
A szociális ellátórendszer szerepe a kábítószerhasználó fiatalok életében

Jablonkai Ilona* – Jakab Nóra**

A tanulmányunk témájául a kábítószerfogyasztás fiatalokúakra gyakorolt hatását választottuk, különös tekintettel a szociális kérdésekre. A kábítószerhasználó fiatalok esetében ugyanis a szociális jognak hangsúlyos a szerepe. Kifejezetten az érdekelt bennünket, hogy a mai világban milyen gyakran kerülnek kapcsolatba a fiatalok a kábítószerrel, illetve milyen ellátórendszer áll rendelkezésre a „kábítószer használata” során és azt követően. Milyen ellátások segítik a fiatalokú felépülését? A fiatalokúak veszélyeztetettsége kapcsán a szakemberek leggyakrabban a szociális intézkedések fontosságára, a szociális háló kiépítésére, az intézményesített támogatásra, ellátásra hivatkoznak. Tanulmányunkban ezt a rendszert vizsgáljuk meg.

Kulcsszavak: szociális ellátórendszer, kábítószerhasználó fiatalok, prevenció, család

The role of the social care system in the lives of young people who use drugs

The topic of our study was the impact of drug use on juveniles, with a special focus on social issues. In the case of young drug users, the role of social law is emphasized. We are particularly interested in how often young people come into contact with drugs in today's world and what care systems are available during and after 'drug use'. What benefits help the juvenile recover? In connection with the vulnerability of juveniles, professionals most often refer to the importance of social measures, the building of a social network, institutionalized support and care. In our study, we examine this system. However, before we get to that, we write about the importance of prevention and the role of the family in young people who use drugs.

Keywords: social care system, young people using drugs, prevention, family

<https://doi.org/10.32980/MJSz.2021.4.1256>

A tanulmányunk témájául a kábítószerfogyasztás fiatalokúakra gyakorolt hatását választottuk, különös tekintettel a szociális kérdésekre. Kifejezetten az érdekelt bennünket, hogy a mai világban milyen gyakran kerülnek kapcsolatba a fiatalok a kábítószerrel, illetve milyen ellátórendszer áll rendelkezésre a „kábítószer használata” során és azt követően. Milyen ellátások segítik a fiatalokú felépülését? A fiatalokúak

* Törvényszéki titkár, Gyulai Törvényszék.

** Egyetemi tanár, Miskolci Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Civilisztikai Tudományok Intézete.

veszélyeztetettsége kapcsán a szakemberek leggyakrabban a szociális intézkedések fontosságára, a szociális háló kiépítésére, az intézményesített támogatásra, ellátásra hivatkoznak. Tanulmányunkban ezt a rendszert vizsgáljuk meg. Azonban mielőtt erre rátérünk a kábítószer használó fiatalok esetében a prevenció fontosságáról írunk.¹

Az Országgyűlés 2013. október 7. napján fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen alcímmel ellátott 80/2013. (X.16.) OGY határozatot. A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013 és 2020 közötti időszakra állapít meg célkitűzéseket. A stratégia amellett, hogy elismeri a kábítószerhasználattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelésének szükségességét, fő céljának az illegális szerhasználat csökkentését tekinti, célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A cél elérését a Nemzeti Drogellenes Stratégia széles körű prevenciók tevékenységgel, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú szemléletmód és a reintegráció megerősítésével, a kínálatcsökkentés területén bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazásával, valamint a terjesztői magatartások elleni szigorú fellépéssel kívánja megvalósítani. A stratégia öt alapérték (élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog; személyes és közösségi felelősségvállalás; közösségi aktivitás; együttműködés; tudományos megalapozottság) megfogalmazása mentén határoz meg általános és konkrét célokat az alábbi területeken: egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés; kezelés, ellátás, felépülés; kínálatcsökkentés. Korábban a hatályos Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósítása érdekében Szakpolitikai Programot fogadott el a Kormány, melyet 2010/2015. (XII.29.) számú határozatában hirdetett ki, mely 31 intézkedést és 56 feladatot tartalmazott. Ezt a szakpolitikai programot követte az 1669/2017. (IX.15.) Korm. határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2017-2018. évekre vonatkozó szakpolitikai programjáról, a program 27 intézkedést tartalmaz. A program négy pillére: I. Az egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés rendszerének fejlesztése, II. A kezelés, ellátás, felépülés rendszerének fejlesztése, III. A kínálatcsökkentési beavatkozások rendszerének fejlesztése, IV. Az emberi és társadalmi erőforrások mobilizálása.²

A Kormány 2011-ben létrehozta a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanácsot, amelynek kiemelten fontos feladata volt a Nemzeti Bűnmegelőzési Stratégia megalkotása. A stratégia tíz évre, 2023-ig határoz meg célokat a bűnmegelőzés vonatkozásában, kiemelt prioritásai között szerepel a gyermek- és fiatalkori bűnözés megelőzése, melyen belül az egyik részterület a szenvedélybetegségek megelőzése, az alkohol- és drogreprevenció. A Rendőrség drogreprevenációs tevékenységének alapját „A gyermek és ifjúságvédelmi programok egységes végrehajtásáról” szóló 16/2016. (VII.21.) ORFK utasítás adja, amely átfogóan szabályozza az iskolai és az óvodai programokkal kapcsolatos rendőri feladatokat. A Rendőrség által működtetett komplex

¹ Tesszük ezt anélkül, hogy a serdülők egészségmegtartásában szerepet játszó rizikó, és protektív faktorokat áttekintենék. Erről lásd részletesen: Paksi B. (2019): Drogfogyasztási szokások. In: Németh Á., Várnai D. (szerk.) Kamaszéletmód Magyarországon. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezet együttműködésében megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. ELTE PPK - L'Harmattan Kiadó. Budapest. 17-35. old.

² 2019-es ÉVES JELENTÉS (2018-as adatok) az EMCDDA számára, készítette Nemzeti Drog Fókuszpont „MAGYARORSZÁG” 5-6. old.

bűnmegelőzési programok része a drogpreevenció. Az OVI-ZSARU, a DADA, az ELLEN-SZER és az Iskolai Bűnmegelőzési Tanácsadó programokon keresztül a Rendőrség 5 éves kortól 18 éves korig kíséri és látja el tanácsokkal a gyermekeket, fiatalokat. A DADA programban a 2017/2018-as tanévben 223 település 367 iskolájában 1419 osztály és 30937 gyermek vett részt, akiket 178 rendőr oktatott. Az ELLEN-SZER programban országosan 36 település 58 iskolájában 141 osztály 36767 diákjának 38 rendőr tartott oktatást. A fiatalok kábítószer-fogyasztásának visszaszorítása érdekében a rendőrség 2014 szeptemberében új drogpreevenció programot indított „A szülők és a családtagok a rendőrség kiemelt partnerei a kábítószer-bűnözés megelőzésében” címmel. A program célja, hogy a 12-18 éves gyermekeket nevelő szülők, családtagjaik közvetlen tájékoztatást kapjanak a kábítószerfogyasztás kockázatairól, büntetőjogi következményeiről.³

A kábítószer-problémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi szinten és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia. Egyaránt figyelni kell a társas-közösségi feltételekre és hatásokra, illetve a személyre és annak környezetére. Különösen a nevelési-oktatási intézményi szinten vannak már jelei, hogy a kábítószer-megelőzés szűkebb értelmezése helyett a programok középpontjába az egészségfejlesztés, az átfogó testi, lelki, szellemi, társadalmi jólét kerül.⁴

A korszerű szakirodalom általános/univerzális, célzott, javallott megelőzés felosztást alkalmaz, a szintereken törekedni kell mindhárom kategória egyidejű megjelenítésére. Az egészségfejlesztés részeként zajló, valós szükségletekre épülő, körültekintően tervezett, folyamatos, értékelt és összehangolt megelőző munka is főleg helyi közösségekben, illetve azok által valósítható meg. A programok eredményessége elsősorban a személyes ellenálló-, megbirkózási és konfliktuskezelő képességben, az én-hatékonyágban, bizonyos ismeretek és készségek elsajátításában mutatott fejlődésnek, valamint a szerhasználat elutasításának tükrében ítéhető meg. A rendelkezésre álló tapasztalatok ellenére jelenleg megoldatlan a megelőzési programok minőségbiztosítása. Olyan minőségbiztosítási rendszer kialakítására van szükség, amely a bemeneti (akkreditáció), a nyomon követési (monitoring) és a kimeneti (hatásvizsgálatok, jó gyakorlatok) követelményeket egyaránt felöleli és összehangolja. Feladatok a megelőzésben az alábbi szintereken kell, hogy megvalósuljanak: 1. helyi közösségek szintere, 2. családi szintér, 3. köznevelési intézményi szintér, 4. gyermekvédelmi intézményrendszer, 5. felsőoktatási szintér (beleértve a kollégiumokat is), 6. kortárs csoportok, ifjúsági közösségek szintere, 7. média szintér, 8. munkahelyi szintér, 9. büntető-igazságszolgáltatás intézményei, 10. a büntetés helyett kezelés intézménye. A prevenció érdekében minden intézkedést meg kell tenni, mivel a devianciának egy bizonyos - meg nem határozott - szintnél nagyobb gyakorisága a társadalom egészének működését súlyosan veszélyezteti.⁵

³ Lásd előző forrás 83-84 old.

⁴ Lásd részletesebben kifejtve a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020 szóló 80/2013. (X.16.) OGY határozat V.2. pontjában

⁵ Andorka Rudolf: *Devianciák Magyarországon*, Devianciák Magyarországon, 1994, Közélet Kiadó, 32. old.

A fentiekhez kapcsolódóan kiemeljük az alábbi: bár a szocializáció szempontjából a gyermekkor tagadhatatlanul meghatározó, fontos hangsúlyozni, hogy a szocializáció jelen van az egész élet alatt. Különösen fontos időszak a serdülőkor, amikor egy új szocializációs közeg jelenik meg, mégpedig a kortársak. Ebben az időszakban a kortárskapcsolatok felértékelődnek, a társak viselkedése és értékrendszere komoly jelentőséggel bír a személyiségét és identitását építő kamasz számára. Ebben az időszakban gyakran alakulnak ki csoportok, illetve az is gyakori, hogy egy fiatal egy adott csoporthoz szeretne tartozni. Ezekben a kortárscsoportokban hagyományok és szokások vannak, amelyek megszabják a tagoknak az elvárásokat, amelyeknek meg kell felelniük ahhoz, hogy a csoport tagjai lehessenek. Tehát, ha egy csoportban a deviáns viselkedés az elfogadott, a szabálykövető viselkedést pedig elutasítják, akkor az a fiatal, aki bekerül ebbe a közösségbe hasonlóan fog viselkedni, mint a csoport többi tagja, és megszerzi a beilleszkedéshez szükséges tudást és elsajátítja a csoport normarendszerét. Ha egy csoportban rendszeres a drogfogyasztás, akkor az a személy, aki visszautasítja ezt a viselkedésformát, nehezen maradhat tag. A közös kábítószerelés, a valahova tartozás élményét nyújthatja és a csoport összetartozását is erősítheti. Ezeknél a közösségeknél gyakori, hogy alapfeltétel a valamilyen szerfogyasztás, például a dohányzás, füvezés, és aki nem él ezekkel a szerekekkel, az nem is léphet be a csoportba. Tehát a serdülőkori szerfogyasztás meghatározó tényezője a kortárshatás.⁶

A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatás a fentiekkel összefüggésben az alábbiak szerint kapcsolódik a Nemzeti Drogellenes Stratégia konkrét céljaihoz: növekedjen az olyan programok és kezdeményezések száma, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószerrel nem fogyasztó fiatalokat, illetve népszerűsítik a szermentes életformát. A megelőzési programok tervezése során fordítódjon kiemelt figyelem a család szerepének erősítésére és a szülői szerepre való felkészülésre. Csökkenjen a kábítószerrel kipróbáló, illetve alkalmasszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli aránya. Az ellátás minőségének és hatékonyságának értékelése érdekében törekedni kell a minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítására. Csak megfelelő szakmai ajánlással rendelkező és monitorozott egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, a köznevelési intézmények tevékenységét is beleértve.⁷

Látható tehát, hogy a fiatalkorúak esetében a prevenció az egyik legfontosabb eszköz a kábítószerhez való viszonyuk kialakításában.⁸ Mi történik azonban a

⁶ Horváth Dóra-Rucska Andrea-Sztojev-Angelov Ilona: Fiatalkorú elítéltek drogfogyasztásának okairól, Egészségtudományi Közlemények, 7. kötet, I. szám (2017) 60. oldal

⁷ Lásd erről Paksi Borbála: Drogfogyasztási szokások. In: Németh Á., Várnai D. (szerk.) Kamaszélelmód Magyarországon. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezet együttműködésében megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. ELTE PPK - L'Harmattan Kiadó. Budapest. 2019. 10. o.

⁸ Egyetértünk Ujváry István tanulmányában írt gondolataival, hogy a drogprobléma megoldásának kulcsa a megelőzés. Véleménye szerint ennek két alappillére a keresletcsökkentés és a kínálatcsökkentés, melyeket a nevelés és a jogi szabályozás traverzei kötnek össze. A hatékony megelőzésnek az alábbiakkal kell számolnia. 1. a könnyen hozzáférhető és ezért olcsó drogok okozzák a legnagyobb

kábítószer-használat alatt és azt követően? Milyen ellátások segítik a fiatalok felépülését? A fiatalok veszélyeztetettsége kapcsán a szakemberek leggyakrabban – mint ahogyan korábban említettük – a szociális intézkedések fontosságára hivatkoznak. Ha jól működnek a társadalom intézményrendszerei, és a személy alaposan betagozódik az őt körülvevő társadalomba, akkor védeltséget kap, egyben képessé válik arra, hogy a mindenki által elfogadott társadalmi norma szerint éljen. Ez nem kevés, és nem néhány személyre kiszabott, hanem össztársadalmi feladat. Mielőtt azonban megvizsgáljuk a szociális biztonsági rendszer ellátásait, a kábítószerhasználat statisztikai adatait mutatjuk be a fiatalok körében.

1. Kábítószer-használat a fiatalok körében

A 18 évesnél fiatalabb korosztályok körében két, nemzetközi standardok alapján végzett vizsgálat is történt az elmúlt másfél évtizedben (HBSC⁹ és ESPAD¹⁰). A „Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010” (HBSC) vizsgálat szerint a kipróbálás illegális szerekre, - visszaélészerű gyógyszerhasználatra - inhalánsokra¹¹ vonatkozó együttes életprevalencia¹² értéke a megelőző 2002-es és 2006-os

társadalmi problémát; 2. egy drog, illetve fogyasztásának egészségügyi és társadalmi elfogadottsága; 3. a használat (toxicitás, függőség) kockázatával kapcsolatos felfogások, hiedelmek; 4. a kezdeti (kísérletező), az alkalmi, valamint a függőséghez vezető tartós használatok eltérő okai és körülményei; 5. a drogfogyasztók kulturális, szociális, családi vagy genetikai okokból általában sebezhetőbbek, és így eleve nagy a függővé válásuk kockázata. A keresletcsökkentés egyrészt egy általános, másrészt a veszélyeztetett csoportokat megcélzó speciális nevelési, egészségmegőrzési és rehabilitációs stratégia, melyet a családban, az iskolában, az egészségügyi intézményekben, valamint közösségi szinten egyaránt meg kell valósítani. Fő célja, hogy különféle problémakezelő megoldási lehetőségekkel felvértezzék a fiatalokat a kihívásokkal szemben. Nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy üdvözítő módszer nincs, ugyanakkor kétségtelen, hogy az egészséges és sikeres életvitelre nevelésben szerzett ismeretek más területen is hasznosulnak. A kockázattérkékelés során a legcélravezetőbb stratégiát az adott ország, illetve társadalmi réteg gazdasági és szociális állapota, hagyományai, valamint a drogfogyasztás aktuális szerkezete és trendje alapján kell kialakítani, különös tekintettel a serdülő fiatalokra. A kínálatcsökkentés fő szereplői a drogpia és a bűnüldözés, melyek évtizedek óta nemzetközi szinten mérik össze erejüket. Országoként igen jelentős összegeket emészt fel egy-egy kiemelten veszélyesnek tekintett kábítószer természetének, illetve előállításának, valamint kereskedelmének megakadályozása – több - kevesebb sikerrel. Egyre szélesebb körben osztott az a vélemény, hogy jobb és tartósabb eredményeket lehet elérni, ha ezen összegek egy részét a keresletcsökkentésre fordítanák. Ujváry István: Kockázatok és mellékhatások. A drog- és kábítószer-probléma kockázatelemzési modellje. (MTA Kémiai Kutatóközpont Kémiai Intézet) Magyar Tudomány, 2004/4., 7-8. old.

⁹ HBSC: Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-Aged Children). Az Egészségügyi Világszervezet által kezdeményezett és nemzetközi szabványok alapján zajló egészségmagatartás-vizsgálat. Magyarországon 1985 óta zajlanak ezek a vizsgálatok, négyévenkénti ismétlődéssel. A „Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, 2010” nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.

¹⁰ ESPAD: Alkohollal és más drogokkal kapcsolatos európai iskolakutatás (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Az Európa Tanács által kezdeményezett, független kutatói csoportok által, nemzetközi szabványok alapján megvalósított kutatás a fiatalok szerfogyasztási szokásairól. Adatfelvétele jellemzően négyévente történik.

¹¹ Inhaláns: A szervezetbe a légutakon át bejuttatott pszichoaktív anyag, amely elsősorban a légutakon, illetve a tüdő nyálkahártyáján keresztül szívódik fel a szervezetbe.

¹² Prevalencia: Arányszám, mely adott földrajzi területen, adott idő alatt, adott feltételek vagy jellemzők előfordulását mutatja meg a társadalomban. Beszélhetünk például életprevalenciáról vagy elmúlt havi

értékekhez képest egyaránt emelkedést mutat. 2010-ben a 9. és 11. évfolyamok tanulói körében ez az arány meghaladta a 30%-ot (2002-ben 24,3%, 2006-ban 20,3% volt).¹³

2007-hez képest a 2011. évi ESPAD vizsgálat adatai jelentős emelkedést mutattak, a 2003-2007 közötti csökkenő tendencia az elmúlt években megfordult. Az összes illegális szer életprevalencia-értéke jelentősen nőtt, a fiúknál 3,2 a lányoknál pedig 6 százalékponttal. Ezen belül a legjelentősebb növekedést (2,1 százalékpont) az amfetaminok használata mutatta. E vizsgálat szerint 2011-re újra jelentősen emelkedett a szervesoldószer-belélegzés életprevalenciája. A lakóhely szerinti megoszlás annyiban változott, hogy a tiltott szereket és a droghasználati célú szereket valaha kipróbálók aránya elsősorban vidéken növekedett, tehát csökkent a vonatkozó fővárosi és a vidéki mutatók közötti különbség. A továbbiakban vizsgáljuk meg a kábítószer-használatot követően elérhető ellátásokat.¹⁴

prevalenciáról. Életprevalencia: a személy élete során legalább egyszer már megvalósította az adott magatartást. Életprevalencia-érték jellemzően azon személyek számaránya egy adott közösségben, csoportban, akik életükben legalább egyszer fogyasztottak már például kábítószeret. Ebbe beletartoznak azok is, akik egy alkalommal fogyasztottak szert, de azok is, akik rendszeres használók.

¹³ A Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020 szóló 80/2013. (X.16.) OGY határozat II.1. pontja szerint Az egyes szertípusokat külön vizsgálva a válaszadók körében az illegális (azaz tiltott) szerek használatának növekedése észlelhető a kannabisz és különösen az amfetaminok esetében. Például ez utóbbi szer fogyasztása az elmúlt négy év alatt közel ötven százalékkal nőtt. A válaszadók körében csökkent viszont a visszaélészerű gyógyszerhasználat. Az inhalánsok és az ecstasy-kipróbálás előfordulásának feltételezett csökkenése statisztikailag egyértelműen nem bizonyítható. Korcsoportok és nemek szerinti bontásban különösen a 11. évfolyamra járó fiúk 38,4%-os, illegális szerekre, - visszaélészerű gyógyszerhasználatra - inhalánsokra vonatkozó együttes életprevalencia-értéke ad okot aggodalomra. 2010-ben az adatfelvételt megelőző 30 napban a megkérdezett fiatalok 9,2%-a (közel minden tizedik) fogyasztott marihuánát vagy hasist. A 9. és 11. évfolyamos fiúk körében együttesen a mindennapos használók aránya 1,4-2,6% közöttire becsülhető, vagyis hozzávetőleg minden ötvenedik megkérdezett fiú napi használó. A 2006. évi vonatkozó adatokkal összevetve jelentős bizonyossággal állítható, hogy e csoportban a mindennapos kannabisz-használók aránya növekvő tendenciát mutat. Az érettségit adó iskolatípusokban jelentősen alacsonyabbak a fogyasztási értékek, mint a szakmunkásképzők és szakiskolák tanulói körében. A megyeszékhelyeken és más városokban, illetve a falun és tanyán élőkhöz képest határozottan erőteljesebb a Budapesten lakók kábítószer-érintettségé. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás és az inhalánsok használata viszont vidéken magasabb. A rendelkezésre álló adatokból úgy tűnik, hogy az első kipróbálás időpontja a fiatalabb (14 éves vagy annál fiatalabb) életkor felé tolódott.

¹⁴ A veszélyeztetettség tekintett fiatalok csoportjai – pl. a gondozási intézményekben élő gyermekek vagy a hajléktalan fiatalok – esetében fennállhat a korábban megkezdett, gyakoribb vagy problémásabb kábítószer-fogyasztás veszélye. A veszélyeztetett csoportok azonosítása fontos eszközt jelent a drogpolitikai válaszlépések olyan csoportok vagy földrajzi területek felé történő irányításában és terelésében, amelyek esetében nagyobb valószínűséggel alakul ki problémás kábítószer-fogyasztás. Az EMCDDA „A kábítószer és a veszélyeztetett fiatalok csoportjai” elnevezésű kiválasztott témája 15-24 év közöttiek veszélyeztetett csoportjaira vonatkozóan 30 országban kialakított stratégiákkal és beavatkozásokkal foglalkozik. Veszélyeztetettség alatt azt értjük, hogy egy adott csoportot a szociodemográfiai profil és a kapcsolódó kockázati tényezők alapján fokozottabban érint a kábítószerfogyasztásnak és az ezzel összefüggő problémáknak való kitettség. Az EU tagállamainak körében széles körű konszenzus van kialakulóban a fiatalok kábítószer-fogyasztás kapcsán különösen veszélyeztetett csoportjait illetően. Idetartoznak a következők: fiatalkorú bűnelkövetők, állami gondozott fiatalok, korai iskolaelhagyók és a társadalmi vagy tanulási problémákkal küzdő diákok, illetve olyan fiatalok, akik hátrányos helyzetű családokban és/vagy környéken élnek, ahol a kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó kockázati tényező és probléma összpontosul. E csoportok között vannak átfedések a több veszélyeztetett csoporthoz tartozó fiatalok körében pedig halmozott hatások is

A középiskolások körében készült 2019-es ESPAD vizsgálat eredményei szerint a szerfogyasztási struktúrában második helyen állnak a szintetikus kannabinoidok: a 16 éves diákok huszada (4,9%) próbált valaha életében kannabinoidot. A szintetikus kannabinoidok fogyasztásának életprevalencia értéke kb. kétharmadára – 7,2%-ról 4,9%-ra - csökkent 2015 és 2019 között. A szintetikus kannabinoidok kipróbálása a vizsgált szocio-demográfiai jellemzők többségével nem mutat szignifikáns kapcsolatot. A szakközépiskolában tanuló 16 éves diákok körében mintegy kétszer akkora prevalencia értékek tapasztalhatóak a gimnáziumban és szakgimnáziumban tanuló társaikhoz képest: a szakközépiskola tehát egyértelmű rizikófaktort jelent a szintetikus kannabinoidok kipróbálását tekintve. A családszerkezetet vizsgálva a teljes család védőfaktora és a többi családszerkezeti forma nagyobb rizikótényezője tapasztalható: míg a két édes szülővel nevelkedő diákok 3,3%-a, addig a mozaik, csonka családban élők 7,1%-a, az édes szülő nélküliek pedig 9,6%-a fogyasztott már szintetikus kannabinoidot.¹⁵

2. A szociális ellátórendszer és a család szerepe

A kábítószerhasználó fiatalok esetében a szociális jognak hangsúlyos a szerepe. A szociális jog definiálásakor elsősorban tapasztalatokra és benyomásokra támaszkodhatunk, amely alapján el kell döntenünk, hogy mely jellemzőket tekintjük elsődlegesen meghatározónak. Ennek érzékletes példája Esztergár Lajos 1936-ban leírt definíciója. Szerinte „azok az állami intézkedések, amelyek a társadalom megbetegedését vannak hivatva gyógyítani, továbbá azok a jogszabályok, melyek a társadalmi megbetegedésből származó problémák megelőzését szolgálják a szociális jog fogalmát állapítják meg.”¹⁶

lehetőségek. A széleskörű konszenzus ellenére a veszélyeztetettségnek még nincs egységes európai meghatározása. Tagállamonként eltérnek azok a tényezők, amelyek alapján egy-egy csoport „veszélyeztetettnek” minősül. Lásd erről: Összefoglalás — Kiválasztott téma a kábítószer és a veszélyeztetett fiatalok csoportjai https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/499/downloads/att_64236_HU_VulnerableGroupsSummary_HU2008Final.pdf_es (2022.01.08.). A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (EMCDDA) feladata, hogy a tagországai által továbbított objektív, megbízható és összehasonlítható nemzeti szintű információk és adatok alapján európai szintű adatokat biztosítson a tagországok számára a kábítószer-probléma minden területéről és az arra adott válaszokról.

¹⁵ 2020-as ÉVES JELENTÉS (2019-es adatok) az EMCDDA számára készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont. 39-40. o.

¹⁶ ...A szociális jog külön jog, mert az általa szabályozott életviszonyok különleges állapotok. Feladatából folyólag a jogszabályokat egybeállítja, rendszerbe foglalja, tudományos bírálat alá veszi és rámutat a hibákra, az élet által felvetett kívánalmakra, hogy ezek alapján új jogszabályok megalkotásának lehetőségét nyissa meg. Lásd erről: Rab Henriett: A nyugdíjbiztosítási ellátások fenntarthatóságának jogi garanciái, PhD értekezés, Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar Deák Ferenc Doktori Iskola, 2010. 15-16. old. Lásd erről még: CZÚCZ Ottó: Szociális jog I., Unió Kiadó, Budapest, 2003.

Gyulavári Tamás – Kardos Gábor (szerk.): Szociális jogok az Európai Unióban, Aduprint, Budapest, 1999. Jakab, Nóra; Mélypataki, Gábor; Szekeres, Bernadett - Jakab, Nóra (szerk.) A szociális biztonság nemzetközi kérdései Miskolc, Magyarország: Bíbor Kiadó, (2016)

Jakab, Nóra; Mélypataki, Gábor; Szekeres, Bernadett - Mélypataki, Gábor (szerk.) A szociálpolitika jogi alapjai a XXI. század társadalmi kihívásainak tükrében Miskolc, Magyarország, Bíbor Kiadó, (2017)

A szociális jogok megvalósítása a szociális ellátások biztosításán, azaz a szociális ellátórendszeren keresztül történik. A szociális ellátások tehát gyűjtőfogalomként szolgálnak, melyeknek a célja a megélhetéshez szükséges javak redistribúciója.¹⁷

A szociális biztonság megteremtése állami intézkedések révén történik: tipikusan biztosítási típusú, segélyezési típusú, állampolgári jogon járó ellátások, illetve ezek kombinációjával valósítható meg egy adott államon belül. Azaz tipikusan vegyes rendszerként működő szociális ellátórendszer keretén belül törekszik arra egy állam, hogy állampolgárai számára minél teljesebb mértékben biztosítsa a szociális biztonság feltételeit. A szociális jogok, mint relatív alanyi jogok általánosságban a szociális biztonsághoz való jogot deklarálják.¹⁸

A szociális biztonsághoz való jog, illetve a szociális jogok a második generációs jogok körébe tartoznak, amelyek jellegüket tekintve lényegesen különböznek az első generációs jogoktól, így például az élethez, emberi méltósághoz, törvény előtti egyenlőséghez való jogok. Míg az utóbbiak esetében ugyanis az állam feladata elsősorban önmaga korlátozása és a tartózkodás, addig a második generációs jogok már az állam aktív szerepvállalását vonják maguk után azzal, hogy bizonyos esetekben a jogok egyes aspektusai ugyanígy tartózkodási kötelezettséget rónak az államra például a művelődéshez való jog esetében. Az állami beavatkozás célja alapvetően kettős jellegű: egyrészt a kiegyenlítést szolgálja a gyengébb fél oldalán, másrészt anyagi eszközöket biztosít különböző szempontok alapján.¹⁹ Az Európai Szociális Karta tulajdonképpen pontosan rávilágít a szociális biztonsághoz való jog tartalmát megtöltő jogokra: a társadalombiztosításhoz való jog, a szociális és egészségügyi segítségre való jog, a család joga a szociális, jogi és gazdasági védelemhez, és a migráns dolgozók és családjaik védelemhez és segítséghez való joga.

A szociális biztonsághoz való joghoz szervesen kapcsolódik az emberi méltósághoz való jog, mint első generációs jog, továbbá a gazdasági jogok közül a megfelelő életszínvonalon való élethez, a munkához való jog emberi jogok is. A szociális biztonság, a megfelelő életszínvonal megteremtése vállalás az államok részéről. Tisztelik és védik ezeket a jogokat, azonban annak eldöntése, hogy milyen intézkedéseket vezetnek be a jogok megvalósítása érdekében, az államok saját hatáskörébe tartoznak. Azért az állam dönt a megvalósítás módjáról, mert ő ismeri

¹⁷ Uo. 17. o.

¹⁸ Gecse Istvánné-Jakab Nóra-Prugberger Tamás-Tóth Hilda-Varga Zoltán: Szociális jog, Társadalombiztosítási jog, 2014

¹⁹ Hasonló követelményeket fogalmaznak meg a nemzetközi egyezmények is, mint a Gazdasági, Szociális, Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (kihirdette az 1976. évi 9. törvényerejű rendelet), amely szintén elsősorban programjellegű kötelezettségvállalást tartalmaz az államok részéről. Az Európai Szociális Karta (kihirdette az 1999. évi C. törvény) ezzel szemben már komplexebb követelményrendszert állít fel. A Karta I. részében olyan szociális jogok szerepelnek, amelyekkel kapcsolatban az államok azt fogadták el, hogy minden lehetséges – akár nemzeti, akár nemzetközi jellegű – eszközzel arra törekszenek, hogy olyan feltételek jöjjenek létre, amelyek révén a jogok és alapelvek ténylegesen megvalósuljanak. A II. rész cikkeket tartalmaz, amelyek közül hét meghatározott cikkből legalább ötöt el kell fogadniuk a részes államoknak. A kötelező cikkek a következők: a munkához való jog, a szervezkedési jog, a béralkuhoz való jog, a *társadalombiztosításhoz való jog*, a *szociális és egészségügyi segítségre való jog*, a *család joga a szociális, jogi és gazdasági védelemhez, és a migráns dolgozók és családjaik védelemhez és segítséghez való joga*.

az adott ország teljesítő- és teherbíró képességét, amelyet a gazdasági környezet erőteljesen befolyásol. A szociális biztonsághoz és munkához való jog vállalása például olyan kérdések, amelyeket meghatároznak a rendelkezésre álló források, hiszen a nemzetgazdaság stabilitását, és a munkaerőpiacot érintik.²⁰

Magyarországon a szociális biztonsághoz való jogot az Alkotmánybíróság is több ízben értelmezte és megállapította, hogy a szociális biztonság nem jelent sem biztosított jövedelmet, sem pedig azt, hogy az állampolgárok egyszer elért életszínvonala a gazdasági viszonyok kedvezőtlen alakulása következtében ne csökkenhetne. Az állam polgárainak szociális biztonsága tekintetében fennálló kötelezettségeit az alkotmányos szabályok általános jelleggel nevesítik. (32/1991. (VI. 6.) AB határozat).²¹

Magyarország Alaptörvénye a korábbi Alkotmány szabályaihoz képest újrafogalmazta a szociális jogokat. Így a megélhetéshez szükséges ellátásra való jogosultság helyett az állami szerepvállalást *törekvésként* fogalmazta meg, *amelynek alapján a rászorulókat támogatásra jogosultak*. Lehetővé teszi, hogy egyes szociális intézkedéseket arra tekintettel tegyenek meg, hogy az igénybe vevők végeznek-e a közösség számára hasznos tevékenységet.²²

A kábítószerhasználó fiatalok által igénybe vehető ellátások, szolgáltatások és a kábítószer-használata utáni felépülési lehetőségek esetében az állam által működtetett szociális biztonsági rendszer a probléma megoldásának egyik pólusa. A másik póluson a szubjektív tényezők, a családi élet rendezettsége jelenik meg. Ez mutatkozik meg a társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatásban is. Alice Miller kutatásai során megállapította, hogy amit gyermekeinkkel teszünk életük első éveiben,

²⁰ A gazdasági és szociális jogok nemzetközi szintű védelme mindig beleütközött abba a problémába, hogy a demokratikus jogállamok rögzíteni kívánták a jogok katalógusát, de azok tiszteletben tartása az előbb említett önkéntes jogkövetésen alapult. Ha egy állam például nem biztosítja a szociális biztonsághoz való jogot, azaz nem alakítja ki jogrendjében azokat a feltételeket, amelyek a szociális biztonságot a lehető legmagasabb szinten biztosítják az állampolgárok számára, akkor sem kerül sor jogi szankció alkalmazására.

²¹ A klasszikus szerkezetű jogok és a szociális jogok közötti különbség kapcsán az Alkotmánybíróság a következőket állapította meg. *A szociális biztonsághoz való jog esetében az alapjogi viszony az egyén javára az államot tevérsre, pozitív cselekvésre kötelező igényt fogalmaz meg meghatározott körülmények bekövetkezése esetén*. Más szóval az állam éppen az egyén magánszférájába való behatolásra egyenesen köteles, hiszen kötelezettségének lényege éppen ez. Az állam tehát fogalmilag nem hatolhat be alapjogkorlátozás címén – és a hagyományos alapjogok esetében kidolgozott fenti módszertan szerint – az egyén cselekvési szabadságába, mivel már eleve fogalmilag benne van. A szociális biztonsághoz való alapjognak az állam behatolása révén történő korlátozása így elvileg és fogalmilag kizárt, gyakorlatilag pedig értelmezhetetlen. Az alkotmányosság vizsgálata kizárólag arra vonatkozhat, hogy *az alkotmányos rendszerek működnek-e, azaz hogy a megfelelő alrendszereket létrehozták és működtetik-e*. Kívül esik az alkotmányos szabályokon, hogy az állam *milyen további szociális rendszereket működtet, és abba mely esetscsoportokat von be*. De kívül esik a szociális biztonság jogán annak megítélése is, hogy a korábbi Alkotmány 70/E. § szerinti *rendszereket és alrendszereket részleteiben, konkrétan, milyen eszközökkel, milyen módon, milyen szolgáltatásokkal, és milyen mértékű szolgáltatásokkal valósítja meg*. (56/1995. (IX. 15.) AB határozat)

²² Az időskori ellátás tekintetében a szövegezés átveszi azt a korábban alkotmánybírósi döntésekben megfogalmazott álláspontot, *amely szerint a nyugellátás egyik elve és alapja a társadalmi szolidaritás, amely esetben a nemek között különbség tehető és a nőkre nézve kedvezőbb szabályokat állapíthatnak meg*.

tagadhatatlanul visszaüt az egész társadalomra, hogy a pszichózis, a kábítószer-függőség és a kriminalitás nem más, mint a legkorábbi élmények rejtett kifejeződése.²³ A Kezdetben volt a nevelés című könyv szerzőjének fenti gondolatai meghatározóak témánk szempontjából. Miller tanulmányának későbbi részében 12 pontban²⁴ összefoglalja a gyermekek traumatizálásának következményeit és azt, hogyan hat mindez a társadalomra. Miller szerint a gyermekeknek személyiségük kibontakoztatásához elengedhetetlen a felnőttek megbecsülése, védelme, szeretete és segítségnyújtása a becsületes viselkedés elsajátításában. Azonban, ha életfontosságú szükségleteik kielégítése helyett őket frusztrálják, verik, büntetik, manipulálják, elhanyagolják, megcsalják anélkül, hogy valaki közbelépne, akkor személyiségük integritása tartósan sérül. Ekkor a gyermekekben egy normális reakció lép fel, például harag, a fájdalom, de mivel ezeket el kell, hogy nyomja a kíméletlen környezet miatt, támadóit idealizálni kényszerül, és később fiatal kora miatt nem is emlékszik rá pontosan, mit tettek vele. Mégis düh, a tehetetlenség, a kétségbeesés, a sóvárgás, a szorongás és a fájdalom érzése kifejezésre kell, hogy jusson, vagy úgy, hogy a fiatal a társadalom kárára követ el kriminális cselekményeket, netán népirtást, esetleg romboló, káros hatásoknak veti alá magát, mint például az alkoholizmus, prostitúció, öngyilkosság, esetleg valamilyen pszichés betegség vagy kábítószer-függőség alakul ki nála. A fenti sorokból világosan kiderül, hogy a szülők döntő hatással vannak gyermekük személyiségfejlődésére már a legkorábbi életszakaszokban is. Így előfordulhat, hogy a helytelen neveléssel már a születés után közvetlenül akkora hatást gyakorolnak a még ki nem alakult személyiségre, amelynek következtében gyermekük később akár súlyos bűncselekményeket is elkövet(het). Társadalmunk számára óriási feladat és nagy felelősség az, hogy a gyermekeket testi-lelki erőszaktól mentesen neveljük fel, és mind a családban, mind a tágabb nevelésben fontos alapelv, hogy a fiatalok személyiségének kialakulása a lehető legideálisabb legyen.

3. A kábítószer-használó fiatalok a szociális ellátórendszerben

Általánosságban megállapítható, hogy a kábítószerhasználók társadalombiztosításban, az álláskereső támogatási rendszerében való megjelenése nehezen mérhető. Az irodalom és a kutatások főleg az alanyi jogon járó ellátások esetében foglalkoznak a kérdéssel és a szociális ellátórendszeren belül a szociális ellátások azok, amelyek nevesítik a szenvedélybetegeket. A vizsgálatunk során az mutatkozott meg, hogy a kábítószerhasználók esetében az önkéntes alapon szerveződő programok azok, amelyek hatékonyan segítik a vizsgált személyeket.

A kábítószer-használók járóbeteg és fekvőbeteg ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszer közös feladata. A szerhasználók ellátása nem képez külön kategóriát sem a szociális, sem az egészségügyi rendszeren belül, hanem általában az addiktológiai és pszichiátriai ellátások csoportjába tartozik. Ez megnehezíti az

²³ Alice Miller: Kezdetben volt a nevelés, PONT Kiadó, Budapest, 2002. 7-8.old.

²⁴ Uo.10-12. old.

ellátási lehetőségek, kapacitás és kihasználtság monitorozását. A hazai ellátás lényeges meghatározója még a büntetőeljárás alternatívájaként igénybe vehető kezelési/megelőző beavatkozások jogi lehetősége, melyhez a kezelésbe lépések többsége (2018-ban 77,7 %-a) köthető.²⁵

Az állandó lakcím szerint illetékes pszichiátriai és/vagy addiktológiai fekvőbeteg-osztály biztosítja a kórházi kezelést az elvonási, vagy egyéb társult tünetek esetében. A fekvőbeteg-ellátás pszichiátriai osztályokon, pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegeiben és kisebb mértékben önálló addiktológiai részlegeken történik. Az addiktológiai (azon belül is a kábítószer-fogyasztó betegek rendelkezésére álló) kapacitásról, a kezelt drogbetegek számáról nehéz valós képet alkotni, mert az addiktológiai ágyak egy része pszichiátriai ágyként van elszámolva, valamint a kábítószer-használókat – különösen akkor, ha nem kifejezetten kábítószer-probléma miatt kezelik őket – nem így jelenítik meg.²⁶

Az egészségügyi ellátást tekintve az addiktológiai gondozók hagyományos szerepe mellett egyre nagyobb részt képviselnek a drogambulanciák. A drogfogyasztók egészségügyi kezelése térítésmentes, a társadalombiztosítás alanyi jogon finanszírozza az ellátást. Két olyan központ létezik Magyarországon, a Soroksári Addiktológiai Centrum és a Szolnoki Addiktológiai Centrum, ahol a betegek számára az ellátás ingyenes, de a finanszírozást nem a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, hanem a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet biztosítja. Több magánorvosi rendelés is működik Magyarországon, ahol szenvedélybetegeket kezelnek és az ellátást teljes mértékben a betegnek kell fizetnie. A magánrendelések száma körülbelül 50. A drogbetegek egészségügyi ellátása területi ellátást jelent. Egy adott megye forgalmát jelentősen befolyásolja az, hogy működik-e a területén drogambulancia. A lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati fele között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete, illetve az ország többi része között mutatkozik. Ez a különbség 1996 óta többszörösére nőtt.²⁷

A drogfogyasztókat érintő változás 2005-től, hogy a módosított szociális törvény szerint, a közösségi addiktológiai ellátás keretében lehetőség van ún. közösségi ellátás nyújtására és az utcai munkára normatív támogatás igénybevételére. Ezeket az ellátási formákat Magyarországon a szociális ellátások közé sorolják, azonban az EMCDDA TDI definíciója szerint itt is kezelés történik.

A Nemzet Család- és Szociálpolitikai Intézet 2005. évi felmérése szerint, amelyet szenvedélybetegeket ellátó szociális intézményeknek kiküldött kérdőívvel végeztek el, négyféle szakosított szociális intézményben folyt szenvedélybetegek ellátása: nappali ellátást, átmeneti elhelyezést, ápolást és gondozást nyújtó intézményekben, valamint rehabilitációs intézményekben. Az ápolást és gondozást nyújtó intézményekben ellátott szenvedélybetegek jelentős száma alkoholfüggőségben szenved, a kábítószer-fogyasztók száma itt elenyésző.²⁸

²⁵ Lásd előző forrás 92 oldal

²⁶ www.ncssz.hu Kábítószer-fogyasztás, prevenció, kezelés Részlet a 2005-évi magyarországi kábítószerhelyzetéről szóló jelentésből (2022.01.10.)

²⁷ http://epa.oszk.hu/02900/02943/00029/pdf/EPA02943_kapocs_2007_2_04.pdf (2022.01.10.)

²⁸ <file:///C:/Users/Dr.%20Jakab%20N%C3%B3ra/Downloads/kabitoszer-fogyasztas-prevencio-kezeles--->

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban Szt.) a szenvedélybetegek ellátásával kapcsolatban a következő ellátási formákat különíti el. A szociális alapszolgáltatások között a családsegítést, a közösségi ellátásokat, az utcai szociális munkát és a nappali ellátást nevesíti a törvény. Az alapszolgáltatások az igénybe vevők saját otthonában és lakókörnyezetében történik. A családsegítés keretében a kábítószer-problémával küzdők részére tanácsadás nyújtása biztosítandó. A szenvedélybetegek közösségi ellátása 2005-től állami normatív támogatásban részesül és a következő feladatok megvalósítására hivatott:

- Lakókörnyezetben történő segítségnyújtás az önálló életvitel fenntartásában,
- Meglevő képességek megtartása, fejlesztése,
- Állapot folyamatos figyelemmel kísérése,
- Pszichoszociális rehabilitáció, szociális és mentális gondozás,
- Orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- Megkereső programok szervezése az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

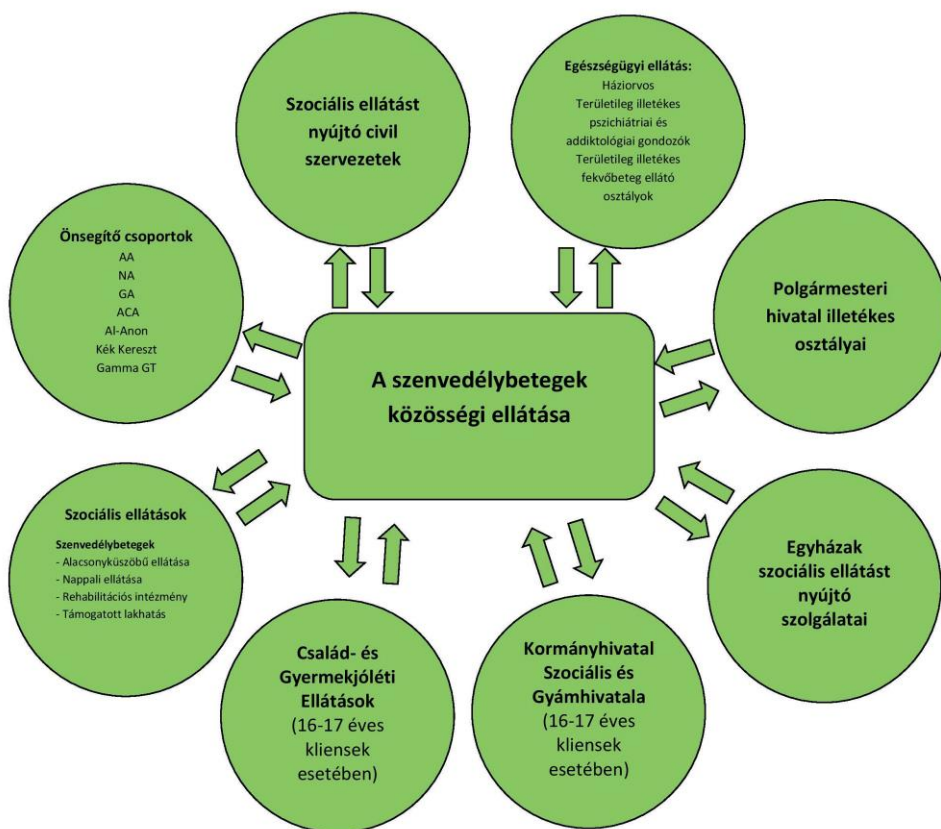
A közösségi ellátásokat a települési önkormányzat köteles biztosítani, ha területén 10.000 főnél több állandó lakos él. A 2007. január 1-től módosult az Szt., a törvénymódosítás nevesíti az alacsonyküszöbű ellátást, mint speciális közösségi ellátást, és ennek keretében a következők biztosítandók:

- a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatásokat,
- a kríziskezelést az életet veszélyeztető, a testi, szociális, kapcsolati és életvezetési rendszerben kialakult kezelhetetlen helyzetek esetére.

Az alacsonyküszöbű ellátást minden települési önkormányzatnak biztosítania kell, amelynek területén legalább 30.000 állandó lakos él. A nappali ellátás kábítószer-fogyasztók részére lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá megszervezi az ellátottak napközbeni étkeztetését, illetve egyéni terápiás tervet dolgoz ki a segítséget kérő rehabilitálására, reszocializációjára. A települési önkormányzat köteles biztosítani a nappali ellátást, ha háromezer főnél több állandó lakos él a település területén.

A közösségi szolgáltatás a helyi viszonyoknak és az ellátott célcsoport igényeinek megfelelően alakítja ki az együttműködés rendszerét, melynek fontos része a más intézményekkel, szervezetekkel, szakemberekkel való együttműködés.

A következő ábra ezt szimbolizálja:



Forrás: Emberi Erőforrások Minisztériuma Szakmai ajánlás – szenvedélybetegek közösségi ellátása²⁹

1. ábra

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások esetében az „alacsonyküszöb” kifejezés arra utal, hogy a szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket az igénybe vevőkkel szemben, a szolgáltatás igénybevételének szinte nincs feltétele.³⁰ Speciális módon más szolgáltatásoktól eltérően ezek a szerhasználat/szerfüggés/viselkedés problémák ártalmait csökkentő, és pszicho-szociális támogatást, életviteli tanácsadást nyújtó programok, szolgáltatások, melyek térítés nélkül, könnyen elérhetőek, akár a szolgáltatás kihelyezésével, mobilizálásával is sokak által igénybe

²⁹ kozsosegiellatasok.hu/doc/KozSzendelybetegAjanlas.pdf (2022.01.10.) 22. old.

³⁰ Szociális és Munkaügyi Minisztérium Szakmai irányelv alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásában, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport, Budapest, 2006.

vehető. Az ellátás során nincsenek szigorú elvárások, terápiás szerződések, nem követelmény az absztinencia, nem feltétel a betegbiztosítás (TAJ-kártya), a szolgáltatást igénybevevő akár nevének (adatainak) közlése nélkül is kaphat segítséget. Az alacsonyküszöbű intézmény az, ahol a változást igénylő szenvedélybetegek, addiktológiai problémával küzdők, kortársaik, hozzátartozóik, közvetlen szociális környezetük szolgáltatásban részesül. A szolgáltatás célja a szenvedélybetegek, az addiktológiai problémával küzdők és közvetlen környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, a változás elindítása és segítése. A szolgáltatás lényege az egészségügyi és szociális szolgáltatások megismertetése, használatuk ösztönzése, megkönnyítése a szenvedélybetegek számára. Alacsonyküszöbű tevékenységi formák: 1. pszicho-szociális intervenciók, 2. információs, valamint felvilágosító szolgáltatások, 3. telefonos, információs vonal fenntartása, 4. megkereső munka, partiszervíz, 5. Drop In (megpihenő klub), 6. tú- és fecskendőcsere szolgáltatások.³¹

A zenés-táncos szórakozóhelyeken megjelenő célzott prevenció és ártalomcsökkentő programok³² célja, hogy elősegítse a biztonságosabb szórakozást, megelőzze vagy csökkentse a legális és illegális szerhasználatból eredő ártalmakat, illetve bizonyos esetekben olyan edukációs feladatokat lásson el, amelyek az ezeken a színtereken megforduló fiatalok testi és lelki egészsége szempontjából fontosak lehetnek. A célok eléréséhez használható eszközök az életvezetési tanácsadástól a krízisintervención át az egyszerű ártalomcsökkentő módszerek átadásáig terjedhetnek.³³

A zenés-táncos szórakozóhelyeken megjelenő szolgáltatási formák Magyarországon alapvetően két modell mentén alakultak ki. A két hazai modell természetesen nem jelenti a kizárólag lehetséges két formát és fejlődési irányt, de mindkettő kipróbált és jól működő szolgáltatási forma. A két modell annak a két városnak a nevét kapta, ahol ezek a szolgáltatók létrejöttek.³⁴

³¹ Lásd részletesebben kifejtve a Szociális és Munkaügyi Minisztérium Szakmai irányelv alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásában, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport, Budapest, 2006.

³² Dávid Ferenc-Hegedűs Attila-Mervó Barbara: Módszertani levél a zenés-táncos szórakozóhelyeken prevenció és ártalomcsökkentő programokat megvalósító szolgáltatók számára, 2011, „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt

³³ A 2000-ben elindított Biztonságos Szórakozóhely Program (BSzP) meghatározta azokat a feltételeket, e bizonyítottan hozzájárultak a biztonságosabb szórakozáshoz. Fontos volt, hogy a szolgáltatók ismerjék meg ezeket a szempontokat, és lehetőleg minél többre hívják fel az üzemeltető figyelmét, illetve az együttműködés kialakítása során hivatkozási alapként tekintsenek ezekre az irányelvekre és szempontokra. (például: ingyenes, korlátlan ivóvíz elérhetővé tétele, megfelelő szellőztetés biztosítása, egy elkülönített pihenésre alkalmas helyiség stb.)

³⁴ *A pesti modell- a Party Service* A modell alapját a KÉK Pont Party Service alkotta meg, és az elektronikus zenei színtereken jelent meg vele. Alapvető sajátossága az önkéntességre és a sorstárs segítségre épülő forma. A szakmai koordinációt két fő addiktológiai szakmában jártas, több éves szakmai múlttal rendelkező páros végzi, akik a partizást és az elektronikus zenei színtereket közelről ismerik, illetve a partikultúra elkötelezett hívei. Az önkéntesek bevonása elsősorban „hólabda” módszerrel történik, tehát a már programban dolgozó önkéntesek a partizás során kialakuló kapcsolataik révén újabb és újabb önkénteseket vonnak be a munkába. Az önkéntesek tanácsadást és konzultációt nem végeznek, szociális és ártalomcsökkentő anyagokat osztanak, illetve információt nyújtanak. *A pécsi modell- a Buliségély*

4. Záró gondolatok

A tanulmányunkban vizsgáltuk a kábítószer-fogyasztás hatását a fiatalok körére különös tekintettel a szociális kérdésekre. Vizsgáltuk a családot, a környezetet és a társadalmi tényezőket egyes kiragadott összefüggésük, hatásuk. Természetesen a tanulmány terjedelme miatt nem térhettünk ki minden egyes ezen témát érintő kérdésre, csak próbáltunk felvillantani mindenből egy kis szegletet. Azonban világossá vált számunkra, hogy környezetünkben, társadalmunkban számtalan olyan tényező létezik, amely pozitív vagy negatív irányba mozdíthatja a fiatalok fejlődését. Függetlenül a kortól, nemtől, származástól, olyan világ vesz minket körül, amely a nap minden egyes percében közvetve vagy közvetlenül pozitív vagy negatív hatással van ránk. Az állam, a társadalom feladata, hogy a szociális ellátórendszer minél hatékonyabb működésével elsősorban a megelőzést előtérbe helyezve koncentráljon a fiatalok védelmére. A hatóságoknak, szervezeteknek minél szélesebb körű együttműködést kell biztosítani. Bár a büntető törvénykönyv meghatározza a fiatalokkal szemben kiszabott büntetés vagy alkalmazott intézkedés célját, ami elsősorban az, hogy a fiatalok helyes irányba fejlődjenek, és a társadalom hasznos tagjává váljanak, azonban a társadalom kötelessége az, hogy a fiatalok ne is jusson el a büntetésig, hanem a megelőzés, felvilágosítás, oktatás során a fiatalok minden tudást és támogatást megkapjanak ahhoz, hogy a társadalom hasznos, egészséges tagja legyenek, hiszen ők képviselik a jövő generációját. Mindent meg kell tenni azért, mindenféle fórumon, hogy a gyermekeinkhez ne jusson el a kábítószer.

A legjobb drogpolitika is kudarcra van ítélve, ha az érintettek – tulajdonképpen a társadalom egésze - nem kellően tájékozott. Ezért kiemelkedő fontosságú a drogfogyasztás kockázatainak és a kapcsolódó elemzéseknek, valamint szabályozásoknak megalapozott, szenzációmentes és minél szélesebb körű kommunikációja. Csak egyértelműen megfogalmazott, tudományosan megalapozott, hiteles és időszerű nevelési-megelőzési programok hozhatják meg a kívánt eredményt: a drogok kihívásának ellenálló, egészséges és önmagáért, a családjáért valamint a társadalomért felelősséget érző, szabadon döntő és eszerint cselekvő személyiség kialakítását.

Ismételten kiemeljük, hogy a szociális ellátórendszerben, így a társadalombiztosításban, az álláskereső támogatási rendszerében a kábítószerhasználók megjelenése nehezen mérhető. Az irodalom és a kutatások főleg az alanyi jogon járó ellátások esetében foglalkoznak a kérdéssel és a szociális ellátórendszeren belül a szociális ellátások azok, amelyek nevesítik a szenvedélybetegeket. A szenvedélybetegek közösségi ellátásában felvázolt

A modell alapját az INDIT Közalapítvány Bulisegély szolgálata adta, melynek lényege egy olyan professzionális segítőkötől álló multifunkcionális team, ami minden szinten képes szolgáltatást nyújtani. A team kialakítása kezdetben meghívásos alapon szerveződött, mostanra azonban a felvétel egy több lépcsős protokoll alapján történik. A team teljes jogú tagjainak kötelező a felsőfokú szakmai képzés és az addiktológia területén szerzett több éves szakmai gyakorlat. A programban résztvevő szakemberek órábérben, illetve gyakornoki rendszerben önkéntesen dolgoznak. A képzésben főleg végzős szociális munkások, szociológusok és pszichológushallgatók jelennek meg.

együttműködés az, amely hosszútávon fenntartható megoldást eredményez. A vizsgálatunk során az mutatkozott meg, hogy a kábítószerhasználók esetében az önkéntes alapon és központilag szerveződő programok hatékonyan egészítik ki a szociális ellátórendszeren belül nyújtott ellátásokat.

Felhasznált irodalom

- 2019-es ÉVES JELENTÉS (2018-as adatok) az EMCDDA számára, készítette Nemzeti Drog Fókuszpont „MAGYARORSZÁG”
- A kábítószeres és a veszélyeztetett fiatalok csoportja www.emcdda.europa.eu/system/files/publications
- Alice Miller: Kezdetben volt a nevelés, PONT Kiadó, Budapest, 2002.
- Andorka Rudolf: Deviáns viselkedések Magyarországon, Devianciák Magyarországon, 1994, Közélet Kiadó
- Bayer István: A drogok történelme. A kábítószeres története az ókortól napjainkig Aranyhal Könyvkiadó, Budapest, 2000.
- Czúcz Ottó: Szociális jog I., Unió Kiadó, Budapest, 2003.
- Dávid Ferenc-Hegedűs Attila-Mervó Barbara: Módszertani levél a zenés-táncos szórakozóhelyeken prevenciós és ártalomcsökkentő programokat megvalósító szolgáltatók számára, 2011, „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt
- -Demetrovics Zsolt: A szintetikus drogok világa, diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák. Animula Kiadó, Budapest, 2000.
- Gecse Istvánné-Jakab Nóra-Prugberger Tamás-Tóth Hilda-Varga Zoltán: Szociális jog, Társadalombiztosítási jog, 2014.
- Gyulavári Tamás – Kardos Gábor (szerk.): Szociális jogok az Európai Unióban, Aduprint, Budapest, 1999.
- Horváth Dóra-Rucska Andrea-Sztojev-Angelov Ilona: Fiatalkorú elítéltek drogfogyasztásának okairól, Egészségtudományi Közlemények, 7. kötet, I. szám (2017)
- Jakab, Nóra; Mélypataki, Gábor; Szekeres, Bernadett - Jakab, Nóra (szerk.) A szociális biztonság nemzetközi kérdései Miskolc, Magyarország: Bíbor Kiadó, (2016)
- Jakab, Nóra; Mélypataki, Gábor; Szekeres, Bernadett - Mélypataki, Gábor (szerk.) A szociálpolitika jogi alapjai a XXI. század társadalmi kihívásainak tükrében Miskolc, Magyarország, Bíbor Kiadó, (2017)
- kozossegiellatasok.hu/doc/KozSzenvedelybetegAjanlas.pdf Emberi Erőforrások Minisztériuma Szakmai ajánlás – szenvedélybetegek közösségi ellátása Kiadta: Cibere Károly államtitkár, kiadva 2018.
- Lajtár István: A kiskorúak devianciája és a média összefüggései. A média hatása a gyermekekre és fiatalokra. III. Nemzetközi Gyermegmentő Szolgálat Magyar Egyesület, 2006.
- Lévay Miklós: Héják, baglyok, galambok. Változások a kábítószer-fogyasztás kriminálpolitikai megítélésében. www.epa.niif.hu/02300/02334/00005/pdf/EPA02334_Fundamentum_2001_01_049-057.pdf.
- Norman E. Zinberg: Függőség és kontroll, Drog, egyén, társadalom, Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest, 2005.

-
- Paksi Borbála: Drogfogyasztási szokások. In: Németh Á., Várnai D. (szerk.) *Kamaszélelmód Magyarországon. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezet együttműködésében megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.* ELTE PPK - L'Harmattan Kiadó. Budapest. 2019.
 - Rab Henriett: *A nyugdíjbiztosítási ellátások fenntarthatóságának jogi garanciái*, PhD értekezés, Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar Deák Ferenc Doktori Iskola, 2010. 15-16. old.
 - Szociális és Munkaügyi Minisztérium Szakmai irányelv alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásában, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport, Budapest, 2006.
 - *The economic costs of drug abuse in the United States, 1992-1998.* Executive Office of the President Office of National Drug Control Policy, Washington, *Public expenditure on drugs in the European Union 2000-2004.* EMCDDA, 2004; Hajnal Gy.-Nyírády A.: *A kábítószerrel összefüggő kezelés költségei.* In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 2007.* Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ, 2007.
 - Ujváry István: *kockázatok és mellékhatások. A drog- és kábítószer-probléma kockázatelemzési modellje.* (MTA Kémiai Kutatóközpont Kémiai Intézet) *Magyar Tudomány, 2004/4.*
 - www.drogfokusz.hu
 - www.ncsszi.hu *Kábítószer-fogyasztás, prevenció, kezelés Részlet a 2005-évi magyarországi kábítószerhelyzetről szóló jelentésből*
-