemiológiai Központ (OEK) (2009): *A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2008. évi prevalenciája felmérésének teljesítéséről*. Csohán, Á. és Dudás, M. OEK, Budapest, kézirat.
- Ouellet, L. J., Jiminez, A. D., Johnson, W. A. – Wiebel, W. A. (1991): Shooting galleries and HIV disease: Variations in places for injecting illicit drugs. *Crime and Delinquency*, 37, (1) 64–85.
- Paksi, B., Arnold, P. (2007). A magyarországi felnőtt népesség drogerintettsége – új fejlemények. *Addiktológia*, Supplementum 1. p. 49. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007.11. 22–24.).
- Parliament of New South Wales (1999): *Joint Select Committee into Safe Injecting Rooms Report on the Establishment or Trial of Safe Injecting Rooms*. Sydney: Parliament of New South Wales.
- Patel, K. (2007): Research Note: Drug Consumption Rooms and Needle and Syringe Exchange Programs. *Journal of Drug Issues*, 03, 737–748
- Philbin, M.M., Mantsiosa, A., Lozada, R., Casec, P., Pollini, R.A., Alvelais, J., Latkin, C.A., Magis-Rodriguez, C., Strathdee, S.A.(2008): Exploring stakeholder perceptions of acceptability and feasibility of needle exchange programmes, syringe vending machines and safer injection facilities in Tijuana, Mexico. *International Journal of Drug Policy* 20, 4, 329–335
- van der Poel, A., Barendregt, C. – van de Mheen, D. (2003): Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. *European Addiction Research*, 9, 94–100.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. (2003): *Evaluation of the Work of the Drug Consumption Rooms in the Federal Republic of Germany* [in German]. Final Report on Behalf of the Federal Ministry for Health. Baden-Baden, Germany: Nomos
- Prinzleve, M., Martens, M.S. (2003): Evaluation der Abendöffnungszeiten des Drob Inn. Forschungsbericht im Auftrag des Jugendhilfe e.V. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS).
- Rác, J. (2002): Drogröblémák: a szenvedélybetegségtől az ártalomcsökkentésig. In: Rác J (szerk.) *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 7–22.
- Rác J (2005a): Ártalomcsökkentő drogpölitika. *Magyar Tudomány*, 166,8:1010–1016.
- Rác, J. (2005b): Injecting drug use, risk behaviour and risk environment in Hungary: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, 16,5:353–362.

- Rácz J. (2006): *Kvalitatív drogzutatók. Kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Rácz, J. (2007, 2009): *Injekciós droghasználók szociálpszichológiai jellemzői a körükben végzett kvalitatív kutatások alapján*. MTA doktori disszertáció, Budapest.
- Rácz, J. (2009): Ártalomcsökkentő programok a pszichiátriában. *Magyar Családorvosok Lapja*, 1:2–6.
- Rácz, J., Gyarmathy, V.A., Neaigus, A. és Ujhelyi, E. (2007): *Injecting equipment sharing and perception of HIV and hepatitis risk among injecting drug users in Budapest*. *AIDS Care*, 19,1: 59–66
- Rácz, J., Márványkövi, F., Melles, K. és Vadász, V. (2009): Közösségi-alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 8,3, megjelenés alatt.
- Rácz, J., Máthé-Árva, N. és Fehér, B. (2003): Kezelésre jelentkező és „utcai” injekciós droghasználók kockázati magatartásainak és kockázatelemzésének jellemzői. Előzetes eredmények. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 3-4:370–388.
- Rácz, J., Melles, K., Márványkövi, F. (2009): Budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HCV tanácsadásának vizsgálata. *Addiktológia*, megjelenés alatt.
- Rácz, J. és Ritter, I. (2003): Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerrel Magyarországon. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 3-4:305–345.
- Rácz, J., Ujhelyi, E. és Fehér, B. (2002): Emberi immunhiányt okozó víruspozitív esetek intravénás droghasználók között. *Orvosi Hetilap*, 143,3:131–133.
- Reyes Fuentes, V.C. (2003): 15 Jahre Fixerraum Bern. *Auswirkungen auf soziale und medizinische Aspekte bei supervision of Dr. med Robert Hämmig*.
- Ritter, I. (2005): *Roma fiatalok és kábítószeresek. Kutatási beszámoló*. Egészséges Ifjúságért Alapítvány – Országos Kriminológiai Intézet, Budapest, kézirat.
- Rhodes, T., Mikhailova, L., Sarang, A., Lowndes, C. M., Rylkov, A., Khutorskoy, M., és tsai (2003). *Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City* [in Russian].
- Federation: A qualitative study of micro risk environment. *Social Science & Medicine*, 57, 39–54.
- Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S. R., & Strathdee, S. A. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine*, 61, 1026–1044.
- Rhodes, T., Kimber, J., Small, W., Fitzgerald, J., Kerr, T., Hickman, M., és tsai (2006a). Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction*, 101, 1384–1393.
- Rhodes T. (1997): Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of risk behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 19:208–227.
- Rhodes, T., Platt, L., Sarang, A., Vlasov, A., Mikhailova, L., & Monaghan, G. (2006b). Street policing, injecting drug use and harm reduction in a Russian City: A qualitative study of police perspectives. *Journal of Urban Health*, 83, 911–925.
- Rhodes, T., Watts, L., Davies, S., Martin, A., Smith, J., Clark, D., Craine, N. és Lyons, M. (2007): Risk, shame and the public injector: A qualitative study of drug injecting in South Wales. *Social Science & Medicine* 65 (2007) 572–585
- Rhodes T. (2002): The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13: 85–94.

- Ronco, C., Spuhler, G. (1994): *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern. Schlussbericht*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Cah Rech Doc IUMSP no. 111.1.
- Ronco, C., Spuler, G., Coda, P. – Schöpfer, R. (1996a): Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. In: *Soz. Präventivmed*, 41 (Suppl. 1), 58–68
- Rush, B.R. – Ogborne, A.C. (1991): Program logic models: Expanding their role and structure for planning and and evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 6 (2).
- Salmon, A.M., Thein, H.H., Kimber, J., Kaldor, J.M., Mahera, L. (2007): Five years on: What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*, 18, 46–53
- Sandberg, S., Pedersen, W. (2008): “A magnet for curious adolescents”: The perceived dangers of an open drug scene. *International Journal of Drug Policy*, 19, 459–466
- Schatz, E. – Wolf, J. (2002): *User Rooms in the Netherlands – a Short Overview*. Contribution to EMCDDA meeting, September.
- Schlusemann, I. (1998): Aufenthalts- und Konsumräume in Amsterdam. *Binad Info*, 12, S42–48.
- Small, W., Rhodes, T., Wood, E., Kerr, T. (2007): Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. *International Journal of Drug Policy*, 18(1):27–36.
- Solai, S., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Benaroyo, L. (2006): Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 17, 17–22
- Sozialamt der Stadt Zürich (1995): *Erfahrungsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen über den Betrieb der Gassenzimmer 1993/1994. 'Kontrollierter Konsum reduziert Risiken'*. Zurich: Sozialamt der Stadt Zürich.
- Spreyermann, C., Willen, C. (2002): *Evaluationsbericht Pilotproject Cactus. Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel*. Berne: Sfinx.
- Spreyermann, C., Willen, C. (2003): *Evaluationsbericht Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen. Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich*. Berne: Sfinx. (lásd: www.adh.stzh.ch).
- Steinmetz, J. (2002): Consumption Room Manager, személyes közlés (2002. december).
- Stoltz, J.A., Wood, E., Small, W., Li, K., Tyndall, M., Montaner, J., Kerr, T. (2007): Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health*, 29(1):35–39
- Takács, I.G. és Demetrovics, Zs. (2009): Ártalomcsökkentés: elmélet és gyakorlat. In: Demetrovics Zs (szerk.): *Az addikológia alapjai III*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 431–486.
- Tempalski, B., McQuie, H. (2009): Drugscapes and the role of place and space in injection drug use-related HIV risk environments. *International Journal of Drug Policy*, 20, 4–13
- The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms* (2006). Joseph Rowntree Foundation, York, England.
- Trautmann, F. (1995): Druckraum: Befreiend oder erdrückend – die Perspektive zwischen Freiraum, Tagtraum und Beaufsichtigung. In: *Drogen ohne Grenzen. Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland/Niederlande*. (Band 4). Münster: AKZEPT/INDRO/VWB, pp.

- Treloar, C., Fraser, S. (2007): Public opinion on needle and syringe programmes: avoiding assumptions for policy and practice. *Drug and Alcohol Review*, Volume 26, Number 4, 355–361(7)
- Tyndall, M.W., Wood, E., Zhang, R., Lai, C., Montaner, J.S.G., Kerr, T. (2006): HIV seroprevalence among participants at a supervised injection facility in Vancouver, Canada: Implications for prevention, care and treatment. *Harm Reduction Journal*, 3(1): 36.
- Warner, M.N. (1997): *Over de drempel. Een onderzoek naar de mogelijkheid om harddruggebruik binnen een opvangvoorziening in Arnhem te reguleren*. Arnhem: Gelders Centrum voor Verslavingszorg.
- Weber, U. – Schneider, W. (1998): Syringe exchange in Germany. *Substance Use and Misuse*, 33, 1093–1112.
- Willen, C. (2002): *Evaluation Inhalationsraum. Pilotprojekt der Anlaufstelle Rötzmatt, Suchthilfe Region Olten (SHO)*. Berne: Sfinx (<http://www.sfinx.ch>).
- Wolf, J., Linssen, L. – de Graaf, I., assisted by van Dam, T. (2003): Drug consumption facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 33, 649–661.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D., és tsai (2004a): Changes In Public Order After The Opening of a Medically Supervised Safer Injection Facility for Injection Drug Users. *Canadian Medical Association Journal*, 171:731–4
- Wood, E., Kerr, T., Lloyd-Smith, E., Buchner, C., Marsh, D.C., Montaner J.S.G., Tyndall, M.W. (2004b): Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 1:9
- Wood, E., Tyndall, M.W., Li, K., Lloyd-Smith, E., Small, W., Montaner, J.S.G., Kerr, T. (2005): Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users? *American Journal of Preventive Medicine*, 29(2): 126–130.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., Stoltz, J., Lai, C., Montaner, J.S.G., Kerr, T. (2006a): Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine*, 354(23): 2512–2514.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Qui, Z., Zhang, R., Montaner, J.S.G., Kerr, T.(2006b): Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility. *American Journal of Public Health*, 96(5): 770–773.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., Kerr, T.(2006c): Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal*, 175(11): 1399–1404.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Lai, C., Montaner, J.S.G., Kerr, T. (2006d): Impact of a Medically Supervised Safer Injecting Facility on Drug Dealing and Other Drug-related Crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 1:1–4
- Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., Montaner, J.S., Kerr, T. (2007): Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102(6): 916–919.
- Zurhold, H., Kreuzfeld, N., Degkwitz, P., Verthein, U. (2001): *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*. Freiburg: Lambertus.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. – Haasen, C. (2003): Drug consumption rooms in Hamburg, Germany:evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33, 663–688.

SZERZŐK



RÁCZ JÓZSEF pszichiáter, a MTA Pszichológiai Kutatóintézet tudományos tanácsadója, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán működő Addiktológiai Tanszék tanszékvezető egyetemi tanára, valamint a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány igazgatója. Kutatási területe az utóbbi években az injekciós droghasználat és a kapcsolódó szociálpszichológiai és szociológiai jelenségek (társadalmi kirekesztés, a kezelésbejutás nehézségei, a szerhasználókkal készített interjúk narratív elemzése: a cselekvő alany és a felelősség kérdése). Kutatásai többségében kvalitatív módszereket alkalmaz.



MÁRVÁNYKÖVI FERENC 1972. decemberében született Kecskeméten. Egyetemi tanulmányait Debrecenben, illetve Budapesten végezte. 1994-ben angol tanári, 2001-ben angol bölcsész, 2005-ben szociológusi diplomát szerzett az ELTE Tátk-on. 2006 óta tagja a Corvinus egyetem doktori iskolájának. 2005 óta folytat az illegális szerhasználattal kapcsolatos kutatásokat.

2005 és 2007 között az ELTE Drogtanulmányok Kutató Intézetének munkatársa volt, ahol kutatási koordinációs tevékenység mellett oktatói tevékenységet is végzett. 2007 óta az MTA Pszichológiai Intézetének külsős kutató munkatársa. Főbb kutatási területe a problémás szerhasználat és az avval kapcsolatos jelenségek, a marginalizált csoportok szerhasználata, az alacsony küszöbű ellátás, a drogbeteg ellátás, valamint a drogkutatással kapcsolatos módszertani eljárások. Kutatási tevékenység mellett szakértőként is dolgozik mind hazai, mind nemzetközi kutatási projektekből.



MELLES KATALIN 2000-ben végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Karán szociológia szakon, survey statisztika szakirányon. 2002-ben sikeres felvételi vizsgát tett a budapesti Corvinus Egyetem szociológiai Ph. D. programjára. Doktori értekezésének témája a „Droghasználat és társadalmi kirekesztettség: a szociális és egészségügyi kezelésbe jutás akadályai”. Külsős oktatóként az illegális szerhasználatra vonatkozó kutatási módszertani ismereteket tanított az ELTE Drogtanulmányok Kutató Intézetének programján 2006 és 2008 között. Főbb kutatási területei a roma szerhasználat és az ahhoz kötődő egészségügyi és pszichoszociális következmények, az intravénás szerhasználat, valamint a

drogbeteg ellátórendszerbe jutás akadályai, a kezelésbe jutottak és a szolgáltatók profilja (alacsony és magas küszöb).



VADÁSZ VIKTÓRIA végzős hallgató az ELTE-TáTK szociológia szakán, a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány VIII. kerületi Kontakt programjában dolgozik 2008 óta kezdetben mint gyakornok, később önkéntes, majd mint segítő, továbbá az alapítvány működésében is segít. 2009 óta vesz részt első sorban intravénás szerhasználói szcenákkal kapcsolatos kutatásokban.

KADLÓT ERZSÉBET 1986. július 1 és 2000. december 31 között büntetőbíróként dolgozott, s ennek keretében referádája jelentős részét tették ki – úgy a felnőtt-, mint a fiatalokú elkövetőket érintő – a kábítószerrel való visszaélés bűncselekményével kapcsolatos ügyek. 2001. január 1-jétől az Alkotmánybíróságon dolgozik mint főtanácsadó. Kutatási témái közé tartozik a kábítószerrel visszaélés büntetőjogi kezelése az Európai Unió tagállamaiban. Ebben a körben jelentek meg publikáció is. Legutóbb Az Európai Büntetőjog Kézikönyve [Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó, Budapest 2008, (szerk: Kondorosi Ferenc - Ligeti Katalin)] társszerzőjeként végezte el a vonatkozó kerethatározat elemzését.