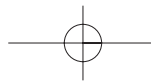


TASZ
DROGPOLITIKAI
FÜZETEK
5. SZÁM
2003.

ÁRTALOM-
CSÖKKENTÉS
MAGYARORSZÁGON

TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT
2003. DECEMBER



Írták:

Nyizsnyánszki Anna Eszter szociálpolitikus,
Társaság a Szabadságjogokért (I., III. fejezet)
Csorba József pszichiáter, addiktológus,
Nyíró Gyula Kórház Jász utcai Drogambulancia
és Prevenációs Központ, (II. fejezet)

Szerkesztette:

Nyizsnyánszki Anna Eszter

A kötet megjelenését a Nyílt Társadalom Intézet
Alapítvány tette lehetővé.

Tel./fax: 209-0046

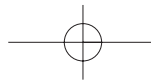
E-mail: tasz@tasz.hu

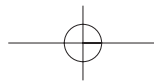
Honlap: <http://www.tasz.hu/>

Adószám: 18067109-1-41

TARTALOM

ELŐSZÓ	7
I. FEJEZET: ÁRTALOMCSÖKKENTÉS	
A JOGI SZABÁLYOZÁS TÜKRÉBEN	11
A Büntető Törvénykönyv módosításainak hatása az ártalomcsökkentő programokra	13
<i>A szigorított jogszabály</i>	16
<i>A kormányváltás után</i>	19
A túcsere programok jogi háttere	21
<i>A túcserelés szakmai irányelvei</i>	25
<i>A túcsere-programok és a rendőrség</i>	26
<i>Az adatvédelmi biztos ajánlása</i>	29
<i>A szociális munkások belyzete</i>	31
A metadon-kezelések jogi háttere	34
<i>A TASZ beadványa</i>	35
<i>A rendőrség válasza</i>	38
<i>Ombudsmani ajánlás</i>	39
<i>A „Funk-ügy”</i>	40





<i>Az adatvédelmi biztos vizsgálata</i>	42
<i>A szakmai szervezetek megszólalnak</i>	46
<i>Beadvány az alkotmánybírósághoz</i>	46
<i>Szakmai állásfoglalás</i>	48
<i>A Nemzeti Drogstratégia a metadon-kezelésről</i>	51
<i>A legalizáció útján</i>	53

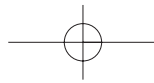
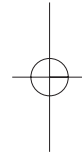
II. FEJEZET: SZUBSZTITÚCIÓS (METADON)

KEZELÉS MAGYARORSZÁGON	59
Bevezetés	61
Nemzetközi helyzetkép	63
Kezelési helyszínek	66
Szakmai háttér	68
Statisztikai adatok	71
Mellékletek	75

III. FEJEZET: TÚCSERE PROGRAMOK

MAGYARORSZÁGON	89
Bevezetés	91
Drogprevenációs Alapítvány – Budapest	93
Délmagyarországi Ártalomcsökkentő Egyesület – Szeged	104
Gyöngyház Egyesület – Pécs	111
Alkohol-Drogsegély Ambulancia – Veszprém	116

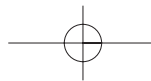
Drogambulancia – Miskolc	120
Utcafront – Budapest	128
Kék Pont Drogkonzultációs Központ – Budapest	135
UTÓSZÓ	139



ELŐSZÓ

A Társaság a Szabadságjogokért az elmúlt években számos kiadványban, közleményben adott hangot azon meggyőződésének, hogy hazánkban is reális, ésszerű drogpolitikára van szükség. Álláspontunk világos: a drogmentes társadalom illúziójának kergetése helyett a problémákkal való őszinte szembenézést és a máshol már működő, hatékony drogpolitikai eszközök átvételét szorgalmazzuk és szorgalmazzuk.

A TASZ drogpolitikai füzetek 3. számában (A tiltás gyümölcsei – 3 szigorú drogpolitikai év, 2002. április) azt írtuk, hogy sajátos kettőség jellemzi a magyar drogpolitikát. 1998 után négy éven át a proibicionizmus gondolata uralkodott, miközben a 2000-ben elfogadott Nemzeti Drogstratégia leírta az ártalomcsökkentő módszerek fejlesztésének koncepcióját. A koncepció sajnos sok esetben papíron maradt, s így 2002-ben okkal írhattuk, hogy a hazai drogpolitika „mostohagyermekének” számítanak a különböző ártalomcsökkentő programok, s hogy a nyugat-európai tenden-



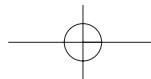
ciákkal szemben – ahol is a hivatalos drogpolitika meghatározó elemévé vált az ártalomcsökkentés szemlélete és gyakorlata – Magyarországon továbbra is igen gyakran a fennmaradásért folytatnak küzdelmet ezen programok.

Az ártalomcsökkentő módszerek ma már a drogbetegek kezelésének széles spektrumát ölelik fel a nyugati demokráciákban. Ezekben az országokban olyan, reményeink szerint az elkövetkező években Magyarországon is létjogosultságot nyerő programokat volt képes befogadni a társadalom, mint például a biztonságos belővőszobák, a szórakozóhelyeken történő drogbevizsgálás, vagy a kísérleti jelleggel indított heroin-fenntartó programok.

Hazánkban tíz évvel ezelőtt jelentek meg az első túcsere-programok, melyek a későbbi metadon-fenntartó kezelésekkal együtt a mai napig vívják harcukat elfogadottságukért. Jelen kötetünk első fejezetében bemutatjuk e programok jogszabályi környezetét, külön figyelmet szentelve annak, hogy a rendőrség hozzáállása, magatartása milyen nagy mértékben befolyásolhatja az ártalomcsökkentés területén dolgozó orvosok, szociális munkások sikeres munkáját. A második fejezet szerzője a hazai metadon-kezeléseket koordináló ambulancia

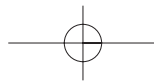
vezetőjeként a jelenleg Magyarországon működő programok helyzetének ismertetése mellett a nemzetközi helyzetről is átfogó képet nyújt. A kötet harmadik fejezetében pedig a hazánkban működő túcsere-programok létrejöttének – a kezdetektől napjainkig tartó – történetével, a túcsere-programok mindennapi munkájával ismerkedhetnek meg az olvasók.

Célunk az, hogy a létezőnél teljesebb, pontosabb képet rajzolva az ártalomcsökkentés mibenlétéről, hozzájáruljunk ahhoz, hogy a „mostohagyermek” teljes jogú családtaggá, sőt: uralkodó tényezővé válhassanak a hazai drogpolitikában.



I. fejezet

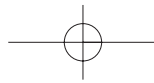
ÁRTALOM-
CSÖKKENTÉS
A JOGI
SZABÁLYOZÁS
TÜKRÉBEN



A BÜNTETŐ TÖRVÉNYKÖNYV MÓDOSÍTÁSAINAK HATÁSA AZ ÁRTALOMCSÖKKENTŐ PROGRAMOKRA

Az ártalomcsökkentő módszerek hazánkban való elterjedését, a programok folyamatos és problémáktól mentes működési feltételeinek kereteit a „kábitószerrel visszaélés” bűncselekmény Büntető Törvénykönyvben (Btk.) való szabályozása, valamint ennek az elmúlt év-tizedben történt módosításai jelentősen befolyásolták.

A rendszerváltozás után az országban a drogbetegek ellátására szakosodott intézmények száma elenyésző volt. Ez elsősorban a korábbi rendszer örökségének volt tekinthető, hiszen akkor a drogprobléma teljes tagadásának megfelelően az ellátórendszer fejletlensége jellemezte az országot. A kábítószer-fogyasztás problémájával való társadalmi szembenézés annak tömeges megjelenésekor, a kilencvenes évek elején is elmaradt. Az ártalomcsökkentő politika és a drogbetegek ellátására hivatott új típusú módszerek bevezetésének kezdeti nehézségei, az elfogadottságukért vívott küzdelmek jól



mutatják, milyen nehezen dolgozta fel a társadalom a tényt, miszerint a kábítószer-fogyasztás létező jelenség, amit kezelni kell. A helyzetet a kilencvenes évek elején nehezítette, hogy a nemzetközi drogkereskedelemben hazánkat tranzit-országként használták, ennek megfelelően a magyar köztudatban is ez a kép élt. Ez pedig a sokáig valóban ekként funkcionáló ország számára egy időre jó indokot jelentett a – legtöbb szakember által prognosztizált és napjainkban már egyértelműen érezhető – „drogrobbanás”-ra való felkészülés elodázására. Azonban úgy tűnt, az intézményi háttér az 1993–1998 közötti időszakban még meg tud birkózni az ellátórendszerbe került drogfogyasztók kezelésével. Az ártalomcsökkentés módszereivel a hazai drogbetegekkel foglalkozó szakemberek ezekben az években ismerkedtek, az első lépések megtételét pedig a társadalomnak a kábítószeres használatával szemben sokszor kifejezésre juttatott ellenállása mellett az alapvetően büntetőjogi szemléleten nyugvó drogpolitika tovább nehezítette. A drogfogyasztást büntetőjogi tiltással felszámolni kívánó büntetőpolitika és az ártalomcsökkentés elvei olyan feloldhatatlan ellentmondásban állnak egymással, amely a területen dolgozó elhivatott szakemberek munkáját keserítette meg az elmúlt tíz évben.

14

A kábítószer-fogyasztást a magyar büntetőjog a rendszerváltozást megelőző évtizedekben is bűncselekményként kezelte. Az 1978-as törvényben a kábítószerrel való visszaélés büntetést illetve a kóros szenvedélykeltés vétségét külön törvényi tényállásként szabályozták. A legmagasabb büntetési tétel – a fiatalkorú személynek kábítószer átadása miatt járó – két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés büntetés volt. A törvény a két tényállásban különbséget tett a „kóros élvezetre alkalmas kábítószer” illetve a „kábító hatású anyag” között. Az előbbi alá a külön jogszabályban meghatározott kábítószernek vagy annak minősülő pszichotrop anyagok, utóbbiba pedig egyéb kábító hatású anyagok, szerek (tipikusan az ekkor különösen elterjedt ragasztók) tartoztak. A Btk. „visszaélés kábítószerrel” tényállásának szabályozásában 1993-ban történt módosítás bevezette a magyar jogrendbe az ún. „elterelés” intézményét. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy a csekély mennyiségű kábítószerrel visszaélők a büntetés helyett választhatták a függőséget gyógyító vagy megelőző kezelést, melyet drogambulanciák vagy más kezelőhelyek végeztek. Eredetileg az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) feladata volt az elterelés révén kezelésbe kerültek számára a megfelelő

15

ellátórendszer kialakítása, de ez nem történt meg. Így a megelőző kezelés végzése jellemzően a drogambulanciák feladata volt. Ez a szabályozás a hazai metadon-kezeléseket is érintette, hiszen ekkor már a fővárosban kísérleti jelleggel két kórházban is próbálkoztak a kezelés meghonosításával. Az 1993-as jogszabály értelmében azon személyek esetében, akiknél csekély mennyiségű kábítószeret találtak, elterelésként elfogadták a metadon-kezelést is. Az elterelés intézményét igénybe vevők száma 1993-tól évről-évre emelkedett egészen a Btk. újabb módosításáig, amely 1999. március 1-jén lépett hatályba.

A SZIGORÍTOTT JOGSZABÁLY

A módosított jogszabály alapján a drogfüggők és az alkalmi fogyasztók külön büntetőjogi megítélés alá estek. Ez azt jelentette, hogy a hatálybalépést követően csak a függő szerhasználók választhatták az elterelést, vagyis a hat hónapos gyógykezelést. Nagy szakmai vihart kavart a „függő-nem függő” kábítószer-fogyasztó megítélésének kérdése, melyet igazságügyi orvos-szakértő döntésére bíztak. A Btk. módosításával előállt új helyzet an-

nak a lehetőségét vonta maga után, hogy téves orvos-szakértői vélemények alapján drogbetegek kerüljenek büntetés-végrehajtási intézménybe, ilyen esetekben pedig a szabadságvesztésüket töltő betegek a büntetésük letöltése alatt ellátás nélkül maradtak, hiszen nem voltak meg a kezelésükhöz szükséges feltételek.

2000. júliusától a büntetés-végrehajtás országos parancsnoka megteremtette a feltételeit a fogva tartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen való részvételének¹, ami valamelyest javított e helyzeten, bár metadon-programok biztosítása a szabadságvesztés büntetés letöltése alatti időben továbbra sem merült fel. (A világ számos országában működnek a büntetés-végrehajtási intézményekben helyettesítő kezelések, melyek a fogva tartottak számára a büntetésük letöltése alatt metadon-fenntartó program igénybevételére adnak lehetőséget. A legközelebbi példa erre a Közép-Kelet-Európában e területen élen járó Szlovénia, ahol a fenntartó kezelések bevezetésével egy időben, 1992-ben annak lehetőségét kiterjesztették a szabadságvesztés büntetésüket töltőkre is. Magyarországon a mai napig semmilyen szakmai fórumon nem merült fel e kérdés rendezése.)

A szigorított jogszabályban az addigi szabályozáshoz képest változást jelentett, hogy az elkövetési magatar-

tások között megjelent a „fogyasztás” szó. A módosításig a „megszerzésen” és „tartáson” keresztül büntették a fogyasztókat (hiszen a fogyasztás előtt az elkövetőnek meg kell szereznie, illetve az elfogyasztásig magánál kell tartania a kábítószer). A „fogyasztás” szó így leginkább a törvényalkotó szigorítási szándékát szimbolizálta.

A prohibíciós politika ilyen formában való kinyilvánítása a drogfogyasztóknak szánt üzenet mellett azonban az ártalomcsökkentést végző túcsere-programok munkatársainak elméleti büntethetőségét is maga után vonta. A túcsere-programokban dolgozók munkájuk során steril injekáló felszerelést adnak az intravénás fogyasztóknak. A Btk. 21. § meghatározása szerint „bűnsegéd az, aki bűncselekmény elkövetéséhez szándékosan segítséget nyújt”. A fogyasztás szó nevesítése tehát azzal a következménnyel járt, hogy a túcsere-programokban dolgozók a felszerelés biztosításával elméletileg megvalósították a bűnsegédi magatartást.² Nincs tudomásunk olyan esetről, hogy túcsere-programban dolgozót ezen oknál fogva megvádoltak volna, de ez semmit sem változtat azon a tényen, hogy az egyébként sem könnyű munkát vállalók négy éven keresztül az elvi büntethetőség tudatában voltak kénytelenek végezni

munkájukat (igaz, cselekményük társadalomra veszélyességének hiánya miatt egy esetleges büntetőeljárásban a bíróság valószínűleg felmentette volna őket).

A KORMÁNYVÁLTÁS UTÁN

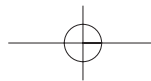
A 2002-es kormányváltást követően megszületett a Btk. újabb módosításának javaslata, melyet hosszas viták után fogadott el az Országgyűlés, és 2003. március 1-én lépett hatályba. A jelenleg is hatályban lévő módosítások enyhítették az azt megelőző négy év szigorú szabályain, ennek megfelelően újra megnyílt az eltérés lehetőségére az alkalmi droghasználók előtt is. A „fogyasztás” szó kikerült a jogszabály szövegéből, így megszűnt a túcsere-programokban dolgozók elvi büntethetősége is. Azonban továbbra is büntethető az, aki a kábítószer előállításához nyújt segítséget. Így például ha egy hajléktalanszállón egy bent lévő drogbeteg mákteát főz a szálló tulajdonában lévő edényekben, és erről a munkatársak is tudnak, akkor az ott dolgozók büntetőjogi felelősségre vonása most is felmerülhet (mint ahogy ez egy esetben konkrétan megtörtént). Ehhez hasonló példa a kilencvenes évek elején, egy drogosoknak

fenntartott átmeneti szállón a BRFK által indított vizsgálat is. A hatóság tudomására jutott ugyanis, hogy az egyik drogbetegnek a szállón dolgozó szociális munkás váltotta ki a számára orvos által felírt Depridolt, és a napi mennyiséget is ő adta át a betegnek. A rendőrök tanúként hallgatták ki az ügyben az orvost és szociális munkásokat, de végül eljárást nem indítottak. A TASZ tud olyan precedens értékű esetről azonban, amikor egy fiatal párt azért ítélték el, mert a barátjuknak megengedték, hogy lakásukon főzze meg magának a mákteaát.

Az elterelésről szóló ESzCsM-GyISM együttes rendelet³ a Btk. módosítását követően készült el és lépett hatályba. A rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, a kábítószer-használatot kezelő más ellátást, valamint az alkalmi fogyasztókat érintő megelőző-felvilágosító szolgáltatást szabályozza. Az adatkezelési rendszer hiányosságai miatt nincsenek regisztrált adatok arra vonatkozóan, hogy az elmúlt tíz évben hány ópiát-függő személy vett részt az elterelés keretén belül metadon-kezelésben. Az orvosok elmondása szerint volt azonban számos olyan eset, amikor a fenntartó-programban éppen részt vevő kábítószer-függő ellen indult büntetőeljárás, aminek megszüntetése érdekében a már megkezdett kezelést igazoló papírokat is felhasználhatták.

A TÚCSERE-PROGRAMOK JOGI HÁTTERE

Magyarországon az első túcsere-programok a kilencvenes évek elején kezdték meg működésüket, ám ehhez képest a drogprobléma ártalomcsökkentő módszerekkel való kezelésének első hivatalos, írásos formája a „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében” címet viselő, az Ifjúsági és Sportminisztérium 2000-ben kiadott dokumentuma volt. (Ezt megelőzően, az 1994–1998 között hatalmon lévő baloldali kormány alatt elkészült első drogstratégiában szintén volt szó az ártalomcsökkentésről, de a '98-as kormányváltással e szakmai anyag végül nem hivatalos formában, hanem „Alternatív Drogstratégia” néven került az olvasóközönség elé.) A Nemzeti Drogstratégia az ország kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjait tartalmazza, külön fejezetet szentelve e módszerek magyarországi meghonosításának. *„Az ártalomcsökkentő módszerek lényege a pszichoaktív-anyag használat okozta ártalmak csökkentése mind az egyén, mind pedig a társadalom vonatkozásában. Az*



ártalomcsökkentő módszerek abból a tényből indulnak ki, hogy az emberek egyes csoportjai nem képesek vagy nem hajlandók felhagyni pszichoaktív-anyag használatukkal életük egy hosszabb-rövidebb időszakában. Bizonyos értelemben idesorolandók azok is, akik visszaesőként még nem keresnek terápiás segítséget. Az ártalomcsökkentő módszerek a HIV (és Hepatitisz) fertőzésének kitett intravénás droghasználó csoportokban lényegében az egyetlen hatásos és költség-hatékony megelőző módszert jelentik: speciális beavatkozások a krónikus, leszokásra nem motivált droghasználók esetében életmentők, súlyos, az életre veszélyt jelentő betegségeket lehet így megelőzni, miközben nem mondunk le a teljes drogmenetesség elérésének hosszú távú céljáról sem. Az ártalomcsökkentés legfontosabb módszereit (a megkereső munkát, a fenntartó kezelést és a tűcsere-programokat az Európai Unió minden országában alkalmazzák, és az uniós akciótervek hangsúlyozzák fontosságukat [az Európai Unió drogellenes akcióterve 2000–2004/]). – olvashatjuk e fejezet első mondataiban.⁴

A dokumentum rövid távra, azaz a 2000–2002 évek vonatkozásában határozta meg többek között a megkereső programok (alacsony küszöbű, ártalomcsökkentő programok) jelentős fejlesztését, támogatását és indokoltnak tartotta e periódusban egy modell-intézmény hálózat kialakítását is.

22

A Nemzeti Drogstratégiában megfogalmazott feladatok végrehajtásáért felelős központi szerv a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság, melynek tevékenysége elősegítése érdekében hozta létre az Ifjúsági és Sportminisztérium – (2002. májusa óta Gyermek-Ifjúsági, és Sportminisztérium (GYISM) – kábítószerügyi koordinációért felelős államtitkárságát, amely 1999-ben kezdte meg működését.

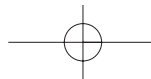
A tűcsere-programok tekintetében a kábítószerügyekért felelős államtitkárság az ún. „4+1” programot dolgozta ki a Stratégiában meghatározott rövid távú célok megvalósítására, mely a következő fő elemekből áll:

1. a tűcsere programok legyenek minden nap elérhetőek az intravénás droghasználók számára,
2. az ún. „outreach” programok létrehozásának támogatása,
3. mobil tűcsere szolgáltatások beindítása,
4. tűcsere-automaták vásárlása és üzembe helyezése, +1. tűcserélés a gyógyszertárakban.⁵

A fenti program megvalósításának határideje 2002 végén lejárt, ám a koordinációs államtitkárságnak sajnos számos kitűzött célt nem sikerült megvalósítania.

Ad.1. A fővárosban ma már a hét minden napján lehetőségük van a rászorulóknak steril felszerelés beszer-

23



zésére, igaz az intravénás drogfogyasztók 7-10 ezer főre becsült számához viszonyítva a működő programok száma mindössze három. Az egyetlen nem mobil szolgáltatást nyújtó program évekig küzdött a korlátozott idejű nyitva tartás bővítéséért, de ennek ellenére ma sem működik 24 órán keresztül nyitva tartó tűcsere-program.

Ad.2. A megkereső programok a GYISM által kiírt pályázatokon elnyert támogatásokból tartják fent magukat. A 2000-ben létező programokhoz képest újakat nem indítottak.

Ad.3. A fővárosban két mobil tűcsere szolgáltatás működik, vidéken pedig egy.

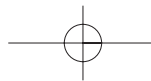
Ad.4. Az automaták felszereléséről szóló első hírek a sajtóban 2002. márciusában láttak napvilágot. Azt ezt követő másfél évben a kábítószer ügyekért felelős helyettes államtitkárság több alkalommal bejelentette, hogy két automata felszerelését tervezik, felállításukra mindig egy-két hónapon belüli időintervallumot jelöltek meg. A nyilvánosság felé elhangzott ígérekkel ellentétben, 2003 novemberéig egy darab tűcsere-automatát szereltek fel a fővárosban egy drogambulancia mellett.

Ad.+1. Hazánkban nincs, és korábban sem volt szerencsére annak törvényes akadálya, hogy az állampolgá-

rok steril injekáló felszereléshez jussanak a gyógyszer-tárakban. Azonban külön a drogfogyasztók ellátására irányuló tűcsere-programot, vagy steril felszereléshez jutásukat könnyítő szolgáltatásokat a gyógyszer-tárak a mai napig nem indítottak.

A TŰCSERÉLÉS SZAKMAI IRÁNYELVEI

A Nemzeti Drogstratégia létrejöttével egy időben, 2000 őszén a Pszichiátriai Szakmai Kollégium kiadta „A tűcserélés szakmai irányelvei” címet viselő állásfoglalását.⁶ Az állásfoglalásban meghatározták a tűcserélés általános célkitűzéseit, vagyis az intravénás drogfogyasztási forma szövődményeinek és a vér által terjedő fertőzések kialakulásának megelőzését. Az állásfoglalás szerint a tűcsere ilyen módon része a prevenciónak, a szolgáltatást a rejtett drogfogyasztó populáció megtalálása érdekében alacsony küszöbű beavatkozásként kell nyújtani. Az állásfoglalás megalkotását az intravénás drogfogyasztás előfordulási aránya, és a hepatitis C vírus nagy mértékű terjedése (10–30% közötti előfordulása) indokolta. A szakmai iránymutatás szerint az ÁNTSZ engedéllyel és a szolgáltatás nyújtásához szük-



séges speciális tárgyi és személyi feltételekkel rendelkező civil és állami intézmények végezhetnek tűcserét. Tekintettel arra, hogy a tűcserében részt vevő kliensek és a szolgáltatást nyújtók között a bizalmon alapuló kapcsolat előfeltétele a munkának, az állásfoglalás az intravénás drogfogyasztók anonimitását biztosító, kódok alapján való nyilvántartási rendszert ajánl, melyet az adott intézmény alakít ki.

A TŰCSERE-PROGRAMOK ÉS A RENDŐRSÉG

A tűcsere-programok működésének történetében a mai napig állandóan visszatérő probléma, hogy a rendőrség időnkénti intézkedéseivel akadályozza a szolgáltatások zavartalan működését. A kilencvenes évek elején az első programok a kezdetekkor napi szinten küzdöttek azért, hogy a közvélemény elfogadja őket. Ebben szerepet játszott az is, hogy a hatóságok a kellő ismeretek nélkül, sokszor éppen olyan értetlenül álltak az árta-lomcsökkentő szolgáltatásokkal szemben, mint az utca embere. Az információhiány következtében a bűnüldöző hatóság eleinte nem mutatott együttműködési készséget, eljárási gyakorlatuk azt tükrözte, hogy a tűcsere-

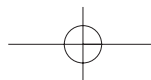
26

programokat és azok környékét kézenfekvő helyszínek tekintik a „drogos bűnözők” begyűjtésére. Budapesten például az első tűcserét végző program munkatársai túlélésükért küzdöttek éveken keresztül, hiszen a visszatérő igazoltatások, a rendőrség által végzett megfigyelések a programba bevont eleve bizalmatlan intravénás drogfogyasztókat még bizalmatlanabbá tették.

A tűcserélés eredeti protokollja a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően, a használt fecskendők 70%-ának begyűjtését tűzte célul amellett, hogy steril felszereléssel látja el a drogfogyasztót. Ezt a gyakorlatot lehetetlenítették el a nyomozó szerv intézkedései, hiszen a drogbetegeket nem merték vállalni annak kockázatát, hogy egy esetleges igazoltatás során náluk találják használt fecskendőiket. Így azokat inkább eldobták, aminek következtében a közterek, parkok, játszóterek, lépcsőházak váltak a szennyezett fecskendők gyűjtőhelyévé. Ezzel pedig mások kerülhetnek veszélybe (gondoljunk a játszótereken játszó gyerekekre, a köztisztaság fenntartó vállalatok munkatársaira, a hajléktalanokra).

A probléma megoldására a rendőrséggel való együttműködés kialakítása lenne az egyetlen járható út. Ez viszont többszöri próbálkozás ellenére sajnos a mai napig nem valósult meg.

27



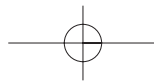
A szigorú drogtörvény négy éve drámai változásokat okozott a túcsere-szolgáltatások működésében. A fővárosi túcsere-program munkatársainak kimutatása szerint a kiadott és visszahozott használt tűk aránya az említett időszak alatt jelentős mértékben csökkent. A rendőri ellenőrzésektől és a büntetéstől való félelem miatt a droghasználók érthetően nem vállalták annak kockázatát, hogy a drogfogyasztásukat egyértelműen bizonyító, nagyobb mennyiségű használt vagy steril felszerelést tartsanak maguknál. Ez pedig egy időre ellehetetlenítette a programokat, az addigra a kliensekkel kialakult kapcsolatok megszűntek, a túcsere rendszeresen igénybe vevő kliensek aránya a '90-es évek elején tapasztalható számokban volt mérhető. Ugyanekkor a GyISM éves jelentései a drogfogyasztás (és ezen belül az intravénás kábítószer-fogyasztás) folyamatos növekedéséről számolnak be. Az elmúlt évek adatai azt mutatják, hogy a kábítószer-fogyasztás problémája továbbra is létezik, kezelése pedig a társadalom minden tagjának érdeke. Az említett példa pedig rámutat arra, hogy milyen következményeket von maga után ha nem a megfelelő eszközökkel közelítünk a probléma megoldásához.

28

AZ ADATVÉDELMI BIZTOS AJÁNLÁSA

A túcsere-programok történetében nagy előrelépést jelentett, amikor elindult hazánk első mobil túcsere-szolgáltatása. A program beindításakor annak munkatársai írásban értesítették a területileg illetékes rendőrséget és kérték a hatóság együttműködését. Ennek ellenére néhány héttel a szolgáltatás megkezdését követően rendőrök jelentek meg a túcsere helyszínéül szolgáló lakóautóban, átvizsgálták azt és igazoltatták a munkatársakat is. Ekkor a program vezetője az adatvédelmi biztoshoz fordult azzal a kérdéssel, hogy a rendőrség milyen körülmények között igazoltathat és motozhat, milyen esetekben mehet be a lakóautóba. Kérdése további része pedig arra vonatkozott, hogy a kliensek biztonsága érdekében elérnek-e bármit azzal, ha a kliensek igazolást kapnak a programtól, melyben feltüntetik, hogy abban részt vesznek. Az adatvédelmi biztos válaszában⁷ hangsúlyozta, hogy a rendőröknek nincs joga korlátlanul, cél nélkül igazoltatást végezniük. Az Rtv. más helyekre hivatkozva a biztos kifejtette továbbá, hogy a rendőrök a mobil túcsere-szolgáltatás lakóautójába csak akkor mehetnek be, ha valamilyen bűncselekmény elkövetőjének elfogása, vagy bűncselekmény megakadá-

29



lyozása miatt szükséges. A tüssere-program tevékenységével kapcsolatban bűncselekmény nem állapítható meg, így a rendőrségnek nincs jogalapja az igazoltatáshoz.

A kliensek védelme érdekében kiadott igazolás ötletét az adatvédelmi biztos támogatta, amennyiben az az adatvédelmi szabályok betartásával történik, különösen ügyelve az egészségügyi adatokra vonatkozó előírásoknak megfelelő eljárásra. Javaslata szerint az igazolások kiadásának legjobb módja ez esetben az, ha az igazoláson az ügyfél nyilvántartására szolgáló kód szerepel, személyi adatai pedig nem. Az anonimitást biztosító tüssere programok ne kezeljenek személyes adatokat. A drogfogyasztásra vonatkozó adatok az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülnek, így fokozott védelem alatt állnak. Az adatvédelmi biztos ajánlásának megfelelően, a Pszichiátriai Szakmai Kollégium által korábban megalkotott szakmai irányelvek szintén az anonimitást biztosító kódok alapján való nyilvántartási rendszert ajánlották. A hazánkban működő tüssere-programok mindegyike ennek megfelelő nyilvántartást vezet.

Az adatvédelmi biztos válaszát követően, két hónappal később a lakóautónál újra megjelentek a rendőrök,

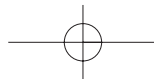
30

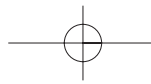
de ekkor már a program munkatársai az adatvédelmi biztos ajánlására hivatkozva nem engedték be őket a buszba, így az újabb igazoltatást is elkerülték.

A SZOCIÁLIS MUNKÁSOK HELYZETE

A tüssere-programokban dolgozó munkatársak védelme szintén újra és újra felmerülő kérdés, melynek rendezése a mai napig nem történt meg. A többnyire szociális munkás végzettségű állandó munkatársak, valamint a szinte minden program által foglalkoztatott önkéntes munkások munkavégzésük során idejük egy részét az utcán töltik. Az utcai szociális munka során sokszor keresik fel azokat a helyeket, ahol olyan drogfogyasztók vannak, akik maguktól nem lépnek kapcsolatba a tüssere-programokkal. Így a szociális munkások feladata az, hogy ezekhez a drogbetegekhez is eljuttassák a steril felszereléseket, valamint begyűjtsék tőlük, vagy az általuk eldobált használt fecskendőket, tűket. E munka során tehát folyamatosan nagyobb mennyiségű használt és steril injektló felszerelést tartanak maguknál, így velük kapcsolatban is felmerül az esetleges rendőri igazoltatás problémája.

31

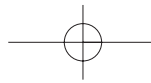


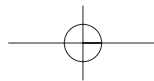


Budapesten a tűcsere-programok vezetőinek indítványára, a GyISM kábítószer-ügyekért felelős helyettes államtitkára, a főváros drog-koordinátora, a TASZ és a rendőrség képviselői részvételével 2003. tavaszán megkezdődtek a probléma megoldását célzó egyeztetések. A programokban dolgozók és a kliensek érdekében a megbeszélés résztvevői megegyeztek abban, hogy szükség lenne olyan igazoló kártyák bevezetésére, melyek felmutatásával az érintettek elkerülhetik a felesleges rendőri intézkedéseket. Az igazoló kártya bevezetése csak akkor váltaná be a hozzá fűzött reményeket, ha a belügyminiszter állást foglalna a tűcsere-programok munkatársaival és klienseikkel szemben folytatott igazoltatási gyakorlatra vonatkozóan.

A rendőrség jogszerűtlen fellépése általánosságban is problematikus, melyet kifogásolva 2003. nyarán a TASZ, a Magyar Helsinki Bizottság és a Kék Pont Drogkonzultációs Központ nyílt levéllel a Belügyminiszterhez fordult. Ennek konkrét oka az volt, hogy a szervezetek tudomása szerint ugrásszerűen megnövekedett Budapesten az elsősorban fiatalkorúakat érintő motozásos igazoltatások száma, mely a rendőrök részéről elsősorban a drogfogyasztás elleni fellépés jegyében zajlik. A szervezetek álláspontja szerint a rendőrségi

törvény nem ad felhatalmazást a rendőröknek minden gyanú nélkül a ruházat korlátlan átvizsgálására, ezért kérték a Belügyminisztert, hogy intézkedjék e gyakorlat megszüntetése érdekében. A motozásos igazoltatás kifogásolt gyakorlata azonban sajnos a mai napig nem szűnt meg.





A METADON-KEZELÉSEK JOGI HÁTTERE

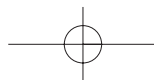
A hazai metadon kezelések történetének kezdetei a rendszerváltozást követő első évekre nyúlnak vissza. A külföldi országok egy részében ekkor már több évtizedes tapasztalatokra épülő, jól bevált helyettesítő kezelések Magyarországon való alkalmazása a megfelelő jogi háttér hiánya miatt egy ideig még váratott magára. Hazánkban a mai napig hatályban lévő 1968-as miniszteri rendelet⁸ értelmében a metadon és az azt tartalmazó gyógyszerek (mint például a Depridol) kábítószerek minősülő anyagok. A Depridolt – törzkönyvezett gyógyszerként – a szubsztitúciós kezelések hatékonyságát felismerő orvosok néhány kezelőhelyen már a nyolcvanas években is alkalmazták a drogfüggők terápiajában, annak ellenére, hogy a gyógyszer indikációja erre nem terjedt ki. A helyzetet valamelyest könnyítette az első hivatalos állásfoglalás 1993-ban, amikor a Fővárosi ÁNTSZ kísérleti jelleggel engedélyezte a metadon tartalmú gyógyszerek használatát opiát-függőség-

ben szenvedő betegek esetében is. A budapesti ÁNTSZ akkori vezetője hangsúlyozta, hogy a metadon kezelést a lakosság egészségi állapotának javítása, a szenvedélybetegségek leküzdése és megelőzése érdekében kell alkalmazni. Ez akkor két Budapesten működő programot érintett.

Az ilyen módon beindult helyettesítő kezeléseket folyamatos támadások érték. Előfordult, hogy a pszichiáter szakma e kezeléseket ellenző tagjai adtak hangot rosszallásuknak, máskor pedig hatóságok jogszerűtlen eljárásokkal próbálták ellehetetleníteni az egyébként sem könnyű helyzetben lévő programokat. Példa erre az 1995-ben az egyik fővárosi drogambulancián történt rendőrségi ellenőrzés, melynek kapcsán a TASZ az adatvédelmi biztoshoz fordult.

A TASZ BEADVÁNYA

A BRFK Rendészeti Osztályának munkatársai 1995. októberében hatósági ellenőrzést tartottak a drogambulancián, melynek célja a gyógyászati-terápiás célra használt drog (elsősorban metadon) felhasználásának ellenőrzése volt. Az ellenőrzést végzőket elsősorban az ér-



dekelte, hogy kik és mennyi Depridolt kapnak, így az ellenőrzés során az egész orvosi dokumentációt áttekintették, értve ez alatt a betegek személyi kartonjait is. A TASZ a fenti ellenőrzés kapcsán levéllel fordult az adatvédelmi biztoshoz, valamint az országos rendőr-főkapitányhoz. A levélben a TASZ egyrészt szóvá tette, hogy a rendőrség megjelent a drogambulancián, hiszen ez súlyosan megzavarja a kábítószerfüggők kezelésére szakosodott intézmények életét, megrendíti pácienseik beléjük vetett bizalmát. A TASZ álláspontja szerint az ellenőrzés az ÁNTSZ nyilvántartása alapján is lefolytatható lett volna, az ambulancián való megjelenés nélkül.

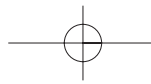
Másrészt a TASZ jelezte, hogy az ilyen ellenőrzés – amennyiben annak során a kezelték nyilvántartási listájába is betekintenek, márpedig itt ez történt – az adatvédelem körébe tartozó problémákat is felvet. Az így nyilvántartott személyes adatok ugyanis különleges adatnak minősülnek az adatvédelmi törvény szerint, hiszen belőlük – a nyilvántartás jellege folytán – szenvedélybetegség meglétére lehet következtetni. Szervezetünk véleménye az volt, hogy a rendőrségi törvény ide vonatkozó szakasza nem értelmezhető olyan kiterjesztően, hogy rendészeti ellenőrzés során különleges adatok is megismerhetők (kezelhetők) lennének. További

36

problémát vetett fel az, hogy az ellenőrzést végző rendőrök a betegek egészségügyi személyi lapjaiba is betekintettek. Ez a gyakorlat ellentétes az egészségügyi törvény titoktartásra vonatkozó rendelkezéseivel, hiszen a rendőrségi törvény csak büntetőügyben történő megkeresés esetén oldja fel az egészségügyi dolgozókat a titoktartási kötelezettség alól, márpedig jelen esetben hatósági (rendészeti) ellenőrzésről volt szó. Ellentétes azonban e gyakorlat az adatvédelmi törvénnyel is, hiszen a személyi lapokban már kifejezetten az egészségi állapotra, kóros szenvedélyre vonatkozó adatok szerepelnek, amelyek különleges adatként fokozott védelmet élveznek.

Végül a TASZ utalt arra a problémára, hogy a rendőrségi törvény szerint meghatározott bűncselekmények felderítésének érdekében a rendőrség összekapcsolhatja bűnüldözési és államigazgatási célú adatkezelési rendszereit. Mivel e körbe tartoznak a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények (differenciálás nélkül – tehát a csekély mennyiség fogyasztása is!), a rendészeti ellenőrzés során gyűjtött adatok – törvényi előírásra – bűnüldözési célra felhasználhatók. Ez önmagában is elégséges indokot szolgáltat arra, hogy a hatósági ellenőrzéseket e területeken ne a rendőrség rendészeti szervei, hanem

37



például az ÁNTSZ végezze. Utóbbi e vonatkozásban egyébként rendelkezik a megfelelő jogosítványokkal.

A RENDŐRSÉG VÁLASZA

Az országos rendőr-főkapitány válaszlevelében kifejtette, hogy a rendőrök a drogambulancián a betegekkel nem kommunikáltak, az igazolványokat és az ellenőrzési tervet csak az intézmény vezetőjének mutatták be, a dokumentumokba való betekintés zárt ajtók mögött zajlott.

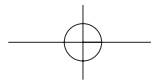
A levél megemlítette továbbá, hogy a rendőrök a rutinellenőrzés mellett egy hamisnak vélt engedéllyel kapcsolatban is tájékoztak. Erre vonatkozóan azonban beteg-dokumentációt és nyilvántartást nem találtak, továbbá az intézmény vezetője sem tudott részükre felvilágosítást adni. A levél hivatkozott a rendőrségi törvény azon bekezdéseire is, amelyek alapján a rendőrség kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény gyanúja esetén különleges adatot is kezelhet, valamint egy másik törvényhelyre, mely alapján bűnmegelőzési célból végzett ellenőrzések során a vényeket még akkor is adatként kezelheti a rendőrség, ha a recept fejléce kóros

szenvedélybetegségben szenvedő személyes adatait tartalmazza. A rendőrség álláspontja az volt, hogy az adatokba való betekintés és az adatkezelés két külön fogalom.

A rendőrség válaszában kifejtette, hogy a fogyasztóról hatósági ellenőrzés során listát nem készítenek, a nyilvántartásokba, betegdokumentációkba való betekintés pedig a hatósági ellenőrzés része, melyet egy kormányrendelet kábítószer esetén rendőrségi jogkörként megjelöl.

OMBUDSMANI AJÁNLÁS

A levélváltásokat követően, 1996. április 29-én az adatvédelmi biztos „A kábítószer-függők gyógykezelésére szakosodott intézményekben a betegek személyiségi jogait sértő rendőrségi ellenőrzésekről szóló” címen ajánlást adott ki⁹, mely szerint a rendőrség által hivatkozott, a rendőrségi törvényben található törvényhely nem szolgálhat jogalapként ahhoz, hogy a rendőrség munkatársai a drogambulancián a betegek adatait tartalmazó nyilvántartásokba is betekinthessenek, a betegek adatait megismerjék.



Az adatvédelmi biztos rögzíti továbbá, hogy a betekítés is adatkezelésnek minősül. Ha az esetleges hamis vények felbukkanásakor az orvost ellenőrzi a rendőrség, az ilyen vizsgálat során a betegek különleges adataiba nem tekinthet be, különösen nem minden beteg adataiba. A rendőrség a drogbeteg adatait csak akkor kezelheti, ha a beteget valamilyen meghatározott bűncselekmény elkövetésével gyanúsítja.

Míndezek alapján az adatvédelmi biztos megállapította, hogy az ORFK munkatársai jogellenesen tekintettek be a betegek személyes adataiba a helyszíni ellenőrzésük során.

A „FUNK-ÜGY”

Alig két évvel a fent említett eset után robbant a „Funkügy”, melyben egy budapesti kórház vezető főorvosa ellen indult büntetőeljárás kábítószerrel való visszaélés miatt. Funk doktor egyike volt azoknak, akik elsőként alkalmazták a Depridot hazánkban a heroin-függők kezelésében, és a sajtó nyilvánossága előtt zajló eseménysorozat kezdetekor a legnagyobb betegforgalommal rendelkező addiktológiai osztályt vezette. A rendőrség a

kábítószer tartalmú gyógyszer értékesítésével gyanúsította meg a nagy szaktekintélyű orvost, akinek védelmét a büntetőügyben a TASZ ügyvédje látta el.

1997. októberében a főorvos által vezetett addiktológiai osztályon egy kábítószer-fogyasztó elleni nyomozásra hivatkozva, rendőrök jelentek meg és ellenőrizték az osztályon lévő Depridol készletet, lefoglalták az 1996-tól ott kezelt több mint 1200 beteg listáját. A lista jogtalan lefoglalása miatt a főorvos másnap panaszt tett az adatvédelmi biztosnál. Egy héttel később a rendőrök kábítószerrel való visszaélés és vesztegetés gyanúja miatt őrizetbe vették az orvost és megindult ellene a büntetőeljárás. Ezt követően az addiktológiai osztályon a rendőrség lefoglalta a külön vezetett, Depridollal kezelt betegek listáját is.

Az orvos lakásán tartott éjszakai házkutatásnak, a munkahelyéről történő bilincsben való rendőrségre történő beszállításának, az orvosi dokumentumok lefoglalásának nyilvánosságra kerülése után a Magyar Orvosi Kamara beadvánnyal fordult az állampolgári jogok országgyűlési biztosának általános helyetteséhez. A beadványban több olyan eljárási cselekményt is kifogásolt a Kamara, melyet a hatóság alkalmazott az orvos ellen indult büntetőeljárás során. A vizsgálat megállapította,

hogy az eljárás során sérült a méltányos eljárás követelménye, a BRFK eljárásakor többször is megsértette a jogállamiság és az abból fakadó jogbiztonság követelményét, a törvényes jogorvoslathoz való jogot, mely visszásságokra tekintettel az állampolgári jogok országgyűlési biztosának általános helyettese ajánlásokat tett a legfőbb ügyésznek és az országos rendőrfőkapitánynak.¹⁰

AZ ADATVÉDELMI BIZTOS VIZSGÁLATA

Az adatvédelmi biztos az addiktológiai osztályon kezelt különleges adatait tartalmazó dokumentumok lefoglalásának jogszerűségével kapcsolatban indított vizsgálatot. Ennek során megkereste a BRFK vezetőjét, akitől arra várt választ, hogy a kifogásolt eljárás a rendőrségi törvény mely rendelkezései alapján történt, valamint azzal a kéréssel fordult a rendőr-főkapitányhoz, hogy az ügyben érintett beteglistákat „tartsa személyes ellenőrzése alatt, azok lemásolását és az illetéktelen betekintést akadályozza meg”. A BRFK vezetője az adatvédelmi biztoshoz intézett válaszában arról tájékoztatta a biztost, hogy a kórház addiktológiai osztályán tartott

helyszíni ellenőrzés során a rendőrség betekintett a kábítószer tartalmú gyógyszerek nyilvántartásába és azok felhasználásával kapcsolatos dokumentumokba, valamint lefoglalták a kérdéses számítógépes betegnyilvántartást is, melyet tárgyi bizonyítási eszközként kívántak felhasználni a folyamatban lévő büntetőügyben. Leszögezte, hogy „a nem drogfüggőség, hanem más pszichiai betegség miatt nyilvántartott betegek meghallgatását a nyomozhatóság mellőzte”. A főkapitány kitért arra is, hogy a lefoglalt nyilvántartásokban szereplő személyes adatok zártan történő kezeléséről intézkedett. Utalt az adatvédelmi biztos 1996-os hasonló tárgyban hozott ajánlására is, mellyel véleménye szerint a rendőrség eljárása összhangban volt. A BRFK vezetője szerint „az ügyben eljáró rendőri szerveink jogszabályt nem sértettek, jogellenes adatkezelést nem végeztek, tevékenységükkel csupán egyik alapfeladatuk (bűncselekmények megelőzése, felderítése) ellátását szolgálták”.

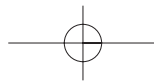
Az adatvédelmi biztos vizsgálata során megállapította, hogy a rendőrségi törvény nem ad felhatalmazást a rendőrségnek arra, hogy „kábítószer-bűnözés elleni tevékenysége során a bűncselekmény elkövetésével nem gyanúsított betegek adatait kezelje”. Utalt egy korábbi állásfoglalására, melyben megállapította, hogy a pszi-

chiátriai osztályokon kezelt betegek egyik alkotmányos alapjoga, az információs önrendelkezési joga sérül, ha alapos gyanú nélkül őket mint lehetséges gyanúsítottakat vonják be a nyomozásba.

Véleménye szerint a rendőri szervek többször is megsértették az adatvédelem alapelveit eljárásuk során, és úgy foglalták le a különleges adatokat tartalmazó betegnyilvántartást, hogy erre megfelelő jogi felhatalmazásuk nem volt. A rendőrségi törvény szerint különleges adatokat csak meghatározott bűncselekmények elkövetésével gyanúsított személyek, valamint e személyek kapcsolatai vonatkozásában kezelhet a rendőrség (ez esetben az osztály főorvosa a nyilvántartások lefoglalásakor még nem volt gyanúsított, a betegek teljes köre pedig csak jogellenes értelmezéssel tekinthető gyanúsított személyek kapcsolatainak). A totális adatgyűjtés sértette az adatvédelmi törvény célhoz kötöttség elvét, hiszen a lefoglaláskor a nyomozó hatóság nem tudta, hogy milyen betegségben szenvedő betegek adatait tartalmazzák a nyilvántartások. Az adatvédelmi biztos megállapította, hogy a rendőrség jogszerűtlenül foglalta le és kezeli a betegek adatait és a büntetőeljárás törvény rendelkezéseivel ellentétesen, jogellenesen használja fel azokat az eljárásban. Mindezekon túl a

rendőrség figyelmen kívül hagyta az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának ajánlását is, mely szerint: „Személyes adatok felvételét rendőri célokra azokra az adatokra kell korlátozni, amelyek tényleges veszély elhárításához vagy meghatározott bűncselekmény megelőzéséhez szükségesek.”

Az adatvédelmi biztos ajánlásában¹¹ felszólította a rendőrséget, hogy a jogosulatlanul lefoglalt beteglistát juttassák vissza a kórháznak, az arról készült esetleges másolatokat semmisítsék meg. A rendőrség vezetői gondoskodjanak arról, hogy a személyes adatok kezelése a rendőrségnél követhető, ellenőrizhető legyen. Az adatvédelmi biztos felkérte továbbá a népjóléti minisztert, hogy mielőbb szabályozza az egészségügyi intézményekben a betegek és a kábítószer tartalmú gyógyszerek nyilvántartásait, tekintetbe véve a betegek adatvédelmi és személyiségi jogainak fokozott védelmét. A drogbetegeket ellátó intézményeknek olyan betegnyilvántartási rendszer kialakítását ajánlotta, mely alkalmas arra, hogy egy rendészeti ellenőrzés során a betegek személyes adatai ne kerüljenek az ellenőrzést végző rendőri szervek birtokába. Az Országgyűlés felé ezzel a felkéréssel fordult, hogy a büntetőeljárás törvény módosításáról, ezzel egy időben zajló vitája során fo-



gadjanak el a drogbetegek védelme érdekében garanciális rendelkezéseket.

A SZAKMAI SZERVEZETEK MEGSZÓLALNAK

Az ügy nem csak a sajtóban talált nagy visszhangra, hanem a szakmai szervezetek körében is. A Magyar Narcológiai Társaság, a Magyar Pszichiátriai Társaság, a Magyar Addiktológiai Társaság és az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet közös nyilatkozatban tiltakoztak az ellen, hogy a legkisebb gyanú felmerülése elegendő indokul szolgálhat egy orvos lejárataához. Külön tiltakozásukat fejezték ki a betegekről szóló nyilvántartások alkotmányellenes lefoglalása miatt. Felhívták a figyelmet arra, hogy a rendőrség eljárása súlyos következményekkel járhat, hiszen az egyébként is nehezen terápiába vonható szenvedélybetegek bizalmatlanságát okozhatja, s ezzel ezek olyan betegek kerülnek el a gyógyító szakembereket, akiknek kezelésén sokszor az életük múlik. A TASZ is csatlakozott a pszichiátriai szakmai szervezetek nyilatkozatához. Szervezetünk a rendőrség eljárását kifogásolva két, a demokratikus jogállam szempontjából fontos cél elérése érde-

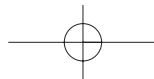
kében szólalt fel. Egyrészt, hogy a rendőrség szüntesse meg a törvénytelen eljárási gyakorlatát, másrészt, hogy ne fordulhasson elő több olyan eset, amikor a betegek bizalmukat veszítik a gyógyító tevékenységet végző szakemberekkel és intézményekkel szemben a rendőri szervek elfogadhatatlan gyakorlata nyomán.

Az országos vihart kavaráó eseménysorozat kapcsán a belügyminiszter a népjóléti tárcával, a rendőrséggel, valamint a drogbetegekkel foglalkozó szakemberekkel együttműködve garanciális szabályok kidolgozását ígérte.

A főorvos ellen indított közel egy évig tartó büntető-eljárást végül az ügyészség vádemelés nélkül megszüntette. Az előzetes aggodalmak nem voltak alaptalanok, a betegek száma a rendőrség megjelenését követően azonnal lecsökkent. Azokat, akik megmaradtak, egy ideig Seduxen nyugtatóval kezelték a Depridol helyett.

BEADVÁNY AZ ALKOTMÁNYBÍRÓSÁGHOZ

1996-ban a kábítószer-függőség és az ehhez kapcsolódó személyes adatok védelmének érdekében a TASZ az Alkotmánybírósághoz beadott indítványában a rendőrsé-



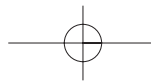
gi törvény egyes szövegrészeinek megsemmisítését kérte. A hatályban lévő törvénynek a TASZ által kifogásolt szabályai szerint a rendőrség a bűnmegelőzési célból indított hatósági ellenőrzése során felderített, valamilyen „bűncselekmény elkövetésére utaló kábítószer tartalmú gyógyszerek orvosi vényeit és azon szereplő adatokat – ha büntetőeljárás nem indul – a beváltástól számított 5 évig” (Rtv. 84. § o pontja) kezelheti. A „bűncselekménnyel gyanúsított személyek és kapcsolataik adatai” (Rtv. 84. § j pontja) pedig 20 évig maradhatnak a rendőrség birtokában. A beadványban a TASZ arra hívta fel az alkotmánybírák figyelmét, hogy előfordulhat olyan eset, hogy míg a kábítószerrel való visszaélés miatt indult büntetőeljárást az igazoltan kábítószer-függő beteggel szemben megszüntetik, a rendőrség továbbra is kezelheti a beteg egészségi állapotára utaló okiratokat, valamint a környezetében élők gyógykezelésével kapcsolatos információkat. Alapvető problémaként merül fel a törvénnyel kapcsolatban továbbá az is, hogy nem húz éles határvonalat a kábítószerrel visszaélők „bűnelkövető” és „beteg” státusa között, vagyis figyelmen kívül hagyja, hogy a kábítószerrel kapcsolatos bűnelkövetők sokszor beteg emberek, sőt éppen betegsükkük folytán követnek el bűncselekményeket. A rendőr-

ségi törvénnyel szemben támasztott kifogások alapja, hogy az a drogbetegeket és környezetükben élőket az információs önrendelkezési jog tekintetében gyakorlatilag nem kezeli a többi állampolgárral egyenrangú személyként, így a demokrácia alapja, a jogegyenlőség sérül. A TASZ indítványát az Alkotmánybíróság a mai napig nem tárgyalta.

SZAKMAI ÁLLÁSFOGLALÁS

A metadon-fenntartó kezelésekkal kapcsolatos megrázó eseményeket követően legálissá válásuk útján az első előremutató lépést a Pszichiátriai Szakmai Kollégium 1998-as első állásfoglalása¹² jelentette, mely a fenntartó metadon kezelés szakmai irányelveiről szólt. Mindezek ellenére ekkor már az időközben elindult pécsi metadon program is három éves tapasztalattal rendelkezett, igaz, a kezeléseket az ÁNTSZ és a rendőrség tudtával, de mégis – a konszenzussal kialakított szakmai protokoll híján – félig illegálisan működtetették.

Az állásfoglalás kidolgozására a Magyar Addiktológiai Társasággal történt előzetes egyeztetés alapján került sor, az állásfoglalás azonban kizárólag a metadon-



fenntartó kezelésre vonatkozóan adott iránymutatást, a metadonnal végzett elvonókezelésre nem. A konszenzussal kialakított szakmai irányelvek a konferenciát követően a *Psychiatria Hungarica* nevű folyóiratban kerültek először a nyilvánosság elé, még ugyanebben az évben. Az állásfoglalás kialakítása és ismertetése mérföldkőnek számított az ártalomcsökkentő módszerek hazai történetében. Ez volt ugyanis az első dokumentum, amelyben a drogbetegekkel foglalkozó szakemberek (pszichiáterek és addiktológusok) egyértelműen kiálltak az ártalomcsökkentés módszere mellett: „...a fenntartó metadon kezelés olyan gyógyító beavatkozás, amely...az opioid-fogyasztó páciensek további ártalmának csökkentésére irányuló orvosi beavatkozásként (az ártalomcsökkentés modellje) fogható fel. ...A fenntartó metadon-kezelés része a drog-addikció harmadlagos megelőzésének (prevenciók modell). ... A hazai pszichiátriai és addiktológia e szakmai grémiuma ezeknek az irányelvek megfogalmazásával kívánja deklarálni, hogy – sajnós megkésve, de – átveszünk egy nemzetközileg kipróbált, elfogadott és elismert módszert a fenti populáció gyógykezelése céljából.”

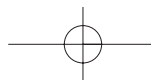
A „Funk-ügy” után két évvel az állásfoglalás megalkotói azzal a javaslattal fordultak az Országos Gyógy-

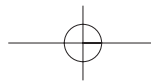
szerezeti Intézet felé, hogy a metadon tartalmú gyógyszerek indikációs spektrumát terjesszék ki a detoxikációs és szubsztitúciós kezelésekre, mely kívánságuk azonban csak 2000 novemberében valósult meg.

1999-ben a Szakmai Kollégium két évre meghosszabbította az állásfoglalás érvényességi idejét.

A NEMZETI DROGSTRATÉGIA A METADON-KEZELÉSRŐL

2000-ben két jelentős és egymással ellentétes aktus is történt. Júniusban a Kormány elfogadta, majd az év végén a parlament elé került a „Nemzeti stratégia a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében” címet viselő dokumentum, melyben az ártalomcsökkentő módszerek kormányzati szintű elismerést kaptak. Ezzel szinte egy időben az ÁNTSZ országos vezetője körlevélben megtiltotta a Depridol felírásának engedélyezését a kábítószer-függők kezelése során, majd a pécsi és a Jász utcai ambulanciát is feljelentette arra hivatkozva, hogy a hatósági előírások megszegésével kábítószerterjesztenek.¹³ Ez a példa jól mutatja az akkor hatalmon lévő kormány kettős drogpolitikáját, az pedig,





hogy a kábítószer ügyekért felelős helyettes államtitkárság nem állt ki a megtámadott programok mellett, tükrözi annak hintapolitikáját.

A Nemzeti Stratégia kitért nem csak a különböző módszerek ismertetésére, hanem rövid, illetve hosszú távon is fejleszteni kívánta az ellátórendszer e területét. Érdekes momentum, hogy bár a forgalomba hozatali engedélyt csak hosszas várakozás után, 2000 novemberében megkapott Methadon-EP nevű gyógyszer még nem volt forgalomban, amikor 2000 őszén az Országgyűlés plénuma elé terjesztett és ott tárgyalt Stratégia célkitűzései között már szerepelt a szakmai protokoll kibővítése más helyettesítő szerek (buprenorfin, LAAM) vonatkozásában is. A metadon gyógyszer törzskönyvezésének folyamata többéves egyeztetés eredményeként született meg, mely folyamatban az akkori kormányzati bürokrácia egyáltalán nem tűnt segítőkésznek. (Az Országos Gyógyszerészeti Intézet 2000 novemberében az OGYI T-7691/01. szám alatt kiadott forgalomba hozatali engedélye a Methadon-EP 5 mg és Methadon-EP 20 mg nevű tablettára, amelyek indikációja kifejezetten az ópiátfüggőség, nagy előrelépés volt, hiszen az előzőleg használt metadon tartalmú gyógyszer, a Depridol csak fájdalomcsillapítónak volt törzskönyveztve.)

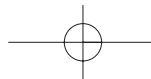
52

Az elmúlt évek tapasztalatai sajnos már bebizonyították, hogy a Nemzeti Drogstratégia célkitűzései sok szempontból meghaladták a drogprobléma kezelésére hivatott jelenlegi ellátórendszer lehetőségeit. Az eredetileg közép távú, a 2000–2002. költségvetési évek vonatkozásában megfogalmazott terv szerint megyénként lehetőleg egy fenntartó kezelési centrum létrehozása és működtetése volt. Ennek ellenére mindezidáig az akkor rövid távon megvalósítani kívánt regionális ellátórendszer kiépítése sem történt meg.

A LEGALIZÁCIÓ ÚTJÁN

Az időközben lejárt érvényességi idejű szakmai állásfoglalást a Szakmai Kollégium által létrehozott Metadon Ad hoc Bizottság munkájának eredményeképpen átdolgozott formában újra érvényesítették. 2001 őszén az ETT minimális módosításokat javasolva szintén elfogadta az irányelveket. Ugyanebben az évben a Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa az Ad hoc Bizottság munkája alapján kézirat formában elkészítette a metadon kezelés magyar manuálját. Egy szintén 2001-ben összehívott munkakonferencián, melyen az összes érin-

53



tett fél részt vett – Egészségügyi Minisztérium, ISM, Kábítószer-rendészet, ÁNTSZ, OEP, OAI, drogambulanciák képviselői, gyógyszer-gyártók –, a metadon kezelés szabályozását, illetve finanszírozását egyeztették. A sokszereplős munkafolyamatot, melynek végső célja a metadon-kezelésekhez szükséges, joghézagoktól mentes jogszabályi háttér megteremtése volt, nagy mértékben lassították a bürokrácia útvesztői, valamint sok esetben befolyásolták az ügy előrehaladását a munkában részt vevők személyes nézetei is. Így az egyeztető találkozóktól remélt gyors megoldásra továbbra is várni kellett.

A kormányzati szinten megfogalmazott célkitűzések és a hozzájuk rendelt eszközök, mint például a metadon-kezelések jogi háttérének megalkotása, ezek összhangjának kialakítása a mai napig folyamatban van. E lassú lépésekben megtett útnak következő állomását jelentette az Egészségügyi Közlöny 2002. évi 9. számában „A Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levele a Metadon-kezelés szakmai irányelveiről” címmel megjelent szakmai útmutató, mely a Pszichiátriai Szakmai Kollégium eredeti állásfoglalásának módosított változata. Az Egészségügyi Közlönyben való megjelenés végleg megszüntette a kezelések illegális, fél-illegális helyzetét.

54

A módszertani levél tematikáját tekintve az eredeti változathoz igazodva, de az országban ekkor már három intézményben is működő metadon-fenntartó programok tapasztalatait is figyelembe véve jelent meg. Ezek alapján bár a hangsúlyt továbbra is a szubsztitúciós kezelésekre fekteti, de kitér a metadon detoxikálás ismertetésére is. Az indikáció feltétele továbbra is a legalább három éves igazolt opiát-függőség, új elem azonban a 18 év alattiak kizárása a kezelésből. A kezeltek nyilvántartása az érvényben lévő kábítószer rendészeti jogszabályok alapján történik. A megkezdett hosszú távú helyettesítő kezelésekről az adott intézet köteles tájékoztatni a regionális addiktológus szakfőorvost. A kliensek nyilvántartása az anonimitásukat biztosító kódszámmal történik, az így összesített adatokat és a havonta felhasznált metadon mennyiséget az országos regisztert vezető Jász utcai Drogambulancia megküldi az Országos Alkohológiai Intézet igazgatójának, valamint az országos tisztifőgyógyszerésznek. A módszertani levél már utal azokra az ágazati jogszabályokra, melyek a metadon kezeléseket társadalombiztosítási támogatásának részletes szabályait tartalmazzák, s melyek az Egészségügyi Közlöny 2002. évi 10. számában jelentek meg. Az új szabályozással lehetővé vált, hogy

55

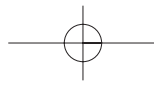
a metadont költségtérítés nélkül kapják a kezelt betegek.

JEGYZETEK

1. A büntetés-végrehajtás országos parancsnokának 1-1/31/2000. (IK Bv. Mell. 6.) OP intézkedése a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen való részvételéről.
2. Dénes Balázs: Az élvezet tiltása és a tiltás élvezete. Beszélő, 2003. 7-8: 34-42.
3. 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól.
4. Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében, 2001, ISM.
5. Nyizsnjányszki Anna: Needle Exchange Program in Hungary. Harm Reduction Programs in Hungary, 2003, HCLU.
6. A tūcserélés szakmai irányelvei, A Pszichiátriai Kollégium állásfoglalása. Psychiatria Hungarica, 2001, 16 (1): 107-110.
7. Az adatvédelmi biztos a tūcsere programról, 2003.08.19.
8. 1/1968. (V. 12.) BM-EüM együttes rendelet a kábítószer termelésének, gyártásának, feldolgozásának, forgalomba hozatalának, raktározásának és használatának szabályozásáról.
9. 172/A/1996. számú ajánlás.
10. OBH 10035/0997.
11. 739/A/1997-23. számú adatvédelmi biztosi ajánlás.
12. A fenntartó metadon kezelés szakmai irányelvei. Psychiatria Hungarica, 1998, 13 (4): 477-479.
13. SZEMELYÁ CZ János: Drogbetegek kezelése egy szigorú drogpolitikában. A tiltás gyümölcsei, 2002. TASZ drogpolitikai füzetek 3.

II. fejezet

SZUBSZTITÚCIÓS
(METADON)
KEZELÉS
MAGYAR-
ORSZÁGON



BEVEZETÉS

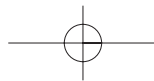
A metadont (6-dimethylamino-4-4-diphenyl-heptanon-3) 1941-ben fedezte föl Max Bockmühl és Gustav Ehrhard Németországban. A II. Világháború alatt a „Hoechst 10820”, vagy későbbi elnevezése szerint: polamidon, majd metadon fájdalomcsillapító és spazmolitikus hatását kutatták, majd a '40-es évek második felében pedig az Egyesült Államokban is elkezdődtek azok a vizsgálatok, melyek szintén a metadon fent említett hatásaira koncentráltak. Végül az első tudományos megfigyelés a heroin-függők metadonnal való kezeléséről is az USA-ban született először meg. 1965-ben jelent meg Dole és Nyswander tollából az a tanulmány, amely arról számolt be, hogy a metadon-kezelés hatására csökkent a kábítószer-használók drogéhsége és blokkolódott az átlagos heroin dózis euforizáló hatása. Ennek eredményeként, a heroin-használat elhagyása mellett a betegek pszicho-szociális helyzetében is jelentős javulást tapasztaltak.

Először a '60-as évek elején használták a metadont heroin-függők kezelésére az Egyesült Államokban. Ezt követően a metadon-kezelés fokozatosan elterjedt világszerte, először Észak-Nyugat-Európában, Ausztráliában, Izraelben, majd ezt követően Dél-Európában, a kilencvenes években pedig fokozatosan Közép-Kelet-Európában is. Napjainkban a fejlődő ázsiai, dél-amerikai, illetve afrikai országokban is egyre komolyabban foglalkoznak e programok bevezetésével.

A '90-es évek második felében már több nemzetközi szervezet hangsúlyozta a szubsztitúciós kezelés fontosságát, 1998-ban az USA Nemzeti Egészségügyi Intézete, 1999-ben a WHO, 2000-ben az EMCDDA tett ajánlásokat a programok működésével kapcsolatban.

NEMZETKÖZI HELYZETKÉP

1995–2000 között szinte valamennyi EU tagország a fenntartó metadon-programok kiterjesztéséről számolt be. 1993-tól 1999-ig tartó időszakban a fenntartó kezelésben részesülő droghasználók száma megháromszorozódott a térségben, 2000-ben számukat 300 ezerre becsülték. A regisztrált ópiát-függők és a metadon-kezelésben részesülő függők arányát figyelembe véve, a kezelésben részesülők aránya átlagosan 30–75% között mozog. Az Európai Unió-nak a 2000–2004 közötti periódusra vonatkozó akcióterve, az Unió tulajdonképpeni Drogstratégiája alapvető célkitűzésként határozza meg a droghasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentését, s ezen belül a szubsztitúciós kezelések számának növelését a térségben. Fontos hangsúlyozni azonban, hogy az Európai Unió-n belül országonként változnak a metadon-kezelés protokolljai. Mindenekelőtt éppen a programok egységesítése céljából jelentette meg az EMCDDA az „Euro Methadone Guidelines” című ta-



nulmányát, amely egyúttal a kezelés irányelveit is tartalmazza.

Az Egyesült Államokban már 1992-ben, közel 800 központban kb. 120 ezer kliens részesült metadon-terápiában. Az USA államain belül is megfigyelhető azonban, hogy vannak olyan államok, ahol egyáltalán nem alkalmazzák a kezelés e formáját, máshol viszont akár az intravénás droghasználók 80%-is is részesül a terápiában.

Modern és könnyen hozzáférhető metadon-programok Ausztráliában is találhatóak, ahol jelenleg kb. 20 ezer ember részesül ilyen kezelésben.

Az elmúlt 5 évben a metadon alkalmazása mellett bővült a szubsztitúcióra alkalmazott szerek palettája is: buprenorphine (Dánia, Anglia, Belgium, Franciaország, Olaszország, Finnország); slow-release morphine (Ausztria); LAAM (Dánia, Németország, Spanyolország, Portugália).

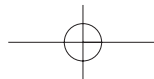
Közép-Kelet-Európában a rendszerváltozás után a heroin-fogyasztó populáció jelentős emelkedésével párhuzamosan, a legtöbb országban szintén felismerték a metadon-programok fontosságát. Szlovéniában jelenleg 19, Lengyelországban 15, Csehországban 8 központ működik, valamint Litvániában és Horvátországban

(ahol az addiktológiai ellátás mellett a háziorvosi rendszer keretén belül is hozzá lehet jutni a gyógyszerhez) is aránylag fejlett a metadon-terápiás hálózat.

A többi országban jellemzően egy-egy központban, vagy egy-egy kórházi osztályon belül folyik csak metadon-kezelés, inkább kísérleti jelleggel. Érdekes a helyzet Szlovákiában, ahol csak a fővárosban működik szubsztitúciós kezelés, de itt 380 beteg részesül ilyen típusú terápiában, ami nagyobb létszám, mint Magyarország összes hasonló terápiával kezelt betegének a száma.

Mára minden közép-kelet-európai országban megszületett a metadon-kezelés jogi szabályozása és fokozatosan fejlesztésnek indultak a programok is.

Oroszországban, Kínában, Tájféldön és több más országban a WHO-val együttműködve a szubsztitúciós kezelés protokolljának kidolgozása jelenleg van folyamatban.



KEZELÉSI HELYSZÍNEK

Hazánkban a metadon-kezelés története 13 éve kezdődött. Az első metadon (Depridol) kezelést 1989-ben dokumentálták a Nyírő Gyula Kórház Addiktológiai osztályán (Dr. Funk Sándor). Ez akkor egy Angliában több éve metadon-fenntartó kezelésben álló és akkoriban hazánkban dolgozó angol nemzetiségű beteg ellátását jelentette. 1998-ig, az ebben a kórházban történő kezelés megszüntetéséig, a fővárosban gyakorlatilag csak ezen a kórházi osztályon volt lehetőség a terápia igénybe vételére, amire később természetesen magyar állampolgárok is egyre nagyobb számban jelentkeztek. Kísérleti jelleggel 1989-ben a Nyírő Gyula Kórház Klapka- Jász utcai Drogambulancián (Dr. Cserne István) is indult például ilyen program, de itt az első években codein és dihydrocodin származékokat használtak szubsztitúciós céllal. Ez volt az az ambulancia, ahol végül is 1992-ben kezdeményezték a metadon alkalmazását, s jelenleg is ennek a központnak legna-

gyobb a betegforgalma. A kísérleti jelleggel folytatott metadon-kezelés további helyszínei voltak a fővárosban ezen kívül az OPNI egyes osztályai (dr. Rigó Péter).

Fontos állomást jelentett 1995, amikor a Pécsi Drogambulancián, –a vidéki városok között elsőként- kezdtek el metadont használni az opiát-függők kezelésében. 2000-ben a Veszprémi Drogambulancián indítottak be hasonló programot, majd 2002-ben a Gyulai Drogambulancián. 2002 októberétől a Szegedi Drogambulancián is elindították metadon-kezelést. 2003 szeptember elsején pedig elindult Budapest második metadon programja a Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat által működtetett Soroksári Addiktológiai Centrumban.

Jelenleg Magyarországon a következő helyeken folyik metadon-fenntartó kezelés:

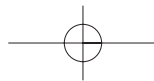
1. Budapest (Nyírő Gyula Kórház Jász utcai Drogambulancia)
2. Budapest (Soroksári Addiktológiai Centrum)
3. Gyula (Drogambulancia)
4. Pécs (Drogambulancia)
5. Szeged (Drogambulancia)
6. Veszprém (Drogambulancia)

SZAKMAI HÁTTÉR

1992-ben Dr. Funk Sándor készített egy rövid összefoglaló tanulmányt a metadon-kezelésről, az addigi szakmai tapasztalatai alapján. 1994-ben a Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia szervezésében zajlott az első „Metadon kerekasztal-konferencia”, amelyen az akkoriban drogbetegeket kezelő központok főorvosai vettek részt és számoltak be addigi tapasztalataikról. 1997-ben egy addiktológiai konferencián több szakember közreműködésével elkészült a metadon-kezelés szakmai javaslata. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium ugyanebben az évben, felismerve a kezelés fontosságát, összehívta az ügyben érintett szakembereket és e konszenzus-konferencián megalkotta „A Metadon kezelés szakmai irányelvei” című állásfoglalását, amit a Kollégium végül 1998-ban fogadott el. Ezeket a szakmai irányelveket 1999-ben a Kollégium újratárgyalta és megerősítette. 2001 elejéig a metadon-kezelést alkalmazó drogambulanciák ezen irányelvek alapján al-

kalmazták a metadon-terápiát. 2001 februárjában a Szakmai Kollégium Ad hoc Bizottsága (melynek tagjai voltak: Dr. Csorba József, Demetrovics Zsolt, Dr. Hon-ti Judit, Dr. Szemejác Zsolt) az állásfoglalást átdolgozta és azt a testület új formában fogadta el. 2001 őszén az ETT (Egészségügyi Tudományos Tanács) minimális módosításokat javasolva elfogadta a Kollégium által kiadott irányelveket.

Az elmúlt években emellett nem nagy számban ugyan, de magyar nyelven is megjelentek összefoglaló cikkek, tanulmányok, készültek előadások a metadon-kezelésről, illetve tágabban az ártalomcsökkentésről. Az utóbbi években egyre jobban megnőtt a szakemberek érdeklődése a témával kapcsolatban. 2001. márciusában a Pszichiátria Hungaricában (a Magyar Pszichiátriai Társaság folyóiratában) megjelent „A metadon-kezelés értékelése és szabályozása” című tanulmány, amely az első részletes és átfogó magyar nyelvű dolgozat volt. 2001. októberében a Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa koordinálásával jelent meg „A Metadon-kezelés magyar manuálja” című kézikönyv, Dr. Gerevich József szerkesztésében.



Jelenleg Magyarországon a metadont három féle terápiás formában használják:

1. Rövid detoxikációs kezelés, amely gyors ritmusú csökkentést jelent, a kezelés időtartama maximum 30 nap. A kezelés célja a detoxikáció, a minél gyorsabb ópiátmentesség elérése.
2. Hosszú távú detoxikációs kezelés, ahol a csökkentés ritmusa lassúbb, fokozatosan történik, és általában hosszú ópiátfüggőségi múlttal rendelkező pácienseknél használják. A kezelés időtartama ilyen esetekben változó, 1 hónaptól 6 hónapig tarthat. A kezelés célja ebben az esetben is az ópiátmentesség elérése.
3. Szubsztitúciós (hosszú távú fenntartó) kezelés, ahol a metadon adag hosszú távon fennmarad, mivel a csökkentési próbálkozások mindig újabb visszaeséssel járnak. A szubsztitúciós kezelés akár évekig is folytatódhat. Olyan ópiátfogyasztó populációnál javasolják, ahol belátható időn belül az ópiátmentesség nem érhető el.

70

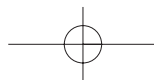
STATISZTIKAI ADATOK

A Jász utcai Drogambulancián lévő országos adatbázist alapul véve a metadon-kezeléssel kapcsolatos statisztikai adatok 1989 óta a rendelkezésünkre állnak. 1989–1992. között a Jász utcai Drogambulancián Codeint használtak szubsztitúciós szerként. A Codein-programban évente kb. 25-30 ember vett részt. 199. óta a Depridol tablettát (hatóanyag: metadon) használták szubsztitúciós céllal egészen a Metadon Ep gyógyszer törzskönyvezéséig.

A Jász utcai Drogambulancián 1992. óta a Depridol tablettát (hatóanyag: metadon) használták szubsztitúciós céllal.

1992-ben 32,
1993-ban 31,
1994-ben 34,
1995-ben 33,
1996-ban 31,
1997-ben 34,

71



1998-ban 32,
1999-ben 32,
2000-ben 89
2001-ben 172 ember részesült metadon fenntartó
kezelésben.

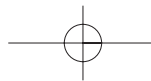
A METADON-KEZELÉS ORSZÁGOS ADATAI 2002.

2002	Budapest	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged
Január	100	9	18	–	–
Február	107	9	15	–	–
Március	116	9	21	–	–
Április	106	9	21	–	–
Május	116	9	17	–	–
Június	128	8	21	–	–
Július	124	11	21	–	–
Augusztus	132	11	20	3	–
Szeptember	132	10	20	7	–
Október	151	1	20	13	–
November	153	10	21	15	5
December	156	10	17	20	5

A METADON-KEZELÉS ORSZÁGOS ADATOK 2003.

2002	Budapest	Veszprém	Pécs	Gyula	Szeged
Január	156	10	16	28	3
Február	177	10	16	30	3
Március	186	10	17	29	4
Április	175	11	14	28	8
Május	172	10	15	30	10
Június	170	12	14	27	9
Július	169	13	13	28	9
Augusztus	182	13	12	26	10
Szeptember	187+17	13	12	26	10

Figyelembe véve az országos adatokat fokozatos emelkedés látható a budapesti és a szegedi központban. A többi kezelőhelyen a programokban résztvevők száma átlagban változatlan. A Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia szakmai irányítása mellett, 2003. szeptember 1-jén a Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat által működtetett Soroksári Addiktológiai Centrumban elindult Budapest második metadon programja. A központban jelenleg 17 ópiátfüggő beteg részesül metadon-kezelésben. A szubsztitúciós kezelésre a jövő tekintetében Budapesten és Miskolcon is jelentős igény van. A miskolci Drogambulancián jelenleg folynak a szakmai és infrastrukturális előkészületek a metadon



program beindítására, remélhetőleg még ebben az évben elkezdődnek a kezelések is. Budapesten az OPNI területén működő drogambulancián is tervezik a szubsztitúciós kezelések bevezetését.

A létszámbővítés és fejlesztések ellenére azonban még jelenleg is alacsony arányban részesülnek az ópiátfüggő betegek szubsztitúciós kezelésben. A hivatalosan regisztrált ópiátfüggők és a metadon kezelésben részesülő ópiátfüggők aránya kb. 5-6% amely messze elmarad az Európai Unió átlagától (50%), de akár Szlovéniától (24%), vagy Csehországtól (19%) is.

Hosszabb távon az Európai Unió gyakorlat alapján a háziorvosi, illetve a gyógyszerári rendszer bevonását tervezzük a metadon kezelések bővítése érdekében, valamint javasoljuk az alternatív szubsztitúciós szerek bevezetését is. Rövid távon szükség lenne az ország északi és észak-nyugati régióiban is metadon program beindítására. Budapesten a kielégítő ellátás céljából még legalább két központ (belvárosi régióban, Észak Buda régióban) létesítése lenne fontos vagy esetleg egy mobil metadon (metadon busz) program működtetése is megoldást jelenthetne. Szükség lenne a szubsztitúcióra alkalmas szerek skálájának bővítésére is (pl: buprenorfin, slow-releasing morphin).

74

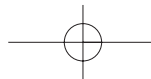
I. MELLÉKLET

A „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében” a helyettesítő kezelésekről – (részlet)

„Helyettesítő kezelések (metadon, buprenorfin, LAAM).

A metadon, mint szintetikus kábítószer gyógyászati alkalmazása nemzetközileg elismert, és egyben a legelterjedtebb az ópiátfüggők esetében. Terápiás felhasználására a detoxikáció (méregtelenítés), a rövid-, illetve hosszú idejű fenntartó kezelés keretében kerülhet sor. Szomatikus szövődmények és vérrel terjedő fertőző betegségek (elsősorban a hepatitisz C és külföldi tapasztalatok alapján a várható HIV vírus) terjedése, valamint a drogozás egyéb egyéni és társadalmi ártalmainak (pl. bűnözés) csökkentése miatt Magyarországon is célszerű bevezetni a fenntartó metadon kezelést. Erről szakmai állásfoglalás is született. Ez tartalmazza a bevezetés menetét: néhány országos centrumban, meghatározott indikációk alapján részesülne ebben a kezelésben a heroin-használók egy meghatározott csoportja. Célszerű ennek a protokollnak a kibővítése más helyettesítő szerek vonatkozásában is, hiszen ma már egyre több helyen alkalmaznak eredményesen más szereket is (mint pl. az

75



ugyancsak szintetikus opiátszármazék buprenorfint és LAAM gyógyszereket). Rövid távon régióként minimum egy fenntartó kezelési centrum létrehozása és működtetése indokolt. Közép távon lehetőleg megynként kell kialakítani ezen intézmény hálózatát.”

II. MELLÉKLET

*A Pszichiátriai Szakmai Kollégium Módszertani levele A Metadon kezelés szakmai irányelveiről (Egészségügyi Köz-
löny 9. szám – 2002. 04. 25.)*

Általános megjegyzések

Ezt az irányelvet a Pszichiátriai Szakmai Kollégium által összehívott Konszenzus-konferenciákon dolgozták ki.

Jelen szakmai irányelv alap gondolata az, hogy a hosszú távú szubsztitúciós metadon-kezelés olyan gyógyító beavatkozás, amely egy krónikus betegség, az opioid-addikció tüneti kezeléseként, a szervezet opioid-hiányának megszüntetésére irányuló gyógymódként (szubsztitúciós, illetve diabetes-modell), illetve az opioid fogyasztó páciensek további ártalmainak csökkenté-

sére irányuló orvosi beavatkozásként (ártalomcsökkentés modellje) fogható fel. A metadon az exogén, opioid tartalmú drogok agonista szere, és kedvező farmakológiai tulajdonságai lehetővé teszik a tartós, esetenként akár több évig, vagy évtizedig tartó adagolást. A hosszú távú szubsztitúciós metadon-kezelés része a drog-addikció harmadlagos megelőzésének (prevenciós modell).

A metadon-kezelésnek két fajtája van: 1. a metadon detoxikáció, 2. a hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés.

1. A metadon detoxikáció

A metadon detoxikáció két lépcsőből áll. Az első lépcsőben a beteget a rövid hatástartamú opioid típusú drogokról átállítjuk a hosszabb hatástartamú, és orálisan adagolható metadonra. A második lépcsőben, az egyénileg kialakított metadon adagolás mértékét lehetőség szerint egy hónapon belül (ideális esetben 10 nap alatt), maximálisan hat hónapon belül fokozatosan csökkentjük nulláig.

2. Hosszú távú szubsztitúciós metadon-kezelés

Hazánkban az elmúlt években kialakult az opioid fogyasztóknak egy markáns köre, amelynek szüksége van

a metadon tartós adására. A hazai pszichiátria és addiktológia e szakmai gréniума ezeknek az irányelveknek a megfogalmazásával kívánja deklarálni, hogy átveszünk egy nemzetközileg kipróbált, elfogadott és elismert módszert a fenti populáció gyógykezelése céljából.

A tartós metadon kezelést igénylő opioid fogyasztókat az jellemzi, hogy náluk aktuálisan az opioidokra vonatkozóan teljes absztinencia nem alakítható ki.

A metadon-terápiás intézmény vezetője időszakonként (félévente), absztinenciára felkészítő motivációs programot indít.

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés szakmai elvárásai:

- Szakmai kontroll
- Indikáció
- Intézményes keretek
- Hatákonyság-ellenőrzés
- Társadalombiztosítási támogatás
- Az adagolás technológiája és biztonsága
- Dozírozás

3. Szakmai kontroll:

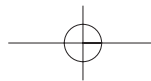
A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezeléssel a kezelő helyen dolgozó három tagú munkacsoport dönt az

előzmény, a klinikai állapot, a drogkarrier, a beteg pszichoszociális helyzete alapján. A munkacsoportban ketten szakorvosok, szükség esetén a döntésben külső szakorvos vesz részt. A munkacsoport harmadik tagja felsőfokú végzettséggel rendelkező munkatárs (addiktológus szakorvos, pszichiáter, háziorvos vagy egyéb szakképesítéssel rendelkező orvos, pszichológus, szociális munkás, konzultáns). A hosszú távú szubsztitúciós metadon-kezelést pszichiáter, vagy addiktológus szakorvos indikálja és folytatja speciális tanfolyam elvégzését követően (lásd melléklet). A metadon-kezelést folytató ambulanciák szakorvosaiából álló országos bizottság háromhavonta felülvizsgálja a folyamatban lévő kezeléseket hatékonyságát, és az indikáció további fenntartását.

4. Indikáció:

Több éves igazolt opioid-függőség: (legalább három év), valamint 18 éven felüli életkor.

Ismételt sikertelen, absztinenciát célul kitűző kezelési programból való lemorzsolódás. Ismételt relapszusok a droghasználatban (relapszus: absztinencia kialakítását követően az eredeti, absztinencia előtti szintre kerül vissza a fogyasztás).



5. Intézményes keretek:

Hosszú távú szubsztitúciós metadon-kezelést olyan drogambulancián (metadon-terápiás helyen) javasolt alkalmazni, ahol ennek megvannak a speciális személyi, tárgyi és biztonsági feltételei, és ahol a metadon-kezelés egy komplex addiktológiai kezelés részeként jelenik meg.

A metadon-terápiás helyekre vonatkozó alternatívák:

- speciális metadon-terápiás központ, amely funkcionális kapcsolatban áll pszichiátriai, illetve addiktológiai szolgáltatásokkal,
- metadon-terápiás részleg, mely a komplex addiktológiai szolgáltatás szervezeti egységként működik,
- drogambulancia

6. Nyilvántartás:

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelésben részesülő páciensek nyilvántartását a metadon kezelést végző addiktológiai szolgáltatások biztosítják. A nyilvántartás az érvényben lévő kábítószer rendészeti jogszabályok alapján történik.

Ezen felül minden megkezdett hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelést az intézet bejelent a regionális addiktológus szakfőorvosnak.

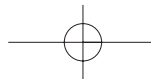
80

A kezeltek az anonimitást biztosító kód alapján országos regiszterbe kerülnek. A regisztert a Jász utcai Drogambulancia vezeti. A Jász utcai Drogambulancia vezetője az országos összesített adatokat és a havonta felhasznált metadon mennyiséget elküldi az Országos Alkohológiai Intézet igazgatójának, és az országos tisztifőgyógyszerésznek.

7. Hatékonyság-ellenőrzés:

A hosszú távú szubsztitúciós metadon-kezelés szigorú szakmai szabályok szerint történő orvosi beavatkozás, amelyet komplex pszichoszociális beavatkozás kell, hogy kiegészítsen, a hatékonyság értékeléséhez pedig elengedhetetlenül szükséges a pszichoszociális tényezők elemzése. A pszichés függőséget más eljárásokkal (mint pl. csoportterápia, életvezetési tanácsadás, stb.) kell megközelíteni. A kezelés megkezdését követően a páciens droghasználatában csökkenés, pszichoszociális helyzetében javulás várható. Javasolt a szervezetben lévő drogok kimutatására a beteg időszakos, véletlenszerű vizelet ellenőrzése (legkevesebb évi négy alkalommal), és a társadalmi reintegráció mértékének – munka, tanulás, családi élet – megállapítása. A drogkimutatás módszereivel a kezelés hatékonysága, és nem a be-

81



teg vagy az orvos ellenőrzése a cél. Az ellenőrzés véletlenszerű mintavétel alapján történik, illetve minden olyan esetben javasolható, ahol a kezelőszemélyzetben felmerül a gyanú a párhuzamos droghasználatra.

8. Társadalombiztosítási támogatás:

A támogatás részletes szabályait, az ágazati jogszabályok tartalmazzák.

9. Az adagolás technológiája és biztonsága:

A metadon adagolása kizárólag folyadék (oldat, solutio, suspensio, feloldott tableta, feloldott por, pezsgőtableta) formájában javasolt. Az adagolás alapelve az, hogy a metadon lehetőség szerint ne kerüljön a páciens kezébe. Ezért az adagolás naponta kell, hogy történjen, és munkaszüneti napokon is biztosítani kell, hogy a gyógyszer adagolása egészségügyi szakember jelenlétében történjen.

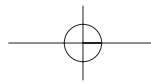
A kezelés teljes időtartama alatt folyamatos és rendszeres ellenőrzés szükséges.

Az adagolás biztonsága érdekében a metadon-terápiás helyeken történjen a metadon tárolása. A biztonsági feltételeket az érvényben lévő kábítószer rendészeti jogszabályok alapján kell kialakítani.

10. Dozírozás:

A napi metadon-adagok meghatározása egyéni megítélés tárgyát képezi. Ez a dózis a kívánt szubsztitúciós hatás eléréséhez szükséges minimum szint. A hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján az átlag dózis 50-150 mg/nap. A szükséges minimum szubsztitúciós dózis felépítése biológiai titrálással, több napon keresztül, fokozatosan emelt adagok adásával történik (nemzetközi protokollok javaslata alapján: első nap 30+5 mg, ezt követően napi 5-10 mg-mal való emelés). A megfelelő gyógyszer szint elérése a beteg klinikai vizsgálata (pszichés státusz, vegetatív paraméterek), explorációja, vizeletvizsgálat, illetve heteroanamnézis alapján állapítható meg.

11. Az opioid-függő terhes anyák, újszülöttjeik, a 18 éven aluliak, a HIV, illetve Hepatitis B és C fertőzésben szenvedő opiátfüggő betegek kezelésére külön szakmai irányelv készül.



MELLÉKLET

A metadon-kezelés elmélete és gyakorlata

Tematika:

A szubsztitúciós kezelés történeti áttekintése
 A szubsztitúciós kezelés gyakorlata az USA-ban
 A szubsztitúciós kezelés az Európai Unióban
 Magyarországi áttekintés
 Pszichofarmakológiai kérdések
 A szubsztitúciós kezelés hatékonyságvizsgálata
 A szubsztitúciós kezelés gyakorlati szempontjai
 A metadon és az alternatív szubsztitúciós szerek
 Jogi és etikai kérdések

Tanfolyam szerkezete

20 óra elmélet

30 óra gyakorlat

10 óra szupervízió

A tanfolyam esettanulmány benyújtásával és vizsgálattal zárul.

Javasolt gyakorló helyek: Fővárosi Önkormányzat
 Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenziós

84

Központ, Pécsi Drogambulancia, Alkohol-Drogsegély
 Ambulancia, Veszprém, – ahol jelenleg is már folyik
 metadon fenntartó kezelés.

A tanfolyam a CME képzési rendszerben kerül akkreditálásra.

III. MELLÉKLET

Metadon kezelés OEP finanszírozása

(Egészségügyi Közlöny 10. szám – 2002. május 12.)

96214 metadon leszoktató kezelés – 200 pont

96215 metadon fenntartó kezelés – 300 pont

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Csorba J., (2000): *A drogfogyasztás ambuláns kezelési lehetőségei*, Hipocrates 2/II.
2. Csorba J., (2001): *Ártalomcsökkentés – barmadlagos prevenció*. Ifjú –Kór 330–334, Pax Vobis, Budapest.
3. Csorba J., (2001): *Metadon szubsztitúciós kezelés*, Hipocrates, 1/ III, 62–64.

85

4. Csorba J., (2001): *Drogbetegék gondozása, különös tekintettel a Metadon kezelésre*, előadás Országos Alapellátási Kongresszus, Budapest.
5. Csorba J., (2002): *Ártalomcsökkentés Magyarországon*, előadás MPT V. Nemzeti Kongresszus, Budapest.
6. Csorba J., (2003): *Methadon Substitution Treatment in Hungary*. Harm Reduction Programs in Hungary, 19–24, HCLU, Budapest.
7. Csorba J., (2003): *Szubsztitúciós (Metadon) kezelés*. Ifjúkór II, 353–368, Pax Viobis, Budapest.
8. Demetrovics Zs., Honti J., Csorba J., Szemejác J., (2001): *A szubsztitúciós metadonkezelés, Történeti áttekintés*, Psychiatria Hungarica, 1/ XVI, 57–69.
9. Demetrovics Zs., Honti J., Csorba J., Szemejác J., (2001): *A szubsztitúciós metadon kezelés, Hatékonyság*, Psychiatria Hungarica, 1/XVI, 80–98.
10. EMCDDA (2000/a) *2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*, EMCDDA Lisbon, Portugal.
11. EMCDDA (2000/b) *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA Insights Series no.3, Luxembourg.
12. Gerevich J., Demetrovics Zs., Csorba J., Honti J., Szemejác J., (2000): *A metadon kezelés Magyar Manuálja*, Drogambulanciák Szakmai Szövetségének Tanácsa, Budapest
13. *Jelentés a Magyarországi Kábítószerhelyzetről*, 2002 (szerk: Ritter Ildikó), GYISM.
14. Honti J., Demetrovics Zs., Csorba J., Szemejác J.,

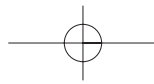
86

- (2001): *A szubsztitúciós metadon kezelés*, *Farmakológia és alkalmazás*, Psychiatria Hungarica, 1/ XVI, 70–79.
15. *Jelentés a Magyarországi Kábítószerhelyzetről*, 2000 (szerk: Ritter Ildikó), ISM.
16. *Jelentés a Magyarországi Kábítószerhelyzetről*, 2001 (szerk.: Ritter Ildikó), ISM.
17. National Institute of Health Consensus Conference (1998) *Effectiv medical Treatment of Heroin Addiction*, Journal of the American Medical Association december 9, 280, 22, 1936–1943.
18. *Nemzeti Stratégia a Kábítószer- Probléma Visszaszorítása Érdekében*, 2000, ISM.
19. Preston A., (1996): *The Methadon Briefing*, Island Press, London.
20. Subata E., Grund J., Honti J., (2000) *Internacional Review of Agonist Pharmacotherapy for Drug Dependence*, Chapter4, Eastern Europe, WHO document.
21. *A TASZ az AIDS-ről*, TASZ (2002), Budapest.
22. *A TASZ az ártalomcsökkentő drogpolitikáról*, TASZ (2002).
23. Verster A., Buning E., (2000) *Methadon Guidelines*, European Commission, Directorate GeneraleV, Euro-Methwork Amsterdam.
24. WHO Expert Committe on Drug Dependence (1998), *WHO Technical Report Series*, 873, Geneva.
25. WHO, Regional Office for Europe (1999), *Priciples for Preventing Hiv Infection among Drug Users*, Copenhagen.

87

III. fejezet

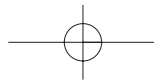
TÚCSERE-
PROGRAMOK
MAGYAR-
ORSZÁGON

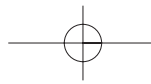


BEVEZETÉS

A tőcsere-programok alacsony küszöbű szolgáltatások, igénybevételükhöz nem szükséges az, hogy a drogfogyasztó a kezelőrendszerben regisztrált legyen, kezelés alatt álljon. E szolgáltatásokat megkülönbözteti a hagyományos ellátási formáktól az is, hogy céljuk nem a kliensek absztinenciájának elérése, hanem a szerhasználatukkal összefüggő ártalmak csökkentése.

Hazánkban a tőcsere-programok között vannak olyanok, amelyek a kliensek által hozott injektorok darabszámának megfelelően cserélnek, vagy elvárják, hogy a kiadott tűk adott százalékát hozzák vissza, illetve van olyan program, amely a steril felszerelés biztosítására helyezi a hangsúlyt, és ehhez nem támasztja feltételül a használt eszközök leadását. Különbözhetnek e szolgáltatások abban is, hogy kifejezetten és csakis a tőcsere koncentrálnak, vagy emellett más, kiegészítő, a program részét képező szolgáltatásokat is biztosítanak. A magyarországi tőcsere-programok mindegyike pró-





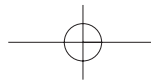
bál komplex szolgáltatást nyújtani klienseinek, ami általában a következőket foglalja magában:

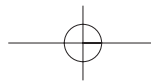
1. a HIV/Hepatitis vírushordozók elkerülése céljából steril felszerelés, valamint a biztonságos droghasználathoz kapcsolódó eszközök (törölkendő, érszorító, aszkorbinsav, szűrő, víz/tartó stb.),
2. a szexuális úton terjedő nemi betegségek és a HIV/Hepatitis megelőzése érdekében gumióvszer,
3. a vénagyulladás elkerülése érdekében azt megelőző krémek és a helyes szűrési technika leírását tartalmazó információs anyagok,
4. az intravénás droghasználók többnyire rossz egészségi állapotának javítása érdekében vitaminok, Kalcium tabletták,
5. különböző, az ártalmak csökkentéséről, valamint kezelőhelyekről, szolgáltatásokról, azok elérésének lehetőségéről szóló kiadványok biztosítását.

Magyarországon jelenleg összesen hét tüssere-program működik, három ezek közül a fővárosban, négy pedig az ország négy különböző városában. Az alacsony küszöbű szolgáltatások állami támogatását a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium koordinálja. Jellemzően hazánkban jelenleg az állami támogatás jelenti az

92

93





DROGPREVENCIÓS ALAPÍTVÁNY – BUDAPEST

A jelenlegi Budapest belvárosában, egy szuterénben működő tűcsere-program a magyarországi tűcsere-programok között a fővárosban elsőként, országos viszonylatban másodikként vállalkozott e szolgáltatás beindítására. A program jelenlegi vezetőiben már az 1990-es évek elején megfogalmazódott, hogy az előző évtizedek rejtett drogfogyasztásához képest mindenki számára egyre nyilvánvalóbb kábítószer-problémára, s különösen az intravénás droghasználat terjedésére megoldást kell találni.

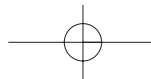
Az alapítvány történetében az első, az együttgondolkodáson túlmutató, cselekvésre lehetőséget adó programhoz az akkor Nyugaton már régóta működő, primer prevenció tevékenységet folytató mobil szolgáltatások adták az ötletet, a liberális főváros pedig az anyagi támogatást. 1994-ben a budapesti önkormányzat segítségével indították útjára a mai napig működő „Drogbusz”-t. A szolgáltatás az igényeknek megfelelő-

en folyamatosan igazodott a célcsoport (az iskolások) igényeihez, és „látványbusszá” alakult, köszönhetően a fiatalok által készített, a busz oldalát ékesítő színes graffitik sokaságának.

A Drogbusz ismertségén sokat lendített az a nagyközönséghez szóló budapesti kampány, amely a: „Ne veszítsd el a fejed!” néven került be az akkori köztudatba.

A Drogbusz az elmúlt, lassan egy évtized során az ország számos vidéki és budapesti iskolájába eljutott. A járgány, külsőségében figyelemfelkeltő voltán kívüli, további vonzerejét az adja, hogy a személyzet a hiteles információnyújtáson alapuló kooperatív kapcsolat kialakítására törekszik azokkal, akikkel munkája során találkozik. A jármű fenntartására a mai napig a főváros szolgáltatja az anyagi forrást, míg a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium a munkatársak bérét állja.

1994 jelentős év volt a tűcsere-program megszületése és a Drogprevenció Alapítvány tevékenységi körének kibővítése szempontjából, hiszen ez volt az az esztendő, amikor az intravénás droghasználat terjedésének következtében a köztereken eldobált fecskendők száma olyan méreteket öltött, hogy az cselekvésre ösztönözte az alapítványt e problémát megoldani kívánó munkatársait. A bennük lévő elszántságot erősítette meg az a vé-



letlen, amelynek során az Internet világhálón sikerült kapcsolatba lépniük egy svájci fogorvossal, akinek a segítségével svájci állami támogatásból nyert pénzen egy évvel később a tűcsere-programot be tudták indítani. A tűcsere az 1993-ban még működő, melegek érdekképviselőjével foglalkozó Óvegylet Alapítvány égisze alatt zajló HIV/AIDS prevenciók tevékenységével indult. 1994–1996 között a svájci állam ugyanis kifejezetten a HIV vírus terjedésének megelőzésével foglalkozó magyarországi szervezetet keresett és talált meg az előbb említett civil szervezet személyében. Az AIDS terjedésének megelőzését szolgáló program beindítását követően 1995-ben kezdődtek el a beszélgetések egy esetleges tűcsere-programról, mellyel viszont már kifejezetten az intravénás droghasználókat akarták megcélolni. A svájci kormány képviselőjével folytatott tárgyalások eredményeként született meg az a megegyezés, amely alapján a program finanszírozását két évre elvállalta Svájc, azzal a feltétellel, hogy ez idő alatt a program felelősei találjanak a későbbi működtetéshez szükséges magyar támogatót. Mindezek után 1995-ben, egy Budapest belvárosában (a VII. kerületi Lovag utcában) lévő pinchelyiségben kezdte meg működését az első budapesti hivatalos tűcsere-program.

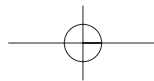
96

A kialakított protokollok alapján a szolgáltatást a kezdetektől fogva anoniman és ingyenesen lehetett igénybe venni. A svájci állam egy, a működéshez kapcsolódó feltételt szabott, nevezetesen azt, hogy a kiadott injektorok számának megfelelően a használt fecskendők és tűk 75%-át szedjék be a droghasználóktól.

A működési engedélyek megszerzése után beindított tűcsere-szolgáltatás nagy sajtóvilvánosságot kapott, ennek ellenére több hónapig tartott, míg az első kábítószer-fogyasztók „bemerészkedtek” az akkor még számukra ismeretlen helyre. Ennek okai között szerepel a drogfogyasztással – és különösen az intravénás használatlaltal – szembeni társadalmi ellenérzés, magatartás, annak illegális minősítése és az érintettekben ebből fakadó félelem, a tűcsere-program újszerűsége, valamint az azzal kapcsolatos tapasztalatok hiánya.

Tekintettel arra, hogy Magyarországon a kábítószerfogyasztás bűncselekménynek számít, ráadásul az árta-lomcsökkentés fogalma 1993-ban jórészt ismeretlen volt a társadalom, így a rendvédelmi szervek számára is, a rendőrség sem tudta sokáig, hogyan tekintsen a programra. Így e szerv a program működésének kezdetekor még feladatának tekintette a Lovag utca környékén megjelenő drogfogyasztók megfigyelését. Ennek a kö-

97



vetkezménye az lett, hogy néhány hónappal a túcsere beindítását követően a hely közelében több rendőrségi razzia zajlott le, amely során több, a programot felkéréső intravénás droghasználót is előállítottak. Ez a túcsere munkatársait igen nehéz helyzetbe hozta, hiszen programjukkal szemben megnőtt a bizalmatlanság az azt igénybe vevő fiatalok körében.

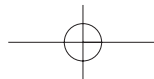
Az így kialakult helyzetet végül is a TASZ ügyvédjének közbenjárásával, a fővárosi rendőrkapitánnyal létrehozott megállapodás oldotta meg. A megegyezés szerint a rendőrség vállalta, hogy a jövőben a túcsere-programot semmilyen célból nem fogják rendőri jelenléttel ellehetleníteni. A megállapodás tartalmazta továbbá, hogy a programban dolgozó szociális munkások (akik akkor utcai munkát is folytattak) egy fényképes igazolvány birtokosai is egyben, amely védi őket a jövőbeni esetleges atrocitásoktól. (Ez fontos lépést és tapasztalatot jelentett a Drogprevenációs Alapítvány későbbi munkájához, és az ezt követően létrehozott magyarországi ártalomcsökkentő programokhoz is.)

1995 telén bővült a budapesti túcsere-program szolgáltatásainak köre. A viszontagságos időjárás és a hajléktalan kliensek mind növekvő száma együttesen adta az ötletet, hogy a tük és fecskendők kiadásán túl ingyenes

meleg tea fogyasztását is lehetővé kell tenni a kliensek számára. Ennek pozitív hatásai rövid időn belül nyilvánvalóvá váltak, hiszen ettől kezdve a túcsere pinchelyiségekben nem csak a túcsere, hanem a kötetlenebb légkör kialakulása is lehetővé vált. A teázás a betérőket is maradásra készítette, és a fiatalok problémáira nyitottabbá vált ügyelők számára is nagyobb teret, időt engedett, hogy beszéljessenek a kliensekkel, és információt nyújthassanak az intravénás drogfogyasztóknak ügyes-bajos dolgaikkal kapcsolatban. Ekkor a program heti három napos nyitvatartással üzemelt napi két majd négy órában.

Változást két év elteltével hoztak az események. A fővárosi önkormányzat 1995-től vállalta, hogy évi 1 millió forint összegű támogatást nyújt. Ez az összeg a program működési költségeit (bérleti díj, eszközök beszerzése stb.) részben fedezi azóta is. A Svájcól érkező finanszírozás 1996-ban, az eredeti megállapodásoknak megfelelően megszűnt. 1998-ban felállt az Ifjúsági és Sportminisztérium (ISM), és annak kábítószerügyi koordinációért felelős államtitkársága, amely hamarosan létrehozta az ártalomcsökkentő tevékenységet végző, civil szférát támogató pályázati rendszert is.

1999 márciusában a Drogprevenációs Alapítvány új helyre költözött, egy szuterént vehettek birtokukba. Az



ISM támogatásoknak köszönhetően 2000-ben az új helyiséget felújították, s az alapítvány az addigra kiszélesedett kliensi kör igényeihez igazodva Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontaktprogramként folytatta működését. A névváltozást indokolta, hogy a szolgáltatások köre fokozatosan bővült (tanácsadás, egyéni esetkezelés; kórházi beutalás; rehabilitációs otthonba bejelentkezés; átirányítás önszorgó csoportba, különböző egészségügyi intézményekbe, ambulanciákra, kórházi osztályokra, jogi segítségnyújtás felé, munkával, képzéssel foglalkozó szervezetekhez; mosás stb).

A program nyitvatartási ideje is megváltozott: ekkor heti öt napon, napi két órában álltak már az intravénás droghasználók rendelkezésére. Tevékenységi körük addigra a szociális ügyintézés szinte minden formáját kiemlítette. A túcsere-program munkatársai segítenek a társadalombiztosítási kártya megszerzésétől kezdve a rehabilitációs intézetbe való bekerülésen át a kórházi detoxikációs kezelésben való részvétel elintézéséig a náluk megforduló drogfogyasztóknak. A program ekkorra jól ismertté vált a fővárosban: kialakult a zavartalan és folyamatos működést elősegítő formális és informális kapcsolatrendszer, emellett a kliensek köre is számottevően bővült az évek során.

100

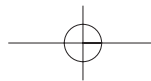
1998-ban a büntetőjogi szabályozás szigorításának negatív hatásai a túcsere-program forgalmának csökkenését idézték elő, s ezt nem csak a náluk megjelenő intravénás droghasználók számának azóta is tartó stagnálása mutatja (1999-ben 270 fő; 2000-ben 307 fő; 2001-ben 287 fő), hanem a kiadott és visszahozott fecskendők számáról szóló kimutatásuk is.

Év	Hozott fecskendő (db)	Kiadott fecskendő (db)
1995–1996.	40.477	55.418
1997.	13.876	20.261
1998.	25.453	28.173
1999.	39.023	45.590
2000.	20.966	35.684
2001.	10.515	15.499
2002.	4.402	11.188

2001-ben az ISM felajánlotta a 24 órás működtetés finanszírozását is, amit az Alapítvány a humán kapacitás hiánya miatt nem tudott vállalni. Kompromisszumos megoldásként a nyitvatartási időt hétköznap hat órában, hétvégén négy órában határozták meg, így a hét minden napján elérhetővé téve a szolgáltatást.

A programban jelenleg tíz fő dolgozik, legtöbbjük szakirányú képzettséggel rendelkezik (szociális mun-

101



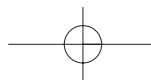
kás, addiktológiai konzulens), de van közöttük pedagógus, szociológiát hallgató egyetemista is. Kettő elvégeztek egy fülakupunktúrás képzést, amelynek alkalmazásával nagy segítséget tudnak nyújtani a leállni szándékozó drogok elvonási tüneteikor jelentkező fájdalmak csökkentésében.

A programban dolgozó szociális munkások 2000 óta utcai szociális munka keretén belül havonta 300-400 tűt adnak ki az Illatos úti lakótelepen (közismert néven: „Dzsumbuj”), az ott élő roma származású intravénás drogfogyasztóknak. Az így kiadott tűk és fecskendők kb. 50%-át tudják beszedni használat után. A tűcsere e részének különösen nagy jelentősége van, hiszen a társadalom leginkább marginalizálódott és szegregált rétegét igyekeznek megcélozni vele. A két év sikerének köszönhető, hogy ma már a romák időnként a belvárosi pincehelyiségbe is lejárnak olykor, és egyre nagyobb érdeklődést mutatnak mind a tűcsere, mind az azt kiegészítő szolgáltatások iránt.

A Drogprevenációs Alapítvány tűcsere-programjában dolgozók sikerként könyvelik el, hogy programjuk mintául szolgált szinte az összes későbbiekben létrehozott hasonló szolgáltatást nyújtó tűcsere-program létrehozásában. Többek között ezért is tartják fontosnak

102

103



DÉLMAGYARORSZÁGI ÁRTALOMCSÖKKENTŐ EGYESÜLET – SZEGED

A szegedi túcsere-programot 1992-ben hozták létre a Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum munkatársai a helyi fiatalok által sűrűn látogatott szórakozóhelyről a Drogcentrumba érkezett bejelentések hatására, melyek tudatták a Centrumban dolgozó szakemberekkel, hogy nagyon sok az eldobált fecskendő a szórakozóhely területén és annak környékén is. A túcsere-program 1992–1999 között a Drogcentrum keretein belül, annak épületében működött, majd 1999-ben a program munkatársai a kedvezőbb működési keretek elérése érdekében megalakították a Délmagyarországi Ártalomcsökkentő Egyesületet, helyileg továbbra is a Drogcentrum épületében maradva.

Az eredeti protokoll szerint olyan túcsere-szolgáltatást nyújtó programként működtek, ahol kizárólag a tűk és fecskendők cseréjére van lehetőség, de az évek során az igényekhez alkalmazkodva megváltoztak a működési keretek. Mivel a másodlagos túcsere egyre na-

gyobb hangsúlyt kapott, így ma már nem csak cserélnék tűt és fecskendőt, hanem adnak is. A túcsere utcai szociális munka formájában, illetve a Drogambulancián heti öt napban zajlik. Ennek elsősorban a másodlagos túcsere miatt van jelentősége, hiszen számtalanszor előfordul, hogy egy vidéki településről érkező kábítószer-fogyasztó, aki a szegedi szociális munkásokat nem ismeri, a Drogcentrumban veszi igénybe a szolgáltatást, és visz magával akár több száz tűt, amelyeket a helyi intravénás drogfogyasztók között később szétoszt. A túcseréhez kapcsolódó, elsősorban a közös felszerelés használatával járó veszélyekről szóló tájékoztató munkának köszönhetően a kiadott tűk kb. 70%-a visszakerül hozzájuk.

Az utcai túcsere-programban jelenleg 6-8 fő dolgozik, utcai szociális munkásként, néhány leállt, azelőtt a drogokat intravénásan használó munkatárssal együtt. A program vezetője szerint a volt drogfogyasztók jelenléte a programban nagymértékben tudja növelni annak hatékonyságát. Igyekeznek olyan volt kábítószer-fogyasztókat bevonni a munkába, akikről tudják, hogy sok más drogfogyasztóval állnak kapcsolatban.

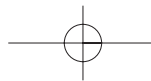
A szociális munkások a túcserét kiterjedt ismeretségi körüktől függően, kontakt-embereiken keresztül laká-

sokban, parkokban, nyílt tereken végzik. Ez nyilván elsősorban a szociális munkással kapcsolatban álló drogfogyasztó „igényeitől” függ, tudniillik, hogy hol hajlandó találkozni a munkatársakkal. A program munkatársai több arra vonatkozó kezdeményezését, hogy szórakozóhelyeken is folytassanak tűcserét, rendre elutasították e helyek tulajdonosai.

A szociális munkásokat számos, az egészségük védelmének érdekében tett – az esetleges fertőzések megelőzését célzó – intézkedés óvja. Hepatitis B ellen oltást kaptak, és munkájukhoz védőkesztyűt is biztosítanak. Több éves tapasztalatuknak köszönhetően van olyan is közöttük, aki elsősorban saját védelme érdekében, a drogfogyasztóktól a használt tűt úgy veszi csak vissza, ha annak hegyét előtte a droghasználó letöri, illetve felvilágosító beszélgetések keretében megkéri az intravénás droghasználókat, hogy amennyiben mégis eldobnák a már használt eszközeiket, előtte ezt minden esetben tegyék meg, az esetleges fertőzött tűk újrafelhasználásának megelőzése érdekében.

A tűcsere, illetve az annak részét képező drogfogyasztók körében végzett felvilágosító munka fontosságát támasztja alá egy 1999-ben Szegeden történt, a helyi roma származású drogfogyasztók között végbement, tra-

gikus kimenetelű, megdöbbentő eset. E csoport tagjai az amfetamin származékokat részesítették előnyben mindaddig, amíg az őket ellátó dealer-t letöltendő szabadságvesztésre nem ítélték. Ekkor a már hatásait tekintve jól ismert amfetamin fogyasztásáról áttértek az intravénás heroin használatára. A heroin mindaddig ismeretlen volt körükben, sem az anyagról, sem annak hatásairól, sem pedig az intravénás használat veszélyeiről nem volt információjuk. A közös tű és fecskendő használatának következtében – és természetesen már valamelyik fogyasztó Hepatitis B vírushordozó volta miatt – az akut fertőzésbe gyakorlatilag fél éven belül mindannyian belehaltak. Ez a megrázó eset arra készítette a Drogcentrum munkatársait, hogy az egyébként nagyon nehezen megközelíthető, ártalomcsökkentő programokba nehezen bevonható roma droghasználók, s közöttük is elsősorban az intravénás drogfogyasztók tekintetében lehetőség szerint minél intenzívebb ártalomcsökkentő tevékenységet fejtsenek ki. Az eset óta a program egyik szociális munkása kifejezetten a roma lakosság körében végzi a tűcserét. (A szegedi program hatékonyságát jelzi az, hogy e tevékenységet egy maga is roma származású volt drogfogyasztó bevonásával tudják végezni.)



Szegeden körülbelül 18 000–50 000 tűt cserélnek évente, de volt olyan év is, amikor ez a szám megközelítette a 100 000. Az, hogy milyen eredményességgel működik a tűcsere, függ az aktuális heroin-piacról, és a drogkereskedők jelenlététől a városban, ami a rendőri felderítő munka függvényében változik.

A szegedi program utcai szociális munkásai a város és a környező városok (Hódmezővásárhely, Makó) program általi lefedettségét 70%-osra becsülik, emellett a másodlagos tűcserevel más megyékbe is eljutottak.

Szegeden körülbelül 280-300 heroin-függő van, az elmúlt évek során a tűcsere-programban összesen több mint 500 intravénás droghasználó vett részt.

A tűcsere anonim, a klienseket kódszám alapján tartják nyilván. Kódszám alapján történik a HIV/AIDS ingyenes szűrés is, melyre a helyi ÁNTSZ-szel van együttműködési megállapodásuk. HIV fertőzött kliensük még nem volt, de a Hepatitis C fertőzöttek száma igen magas.

A program keretén belül a háromfajta steril tű és fecskendő kiadása mellett a drogosok más ártalomcsökkentő eszközöket is megkapnak:

- vitaminokat

108

- kondomot
- törlőkendőt
- körömvirágkrém
- szorítógumit
- kalciumot.

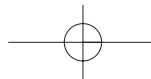
A kliensek a tűcserén kívül egyéb szolgáltatásokhoz is juthatnak, úgymint:

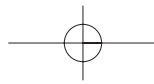
- terápiás lehetőség
- AIDS szűrés
- jogsegély
- szociális szolgáltatások.

2002 végén Szegeden az Ifjúsági Drogcentrum szolgáltatásainak köre a metadon kezeléssel bővült. Így azóta a tűcsere-program munkatársai a szociális munka részét képező felvilágosító tevékenység keretén belül a metadon programba való bejutásról és magáról a kezeléssel is részletes információkat nyújtanak az intravénás droghasználóknak. Ennek köszönhetően az elmúlt egy év során 10 droghasználó tette le a heroint és került be a terápiába, mely lépéssel megnyílt az út számukra az akár teljes absztinencia elérése felé is.

A tűcsere-programot 1996-ban az Open Society Institute támogatta, majd a Magyar Soros Alapítvány,

109





2000-től pedig az akkori Ifjúsági és Sportminisztérium. A Minisztériumtól 2000-ben 902 ezer forint, 2001-ben 4 millió forint, 2002-ben 3 millió forint támogatást kaptak. Jelenleg elsősorban ebből a keretből működtetik a tűcserét, melyet a jövőben mindenképpen szeretnének bővíteni.

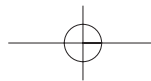
GYÖNGYHÁZ EGYESÜLET – PÉCS

Magyarország sok városához hasonlóan az intravénás drogfogyasztás a rendszerváltást követő években itt is hamar teret hódított. Pécsen a drogfogyasztók körében egyáltalán nem terjedt el az utcai heroin, hanem helyette a mák, illetve kompót (intravénásan használt házi ópiátszármazék) és az amfetamin használata vált közkedvelté és jellemzi a mai napig a városban az intravénás drogfogyasztást.

Pécsen a tűcserének nyolc éves hagyománya van. A tűcsere-szolgáltatás beindításának kérdése 1994-ben fogalmazódott meg a program akkori munkatársaiban, akik először önerőből, intézményes keretek nélkül vették fel a kapcsolatot az intravénás droghasználókkal. A steril tűt elsősorban személyes ismeretségei alapján a drogfogyasztók lakásain szétosztó önkéntesek számára hamar nyilvánvalóvá vált, hogy szükség van tűcsere-programra Pécsen.

110

111



Szervezett keretek között 1996 nyarán a pécsi Drogambulancia épületében kezdték el működésüket az akkori Egészségügyi Minisztérium támogatásával. Kezdetől fogva jó kapcsolatot alakítottak ki a budapesti Drogprevenációs Alapítvánnyal, ennek köszönhetően tőlük kapták a steril tűből, fecskendőből és törülőkendőből álló egységcsomagokat. Eleinte csak utcai tűcserét folytattak, ami a gyakorlatban a lakásokon történő cserét jelentette. Négy utcai munkás dolgozott a programban, emellett a másodlagos tűcsere révén – a szociális munkások kontaktjain keresztül – tudtak közvetett kapcsolatba kerülni az intravénás drogfogyasztókkal, összesen körülbelül 20-25 fővel. Ebben a kezdeti időszakban hetente 100-200 fecskendőt adtak ki, de ennél mindig többet gyűjtöttek be. Ez akkor megközelítőleg 70%-os lefedettséget jelentett.

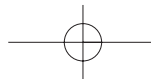
1997-től új épületben, a Drogambulanciától immár függetlenül folytatódott a program. Ekkor kaptak engedélyt ugyanis a helyi ÁNTSZ illetékeseitől egy szenvedélybetegek nappali intézményeként működő, maximum 20 főt befogadni képes program működtetésére. Eleinte heti hét nap, 24 órás nyitvatartással működtek, de ez a nyitvatartási idő az évek során több tényező együttes közrejátszása következtében csökkent. Ebben az

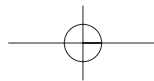
időszakban körülbelül 12-17 fő alkotta a klientúrájukat, akikkel a 6-8 szociális munkás rendszeresen tartotta a kapcsolatot. A jól kiépített kapcsolatrendszernek köszönhetően havonta 1000 tűt cseréltek, amely igen jelentős mennyiségnek volt tekinthető a város méreteihez képest. 1997–2000 között a tűcsere-program mellett nem hivatalos formában „belövőszoba” is működött az intézményben. Naponta 2-3 intravénás drogfogyasztó adta be magának a kábítószerrel az egyébként ügyeleti szobaként szolgáló helyiségben, az ott dolgozó valamelyik szociális munkás jelenlétében. Egy túladagolás fordult elő a három év alatt, amikor kórházba szállították a rosszul lett fiatal.

A pécsi – és általában minden vidéken működő – tűcsere-programra jellemző, hogy a szolgáltatás igénybevétele sokszor a város intravénás drogfogyasztó populációjának mobilitásától is függ. Míg a fővárosban a kábítószer-fogyasztók magas száma az ottani szolgáltatások 100%-os kihasználtságát jelenti, a vidéki kisvárosokban néhány szélesebb ismeretségi körrel rendelkező fogyasztó „eltűnése” a városból alapjaiban hat a tűcsere kihasználtságára is. Amióta a pécsi Drogambulancián beindították a metadon-fenntartó kezelést, azóta rohamosan esett a tűcsere-szolgáltatást igénybe vevők szá-

112

113

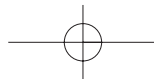




ma. 2001-ben például még elsősorban a masszív ópiátfüggőket tudták elérni a tícserével, mindaddig, amíg három, a másodlagos tícserében jelentős szerepet vállaló intravénás drogfogyasztó kliensük meg nem halt túl-adagolás következtében. Ugyanebben az évben a városban egyszerre további 12 droghasználó került rehabilitációs intézetbe, akik közül kilencen intravénás drogfogyasztók voltak. A csökkenő tendenciához hozzájárult az is, hogy Pécsen 2000-ben további négy kontaktsemély esett ki a programból, akik szintén rehabilitációra kerültek, a tícseres munkatársainak pedig kapcsolatok híján nem volt lehetőségük új kontaktok „beszervezésére”. 2001-ben gyakorlatilag a teljes klientúra lemorzsolódott. 2002-ben az állandó kliensek száma 4-5 fő volt, akik hetente 2-3 alkalommal keresték fel a programot tícseres céljából.

2002 decemberében megszűnt a szenvedélybetegek nappali intézménye programjuk, ami a működési költségek nagy részének kiesésével járt. Addig ugyanis elsősorban két forrásból tartotta fenn magát az Egyesület. A Pécsi Önkormányzat kötelezően évi 1.5 millió forintot juttatott nekik, illetve az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztériumtól a fejkvóta rendszer alapján évi 3 millió forint támogatásban részesültek. Az utcai

szociális munka programot a jelenlegi ESZCSM 1997 óta nyújtott támogatásából üzemeltetik, ami 2002-ben kiegészült az Ifjúsági és Sportminisztériumtól kapott 4 millió forint támogatással. A pénzügyi keretek változásával egy időben, 2003 februárjában új helyre költöztek, ahol már az utcai munkára fektették a hangsúlyt. Ennek keretén belül az elsősorban közterületeken dolgozó utcai szociális munkások meghatározott időszakként két szórakozóhelyen is végeznek tanácsadást az érdeklődő fiatalok számára.



ALKOHOL-DROGSEGÉLY AMBULANCIA – VESZPRÉM

Veszprémben 1997-ben indult a túcsere-program, a helyi Drogambulancia épületében. A túcsere szükségét a városhoz viszonylag közeli Balaton-parti strandokon eldobált használt tűk számának növekedése, s a lakosság ezzel kapcsolatos felháborodása indokolta. A szolgáltatás beindítását nehezítette azonban, hogy a megyei szakfelügyelő főorvos, a tények ismeretének ellenére, kezdettől fogva megpróbálta megakadályozni annak létrehozását. Az ÁNTSZ-engedélyek beszerzése sem zajlott zökkenőmentesen, ám e kezdeti nehézségek ellenére Veszprémben egyre nagyobb teret nyerve működnek ártalomcsökkentő programok. Először a tűk és fecskendők cseréjére nyílt lehetőség, majd 2000-ben metadon-fenntartó kezelést is indítottak.

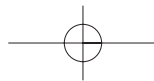
A túcsere-szolgáltatás elindításakor a rendvédelmi szervek képviselői ígéretet tettek az együttműködésre. Ennek ellenére számos alkalommal jelentek meg az ambulancián vagy annak környékén, elsősorban a betegek-

ről való információgyűjtés céljából. Emellett több alkalommal kértek információt faxon is az intézmény munkatársaitól, akik hosszas „felvilágosító” munkával tudták csak elérni, hogy e megkeresések a törvényes előírásoknak megfelelően történjenek. Előfordult olyan eset is, amikor az egyenruhás, szolgálatot teljesítő rendőrök egy másik megyéből – kábítószerrel kapcsolatos nyomozás során –, szirénázva, több mikrobusszal érkeztek meg az ambulancia elé, ahová természetesen nem nyertek bebocsátást, de megjelenésük sokáig tartó bizalmatlanságot okozott a kliensek körében. E keserű tapasztalatok után az ambulancia vezetője négy szemközti beszélgetéseket folytatott a városi és megyei rendőrfőkapitányokkal e tarthatatlan helyzet rendezése érdekében, aminek köszönhetően végül megszűnt a drogbetegekkal foglalkozók munkáját nagy mértékben nehezítő rendőrségi gyakorlat.

A fent említett kezdeti nehézségek leküzdése után a túcsere-szolgáltatás a város méreteihez viszonyítva nagy hatékonysággal működött 1998-ig. Az ambulancia átlagos betegforgalma akkor még 600 fő volt havonta, amely körülbelül 300 drogfogyasztót takart, akik évente összesen 6000-szer jelentek meg a kezelőhelyen. A túcsere beindítását követő években körülbelül 3-5

116

117



ezer steril tűt és fecskendőt adtak ki. Ehhez képest a használt eszközök begyűjtése ennél jóval kisebb számokkal volt mérhető.

Az 1998-as büntetőjogi szabályok szigorítása után jól mérhető volt annak negatív hatása, ugyanis 8-15%-kal csökkent az ambulancia, ezen belül a tüssere-program forgalma. A metadon-program 2000-ben való létrehozása után pedig a tüssere-szolgáltatást igénybe vevők száma szinte elenyészővé vált, az évi tűforgalom 200-300 darabra csökkent. Ugyanebben az évben merült fel a két ártalomcsökkentő programban részt vevő kliensek „elkülönítésének” problémája, amit csak úgy tudtak megoldani, hogy azóta az egyik programot dél-előtt, a másikat délután tartják nyitva a rászorulóik részére.

Az ártalomcsökkentő programokban jelenleg nyolc munkatárs dolgozik. Több éven keresztül egy korábbi drogfogyasztó munkatárs az utcai szociális munka keretében kiemelkedően nagy hatékonysággal végezte a tüsserét, de sajnos ő 1998-ban visszaesett. Azóta az utcai munka gyakorlatilag nem működik.

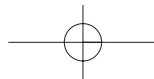
A tüssere és a metadon-fenntartó kezelés mellett más, a drogfogyasztáshoz kapcsolódó ártalmak csökkentését célzó tevékenységet is folytatnak. A főként az iskolák-

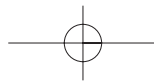
ban végzett elsődleges prevenció 1996 óta működő program. Ennek keretében 1998-ban 21 ezer gyerekkel találkoztak. Az ország egész területén tartanak előadásokat, mindenhová elmennek, ahová meghívást kapnak. Ezekre a fiatalok körében a droghasználatot megelőzni kívánó előadásokra sokszor elkíséri őket egy absztinens, vagy leállt drogos is.

Veszprémben és környékén az import heroin valamilyen oknál fogva nem terjedt el, az ópiumfüggők helyett a mákból előállított kompótot fogyasztják, melynek gyártása házilag folyik. Így az Ambulancia munkatársainak nem csak a közös tű és fecskendő használatának veszélyeire kell felhívniük a droghasználók figyelmét, hanem a közös főzőedények használatának kockázataira is. Ennek szükségességére azonban csak a már évek óta tartó steril fecskendők biztosítása ellenére történő Hepatitis fertőzések terjedése hívta fel figyelmüket. Az Ambulancián regisztrált összes kábítószer-használót átirányítják az ÁNTSZ szűrőállomására, ahol ingyenesen van lehetőség a HIV, illetve Hepatitis vírusok szűrésére. Az így rendelkezésükre álló adatok azt mutatják, hogy bár HIV fertőzött pillanatnyilag nincs, a Hepatitis C által megfertőzöttek aránya az intravénás droghasználók között 70-80%.

118

119





DROGAMBULANCIA – MISKOLC

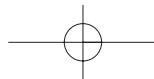
A miskolci Drogambulancia 1996-ban kezdte meg működését. Az ambulancián kezelésbe jelentkező drogfogyasztók egyötöde heroin-használó (2002-ben 1131 regisztrált beteg közül 227 fő). Ez a magas arány és az Ifjúsági és Sportminisztérium 2000-ben kiírt pályázata adta az ötletet az Ambulancia munkatársainak, hogy egy túcsere-programot indítsanak be Miskolcon. A kezdeményezést alátámasztotta az a klienseik körében végzett kutatás, amely az intravénás drogfogyasztók ártalomcsökkentő módszerekhez való hozzáállását vizsgálta. A túcsereire való igényt a megkérdezettek közül sokan egyértelműen megfogalmazták, de voltak, akik azt feleslegesnek tartották. Az annak szükségességét megkérdőjelező válaszokban két érv hangzott el indoklásul. Az egyik, hogy nincsen szükség ilyen programra, hiszen Magyarországon a gyógyszertárakban bárki hozzájuthat a steril felszereléshez, s Miskolcon ez a legelterjedtebb beszerzési mód az intravénás drog-

használók között. A másik érvelés az Ambulancia munkatársai számára riasztó, ám a túcsere és a droghasználathoz kapcsolódó veszélyekről szóló felvilágosító munka szükségességét annál inkább alátámasztani látszó indoklást tartalmazott. A megkérdezettek nagy többsége válaszolt úgy, hogy ha már megszerezte a heroin-adagot, számára teljesen mindegy, hogy azt mivel adja be magának.

A túcsere-szolgáltatást a program leendő munkatársai szerették volna az Ambulancia épületétől különálló helyen működtetni, de ez finanszírozási nehézségekbe ütközött, így a függetlenedés a mai napig nem megoldott. Pillanatnyilag a Drogambulancia épületében kap helyet a program. A beindítás körülményeit – az ország többi hasonló tevékenységet végző civil kezdeményezéséhez képest – megkönnyítette az, hogy az Ambulancia létrehozásától kezdve a rendőrség Bűnmegelőzési Alapítványa is részt vállalt annak megteremtésében. A rendőrség illetékesei egyértelmű ígéretet tettek arra, hogy a jövőben még az eddiginél is jobban ügyelnek arra, hogy a szolgálatot teljesítők elkerüljék a Drogambulancia épületét és környékét. A mai napig tartják magukat e megállapodáshoz. Az Ifjúsági és Sportminisztériumnál a Drogambulancia Alapítványon keresz-

120

121



tül megpályázott és a 2000-es évre kapott 1.2 millió forinttal, valamint a helyi önkormányzattól kapott, a steril tűk beszerzésére elegendő 100 ezer forintos támogatással viszonylag zökkenőmentesen jött létre, és kezdte meg működését a program. Mindezek ellenére az intravénás droghasználói igen bizalmatlanul fogadták azt, és több hónapnak kellett eltelnie, míg az első kliensek megjelentek.

A tűcsere anonim, csak az első alkalommal, kódszám alapján regisztrálják a résztvevőket. A nehéz indulás után egyre többen kezdték el látogatni, elsősorban az ambulancia betegek, valamint az azok ismeretségi körét alkotó fiatalok. Jelenleg 28 fő veszi rendszeresen igénybe a szolgáltatást, akik révén másodlagos tűcserével érik el a többi droghasználót. A programban megfordulókat minden esetben elküldik az ambulancia szomszédságában lévő Semmelweis Kórház ingyenes és szintén anonim AIDS szűrésére. A mai napig nincs HIV fertőzött intravénás droghasználó a kliensek között, és a Hepatitisszel fertőzöttek aránya is igen alacsony.

Annak érdekében, hogy elkerüljék a terápiára járó, leszokni kívánó drogfogyasztók találkozását a tűcserét igénybe vevő intravénás fogyasztókkal, a tűcsere nyitvatartási idejét kezdettől fogva az esti órákra tették.

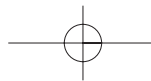
122

A programnak hét főállású munkatársa van (szociális munkás, mentálhigiénikus, illetve addiktológus konzulens), akik munkáját négy önkéntes segíti. Volt drogfogyasztókat nem sikerült eddig bevonniuk. Véleményük szerint ez a jövőben is nehezen kivitelezhető számukra, mivel tapasztalataik szerint aki egyszer leállt a drogokról, az nem szívesen megy vissza a kábítószerket használók közé, aki pedig maga is szerhasználattal él, az nem mindig működik együtt.

A steril injektáló felszerelést és a korlátozott számban rendelkezésre álló törülközőt és óvszert csak az intézményben adják ki. A tűforgalmat tekintve a kiadott tűk és fecskendők száma jóval meghaladja a visszahozott használt eszközökét, melyek megsemmisítését a szomszédos kórházi épületben végzik. Rendszeres adagyűjtést és -feldolgozást nem folytatnak, így nem áll rendelkezésükre semmilyen pontos adat a szolgáltatás forgalmáról.

Az elmúlt három évben időszakosan folytattak utcai szociális munkát is a város intravénás droghasználat szempontjából legfertőzöttebb részén. Ezen kívül talán még a Drogambulancia forgalmánál is nagyobb hatékonyságú volt egy szórakozóhelyen – annak megszűnéseig – fél éven keresztül végzett tűcsere-szolgáltatás. Itt

123



a tűcsere-program három munkatársa felváltva állt hétvégenként az érdeklődő fiatalok rendelkezésére. A steril eszközök kiadásán túl számtalan a drogfogyasztással kapcsolatos preventív jellegű beszélgetésre volt alkalomuk, és úgy tapasztalták, hogy erre nagy igény van a fiatalok között. Sajnos Magyarországon, elsősorban a drogfogyasztás büntetőjogi megítélésének következtében, valamint az ártalomcsökkentő programokkal szembeni társadalmi ellenérzések miatt, csak elvétve és igen rövid ideig képes életben maradni egy szórakozóhelyre kivitt tűcsere-program. A jövőben azonban az együttműködés lehetősége továbbra is fennáll, amennyiben a szórakozóhely ismét megnyílik majd közössége előtt, akikkel a program munkatársainak könnyebb kapcsolatot kialakítaniuk egy szórakozóhelyen, mint az Ambulancián.

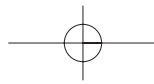
Annak tudatában, hogy hazánkban az ártalomcsökkentő programok még gyerekcipőben járnak – hiszen tíz éve, hogy az első tűcsere-szolgáltatás létrejött –, illetve tudva azt, hogy főleg az elmúlt négy év szigorú drogpolitikájának köszönhetően, a magyar társadalom a mai napig igen elítélően áll a drogfogyasztás jelenségéhez, egyáltalán nem meglepő, hogy az egyébként is nehezen elérhető intravénás drogfogyasztók bizalmát

124

nem könnyű elnyernie a segítő szakembereknek. Számukra ezért fontos minden lehetőség megragadása, hogy közelebb kerülhessenek e fiatalokhoz. Ha azonban az ezt segítő programok működtetését finanszírozási problémák nehezítik, annak egyértelműen a munka hatékonysága látja kárát. A miskolci tűcsere-program – a Magyarországon működő többi tűcsere szolgáltatáshoz hasonlóan – szinte teljes egészében a Gyermek-, Ifjúsági- és Sportminisztérium pályázatain elnyert összegeknek köszönhetően tartja fenn magát. A fent elmondottak alapján, illetve az ártalomcsökkentő módszerekkel kapcsolatos, azok létrehozását szorgalmazó hivatalos álláspontot ismerve érthetetlen, hogy miért gördít mégis akadályokat időnként e központi szerv – s annak a pályázatokat elbíráló testülete – a már működő programok elé.

A miskolci tűcsere-program például a beindításukat követő első évben (2000) 1 200 000 forint támogatást nyert a Minisztérium akkori pályázatán, amely fedezte a béreket és a működéshez szükséges eszközöket. A következő évben a 2 millió forint összegű támogatás jelentős fejlesztéseket tett lehetővé. A 2002-es évre szóló pályázatokra viszont az első körben elutasító válasz érkezett hozzájuk. Kizárólag a Drogambulanciát vezető

125



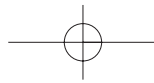
főorvosnő közbenjárásának köszönhető valószínűleg az, hogy végül is egy „pótpályázaton” mégis nyertek némi, csak kizárólag a béreket fedező támogatást. Érdekes azonban, hogy ez az utólag odaítélt támogatás a GyISM alacsony küszöbű programok támogatásáról szóló kiemelésében egyáltalán nem szerepel. Csak remélhető, hogy a Minisztérium munkatársai tisztában vannak azzal, hogy milyen nagy károkat okoz egy már működő program leállítása, és hogy lényegesen megnehezíti az esetleges újraindítást.

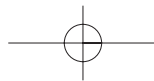
Az intravénás drog fogyasztók nagyon sok esetben kizárólag az alacsony küszöbű szolgáltatások révén jutnak közelebb ahhoz, hogy egyszer fel tudjanak hagyni a kábítószer-használattal, és kizárólag e szolgáltatások képesek olyan bizalmi kapcsolatot kialakítani a szerhasználókban, amely lehetővé teszi, hogy védjük őket is és a társadalmat is a drogfogyasztáshoz kapcsolódó ártalmaktól.

A miskolci tűcsere-program mindezek ellenére 2003. május 1. óta egy új pályázaton elnyert támogatásból bővítette szolgáltatási körét, és így a tűcserét már az intravénás drogfogyasztás szempontjából fertőzött környező városokba (Tiszaújváros, Kazincbarcika, Ózd) is eljuttatja. Fontosnak tartják az utcai szociális munka

126

127





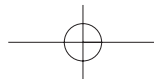
UTCAFRONT – BUDAPEST

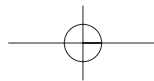
Az első magyar mobil tűcsere-szolgáltatás létrejötte mérföldkő a magyarországi ártalomcsökkentő módszerekkel dolgozó civil kezdeményezések között. Egyrészt az ártalomcsökkentő módszerek között fontos helyet elfoglaló szolgáltatásformát honosít meg hazánkban, másodsorban pedig mindezt egy olyan világ városban teszi, mint Budapest, ahol a mobil tűcsere a második tűcsere-programot jelentette 2001-ben. A szolgáltatás létrejötte az Utcafront nevet viselő program munkatársainak köszönhető, akik a Baptista Szerehetszolgálat keretén belül végzik munkájukat 2001 októbertől, öt szociális munkással, közöttük a program vezetőjével. Az Utcafront kifejezetten utcai szociális munkát végez, s elsősorban azért jött létre, hogy Budapest területén a halmozottan hátrányos helyzetű hajléktalan drogfogyasztó réteggel felvegye a kapcsolatot és segítse őket. Főleg „szipusokkal” és intravénás drogfogyasztókkal kerülnek kapcsolatba.

Tekintettel arra, hogy Budapesten az Utcafront beindítása előtt semmilyen szervezett, igazán hatékony utcai szociális munkát végző szervezet nem volt, az Utcafront megalakulásakor első feladatának a budapesti drogszcéna feltérképezését tekintette. Budapest legkülönbözőbb területein megfordultak, és önkénteseket is bevonva a munkába, általában 6-10 szociális munkást foglalkoztatott, akik folyamatosan járták a város utcáit.

A szociális munkások a Budapest környéki barlangoktól kezdve a csatornák világán át a város gazdagabb területeinek parkjaiban is megfordultak e felderítő munka során. Hamarosan jól látták, hogy a város mely részein találják meg azokat a hajléktalan drogfogyasztókat, akiken segíteni szerettek volna. Ennek köszönhetően az így pontosan körülhatárolható, a kábítószer-fogyasztók által szívesen „látogatott” helyeken az Utcafront szociális munkásai az azóta beindított mobil tűcsere-szolgáltatástól függetlenül, a mai napig állandó jelenlétükkel, tanácsadással, a hajléktalan drogfogyasztóknak nyújtott szociális ügyintézésel és különböző ártalomcsökkentő tevékenységekkel próbálnak a rászorulókon segíteni.

A drogfogyasztás által frekvenciáltnak tekinthető nyílt terepeken a kezdetektől fogva találtak eldobált





fecskendőket és tűket, melyeket rendszeresen összegyűjtöttek. Budapesten, mint a világ más városaiban, vannak olyan frekvenciós városrészek, kerületek, lakótelepek, ahol az intravénás drogfogyasztás jellemzően az utcára szorul, s ennek következményeként egyre több játszótéri homokozóban, lakóházak lépcsőházaiban, tetőin található eldobált használt tű és fecskendő. Az Utcafront szociális munkásai számtalanszor voltak szemtanúi, hogy a játszótereken kiskorú gyerekek „játszának” eldobált tűkkel, fecskendőkkel. Sokszor láttak drogfogyasztókat közterületeken „szűrni” munkájuk során, és már ekkor próbáltak kapcsolatba kerülni velük. Az Utcafront vezetője szerint hazánkban az intravénás droghasználók között a mai napig megfigyelhető a közös tű használata, a szlogenné vált mondat kíséretében: „Az AIDS-es szűr utoljára.” Többek között ezek a döbbenetes tapasztalatok készítették a program munkatársait cselekvésre, a mobil tűcsere-program beindítására.

A tűcsere megkezdése előtt nem csak a nyílt terepeken végeztek tájékoztató felméréseket, hanem a város gyógyszertárait is a kiadott steril tűk és fecskendők mennyiségéről. Ez a Budapest szinte összes gyógyszertárát érintő kutatás is igazolta korábbi tapasztalataikat,

130

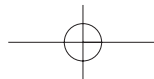
miszerint egyértelműen meghatározható, hogy a város mely részein jellemző leginkább az intravénás droghasználat.

A mobil tűcsere szolgáltatást végül is 2002 szeptemberében indították be az előzőleg feltérképezett, a probléma szempontjából frekvenciós helyeken. A programot a GyISM valamint az ESsCsM támogatásával sikerült létrehozni, akik azóta is biztosítják annak működési költségeit.

A szolgáltatás célja elsősorban a használt fecskendők szakszerű begyűjtése, a drogfogyasztók által leadott tűk és fecskendők helyett steril felszerelés rendelkezésre bocsátása, HIV/AIDS és Hepatitis prevenció a tűcserevel és információ-szolgáltatással, valamint szociális munka végzése annak érdekében, hogy így segítsék és motiválják az általuk elért drogfogyasztókat a leszokásban. A program fontos célkitűzése mindezek mellett a közterületi belvőhelyek kialakulásának megelőzése is.

A tűcsere egy lakóautóban zajlik, a busz állandó személyzetét két szakképzett szociális munkás alkotja, akik az előbb említetteken túl a drogfogyasztással, annak abbahagyásával kapcsolatos tájékoztatást is nyújtanak az intravénás drogfogyasztók részére. A lakóautó a hét 5 napján, hétfőtől péntekig naponta 16 és 20 óra

131



között napi beosztásban, minden nap más városrészben, de ott mindig ugyanazon a megadott helyen áll a szolgáltatásokat igénybe venni kívánók rendelkezésére. Így Budapest öt nagy, az intravénás drogfogyasztás szempontjából jelentősen fertőzött részén végeznek tűcserét: Csepelen, Újpesten, Újpalotán, Kőbányán és a Havana lakótelepen. A tűcseréhez steril felszerelést a Drogrevenációs Alapítványtól kapnak, akikkel folyamatos munkakapcsolatban állnak és akikkel együttműködve alakították ki a program protokollját is.

Az alapszabály szerint a buszban tilos a kábítószeres fogyasztása, kereskedelme és az agresszió bármilyen formája. Eszerint a programot név nélkül, ingyenesen lehet igénybe venni. A lakóautóban kialakított két pihenőhelyiségben lehetőség nyílik a pihenésre, ingyen tea és kávé fogyasztására, valamint gumióvszert, információs anyagokat is kaphatnak az érdeklődők. A fecskendő és tűcsere mellett vitaminokat, élelmiszert és ruhát adnak a rászorulóknak. Ezen kívül más ártalomcsökkentő szolgáltatást is biztosítanak, mint például az egyéni esetkezelés lehetőségét, valamint adott esetben a programban dolgozó szociális munkások segítségét nyújtanak a klienseknek a Társaság a Szabadságjogokért jogsegélyszolgálatára való bejelentkezéshez.

132

A mobil tűcsere szolgáltatás beindítását megelőzően az ÁNTSZ-től kértek engedélyt. A rendőrséggel való bármilyen összeütközés megelőzése érdekében, a TASZ munkatársának segítségével a program vezetője levélben értesítette az érintett kerületi rendőrkapitányságok illetékeseit a szolgáltatás beindításáról, és kérte a rendőrök együttműködését. Mindezek ellenére még három hete sem működött a program, amikor az egyik városrészben éppen a szokásos, kijelölt helyén állomásozó lakóautót rendőrök vették ellenőrzésük alá, egy állítólagos lakossági bejelentésnek téve eleget. Az eset pikantériája, azon túlmenően, hogy az előzetes, külön a rendőrség jelenlétét megelőzni kívánó tájékoztatás ellenére tették mindezt, az, hogy az említett helyszín közelében egyetlen lakóépület sem áll. Az már pusztán csak a szerencsés véletlennek köszönhető, hogy a rendőrség megjelenésekor egyetlen, a tűcsere-szolgáltatást igénybe venni szándékozó drogfogyasztó sem tartózkodott a buszban, sem annak környékén. Az esetet követően a program vezetője az adatvédelmi biztos állásfoglalását kérte a rendőrség ilyen körülmények közötti igazoltatási, motozási gyakorlatával kapcsolatban. A biztos a program részére megküldött állásfoglalásában kifejtette, hogy a rendőrségnek nincsen jogalapja a

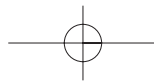
133

lakóautóba belépők igazoltatására, a jármű átvizsgálására. Az adatvédelmi biztos állásfoglalását követően néhány hónappal később egy másik városrészben a rendőrök mégis ismét megjelentek az éppen ott tartózkodó lakóautónál, de a program munkatársai ezúttal már nem engedték be őket, így az autó átvizsgálására nem került sor.

A mobil tűcsere-szolgáltatás egyéves működését a program vezetője pozitívan értékeli. Elmondása szerint nem egyszer volt a program munkatársainak alkalmuk drogfogyasztással, illetve a HIV/AIDS terjedésével kapcsolatban megelőző beszélgetést folytatniuk intravénás droghasználó fiatalokkal, és vannak városrészek, ahol már visszajárnak hozzájuk a kliensek. Az elmúlt egy év során hét náluk megfordult intravénás drogfogyasztó is bekerült az intézményes ellátórendszerbe, négyen közülük drogambulanciával vették fel a kapcsolatot, háromnak pedig sikerült bejutnia rehabilitációra. Körülbelül 50 főt értek el a mobil tűcsere-szolgáltatással eddig, akiknek kb. 800 steril felszerelést adtak ki. Az utcai szociális munkások megközelítőleg 1000 darab eldobált használt tűt gyűjtöttek össze.

KÉK PONT DROGKONZULTÁCIÓS KÖZPONT – BUDAPEST

A Kék Pont 1996-ban alakult civil szervezet. Megalakulásakor célkitűzései között szerepelt a droghasználók és a droghasználatban valamilyen módon érintettek (pl. hozzátartozók) ellátása, a konzultáció meghonosítása a hazai gyakorlatban, valamint alacsony küszöbű szolgáltatások nyújtása. 1996 óta kb. 1300 klienssel dolgoztak együtt. Az ártalomcsökkentést 1998-ban utcai szociális munkával, valamint a party-service szolgáltatással kezdték, 2000-ben pedig beindították a „Kettőspont” elnevezésű ártalomcsökkentő programjukat. Ennek keretén belül is folytatták az utcai megkezeső munkát, amelyben sorstárs segítők is alkalmaztak (aktív és már leállt drogosokat). A fél éven keresztül aktívan folytatott igényfelmérés jellegű utcai munkának köszönhetően 2001-ben létrehozták az „Ártalomcsökkentő Kettőspont Klubot”, ahol az OEP támogatásának köszönhetően már erősebb keretek között emelt küszöbű szolgáltatásokat is nyújtottak. A klubot



a GyISM által kiírt pályázatokon nyert pénzből tartják fent. Az ambulancia emelt küszöbű szolgáltatásai mellett a klub lehetőséget nyújt az anonimitás megőrzésére. Szolgáltatásaik a klasszikus szociális munkán túl a tanácsadással, egyéni esetkezeléssel, valamint csoportos beszélgetésekkel egészültek ki, a kliensek a mai napig igénybe vehetik az anonim jogi és orvosi tanácsadást is.

2002 őszén bővült a szolgáltatásuk a tűcserével, amely nem elkülönült szolgáltatásként, nem külön programként folyik náluk, hanem a többi szolgáltatással egyenértékű, igény szerint elérhető lehetőség. Forgalmuk ennek megfelelően csekély, a hozzájuk betérő fiatalok többsége nem a steril felszerelés megszerzése miatt jön. A tűt cserélőket kóddal regisztrálják. Jelenleg 120 kódszámmal regisztrált kliensük van az ártalomcsökkentő programban, akiknek több mint a fele a mai napig rendszeresen megfordul náluk.

Az ártalomcsökkentés keretén belül hetente kétszer, a Drogprevenációs Alapítvánnyal és a Dzsumbuj Help programmal együttműködve tanácsadást végeznek a „Dzsumbuj” néven ismert lakótelepen, valamint ugyanennyi időt töltenek az Erzsébet Kórház Sürgősségi Belgyógyászati és Klinikai Toxikológiai Osztályán,

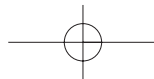
136

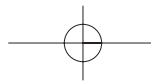
ahol a legtöbb túlادagolás miatt segítségnyújtásra szorult embert kezelik Budapesten.

2003 júliusán bővült a mobil tűcsere-szolgáltatással szolgáltatásaik köre. Az ekkor már közel egy éve működő mobil tűcsere-programmal, az Utcafront programjával együttműködési megállapodást kötöttek. A Kék Pont és az Utcafront szociális munkásainak előzetes felmérései alapján felosztották egymás között a főváros kerületeit. Elsődleges szempont volt, hogy lehetőleg mindkét program olyan területeken tudjon működni, ahol a szociális munkásaiknak már sikerült élő kapcsolatot kiépíteniük a droghasználókkal. Ennek megfelelően a megállapodás szerint a Kék Pont az I–XII. kerületekben végzi mobil tűcsere szolgáltatását, valamint a külső kerületek közül Békásmegyeren és Gazdagréten, az Utcafronttal közösen ellátott területek pedig Csepel és Kőbánya.

A hét minden napján, naponta 15 és 21 óra között, 11 helyszínen (ami a hét napjaira lebontva napi három helyet jelent) parkol le a busz, minden helyszínen másfél órán keresztül várakozva. A kiválasztott helyszínek a belváros főbb közlekedési csomópontjai környékén vannak. A Buszban egy gyakorlott szociális munkás és egy önkéntes ügyeletes tartózkodik, az eszközcsere

137



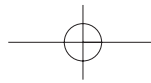


mellett itt is inkább a tanácsadásra fektetik a hangsúlyt. A tűcsere ingyenes, anonim módon vehető igénybe, a klienseket kódszámmal regisztrálják. Az előzetes utcai szociális munkának köszönhető valószínűleg az, hogy a busz első útja óta már van egy öt főből álló rendszeresen visszatérő klientúrájuk, akik eddig körülbelül 100 steril felszerelést vittek el.

A mobil tűcsere-program beindításáról írásban értesítették a Budapesti Rendőrfőkapitányt. A buszban rendőrségi ellenőrzésre eddig nem került sor.



138



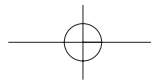
UTÓSZÓ

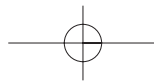
1998 és 2002 között négy éven keresztül a prohibicionista szólamok uralták a drogkérdésről szóló párbeszédet a hazai nyilvánosságban. Nem is lehet ez másképp, ha egy kormányzat első intézkedései közé tartozik a kábítószerrel kapcsolatos jogszabályok szigorítása és ezzel az ártalomcsökkentő drogpolitika háttérbe szorítása. A szigorú drogpolitika négy évének eredménytelenségét a drogfogyasztók számának folyamatos emelkedése egyértelműen bizonyítja.

A TASZ éppen ezért üdvözölte a 2002-es kormányváltás után a Büntető Törvénykönyv módosítását, mely a drogfogyasztást ugyan továbbra is büntetőjogi kategóriaként kezeli, a korábbi szabályozáshoz képest mégis előrelépést jelent. A büntetési tételek enyhülése mellett a legjelentősebb változást az jelentette, hogy az 1993-1998 közötti időszakhoz hasonlóan az elterelés lehetősége újra megnyílt az alkalmi fogyasztók számára is. A drogfogyasztás problémájának hatékony kezelé-



139



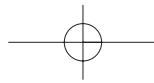


séhez azonban ennél többre van szükség. Olyan drogpolitikára, amely belátva azt, hogy a drogok nélküli társadalom megvalósítása illúzió, a tiltás és megfélemlítés helyett a droghasználattal járó ártalmak csökkentésére koncentrál. Ahhoz viszont, hogy az ártalomcsökkentés szemléletét a közvélemény is elfogadja, a már működő programok fejlődhessenek, a hazánkban még nem alkalmazott különböző új módszerekkel együtt általánosan ismertté váljanak, a drogpolitika alakításáért felelős politikai vezetők részéről a jelenleginél nagyobb költségvetési és politikai támogatásra lenne szükség.

A döntéshozók részéről az anyagi feltételek megteremtése és az ártalomcsökkentő drogpolitika mellett való egyértelmű állásfoglalás szükségesek ugyanis ahhoz, hogy a drogprobléma kezelésében valódi eredményeket érjünk el. Az pedig, hogy a drogfogyasztás tiltását előtérbe helyező szemlélet átadja helyét egy – a tapasztalatok szerint – bevált drogpolitikai modellnek közös érdekünk, így közös feladatunk az is, hogy a ma még sokszor idegenül hangzó „ártalomcsökkentés” minél hamarabb a társadalomban elismert, és széles körben alkalmazott módszerré váljék.

Kötetünk remélhetőleg hozzájárul ahhoz, hogy a hazánkban már működő tücsere szolgáltatások és meta-

don-programok, valamint a jelen kötetben bemutatásra nem került, az ártalomcsökkentés szemléletén alapuló egyéb módszerek elnyerjék méltó helyüket a drogbetegeket kezelő ellátórendszerben és a társadalom egészénél befogadásra találjanak.





ISBN 963 214 1407

ISSN 1586 – 1147

Kiadja a Társaság a Szabadságjogokért
Tördelés, nyomdai előkészítés: Typo Time Bt.
Nyomta a Beke Print Kft. nyomdája

